

A.P.E.S.

*Projet de loi n° 83. Loi modifiant la
Loi sur les services de santé et les
services sociaux et d'autres
dispositions législatives*

**Association des pharmaciens des établissements de santé
du Québec**

Date : 28 janvier 2005



TABLES DES MATIÈRES

Avant-propos

Introduction

Comité régional sur les services pharmaceutiques	1
La pénurie de pharmaciens	1
L'accès raisonnable et équitable aux médicaments	2
L'utilisation optimale des médicaments	2
Nomination et attribution de privilèges aux pharmaciens et résidents en pharmacie	4
Nomination et attribution de privilèges aux pharmaciens	4
Processus proposé de nomination et d'attribution de privilèges aux pharmaciens	4
Nomination des résidents en pharmacie	5
Examen d'une plainte concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien	6
Offre de service de l'instance locale	7
La coordination des services	7
Entente de services	9
Plan d'organisation au sein des instances locales	10
La situation des départements et services de pharmacie	11
Le nombre de centre(s) au sein d'un établissement	11
Les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS)	12
Actifs informationnels et sécurité de l'information électronique	14
Le droit à la transparence	14
La convivialité du transfert et de l'utilisation des données	15
Les pouvoirs réglementaires du gouvernement concernant l'inscription des données	16
Les profils d'accès	16
Exemption de l'inscription de l'administration ou de la délivrance d'échantillons	17



AVANT-PROPOS

L'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.) est un syndicat professionnel incorporé en vertu de la Loi sur les syndicats professionnels (L.R.Q., chapitre S-40). Elle a pour mission l'étude, la défense et le développement des intérêts professionnels et économiques de ses membres ainsi que la négociation et l'application de leur entente collective de travail. Elle représente près de 1200 pharmaciens répartis dans toutes les catégories d'établissements publics de santé du Québec, la majorité d'entre eux oeuvrant au sein des centres hospitaliers de soins aigus. Tous nos membres détiennent un baccalauréat obtenu après quatre années d'études universitaires. En outre, 80 % d'entre eux détiennent un diplôme de second cycle, soit une maîtrise en pratique pharmaceutique ou en pharmacie d'hôpital.

Par ailleurs, nous désirons aviser le lecteur que l'Association n'entend pas commenter le projet de loi 83 article par article. Une telle analyse sort du champ de compétence des pharmaciens d'établissements et pourra être beaucoup mieux réalisée par nombre d'autres intervenants. Dans le mémoire qu'elle vous présente, l'Association émet plutôt son avis sur les seules questions qui sont préoccupantes pour ses membres.



INTRODUCTION

Le projet de loi 83 est un projet important sous plusieurs angles puisqu'il vise non seulement à harmoniser les dispositions de la Loi sur les Services de santé et les Services sociaux avec les changements qui ont été introduits par la création des réseaux locaux, mais également parce qu'il propose diverses modifications, dont plusieurs sont fondamentales. Les principales visent à améliorer le fonctionnement général du réseau (transmission des renseignements médicaux) ou encore à créer de nouvelles structures visant à mieux intégrer les divers niveaux de services, de recherche et d'enseignement (RUIS).

Évidemment, l'A.P.E.S. s'en tiendra à des commentaires sur les dispositions législatives qui affecteront ses membres et laissent le soin aux intervenants plus qualifiés d'intervenir sur l'entièreté du projet de loi. Mentionnons toutefois que, de façon générale, l'A.P.E.S. accueille favorablement ce projet de loi. Par contre, notre association désire attirer l'attention du législateur sur un certain nombre d'éléments qui mériteraient d'être bonifiés ou encore d'être ajoutés compte tenu de l'évolution de la pratique de la pharmacie dans les établissements de santé et de l'évolution de la Loi sur la pharmacie dans le cadre de la refonte du système professionnel.

Il faut savoir que les soins et services pharmaceutiques ont pris une importance considérable en raison de la place prépondérante qu'occupent dorénavant les médicaments dans l'arsenal thérapeutique moderne et dans les budgets des établissements de santé et des sociétés industrialisées. Le Québec n'y fait pas exception. Cette loi d'harmonisation se veut donc une occasion unique de mieux structurer l'offre locale et régionale de services pharmaceutiques et de mettre davantage à contribution les pharmaciens, ces professionnels de la santé dont l'expertise est unique et rare.



COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES

L'A.P.E.S. est heureuse de constater que le législateur, avec la création des comités régionaux sur les services pharmaceutiques, cherche à corriger une situation qui ne permettait pas auparavant aux pharmaciens, contrairement à tous les autres professionnels de la santé, d'exprimer leur avis et d'offrir leur collaboration active aux dirigeants des agences sur des questions relevant de leur expertise propre. Bien que le projet de loi représente un pas dans la bonne direction, l'Association comprend mal pourquoi la loi d'harmonisation introduit des particularités dans le mode de représentativité régionale des pharmaciens (si on le compare avec le modèle des commissions régionales en place).

Les différences sont importantes et se situent sur deux plans. D'abord, le comité régional est distinct des diverses commissions puisque les pharmaciens ne pourront pas donner leur avis directement au conseil d'administration de l'agence ou disposer d'un siège au sein de ce conseil. Ensuite, il est distinct puisque sa composition n'est pas clairement définie dans le projet de loi, laissant ainsi place à une possibilité de représentation non équilibrée des divers secteurs de pratique et des centres exploités par les établissements de la région et à une représentation non uniformisée d'une région à l'autre. Une telle lacune pourrait conduire à exprimer des avis qui ne tiennent pas correctement compte des réalités des différents milieux et secteurs de pratique et des clientèles différentes qu'ils desservent.

Dans un autre ordre d'idée, l'A.P.E.S. croit qu'il y aurait intérêt, compte tenu de l'impact de l'enseignement prodigué par les deux facultés de pharmacie sur l'évolution de l'exercice de notre profession, et à l'instar de ce qui est fait dans les autres commissions régionales, à ce que la LSSSS prévoit la présence d'un représentant de la faculté de pharmacie de la région, le cas échéant, au sein des diverses commissions pharmaceutiques régionales.

Plusieurs raisons militent en faveur de la nécessité d'instituer une instance consultative représentative et douée d'une réelle capacité à obtenir un impact régional. Ce sont la pénurie de pharmaciens, les questions entourant l'accessibilité aux médicaments et, finalement, les préoccupations partagées par de nombreux acteurs sur l'utilisation optimale des médicaments et sur le partage d'information entre les secteurs de pratique en pharmacie et avec les médecins.

LA PÉNURIE DE PHARMACIENS

La pénurie profonde d'effectifs en pharmacie, laquelle devrait perdurer au cours de la prochaine décennie particulièrement dans les établissements publics de santé, est une raison suffisante en elle-même pour permettre aux pharmaciens de donner directement leur avis aux membres du conseil d'administration de l'agence sur la planification de la main-d'œuvre. En effet, la situation est telle dans certaines régions, que plusieurs établissements ont frôlé, sinon connu, une rupture complète de services privant ainsi des personnes des soins pharmaceutiques nécessaires à la réussite de leur traitement ou à la prévention d'accidents évitables. Ce sujet de discussion ne saurait faire les frais d'un filtrage de l'information réalisé consciemment ou non par le président-directeur général de l'agence.

L'ACCÈS RAISONNABLE ET ÉQUITABLE AUX MÉDICAMENTS

L'accès raisonnable et équitable aux médicaments et aux soins pharmaceutiques qui les accompagnent est devenu un enjeu de premier plan au Québec, que ce soit au sein des établissements de santé ou au sein du régime général d'assurance-médicaments. L'élaboration d'un document de consultation sur un projet de politique du médicament par le ministre de la Santé et des Services sociaux témoigne de l'importance du sujet au Québec. Les pharmaciens sont, avec les médecins, les professionnels les mieux placés pour conseiller les dirigeants des agences sur le sujet. Il faut donc offrir aux pharmaciens la possibilité de débattre des questions qui entourent l'accessibilité aux médicaments, tout comme de celles, d'ailleurs, qui touchent l'utilisation optimale des médicaments, avec les représentants des autres commissions régionales professionnelles qui siègent au sein du conseil d'administration de l'agence.

L'UTILISATION OPTIMALE DES MÉDICAMENTS

L'utilisation optimale des médicaments a été identifiée à juste titre comme un des éléments importants du maintien de l'accès aux médicaments. Plusieurs actions entreprises par le Conseil du médicament sont louables, mais doivent néanmoins être suivies par une prise en charge des problèmes d'utilisation par les professionnels eux-mêmes, particulièrement par les médecins et les pharmaciens. En effet, les pharmaciens sont, avec les médecins, au cœur du processus d'utilisation de la pharmacothérapie. En amoindissant le poids politique des pharmaciens au sein des agences, on amoindrit d'autant leur capacité à participer activement à la recherche de solutions aux problèmes épineux et coûteux de l'utilisation non appropriée des médicaments.

L'A.P.E.S. recommande que :

- 1) *soit instituée, pour chaque région du Québec où le gouvernement institue une agence, une commission pharmaceutique régionale en lieu et place du comité de services pharmaceutiques proposé par le projet de loi 83;*
- 2) *la composition des commissions pharmaceutiques régionales soit inscrite à la loi de la façon suivante :*
 - 1° *de trois pharmaciens de pratique privée désignés par et parmi les pharmaciens de pratique privée de la région, dont au moins un est pharmacien propriétaire et au moins un est pharmacien salarié;*
 - 2° *de trois pharmaciens d'établissements désignés par et parmi les pharmaciens d'établissements de la région, dont au moins un est chef d'un département clinique de pharmacie et au moins un est pharmacien clinicien;*
 - 3° *d'une personne désignée par le doyen de la faculté de pharmacie de la région, le cas échéant;*

Fait également partie de cette commission le président-directeur général de l'agence.

Afin d'assurer une meilleure représentativité des milieux de pratique pharmaceutique dans les centres exploités par les établissements de la région, l'agence peut désigner en plus deux pharmaciens d'établissements de la région qui font partie de la commission dès leur désignation.

- 3) *les responsabilités de la commission pharmaceutique régionale soient libellées de la façon suivante :*

Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, la commission pharmaceutique régionale est responsable envers le conseil d'administration de l'agence :

- 1° *de faire des recommandations sur l'organisation, la distribution et l'intégration des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre;*
 - 2° *de donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des soins et services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments;*
 - 3° *d'exécuter tout autre mandat que lui confie le conseil d'administration et de lui faire rapport périodiquement.*
- 4) *la composition du conseil d'administration d'une agence soit modifiée pour inclure, à l'instar des autres commissions régionales, un membre de la commission pharmaceutique régionale.*

NOMINATION ET ATTRIBUTION DE PRIVILÈGES AUX PHARMACIENS ET RÉSIDENTS EN PHARMACIE

NOMINATION ET ATTRIBUTION DE PRIVILÈGES AUX PHARMACIENS

Dans le cadre de la modernisation de son système professionnel, le Québec a considérablement modifié le champ d'exercice des pharmaciens et leur a confié de nouvelles activités. Une des nouvelles activités que le législateur a réservée au pharmacien est celle de l'initiation et de l'ajustement de la thérapie médicamenteuse. Bien que déjà réalisées dans de nombreux établissements, ces activités pharmaceutiques plus complexes ont fait l'objet de nombreuses discussions entre les divers intervenants concernés, notamment l'Ordre des pharmaciens du Québec, le Collège des médecins du Québec et l'A.P.E.S.

L'A.P.E.S. considère que le nouveau libellé du champ d'exercice et des activités qui sont réservées aux pharmaciens est suffisamment large, si tant est que tous les acteurs en conviennent, pour permettre l'évolution de l'exercice de la pharmacie, au bénéfice des personnes malades. Cette concertation des principaux acteurs intéressés, notamment les médecins et les pharmaciens, doit être réalisée dans une optique de collaboration et basée sur la présence d'un respect mutuel et d'une reconnaissance des expertises de chacun. De façon à systématiser cette reconnaissance de l'expertise, l'A.P.E.S. suggère que des privilèges de pratique soient octroyés aux pharmaciens de façon à tenir compte des qualifications nécessaires à la réalisation de certaines activités pharmaceutiques, dont des activités d'initiation ou d'ajustement complexes de la thérapie médicamenteuse. Dans cette situation, le CMDP deviendrait alors responsable, au moment de la nomination du pharmacien, de s'assurer que celui-ci possède la formation nécessaire ou l'expérience clinique pertinente pour accomplir les actes complexes qu'on exigera de lui dans un établissement donné. En plus, le fait de procéder à des renouvellements subséquents des privilèges donnerait également une garantie du maintien des acquis dans le temps.

En plus de ce qui précède, un autre élément milite en faveur de la pertinence de reconnaître des privilèges aux pharmaciens dans les établissements de santé. Le bureau de l'Ordre des pharmaciens a récemment endossé le rapport d'un comité qui a établi la pertinence de reconnaître des spécialités en pharmacie. La reconnaissance éventuelle de certaines spécialités pourrait faire en sorte qu'un établissement veuille, dans certains cas, réserver des activités pharmaceutiques ayant une portée clinique plus importante à des pharmaciens spécialistes ayant des qualifications et des compétences particulières.

PROCESSUS PROPOSÉ DE NOMINATION ET D'ATTRIBUTION DE PRIVILÈGES AUX PHARMACIENS

Actuellement, au moment de la nomination d'un pharmacien dans un centre exploité par un établissement, la Loi sur les Services de santé et les Services sociaux ne prévoit que l'attribution d'un statut au pharmacien. Cette nomination est permanente, à moins que le statut du pharmacien ne soit révoqué pour des motifs disciplinaires. L'A.P.E.S. suggère que

la nomination au CMDP demeure permanente puisque, contrairement aux médecins qui sont des travailleurs autonomes, les pharmaciens possèdent un lien d'emploi qui ne saurait être remis en question à chaque renouvellement de nomination. Par contre, et tel que nous l'avons mentionné précédemment, un processus de renouvellement des privilèges, qui n'affecterait pas la nomination, mais reverrait les privilèges accordés en fonction de critères de qualification ou de compétences scientifiques propres à la réalisation de certaines activités pourrait permettre au CMDP de s'assurer du maintien des acquis du pharmacien dans le temps.

Les changements importants proposés par la loi d'harmonisation fournissent une occasion unique de revoir le modèle de la présence des pharmaciens au sein des CMDP et des établissements pour tenir compte de la révision récente du système professionnel, de l'évolution de la pratique de la pharmacie ainsi que de la nécessité d'une participation accrue des pharmaciens au choix de la pharmacothérapie dans le contexte d'une recherche d'une utilisation optimale des médicaments.

L'A.P.E.S. recommande que :

- 1) *la Loi sur les Services de santé et les Services sociaux soit modifiée afin de prévoir, pour les pharmaciens, l'attribution de privilèges en fonction de critères de qualification ou de compétence rattachés à la réalisation de certaines activités pharmaceutiques complexes;*
- 2) *le processus prévu à la loi permette de maintenir le caractère permanent de la nomination et propose un renouvellement périodique des privilèges attribués.*

NOMINATION DES RÉSIDENTS EN PHARMACIE

Les facultés de pharmacie québécoises ont déjà annoncé leur volonté de transformer le baccalauréat en pharmacie en doctorat professionnel de premier cycle. Cette transformation occasionnera des changements majeurs, particulièrement sur le plan de l'enseignement pratique en augmentant le nombre et la durée des stages de formation dans les milieux de pratique. Pour permettre de répondre à ces nouveaux besoins d'encadrement, et même pour améliorer le système existant compte tenu de la pénurie d'effectifs, les établissements de santé doivent adopter, à l'instar de ce qui est fait en médecine, une structure pyramidale d'enseignement et confier aux résidents en pharmacie certaines tâches de supervision des stagiaires non gradués. Pour ce faire, nous croyons qu'il est utile de reconnaître un statut formel aux résidents en pharmacie dans les établissements, de sorte qu'ils puissent répondre de la qualité de leurs actes et de leur conduite professionnelle auprès du CMDP.

L'A.P.E.S. recommande que :

- 1) *le conseil d'administration d'un établissement, relié par contrat d'affiliation à une université conformément à l'article 110, attribue le statut de résident en pharmacie à une personne, titulaire d'un baccalauréat en pharmacie, qui effectue un stage de formation post-baccalauréat dans un centre exploité par l'établissement;*
 - 2) *de faire les ajustements nécessaires aux diverses dispositions de la LSSSS en ce qui concerne les responsabilités du CMDP et le fonctionnement du régime de traitement des plaintes à l'égard des résidents en pharmacie.*
-

EXAMEN D'UNE PLAINTÉ CONCERNANT UN MÉDECIN, UN DENTISTE OU UN PHARMACIEN

Le processus d'examen des plaintes d'un usager, ou de toute autre personne qu'un usager ou son représentant, est différent pour les médecins, dentistes et pharmaciens. En effet, pour l'application de la procédure d'examen des plaintes qui concerne ces derniers, la Loi sur les Services de santé et les Services sociaux prévoit que le conseil d'administration de l'établissement désigne, sur recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, un médecin examinateur.

Selon la nature des faits et leurs conséquences sur la qualité des soins ou services médicaux, dentaires ou pharmaceutiques, le médecin examinateur doit, sur réception de la plainte, décider de son orientation parmi les suivantes :

- 1° examiner la plainte conformément à la section prévue à cet effet dans la loi;
- 2° lorsque la plainte concerne un médecin, un dentiste ou un pharmacien, membre du CMDP, acheminer la plainte vers ce conseil pour étude à des fins disciplinaires par un comité constitué à cette fin et en transmettre une copie au professionnel qui en fait l'objet ; en l'absence d'un tel conseil, la plainte est traitée suivant la procédure prévue par règlement pris en vertu du paragraphe 2° de l'article 506 ;
- 3° lorsque la plainte concerne un résident et qu'elle soulève des questions d'ordre disciplinaire, acheminer la plainte, avec copie au résident, vers l'autorité déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 2° de l'article 506 ;
- 4° rejeter toute plainte qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi.

Le médecin examinateur décide s'il traite la plainte lui-même ou s'il la réfère au CMDP. Un des problèmes rencontrés en pratique avec ce processus réside dans le fait que lorsqu'il prend cette décision, il n'y a pas de disposition permettant au pharmacien de demander que cette plainte, si elle est de son point de vue de nature disciplinaire en tout ou en partie, soit acheminée au CMDP pour étude à des fins disciplinaires. Le deuxième problème

provient du fait que le médecin examinateur, lorsqu'il traite lui-même la plainte, peut adopter des conclusions qui auront un effet disciplinaire. L'A.P.E.S. croit que le législateur devrait permettre au professionnel qui s'estime visé par des conclusions de nature disciplinaire de la part du médecin examinateur, d'en requérir la révision par le comité de révision déjà prévu à la loi. Dans la mesure où les conclusions de ce comité seraient de maintenir les conclusions de nature disciplinaire du médecin examinateur ou d'en arriver lui-même à des conclusions disciplinaires, le législateur devrait alors prévoir que le professionnel puisse faire réacheminer la plainte au CMDP.

Cette demande est particulièrement importante pour les pharmaciens qui disposent à la fois d'un statut de salarié et d'un statut au sein du CMDP. Dans leurs cas, il est plus difficile de distinguer les mesures administratives des mesures disciplinaires et les dispositions actuelles de la loi sont de nature à alimenter cette confusion. De plus, le fait de ne pas acheminer la plainte au CMDP pour études à des fins disciplinaires, prive le pharmacien d'un éventuel recours au Tribunal administratif du Québec, si des sanctions lui sont imposées. Les dispositions relatives au traitement des plaintes par le médecin examinateur ne doivent pas être en conflit avec celles prévues à la loi pour imposer une mesure disciplinaire au pharmacien.

L'A.P.E.S. recommande que :

- 1) *le professionnel qui s'estime visé par des conclusions de nature disciplinaire par le médecin examinateur puisse requérir la révision de l'orientation de la plainte par le comité de révision ;*
- 2) *le professionnel puisse faire réacheminer la plainte au CMDP pour traitement à des fins disciplinaires, si les conclusions du médecin examinateur ou du comité de révision sont de nature disciplinaire de l'avis du pharmacien .*

OFFRE DE SERVICE DE L'INSTANCE LOCALE

LA COORDINATION DES SERVICES

Tout comme les services médicaux, les services pharmaceutiques souffrent actuellement de problème de coordination et de continuité. Or ces difficultés résultent souvent en des problèmes reliés à la pharmacothérapie qui conduisent à des réhospitalisations ou encore à une consommation accrue de services de santé, causant ainsi bien des ennuis aux patients et des coûts supplémentaires au système de santé. Dans ce contexte, et compte tenu de l'intégration des pharmacies privées au sein des réseaux locaux, l'A.P.E.S. croit qu'on devrait confier aux instances locales la responsabilité de créer des conditions favorables à l'accès et à la continuité de services pharmaceutiques. Cela sera d'autant plus nécessaire dans le temps que l'impact de la loi 90 se fera sentir et que des traitements

pharmacologiques seront initiés et ajustés par les pharmaciens des deux secteurs de pratique, au moment où des patients seront admis, inscrits ou auront congé d'un des centres de l'instance.

D'ailleurs dans son rapport, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (la Commission Clair) concluait à la nécessité d'assurer une utilisation optimale des médicaments, au sein de réseaux de soins intégrés, par des outils de gestion thérapeutique et des revues d'utilisation de médicaments. Elle mentionnait que :

« Bien que valable pour l'ensemble des services de santé, l'utilisation optimale des médicaments est particulièrement essentielle dans l'ensemble des réseaux de soins intégrés que nous venons de décrire. D'autant plus que les patients de ces réseaux sont souvent en transition entre divers milieux de soins : domicile, salle d'urgence, hôpital, CLSC, centre de réadaptation, CHSLD, hébergement temporaire ou alternatif. Cette mobilité requiert une vigilance, une coordination et une flexibilité des services pharmaceutiques. Il faut donc que les pharmaciens jouent un rôle actif dans ces réseaux afin d'y représenter l'expertise pharmaceutique. » Nos soulignés.

Le projet de loi 83 prévoit l'ajout de l'article 99.7 à l'actuelle LSSSS. Cet article qui édicte les responsabilités de l'instance locale en matière de coordination des services pour la population du territoire du réseau local et d'accès à l'information, notamment aux profils médicamenteux, ne prévoit rien en matière de coordination de services pharmaceutiques. Il ne prévoit pas non plus le recours à l'expertise pharmaceutique, et ce, malgré les affirmations répétées du caractère essentiel de l'expertise des pharmaciens au sein des réseaux intégrés de services par les décideurs et par les experts de la Commission Clair.

L'A.P.E.S. croit que la loi d'harmonisation doit prévoir que les responsabilités exercées par l'instance locale, telles que prévues à l'article 99.7, soient exercées non seulement en concertation avec la commission médicale régionale, mais également avec la commission pharmaceutique régionale dont nous avons déjà proposé la mise en place précédemment dans notre mémoire. De plus, à l'instar de ce que pensaient les membres de la Commission Clair dont nous citons un extrait ci-après :

« En réalisant une entente avec le DRMG de la région régionale, le Groupe de médecine de famille aurait accès, en plus d'infirmières cliniciennes ou praticiennes du CLSC détachées auprès du groupe, aux autres ressources professionnelles du CLSC selon un contrat de services signé entre les parties (diététiste, physiothérapeute, ergothérapeute, travailleur social, psychologue, équipe de soins à domicile, autres programmes spécifiques), le groupe aurait accès aux pharmaciens d'établissements et devrait développer des liens avec les pharmaciens dans la communauté. » Nos soulignés,

l'A.P.E.S est d'avis que les médecins de famille auraient tout intérêt, compte tenu de la complexité grandissante de la pharmacothérapie et de ses impacts sur la santé et sur les coûts des soins de santé, à avoir accès à l'expertise spécialisée des pharmaciens d'établissements.

L'A.P.E.S. recommande que :

- 1) le paragraphe 4° de l'article 99.7 proposé par la loi d'harmonisation soit modifié de la façon suivante :
 - 4° créer des conditions favorables à l'accès, à la continuité et à la mise en réseau des services médicaux généraux et à l'accès et à la continuité des services pharmaceutiques, de concert avec l'agence et le département régional de médecine générale et en consultation auprès de la commission médicale régionale et la commission pharmaceutique régionale, en portant une attention particulière à l'accessibilité:
 - a) à des plateaux techniques diagnostiques pour tous les médecins;
 - b) à l'information clinique, entre autres, le résultat d'examens diagnostiques tels ceux de laboratoire et d'imagerie médicale, les profils médicamenteux et les résumés de dossiers;
 - c) à des médecins spécialistes par les médecins de famille dans une perspective de hiérarchisation des services.
 - d) à des pharmaciens d'établissements par les médecins de famille et les pharmaciens de pratique privée.

ENTENTE DE SERVICES

Le projet de loi 83 introduit un troisième alinéa à l'article 108 de la LSSS. Cet article se lirait donc dorénavant de la façon suivante :

- 108.** Un établissement peut conclure avec un autre établissement, un organisme ou toute autre personne, une entente pour l'une ou l'autre des fins suivantes:
- 1° la prestation de certains services de santé ou de services sociaux;
 - 2° la prestation ou l'échange de services professionnels en matière de services de santé ou de services sociaux.
 - 3° l'acquisition, la préparation et la distribution de médicaments.**

Cet alinéa, s'il était adopté, pourrait conduire à la privatisation partielle des départements et services de pharmacie. Or, si on considère l'efficacité largement démontrée et reconnue des pharmaciens d'établissements à favoriser une utilisation optimale des médicaments, cette proposition laisse l'A.P.E.S. plus que perplexe. En effet, les établissements de santé, qui sont les premiers à introduire les innovations pharmaceutiques coûteuses auraient dû voir leurs dépenses de médicaments augmenter beaucoup plus rapidement et beaucoup plus fortement que celles du régime général d'assurance-médicaments (RGAM). Or, en raison du travail des médecins, et particulièrement de celui des pharmaciens, les dépenses

en médicaments des établissements ont longtemps crû à un rythme moindre ou sinon à un rythme équivalent (ces quelques dernières années) à celui du RGAM. En outre, des études ont clairement montré que les pharmaciens d'établissements améliorent la qualité de l'utilisation des médicaments, et ce, sans égard aux coûts.

Dans ce contexte, nous comprenons mal, au moment où le ministre veut mettre en place une politique du médicament dont l'un des principaux objets est la recherche de l'utilisation optimale des médicaments, qu'on suggère une modification législative qui serait de nature à s'aliéner des partenaires efficaces et qu'on entrevoit une solution moins efficiente.

L'A.P.E.S. recommande que :

la proposition d'ajouter le troisième alinéa à l'article 108 et qui concerne « l'acquisition, la préparation et la distribution de médicaments » soit retirée du projet de loi 83.

PLAN D'ORGANISATION AU SEIN DES INSTANCES LOCALES

L'A.P.E.S. souhaiterait soulever, dans cette section du mémoire, un certain nombre de questions qu'amène la mise en place des instances locales au regard de l'organisation des départements de pharmacie et du plan d'organisation des instances. Il importe, selon nous, de clarifier ces questions puisqu'elles peuvent avoir un impact sur la mobilité du personnel entre les centres d'un même établissement et l'organisation des ressources matérielles et informationnelles.

D'abord, rappelons qu'à l'origine, la LSSSS encadrait le fonctionnement des établissements dans un contexte où, généralement, un établissement opérait un seul centre ayant une des missions prévues à la loi. Par la suite, des amendements ont été apportés pour favoriser le regroupement de centres avec des missions semblables ou différentes. Ces amendements ont prévu la création de conseils d'administration uniques et la loi faisait en sorte qu'une des missions servait à définir le plan d'organisation qui serait utilisé pour l'ensemble des activités ou missions de l'établissement.

Contrairement à cette première vague de fusion, les fusions d'établissements réalisées en vertu de la loi 25 n'ont pas bénéficié de mesures de transition qui auraient pu permettre de cerner avec précision le contour des structures et des droits et obligations qui subsistent par rapport au plan d'organisation. Malheureusement, le projet de loi 83 n'apporte guère plus d'éclairage, de sorte qu'un certain nombre de questions subsiste de la part de l'Association. Ces interrogations sont d'autant plus fortes que certaines d'entre elles auraient pu trouver réponse dans la réglementation en vigueur, particulièrement dans le Règlement 5 sur l'organisation et l'administration des établissements, mais ce règlement est maintenant déphasé par rapport à la Loi qui a subi, depuis l'adoption du règlement, de multiples modifications. Les interrogations de l'Association demeurent donc entières.

LA SITUATION DES DÉPARTEMENTS ET SERVICES DE PHARMACIE

La LSSSS prévoit que chaque établissement doit adopter un plan d'organisation de ses ressources matérielles et humaines pour assurer les services propres à sa mission. Un établissement qui opère un centre hospitalier doit créer, dans le cadre de son plan d'organisation, des départements cliniques. Par ailleurs, le règlement sur l'organisation et l'administration des établissements prévoit que le plan d'organisation d'un centre hospitalier de soins de courte durée doit prévoir la formation d'un département de pharmacie. Le règlement prévoit également que le plan d'organisation d'un centre hospitalier de soins de longue durée doit prévoir la formation d'un département de pharmacie ou confier à un pharmacien les responsabilités énumérées à l'article 77. Finalement, le plan d'organisation d'un centre d'hébergement doit prévoir la formation d'un service de pharmacie ou confier à un pharmacien les responsabilités décrites à l'article 84. Ces deux derniers points reflètent bien le déphasage dont nous avons discuté précédemment puisque les centres d'hébergement et les centres hospitaliers de soins de longue durée sont dorénavant une seule et même entité, les CHSLD.

LE NOMBRE DE CENTRE(S) AU SEIN D'UN ÉTABLISSEMENT

Certains établissements, par l'effet de la loi 25, regroupent dorénavant un CH, un ou plusieurs CHSLD et un ou plusieurs CLSC. Il faut donc déterminer si un tel établissement opère plusieurs centres ou un seul. La LSSSS définit les centres par leur mission. Ainsi, l'instance qui opère plusieurs centres aura au moins autant de centres qu'il y a de missions. Un établissement qui provient d'un CH, de trois CHSLD et de deux CLSC doit par l'effet des missions avoir au moins trois centres. Néanmoins, pourrions-nous considérer qu'il va opérer six centres et que son plan d'organisation doit prévoir la présence de quatre départements de pharmacie ou encore d'un département et de trois services de pharmacie? Cette hypothèse n'est pas contredite par le texte de la loi 25, du projet de loi 83 ou de la LSSSS. *A contrario*, de nombreuses instances locales comportent un CH et, de fait, ont déjà un département clinique de pharmacie pour ce CH. Ce département existait auparavant pour ce CH seulement. Est-ce à dire que l'établissement pourrait établir un seul plan, donc un seul département de pharmacie pour l'ensemble des centres qu'il opère?

Il est certain que l'A.P.E.S. comprend que toute l'opération vise l'intégration des services et des soins et que cet objectif tendrait normalement à considérer qu'il faut favoriser la mise en commun des ressources des centres ayant les mêmes missions. De là à conclure qu'il faut considérer que la fusion des établissements comporte la fusion des centres de même mission, il n'y a qu'un pas à franchir. Nonobstant ce qui précède, la question demeure entière sur l'organisation des départements de pharmacie dans l'instance qui opère plusieurs centres.

Devant l'absence de réponses à ces questions dans la loi 25, nous avons cru que la loi d'harmonisation disposerait de ces incertitudes, mais ce n'est pas le cas.

Dans ce contexte, nous croyons qu'il importe d'apporter des précisions au projet de loi 83 afin de clarifier l'organisation pharmaceutique au sein des instances locales. L'Association croit que, compte tenu des investissements technologiques et informatiques qui doivent

être consentis aux départements de pharmacie et dans le but de favoriser une allocation optimale de l'expertise pharmaceutique, le plan d'organisation des instances locales devrait prévoir la présence d'un département de pharmacie unifié. Néanmoins, cette intégration des soins et services doit être réalisée dans un contexte où l'organisation favorise le maintien et le développement de services pharmaceutiques de qualité dans chacun des centres de l'instance, minimalement à la hauteur des normes actuelles. Elle doit aussi être réalisée dans le respect des clientèles de chacun. En ce sens, le déficit de ressources pharmaceutiques de certains centres, que cela soit dû à la pénurie actuelle ou encore à une sous-évaluation des besoins par les gestionnaires, constitue un défi important dans le contexte où il faudra maintenir un équilibre entre les ressources disponibles dans les différents centres d'une même instance. Finalement, l'A.P.E.S. croit également qu'au sein de ces départements de pharmacie qui pourront atteindre des tailles appréciables, il faudra s'assurer que les décisions se prennent le plus près possible des patients. L'Association souhaite que l'organisation administrative prévoit une décentralisation, ou du moins une déconcentration, du processus décisionnel.

L'A.P.E.S. recommande que :

le projet de loi 83 précise que l'instance locale doit prévoir la formation d'un département de pharmacie unifié.

LES RÉSEAUX UNIVERSITAIRES INTÉGRÉS DE SANTÉ (RUIS)

Le projet de loi 83 concrétise la création des réseaux universitaires intégrés de santé. À première vue, cette structure répond à des besoins maintes fois exprimés de mieux structurer l'enseignement universitaire en médecine, de partager les expertises spécialisées en clinique et en recherche et d'optimiser l'utilisation et le partage des plateaux techniques des établissements de santé québécois.

Si cette structure semble bien correspondre à des préoccupations concernant les services médicaux, qu'en est-il des autres services professionnels dont, en ce qui nous concerne, les services pharmaceutiques? En effet, au-delà des dispositions du projet de loi qui concernent directement les services médicaux, les RUIS auront des responsabilités au regard de toutes les disciplines professionnelles, dont la pharmacie. Pourtant les facultés de pharmacie ne sont pas représentées formellement au sein des comités de direction.

De façon particulière, le projet de loi 83 impose l'obligation à chaque établissement universitaire d'assurer des services et d'apporter sa contribution auprès des établissements de son territoire de desserte dans le but de prévenir toute rupture de services, qu'ils soient médicaux ou autres. Ainsi, selon notre compréhension des dispositions proposées par le projet de loi 83, un centre universitaire pourrait se voir

demander de fournir des services pharmaceutiques dans un autre centre sur son territoire et accepter de le faire. Évidemment, cette obligation doit être lue en fonction des autres dispositions de la loi qui ont trait au plan d'organisation, au plan d'effectifs médicaux et plus généralement aux ressources dont dispose l'établissement. C'est justement au plan de la détermination de la quantité des ressources nécessaires pour offrir les soins et services pharmaceutiques requis, tant dans les établissements universitaires que dans les instances locales, que réside le problème en pharmacie. En effet, le déploiement des services pharmaceutiques au Québec ne dépend pas d'un plan d'effectifs pharmaceutiques planifié, la plupart des établissements de santé ne reconnaissant pas les normes de base en effectifs (qui datent maintenant de plus de quinze ans) de l'Ordre de pharmaciens du Québec. Par ailleurs, à l'instar des autres établissements du territoire québécois, plusieurs centres hospitaliers universitaires ou affiliés sont aux prises avec des problèmes graves de pénurie de pharmaciens. Bref, nous fonctionnons à l'aveuglette en matière d'effectifs pharmaceutiques et dans ce contexte, il devient difficile de déterminer les besoins des uns et des autres ou même de déterminer ce qu'est réellement une rupture de services.

Dans un autre ordre d'idées, bien que les pharmaciens d'établissements se sont, dans les faits, spécialisés depuis de nombreuses années, il n'existe encore aucune reconnaissance officielle de ces diverses spécialités en pharmacie. La création des RUIS et le besoin, dans ce contexte, de dresser un inventaire des ressources spécialisées en pharmacie, nous apparaissent constituer un contexte favorisant pour accélérer le débat sur la nécessité de reconnaître les spécialités en pharmacie.

L'A.P.E.S. recommande que :

- 1) *les doyens des facultés de pharmacie soient présents au sein des comités de direction des RUIS;*
 - 2) *la collaboration de l'Ordre des pharmaciens soit requise par le ministre de la santé et des services sociaux afin de revoir et d'élaborer des normes d'effectifs en fonction des niveaux de soins pharmaceutiques requis par les clientèles. Ces normes devraient être partagées par les divers établissements du réseau;*
 - 3) *la création des RUIS et la nécessité de partager les expertises professionnelles qui lui est secondaire soient l'occasion d'ouvrir plus largement le débat sur l'opportunité de créer des spécialités en pharmacie dans le contexte du dépôt possible d'un projet de règlement sur le sujet par l'Ordre des pharmaciens du Québec.*
-

ACTIFS INFORMATIONNELS ET SÉCURITÉ DE L'INFORMATION ÉLECTRONIQUE

L'Association s'est déjà prononcée en faveur d'une plus grande circulation des renseignements médicaux à des fins professionnelles. Par contre, au moment de favoriser ce genre de transferts d'information, l'Association se questionne toujours sur la balance à maintenir entre le besoin de savoir et le droit à la vie privée. Elle se questionne également sur l'équilibre, souvent précaire, qu'il faut maintenir entre le contrôle des pratiques professionnelles et le nécessaire maintien de l'autonomie professionnelle. Dans ce contexte, il nous apparaît toujours pertinent de se questionner sur l'impact des modalités de stockage et d'utilisation des données. L'Association participera donc de façon active aux débats qui seront soulevés par ces questions.

LE DROIT À LA TRANSPARENCE

L'A.P.E.S. désire ramener, comme elle l'avait faite dans le dossier de la carte-santé, toute la question du codage des renseignements. D'aucuns considéreront qu'il s'agit là d'un débat essentiellement technique, néanmoins nous croyons qu'il est faux de le prétendre. L'inscription de données sur un support informatique présuppose une démarche rigide et standardisée d'inscription des renseignements et l'utilisation d'un codage des pathologies et autres renseignements. Or, le passé nous a appris que cette démarche de standardisation n'est jamais neutre. Le code et l'usage qu'on fera des renseignements influenceront inévitablement la façon de coder des utilisateurs. Une étude réalisée aux États-Unis a démontré que plus de 50 % des personnes avec un diagnostic de dépression grave n'étaient délibérément pas codées puisque cela entraînait des problèmes de remboursement des services rendus.¹ En outre, des chercheurs qui travaillent sur les banques de données codées s'entendent sur le fait que les données de facturation manquent fréquemment de validité lorsqu'elles sont utilisées dans un contexte clinique.^{2,3} En plus, il est actuellement démontré qu'aucun système existant de codification médicale n'est satisfaisant, pas plus que la façon de coder⁴. Relativement à la possibilité de stocker des renseignements de santé au Québec, une difficulté supplémentaire s'annonce; nous serons en présence de plusieurs dizaines de milliers de codeurs, principalement des professionnels de la santé. Il faut donc, en plus, obtenir un large consensus parmi les codeurs sur la signification des codes et sur leur adéquation avec la réalité qu'ils sont censés exprimer.

1. K. Rost, R. Smith, DB. Matthews, B. Guise. The deliberate misdiagnosis of major depression in primary care. Arch Fam Med 1994;3 : 333-337
2. Deyo RA, Taylor VM, Diehr P, Conrad D, et al. Analysis of automated administrative and survey databases to study patterns and outcomes of care. Spine 1994; 19 : 2083S-2091S
3. Jollis JG, Ancukiewicz M, De Long ER, et al. Discordance of databases designed for claims payment versus clinical information systems. Implications for outcomes research. Annals Intern Med 1993; 119 : 855-857.
4. Lovis C, Griesser V, Michel PA et al. Codification des diagnostics et procédures : évaluation et implémentation d'une solution globale Baud (2), Jean-Raoul Scherrer(2) Informatique et Santé : Springer-Verlag France, Paris, 1996 (8) : 99-110

Devant cette situation, le groupe européen d'éthique a mis de l'avant un principe qu'il est important de respecter : celui de la transparence. Ce principe devrait être adopté dans le cadre du dossier qui nous concerne. Il se lit comme suit :

« Les critères de standardisation doivent être le plus transparents possible. Cette standardisation doit pouvoir, le cas échéant, être soumise à l'appréciation d'organismes indépendants (par exemple, comités d'éthique, associations de patients, groupes professionnels, etc.). »

L'A.P.E.S. recommande que :

les critères de standardisation du codage des pathologies en termes de validité et de neutralité fassent l'objet d'un consensus au sein d'une table d'experts professionnels et d'usagers.

LA CONVIVIALITÉ DU TRANSFERT ET DE L'UTILISATION DES DONNÉES

Les pharmaciens d'établissements ont mis la technologie au service de leur pratique professionnelle depuis de nombreuses années. Ils ont donc été à même de constater toute l'utilité des technologies de l'information. Toutefois, le réseau public des établissements de santé est constitué d'une mosaïque de systèmes d'information pour ce qui est des logiciels propres aux départements et aux services de pharmacie. Un bref sondage de l'Association a permis de répertorier plus d'une dizaine de fournisseurs différents. Il est donc aisé de comprendre le défi qui sera imposé aux informaticiens afin qu'ils rendent disponibles les renseignements sur les médicaments consommés à l'hôpital, et ce, tel que cela est prévu dans le projet de loi. Devant le défi technologique qui se présente, il nous apparaît important d'affirmer que la solution ne saurait résider dans une double entrée de données ou dans l'entrée de données supplémentaires par le personnel des départements et services de pharmacie. En outre, une application informatique qui aurait pour effet de ralentir la rapidité du traitement des informations ou encore de paralyser les systèmes des pharmacies d'établissements serait inacceptable en terme de productivité.

Par ailleurs, plusieurs départements de pharmacie sont dotés d'équipements et de progiciels de pharmacie désuets. Il faudra certes prévoir un budget d'immobilisation pour rehausser le parc informatique de certaines instances locales, sans quoi, les données des pharmacies hospitalières risquent de manquer à l'appel!

L'A.P.E.S. recommande que :

- 1) *les responsables du projet de transfert électronique des données s'assurent que la mise en place du système s'intègre aux pratiques, aux façons de faire et aux outils informatiques de l'ensemble des professionnels impliqués;*
- 2) *avant de procéder à l'implantation du processus de transfert de renseignements en provenance des départements et des services de pharmacie vers une banque de données externe, et à l'instar de ce qui a été fait dans le cadre du dossier sur l'introduction de systèmes robotisés de distribution des médicaments, le MSSS crée un groupe de travail sur l'informatisation dont le mandat sera le suivant :*
 - ◆ *dresser un portrait de la situation actuelle et des projets à court terme dans le réseau de la santé;*
 - ◆ *apprécier la technologie disponible;*
 - ◆ *documenter les bénéfices potentiels des divers systèmes d'information, tant sur la qualité des services que sur la disponibilité de la main-d'œuvre et sur les capacités de transfert de l'information,*
 - ◆ *établir divers scénarios d'implantation;*
 - ◆ *proposer des orientations au Ministère.*

LES POUVOIRS RÉGLEMENTAIRES DU GOUVERNEMENT CONCERNANT L'INSCRIPTION DES DONNÉES

Les profils d'accès

Le projet de loi 83 prévoit que l'article 505 qui renvoie aux pouvoirs de réglementation du gouvernement en application de la LSSSS sera modifié pour introduire des dispositions qui concernent les informations électroniques.

Le paragraphe 24.2 propose que l'attribution des profils d'accès dépende de plusieurs critères dont la qualité de la personne, mais aussi de son lieu d'exercice. L'A.P.E.S. croit utile de mentionner que, dans le cas des pharmaciens, il importe que le profil d'accès ne varie pas en fonction de son lieu d'exercice. Le profil d'accès devrait être accordé en fonction de la profession et en accord avec la finalité de l'utilisation que font les pharmaciens des renseignements qu'ils consultent.

Finalement, nous croyons que, pour s'assurer que le pharmacien puisse exercer convenablement sa profession, il faille lui donner un profil d'accès qui couvre l'ensemble des catégories de renseignements proposées à l'article 520.9.

Exemption de l'inscription de l'administration ou de la délivrance d'échantillons

Le paragraphe 24.3 de l'article 505 prévoit que le gouvernement peut adopter un règlement pour exempter, dans les cas, conditions et circonstances qu'il indique, un intervenant qui administre ou délivre un médicament ou un échantillon de l'obligation de transmettre une copie des renseignements à l'agence ou à l'établissement.

Or, l'A.P.E.S. croit qu'en aucun cas, un intervenant ne devrait être dispensé de transmettre les renseignements sur les échantillons, compte tenu de l'importance que prennent les échantillons dans la pharmacothérapie. Il en va de l'exactitude des renseignements consultés et de l'analyse correcte du profil pharmacologique pour assurer une thérapie médicamenteuse optimale et sécuritaire aux patients. Pour les mêmes raisons, nous croyons qu'il faut être prudent, pour ce qui est de l'exemption de la transmission des renseignements sur les médicaments. Nous comprenons que certaines situations urgentes commanderont cette exemption, toutefois les conditions et circonstances devront être très clairement définies et très peu nombreuses.

L'A.P.E.S. recommande que :

la possibilité d'exempter des intervenants de transmettre des renseignements sur les échantillons soit retirée du paragraphe 24.3 de l'article 505.
