

Avant-projet de loi intitulé
Loi sur la carte santé du Québec

Présentation à la Commission des affaires sociales

Ordre des pharmaciens du Québec

5 février 2002



Présentation de l'Ordre des pharmaciens du Québec

L'Ordre des pharmaciens du Québec, constitué en vertu du Code des professions, est chargé d'assurer la protection du public en matière de services pharmaceutiques. Pour ce faire, l'Ordre émet les permis d'exercice, évalue la compétence professionnelle de ses membres, exerce une fonction disciplinaire et assure la qualité des services dispensés.

L'Ordre des pharmaciens compte 6 141 membres en date du 4 février 2002. Environ 70% des membres exercent en officine, soit comme salariés, soit comme propriétaires d'une des 1 610 pharmacies que compte le Québec. Un peu plus de 17% des pharmaciens oeuvrent dans des établissements de santé. Enfin, les autres membres pratiquent dans divers milieux tels que l'industrie pharmaceutique, les universités, les associations ou divers organismes gouvernementaux.

Fondée en 1870, l'Association pharmaceutique de la province de Québec devint, en 1944, le Collège des pharmaciens. Suite à l'adoption du Code des professions en 1974, le Collège des pharmaciens fut désormais connu sous le nom d'Ordre des pharmaciens du Québec, qu'il a gardé jusqu'à ce jour.

Table des matières

<i>1</i>	<i>Introduction</i>	<i>3</i>
<i>2</i>	<i>L'Ordre des pharmaciens du Québec et le partage d'informations cliniques</i>	<i>4</i>
<i>3</i>	<i>Les leçons du projet de carte santé à microprocesseur de Rimouski</i>	<i>7</i>
<i>4</i>	<i>L'Ordre des pharmaciens et le principe de la carte santé `microprocesseur</i>	<i>9</i>
<i>5</i>	<i>L'Ordre des pharmaciens et le présent avant-projet de loi</i>	<i>10</i>
<i>5.1</i>	<i>Les données cliniques : nature et fiabilité</i>	<i>11</i>
<i>5.2</i>	<i>Les modalités opérationnelles</i>	<i>15</i>
<i>5.3</i>	<i>La surveillance du projet</i>	<i>16</i>
<i>5.4</i>	<i>La gestion du projet</i>	<i>16</i>
<i>5.5</i>	<i>Les droits d'accès en lecture et écriture sur la carte</i>	<i>17</i>
<i>5.6</i>	<i>Les risques d'une implantation globale</i>	<i>17</i>
<i>6</i>	<i>Conclusion</i>	<i>19</i>
	BIBLIOGRAPHIE	20
	ANNEXE 1	23

1 Introduction

L'Ordre des pharmaciens du Québec remercie la Commission des affaires sociales de lui donner l'occasion d'exprimer sa position sur l'avant-projet de loi visant l'établissement de la carte santé du Québec.

Nous croyons en effet que l'importance de ce projet, de même que les nombreuses discussions, voire les controverses qui ont entouré son développement, rendent absolument nécessaire une telle consultation. Nous croyons également que les pharmaciens et pharmaciennes du Québec, dont le rôle capital dans la gestion et le monitoring de la pharmacothérapie n'est plus à démontrer, ne peuvent se soustraire au devoir de se prononcer sur un sujet qui est de nature à affecter de multiples façons, non seulement leur exercice professionnel, mais également les soins que reçoivent leurs patients. Nous croyons enfin, les pharmaciens étant les détenteurs et les gardiens de renseignements personnels à la fois extrêmement importants et confidentiels, que nous ne pouvons nous soustraire à la responsabilité de veiller à ce que ces renseignements soient conservés et utilisés avec les meilleures garanties que le droit des patients au respect de la confidentialité sera intégralement protégé.

Dans les pages qui suivent, nous tenterons

- premièrement, de mettre en lumière l'intérêt que les pharmaciens ont maintes fois démontré à l'égard de tous les projets visant un échange accru d'informations entre les professionnels de la santé;
- deuxièmement, d'examiner les leçons tirées de l'un de ces projets;
- troisièmement, de donner notre appréciation sur le principe de la carte santé à microprocesseur, comme moyen de favoriser cet échange, et partant la continuité des soins;
- quatrièmement, de donner notre avis quant à l'adéquation entre ce principe et les paramètres de l'avant-projet de loi soumis à notre réflexion.

2 L'Ordre des pharmaciens du Québec et le partage d'informations cliniques

Disons le clairement au départ : notre ordre a toujours clairement affirmé son appui au partage d'informations cliniques ayant pour objectif de favoriser une meilleure qualité et une continuité accrue des soins de santé. Ainsi, et pour ne donner qu'un exemple récent, voici ce que nous affirmions dans notre mémoire de septembre 2000 à la Commission d'étude sur les services de santé et des services sociaux :

«La solution privilégiée en matière de main-d'œuvre demeure une meilleure utilisation des compétences spécifiques de chacun des groupes de professionnels et la création de meilleurs canaux d'échanges de l'information concernant leurs patients».

Confirmant concrètement cet énoncé de principe, notre ordre a participé depuis 1992 à tous les comités qui ont réfléchi à l'instauration d'une carte santé au Québec. Ce sont, notamment, le Comité aviseur du projet de carte santé à microprocesseur de Rimouski, les divers comités dirigés par la Sogique (dont le Comité de planification des modalités de consentement), le Comité de surveillance du projet-pilote CHARL et enfin les divers comités formés en 2001 dans le cadre de l'élaboration du présent avant-projet de loi (Comité directeur, Comité sur la carte d'habilitation et Table de concertation sur le résumé des renseignements en santé).

Cette participation démontre bien l'intérêt que portent les pharmaciens au partage d'informations entre professionnels de la santé en général, et à la carte santé en particulier. Cet intérêt est pour sa part motivé par plusieurs facteurs :

- Les pharmaciens constatent quotidiennement les risques que comporte l'absence de **continuité** entre les divers intervenants responsables des soins de santé de leurs patients. Ce manque de continuité est particulièrement ressenti lorsque les patients circulent entre le secteur privé et le secteur public, lors de l'admission en centre

hospitalier aussi bien que lors du congé^{1, 2}. Le virage ambulatoire n'a fait à cet égard que rendre plus aigu un problème déjà présent.

- Les pharmaciens sont formés pour prodiguer des **soins pharmaceutiques**, c'est-à-dire pour évaluer le médicament, non seulement en fonction de ses paramètres intrinsèques d'efficacité et de sécurité (dose, posologie, effets indésirables, etc.), mais également, pour chaque patient, en fonction des objectifs thérapeutiques attendus et des résultats réels obtenus. Ces résultats pouvant varier considérablement en fonction des caractéristiques individuelles physiologiques, pathologiques, socio-psychologiques ou économiques, qui sont susceptibles d'affecter entre autres les risques d'interactions médicamenteuses ou d'inobservance, les besoins d'ajustement posologique, etc. La disponibilité d'informations cliniques (tels par exemple les résultats des tests de biologie médicale) est essentielle pour rendre les interventions du pharmacien plus éclairées et efficaces^{3, 4}.
- Les pharmaciens sont de plus en plus souvent interpellés et questionnés quant à leur **contribution à une utilisation appropriée, efficace et sécuritaire des médicaments**, dans un contexte où l'obtention du meilleur rapport coût/efficacité devient incontournable. Cette efficacité est en bonne partie reliée à la qualité des informations cliniques accessibles.
- Les pharmaciens sont déjà **familiers avec l'utilisation des technologies informatiques** dans leur pratique. Depuis 1979, ils ont procédé à l'informatisation de leurs dossiers pharmacologiques. Ils en connaissent donc bien les avantages, mais aussi les inconvénients, tels le besoin de mise à niveau régulière, et le temps requis pour la formation du personnel, la saisie et la standardisation des données.

¹ Farrell B., Foisy M., Bajcar J., Patient Centered Transfer of Medication Related Information – Evolution of a Model, Can. Pharm. J. 1997, Sept. 25

² Mallet L., Laprise R., Bergeron J., Pharmacy Discharge Plan for Continuity of Care, Can. Pharm. J. 1998, Feb. 21-23

³ Leape L. et al, System Analysis of Adverse Drug Events, J. Am. Med. Assoc. 1995, July (272) 1: 35-43

⁴ Lesar T.S. et al, Factors Related to Errors in Medication Prescribing, J. Am. Med. Assoc. 1997, January (277) 1: 312-317

- Enfin, les pharmaciens connaissent le **caractère confidentiel** des données inscrites dans leurs dossiers. Ils assurent la sécurité de ces données, en sont les gardiens, et bénéficient de la confiance de leurs patients à cet égard. Signalons ici que l'Ordre des pharmaciens a publié tout récemment, à l'intention de ses membres, des *Lignes directrices sur la protection et l'utilisation des renseignements personnels en pharmacie* (ANNEXE 1).

3 Les leçons du projet de carte santé à microprocesseur de Rimouski

Le projet qui nous apparaît avoir été le plus près de la réalité souhaitée par l'instauration de la carte santé du Québec est celui de Rimouski, à cause des paramètres qui y ont été évalués, de l'importance des populations impliquées et de sa durée. Réalisé entre 1992 et 1995, ce projet-pilote a permis d'établir certains constats fondamentaux qu'il convient de ne pas négliger. Ce sont notamment :

1. L'intérêt et la confiance de la population envers cet outil clinique, qui favorise l'échange d'informations fiables concernant leur santé.
2. L'intérêt des pharmaciens à participer à un tel projet, confirmé par la participation de tous les pharmaciens de la région.
3. L'utilité d'un logiciel d'aide à la décision, très apprécié des cliniciens.
4. L'accord des patients à transmettre à leur pharmacien leurs diagnostics (100% des patients ont donné leur accord).
5. La nécessité de considérer l'information colligée sur la carte santé comme étant la propriété des patients.
6. La nécessité d'une zone privée permettant l'enregistrement de données considérées comme sensibles, y compris celles dont la personne désire gérer l'utilisation de façon plus sélective⁵.
7. L'impact de l'utilisation de la carte santé sur le travail des professionnels, et également sur les systèmes informatiques qui soutiennent ce travail, cette utilisation exigeant un temps non négligeable et un matériel informatique suffisant, d'où perte de productivité significative.

Cette expérience a également mis en lumière la nécessité d'informer adéquatement la population et les professionnels de la santé, avant la mise en œuvre d'un tel projet, et de les supporter adéquatement par la suite. Ces mesures représentent, selon nous, une condition *sine qua non* du succès ou de l'échec de la mise en place d'un système de cette

⁵ Rapport du Comité d'experts sur l'utilisation clinique de la carte santé. Décembre 1997

nature. En effet, son fonctionnement ne peut reposer uniquement sur les professionnels de la santé, dont la mission est avant tout de prodiguer des soins. Ils peuvent et doivent, bien sûr, collaborer pleinement à la reconnaissance de la valeur d'un tel outil, mais ne peuvent assumer la responsabilité d'en expliquer le fonctionnement et les modalités. Compte tenu des besoins de la population en soins pharmaceutiques et de la pénurie actuelle de pharmaciens, ceux-ci, échaudés par l'expérience, ne peuvent ni ne veulent assurer la prise en charge de la carte santé comme ils l'ont fait en 1997 lors de l'implantation du régime d'assurance-médicaments. Il convient donc de prévoir d'emblée une campagne de communications dont l'objectif serait d'informer la population et de répondre à ses interrogations.

4 L'Ordre des pharmaciens et le principe de la carte santé à microprocesseur

Sommairement, le projet actuellement soumis à la réflexion de la Commission des affaires sociales vise deux objectifs principaux :

1. Moderniser l'administration du régime d'assurance-santé, en améliorant l'identification et l'authentification du titulaire de la carte santé, de façon à gérer son admissibilité aux différents programmes.
2. Faciliter aux intervenants habilités, par la constitution d'un résumé de renseignements de santé à vocation clinique, la prise de connaissance rapide de ces renseignements, améliorant ainsi la qualité des soins de santé.

Considérant le besoin essentiel de partage d'information entre professionnels déjà évoqué plus haut, l'Ordre des pharmaciens croit, comme principe général, que la carte santé à micro-processeur est un outil qui peut permettre l'atteinte de ces objectifs. Bien que notre expertise ne se situe pas dans ce domaine précis, il nous semble en effet que la technologie qui sous-tend son utilisation est adéquate, qu'elle est sécuritaire au strict plan de l'accès autorisé, et enfin que la nature des renseignements personnels qu'il est prévu d'y inscrire devrait permettre l'atteinte des objectifs de partage d'informations.

5 L'Ordre des pharmaciens et le présent avant-projet de loi

D'emblée, nous reconnaissons que l'avant-projet de loi comporte des dispositions intéressantes. Par exemple, nous sommes heureux de constater, à plusieurs endroits dans l'avant-projet de loi et dans le mémoire au Conseil des ministres, que les renseignements inscrits dans les résumés ne serviront qu'à des fins cliniques et ne pourront être utilisés pour restreindre l'accès du patient aux professionnels, ou pour d'autres activités de contrôle de la pratique. Cette préoccupation avait été maintes fois signalée l'an dernier par le Comité directeur.

De même, les catégories de renseignements retenues correspondent aux recommandations du projet de Rimouski, ce qui paraît de nature à procurer des renseignements valables aux professionnels. Nous espérons en outre la présence sur la carte d'une zone réservée aux renseignements à caractère privé, qui nous paraîtrait utile pour en favoriser l'utilisation, et qui serait certainement plus facile à gérer qu'un consentement à la pièce. L'absence d'une telle zone serait par ailleurs susceptible d'amener certaines personnes qui pourraient bénéficier des avantages de la carte à s'en priver.

D'autre part, compte tenu de l'importance d'obtenir l'adhésion du plus grand nombre de personnes possibles dans les délais les plus brefs possibles pour garantir le succès de l'utilisation de la carte et des coûts inhérents au modèle d'*opting-in*, nous nous rallions au principe de l'*opting-out* préconisé par le Conseil d'administration de la RAMQ.

Par contre, le présent avant-projet de loi comporte tant de zones grises et d'inconnus qu'il nous est tout à fait impossible d'affirmer que les objectifs poursuivis seront de quelque façon que ce soit atteints. Pire, une mise en opération de la carte accès-santé dont les paramètres d'application actuellement inconnus seraient déficients, provoquerait assez certainement de graves effets pervers tant chez les professionnels qu'au sein de la population. Dans les paragraphes qui suivent, nous évoquerons donc les difficultés qui

surgissent à notre esprit à la lecture de l'avant-projet de loi, et qui, si elles n'étaient pas prises en compte, seraient de nature à s'opposer au déploiement harmonieux d'une carte santé au Québec.

5.1 Les données cliniques : nature et fiabilité

Notre premier souci, qui découle directement de notre mandat de protection du public, concerne la nature et la fiabilité des données cliniques qui pourraient être éventuellement inscrites sur la carte.

Nonobstant le fait que l'article 50 du Règlement prévoit l'inscription sur la carte santé de dix (10) catégories différentes de renseignements cliniques, nous nous devons de souligner que nous ne pouvons encore comprendre comment, en pratique, certaines informations s'y retrouveront. Par exemple, il est de notoriété publique que les médecins ne disposent pas actuellement des équipements nécessaires pour procéder à une telle inscription ni possiblement du temps pour le faire; de plus, les résultats des analyses de biologie médicale seront souvent lacunaires, la carte du patient n'étant pas présente lorsque ce résultat est produit.

Or pour le pharmacien, la disponibilité de ces informations constituerait un atout important dans l'exercice du rôle professionnel qui lui est maintenant reconnu, à savoir le monitoring de la pharmacothérapie. Le rapport d'étape du Groupe de travail Bernier, publié récemment, confie entre autres au pharmacien les activités réservées suivantes, et nous citons, de «surveiller la thérapie médicamenteuse» et d'«ajuster la thérapie médicamenteuse selon une ordonnance ».

En l'absence des diagnostics (ou le cas échéant des intentions thérapeutiques) et des résultats d'analyses, ce rôle ne peut s'exercer avec la même efficacité. Comment identifier les contre-indications de certaines pathologies avec les médicaments en vente libre des annexes 2 et 3, uniquement disponibles en

pharmacie, en l'absence des diagnostics confirmés? Comment surveiller la thérapie, si on ne connaît pas l'intention thérapeutique d'un médicament (à titre d'exemple, la prednisone compte plus de 85 indications officielles)? Comment procéder à l'ajustement posologique requis d'un anticoagulant comme la warfarine, de la digoxine, d'un anticonvulsivant ou d'un antibiotique parentéral, en l'absence des résultats des tests de biologie médicale? Comment conseiller adéquatement le patient, en continuité et en renforcement avec le médecin, sans risquer de compromettre son lien de confiance avec son médecin, en l'absence de tels renseignements cliniques?

Rappelons ici que dans notre mémoire de septembre 2000 à la Commission d'étude sur les services de santé et des services sociaux nous avons également évoqué, dans les termes suivants, notre préoccupation à l'égard de l'exercice de la pharmacie :

«le pharmacien demeure encore une ressource sous-utilisée au sein de systèmes de santé, non seulement pour le contrôle des coûts, mais aussi *pour la gestion de la thérapie*».

Cette sous-utilisation est due en grande partie au manque chronique d'informations sur les diagnostics et les résultats d'analyses à la disposition du pharmacien. On objectera donc peut-être que, dans le contexte actuel de pratique du pharmacien, les informations sont déjà pour lui difficiles à obtenir. Nous en convenons, mais nous croyons aussi que ce projet doit viser à l'amélioration de la situation, et non pas à maintenir (à grands frais) le statu quo.

De même chez les autres intervenants de la santé, l'insuffisance des informations cliniques contenues à la carte risquera d'entraîner des décisions professionnelles douteuses, tant la pharmacologie doit s'interpréter dans un contexte clinique de

connaissance au moins générale des diagnostics et des plus récentes données de laboratoire. Nous sommes d'avis que l'implantation de la carte accès santé dans un tel contexte amènera inévitablement les professionnels à se fier parfois erronément à son contenu. Bref, la mise en place d'un système de carte d'accès santé et dont le principal contenu clinique se limiterait à une liste incomplète de médicaments ne représenterait aucun avantage réel global pour la population. Dans un tel contexte, le risque de désintéressement des professionnels envers la carte santé devient évident, puisqu'il devra au mieux de toute façon procéder à un questionnaire du patient pour compléter l'information manquante.

Actuellement, les pharmaciens sont à toutes fins pratiques les seuls professionnels de la santé totalement informatisés. Il apparaît vraisemblable que les renseignements relatifs à la médication seront les principaux (sinon les seuls) renseignements régulièrement inscrits sur les cartes santé des patients. Or cette information, qui est déjà disponible aux pharmaciens, ne sera que peu utile aux autres intervenants, en l'absence de diagnostics ou d'intentions thérapeutiques puisque, comme nous le disions plus haut, la plupart des médicaments peuvent être utilisés cliniquement à plusieurs fins. En outre, dans le contexte de soins de deuxième et de troisième ligne, la limite des renseignements disponibles réduira grandement l'utilité de la carte santé.

En attendant le jour où les développements technologiques auront rejoint l'ensemble des professionnels de la santé, il est néanmoins possible d'améliorer dès maintenant la continuité des soins et le monitoring de la pharmacothérapie.

Les pharmaciens sont en effet prêts, s'ils en sont informés de façon systématique par leurs collègues médecins, à inscrire à leurs dossiers patients l'intention thérapeutique des médicaments prescrits à leurs patients, renseignements qui pourraient d'emblée être inscrits sur les ordonnances. Ceci est d'ailleurs fait par un nombre croissant, bien qu'encore limité, de médecins. Ainsi, les pharmaciens

d'officine pourraient encore mieux effectuer les activités de monitoring pharmacothérapeutique que nous avons évoquées précédemment, et qui constituent le noyau dur de leur exercice professionnel, d'autant plus que nous savons déjà que la plupart des Québécois et des Québécoises ne fréquentent en général qu'une seule pharmacie.

Plus encore, cette capacité pourrait permettre à l'ensemble des professionnels de la santé de disposer d'une source de renseignements fiables sur la pharmacothérapie de leurs patients et les raisons qui la justifient.

5.2 Les modalités opérationnelles

Non moins nombreuses sont pour les pharmaciens les inquiétudes relatives aux modalités opérationnelles du projet. Nous en citerons ici quelques-unes.

Par exemple, le nombre de patients ne se présentant pas personnellement en pharmacie est élevé, d'autant plus que les patients consommant le plus de médicaments sont habituellement les moins mobiles. Certaines s'y présentent, mais de façon sporadique seulement. Comment s'effectuera la mise à jour de la carte, dans de telles situations? Depuis longtemps soulevée, cette question ne connaît pas encore de réponse. De la même façon, comment devra être géré le consentement des personnes en déficit cognitif?

L'avant projet ne comporte aucune modalité concrète sur la question de l'obtention des consentements des patients, lesquels pour être libres et éclairés doivent reposer sur une information souvent particularisée et adaptée à la réalité de tous et chacun. Les pharmaciens anticipent avec une appréhension certaine devoir jouer malgré eux un rôle pivot dans la transmission de ces informations, dans un contexte où la pénurie de main d'œuvre afflige durement la profession et où les activités cliniques cognitives doivent trop souvent céder le pas à des tâches administratives.

Nous voulons également insister sur nos préoccupations relatives aux risques que l'accès aux médicaments soit compromis par une vulnérabilité technologique. Nous comprenons l'importance d'un contrôle rigoureux des soins de santé et de leurs coûts, mais ce contrôle ne doit jamais être un obstacle à l'accès. Des expériences comme celles rencontrées avec certains médicaments d'exception nous ont fait prendre conscience de la vulnérabilité de la population lorsque l'accès à la médication lui est refusé, ne serait-ce que temporairement. D'autre part, les pharmaciens n'ont pas à assumer les risques de refus ou de bris d'un

système qui se veut orienté vers un meilleur accès. Des structures simples et des modes d'action en cas de panne du système doivent donc être prévus, de manière à respecter le travail et les responsabilités des professionnels de la santé.

5.3 La surveillance du projet

Par son ampleur, par ses impacts sur la quasi-totalité de la population et des professionnels de la santé, ce projet mérite un suivi hors du commun. À cet effet, le rôle du comité de surveillance nous semble essentiel pour assurer le respect des paramètres prévus par l'avant-projet de loi.

Toutefois, nous nous interrogeons sur la capacité réelle de ce comité constitué de six personnes ne devant faire rapport au Ministre de la santé qu'une fois par année, d'exercer un réel rôle de surveillance à tous les niveaux impliqués dans le déploiement de la carte santé : organismes gouvernementaux, établissements de santé, régies régionales, cliniques privées et officines. Plus de précisions seraient nécessaires à cet égard; de même, les modalités de nomination du président du comité devraient exiger l'implication des ordres professionnels.

5.4 La gestion du projet

La gestion de la carte santé est confiée à la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). Nous reconnaissons l'intérêt de la RAMQ dans ce dossier, et son souci de le voir évoluer positivement. Toutefois, nous sommes obligés de constater l'ambiguïté que comporte le fait qu'un organisme payeur ait la responsabilité d'un dossier de nature aussi clinique. Le recours à une instance indépendante de la RAMQ demeure à notre avis tout à fait essentiel afin que devant l'importance de la protection des informations parmi les plus névralgiques

qui soient pour la personne humaine, nous nous assurons que le cap sur les objectifs initiaux du projet ne soit jamais perdu.

5.5 Les droits d'accès en lecture et écriture sur la carte

L'absence de détermination, dans l'avant-projet de loi, des droits d'accès par catégorie de professionnels et d'individus est déplorable. À notre avis, la quantité de travaux, de comités et sous-comités qui se sont penchés sur le sujet au cours des 10 dernières années aurait dû amener à clarifier ces droits d'accès avant la tenue de la Commission parlementaire.

Cette lacune laisse des imprécisions qui peuvent amener plusieurs organismes à se méfier du projet ou à croire qu'ils auront des accès alors que ce ne sera pas le cas. Le choix de laisser aux corporations professionnelles le soin de déterminer les champs d'accès est approprié; toutefois l'absence de cette démarche à ce stade pourtant avancé de l'élaboration du projet est décevante, et peut modifier fondamentalement le niveau d'engagement des professionnels dans ce projet.

5.6 Les risques d'une implantation globale

Le projet d'implantation de la carte santé du Québec est d'une ampleur peu commune, et il comporte des coûts élevés. Un échec causerait, non seulement des pertes financières élevées, mais également des dommages irréparables, d'une part à la confiance de la population envers la capacité de notre système de santé de gérer les défis auxquels il est confronté, et d'autre part à la confiance des professionnels envers la faisabilité d'un tel outil de gestion de l'information, ce qui hypothéquerait sérieusement tout essai ultérieur.

Considérant les nombreuses zones grises et inconnues du projet, pourquoi ne pas procéder à un déploiement préalable limité, cette fois au bénéfice de la totalité de la population d'une région administrative du Québec, et en prenant le temps de procéder à une évaluation plus concrète des impacts, le tout afin de permettre l'introduction des améliorations nécessaires pour amener le fonctionnement de la carte santé jusqu'à un point proche de la perfection? Notre ordre serait, sans nul doute, prêt à appuyer activement une telle proposition.

6 Conclusion

La Commission des affaires sociales a invité notre ordre à exprimer son opinion sur l'avant-projet de loi intitulé *Loi sur la carte santé du Québec*. Nous croyons que les pages qui précèdent exposent clairement cette opinion : oui au principe, non au projet tel que présenté et tel que nous le connaissons pour avoir participé à son développement. Nous croyons également que les suggestions émises tout au long de ce mémoire peuvent contribuer à rendre le projet acceptable et utile à la population du Québec aussi bien qu'aux professionnels de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

Anderson G.M., Lexchin J., Strategies for improving prescribing practice, *CMAJ* 1996;154:1013-1017

Anticoagulation Clinics Prove Coordinating Care Pays off with Better Patient Outcomes, *Clin. Res. Management* 2000;1:102-105,197

Beney J., Bero L.A., Bond C., *Expanding the roles of outpatient pharmacists: effects of health services utilisation, costs and patient outcomes*, The Cochrane Library. 2000

Bernsten C., Bjorkman I., Caramona M., Crealey G., Frokjaer B., Grundberger E. et al, Improving the well-being of Elderly Patients via Community Pharmacy-based Provision of Pharmaceutical Care: a Multicentre Study in Seven European Countries, *Drugs Aging* 2001;18:63-77

Berringer R., Shibley M.C., Cary C.C., Pugh C.B., Powers P.A., Rafi J.A., Outcomes of a Community Pharmacy-based Diabetes Monitoring Program. *J. Am. Pharm. Assoc.* 1999;39:791-797

Bogden P.E., Koontz L.M., Williamson P., Abbott R.D., The Physician and Pharmacist team. An Effective Approach to Cholesterol Reduction. *J. Gen. Intern. Med.* 1997; 12:158-164

Canadian Society of Hospital Pharmacists, Canadian Pharmacists Association, *Seamless Care Workshop Proceedings October 30–November 1, 1998*. Ottawa: Canadian Pharmacists Association; 1999; p.1-41

Cowper P.A., Weinberger M., Hanlon J.T., Landsman P.B., Samsa G.P., Uttech K.M. et al, The Cost-Effectiveness of a Clinical Pharmacist Intervention among Elderly Outpatients. *Pharmacotherapy* 1998; 18:327-332

Dickerson L.M., Mainous A.G. III, Carek P.J., The Pharmacist's role in Promoting Optimal Antimicrobial Use, *Pharmacotherapy* 2000; 20:711-723

Dranitsaris G., Spizzirri D., Pitre M., McGeer A., A Randomized Trial to Measure the Optimal Role of the Pharmacist in Promoting Evidence-based Antibiotic Use in Acute Care Hospitals. *Intl. J. Technol. Assess. Health Care* 2001; 17:171-180

Ferro L.A., Marcrom R.E., Garrelts L., Bennett M.S., Boyd E.E., Eddinger L. et al, Collaborative Practice Agreements Between Pharmacists and Physicians, *J. Am. Pharm. Assoc.* 1998; 38:655-666.

Galt K.A., Cost Avoidance, Acceptance, And Outcomes Associated with a Pharmacotherapy Consult Clinic in a Veterans Affairs Medical Center, *Pharmacotherapy* 1998; 18:1103-1111

Gattis W.A., Hasselblad V., Whellan D.J., O'Connor C.M., Reduction in Heart Failure Events by the Addition of a Clinical Pharmacist to the Heart Failure Management Team: Results of the Pharmacist in Heart Failure Assessment Recommendation and Monitoring (PHARM) Study, *Arch. Intern. Med.* 1999; 159:1939-1945

Gerber R.A., Liu G., McCombs J.S., Impact of Pharmacist Consultations Provided to Patients with Diabetes on Healthcare Costs in a Health Maintenance Organization. *Am. J. Managed Care* 1998; 4:991-1000

Goodyer L.I., Miskelly F., Milligan P., Does Encouraging Good Compliance Improve Patients' Clinical Condition in Heart Failure? *Br. J. Clin. Pract.* 1995; 49:173-176

Hatoum H.T., Hutchinson R.A., Witte K.W., Newby G.P., Evaluation of the Contribution of Clinical Pharmacists: Inpatient Care and Cost Reduction. *Drug Intell. Clin. Pharmacy* 1988; 22:252-259

Herborg H., Soendergaard B., Froekjaer B., Fonnesbaek L., Jorgensen T., Hepler C.D. et al, Improving Drug Therapy for Patients with Asthma — Part 1: patient outcomes, *J. Am. Pharm. Assoc.* 2001; 41:539-550

Herborg H., Soendergaard B., Jorgensen T., Fonnesbaek L., Hepler C.D., Holst H. et al, Improving Drug Therapy for Patients with Asthma — Part 2: use of antiasthma medications, *J. Am. Pharm. Assoc.* 2001;41:551-559

Ilett K.F., Johnson S., Greenhill G., Mullen L., Brockis J., Golledge C.L. et al, Modification of General Practitioner Prescribing of Antibiotics by Use of a Therapeutics Adviser (Academic Detailer). *Br. J. Clin. Pharmacol.* 2000; 49:168-173

Jameson J., VanNoord G., Vanderwoud K., The Impact of a Pharmacotherapy Consultation on the Cost and Outcome of Medical Therapy, *J. Fam. Pract.* 1995; 41:469-472

Knowlton C.H., Thomas O.V., Williamson A., Gammaitoni A.R., Kirchain W.R., Buttaro M.L. et al, Establishing Community Pharmacy-based Anticoagulation Education and Monitoring Programs, *J. Am. Pharm. Assoc.* 1999; 39:368-374

MacKeigan L.D., Marshman J.A., Einarson T.R., *The Role of the Pharmacist in Home Care.* Ottawa: Canadian Pharmacists Association, 2001;p.1-24.

McLean W., Gillis J., Waller R., *The B.C. Community Pharmacy Asthma Study: The most in-depth study of the influence of pharmaceutical care in Canada;* 2001

McMullin S.T., Hennenfent J.A., Ritchie D.J., Huey W.Y., Lonergan T.P., Schaiff R.A. et al, A Prospective, Randomized Trial to Assess the Cost Impact of Pharmacist-Initiated Interventions, *Arch. Intern. Med.* 1999; 159:2306-2309

Mehos B.M., Saseen J.J., MacLaughlin E.J., Effect of Pharmacist Intervention and Initiation of Home Blood Pressure Monitoring in Patients with Uncontrolled Hypertension, *Pharmacotherapy* 2000; 20:1384-1389

Pharmacy in the Future — Implementing the NHS Plan: a programme for pharmacy in the National Health Service. London, England: Department of Health; 2000;p.1-26.

Reinders T.P., Rush D.R., Baumgartner R.P. Jr, Graham A.W., Pharmacist's Role in Management of Hypertensive Patients in an Ambulatory Care Clinic. *Am. J. Hosp. Pharm.,* 1975; 32:590-594

Rodgers S., Avery A.J., Meechan D., Briant S., Geraghty M., Doran K., Controlled Trial of Pharmacist Intervention in General Practice. *Br. J. Gen. Pract.* 1999; 49:717-720

Segal R., Applying the Principles of Pharmaceutical Care to the Patient with Diabetes, *Pharm. Pract. Management Q.* 1997; 17:47-53

Sellors J., Sellors C., Woodward C., Dolovich L.R., Poston J., Trim K. et al, Expanded Role of Pharmacists — Consulting in Family Physicians' Offices — a Highly Acceptable Program Model, *Can. Pharm. J.* 2001; 134:27-31

Sidel V.W., Beizer J.L., Lisi-Fazio D., Kleinmann K., Wenston J., Thomas C. et al, Controlled Study of the Impact of Educational Home Visits by Pharmacists to High-Risk Older Patients, *Journal of Community Health* 1990; 5:163-74

Smith M.D., McGhan W.F., Lauger G., Pharmacist Counseling and Outcomes of Smoking Cessation, *Am. Pharmacy.* 1995; NS35:20-29

Stay Healthy, Talk with your Pharmacist — New Brunswick Study Proves Benefits of Pharmacist Services, Toronto: CACDS; 2001

Tamblyn R., Medication Use in Seniors: Challenges and Solutions. *Thérapie* 1996; 51:269-282

Tamblyn R., Laprise R., Hanley J.A., Abrahamowicz M., Scott S., Mayo N. et al, Adverse Events Associated with Prescription Drug Cost-Sharing Among Poor and Elderly Persons, *JAMA* 2001;285: 421-429

Tamblyn R.M., McLeod P.J., Abrahamowicz M., Monette J., Gayton D.C., Berkson L et al, Questionable Prescribing for Elderly Patients in Quebec. *CMAJ* 1994; 150:1801-1809

Tsuyuki R.T., Johnson J.A., Teo K.K., Ackman M.L., Biggs R.S., Cave A. et al, Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists (SCRIP): a Randomized Trial Design of the Effect of a Community Pharmacist Intervention Program on Serum Cholesterol Risk. *Ann. Pharmacother.* 1999; 33:910-919

Varma S., McElnay J.C., Hughes C.M., Passmore A.P., Varma M., Pharmaceutical Care of Patients with Congestive Heart Failure: Interventions and Outcomes, *Pharmacotherapy* 1999; 19:860-869

Wells W.D., Having a Practice Pharmacist can Reduce Prescribing Costs. *BMJ* 1998; 15:7156

Williams D.M., Newsom J.F., Brock T.P., An Evaluation of Smoking Cessation-Related Activities by Pharmacists, *J. Am. Pharm. Assoc.* 2000; 40:366-370

Yanchick J.K., Implementation of a Drug Therapy Monitoring Clinic in a Primary-Care Setting, *Am. J. Health-System Pharmacy* 2000; 57(suppl 4):S30-S34

Zunker R.J., Carlson D.L., Economics of Using Pharmacists as Advisers To Physicians in Risk-Sharing Contracts. *Am. J. Health-System Pharmacy* 2000; 57:753-735

ANNEXE 1

LIGNES DIRECTRICES SUR LA PROTECTION ET L'UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS EN PHARMACIE

1. Introduction

Dans l'exercice de ses fonctions, le pharmacien est amené à colliger un grand nombre d'informations et de renseignements personnels sur les patients à qui il procure des services professionnels. Conformément à la réglementation, ces données sont inscrites au dossier que le pharmacien doit constituer pour chaque patient pour le compte de qui il exécute une ordonnance ou à qui il vend un médicament de l'annexe II^{1,2}. Lorsqu'il exécute une ordonnance, le pharmacien recueille aussi des renseignements sur les prescripteurs.

Tant que ce dossier demeurait manuscrit, il était facile d'en protéger le contenu, qui demeurait constamment sous la surveillance immédiate du pharmacien. L'utilisation de l'informatique et surtout des technologies électroniques de communication a modifié la situation du tout au tout.

Ces technologies permettent depuis longtemps la transmission des informations relatives à la prestation d'un service professionnel, aux fins de rémunération de ce service. Cependant elles ouvrent aussi la porte à d'autres utilisations sur la légalité desquelles l'Ordre s'est questionné, comme par exemple la constitution de banques de données sur les patients ou les prescripteurs, l'échange de ces données entre professionnels de la santé et/ou établissements de santé, leur utilisation à des fins cliniques ou commerciales, la consultation de son dossier en tout ou en partie par le patient lui-même, etc.

L'intérêt clinique de certaines de ces utilisations ne fait pas de doute. La puissance des médicaments, la complexité de la pharmacothérapie, la multiplicité des intervenants et des lieux d'intervention, et enfin la croissance des coûts, sont devenus tels que la connaissance de l'ensemble des informations relatives à un patient est pratiquement une condition *sine qua non* de la qualité et de la continuité des soins offerts et, au delà, de la survie même de notre système de santé.

Cependant il demeure que l'utilisation des renseignements personnels doit se faire dans un contexte qui respecte la protection de la vie privée du patient, lequel est en droit de s'attendre à ce que les informations qu'il a confiées à son pharmacien seront traitées de façon confidentielle. C'est précisément l'objectif de ces lignes directrices.

2. Définitions

- Aide-mémoire clinique :

Abrégé des informations contenues au dossier d'un patient permettant à un patient ou à un professionnel de la santé autorisé par ce patient de prendre connaissance de sa pharmacothérapie à un moment précis. Les informations contenues dans un aide-mémoire clinique sont celles qui seraient déjà couramment accessibles, par exemple par la consultation des étiquettes émises en exécution des ordonnances; en sont exclues les notes d'évolution et les impressions cliniques.

- **Consentement :**

Dans le cadre de ces lignes directrices, le terme «consentement» désigne l’approbation manifeste, libre et éclairée donnée par le patient à la communication ou à l’utilisation d’un renseignement personnel, comme le précise l’article 14 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*³. Par définition, le consentement est donc formellement exprimé ou peut se déduire sans ambiguïté d’une situation, telle celle reliée à la prestation normale des services professionnels, qui sont l’objet même de la cueillette de ces renseignements.

- **Patient :**

Ce terme désigne ici la personne faisant l’objet du dossier tenu par le pharmacien, ainsi que son représentant : détenteur de l’autorité parentale, tuteur, mandataire, liquidateur testamentaire, etc.

- **Pharmacien :**

Dans le présent contexte, le terme désigne généralement toute personne inscrite au Tableau de l’Ordre des pharmaciens du Québec et assurant la prestation de services professionnels. Cependant, le terme peut désigner aussi le cas échéant plus spécifiquement le pharmacien propriétaire.

- **Renseignement anonyme (dépersonnalisé, dénominalisé) :**

Renseignement ne permettant pas l’identification d’un patient.

- **Renseignement personnel :**

Aux fins des présentes lignes directrices, l’expression « renseignement personnel » est utilisée dans le sens qui est défini à l’article 2 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*³, à savoir :

« Est un renseignement personnel tout renseignement qui concerne une personne physique et permet de l’identifier »

Cette expression inclut donc non seulement les nom et prénom d’une personne, mais aussi tout autre renseignement ou combinaison de renseignements permettant de l’identifier : numéro d’assurance sociale, numéro d’assurance maladie, initiales du nom/prénom et adresse, etc.

- **Tiers :**

Aux fins des présentes lignes directrices, le terme « tiers » désigne de façon générale toute personne ou entité autre que le patient, le pharmacien dans l’exercice de sa profession, le personnel du pharmacien (incluant les stagiaires) dans l’exercice de ses fonctions, et tout professionnel de la santé relié à la prestation du service professionnel en cause.

3. Aspects légaux

Le corpus législatif traitant des notions de confidentialité est considérable; l’objectif de la présente section n’est pas d’en produire un résumé, même succinct. Nous référons le lecteur si nécessaire aux lois et règlements cités en références.

En pharmacie, la notion de secret professionnel existe depuis longtemps. Ainsi, cinq articles du *Code de déontologie*⁴ abordent ce sujet. Aux fins du présent document, nous n’en citerons que trois :

- article 3.06.01 : le pharmacien doit respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle obtenu dans l’exercice de sa profession;

- article 3.06.02 : (...) le pharmacien ne peut être relevé du secret professionnel qu'avec l'autorisation de son patient ou lorsque la loi l'ordonne.
- article 3.06.05 : le pharmacien doit veiller à ce que ses employés ne révèlent pas les renseignements de nature confidentielle reçus dans l'exercice de leurs fonctions.

La promulgation en 1993, par le Gouvernement du Québec, de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé* précitée, a imposé d'autres obligations reflétant l'évolution dont il était fait état en introduction aux détenteurs de renseignements personnels. Plus récente, la Loi C-6 adoptée par la Chambre des communes impose des obligations qui vont dans le même sens. D'autres documents législatifs continuent à s'ajouter à ce corpus. C'est ainsi que l'Assemblée nationale a adopté le 21 juin 2001 le projet de loi 161, *Loi concernant le Cadre juridique des technologies de l'information*, et étudie au moment où ces lignes sont écrites le projet de Loi 122, *Loi modifiant la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (...)*⁵.

4. Principes généraux

De la législation actuelle il convient notamment de retenir que la gestion des renseignements personnels doit être constamment considérée selon une double perspective :

- transparence, de la part de celui qui cueille, utilise et conserve ces renseignements;
- consentement manifeste, libre et éclairé, de la part de celui qui fournit les renseignements, ici le patient.

Transparence, c'est-à-dire que le gestionnaire des renseignements personnels doit faire savoir à la personne concernée pourquoi et comment il agit à l'égard de ces renseignements; consentement, parce que la communication ou la divulgation de ces renseignements repose (sauf dans certaines situations prévues par législation) avant tout sur l'autorisation de celui que ces renseignements concernent.

À partir de ces prémisses, l'Ordre des pharmaciens établit donc les principes généraux qui suivent.

- 4.1 Lorsqu'il recueille des renseignements personnels, le pharmacien doit informer son patient :
- de l'objet du dossier;
 - de l'utilisation qui sera faite des renseignements ainsi que des catégories de personnes qui y auront accès aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de son milieu d'exercice. C'est le cas en particulier lorsque le dossier peut être consulté dans plusieurs pharmacies affiliées au même réseau;
 - de l'endroit où sera conservé ce dossier, des droits d'accès ou de rectification, et des modalités d'en obtenir copie.

L'Ordre met à la disposition de ses membres un formulaire permettant entre autres d'aviser le patient de ces points. Un exemplaire de ce formulaire, connu sous le nom de « *Informations confidentielles pour votre dossier* » est joint en annexe aux présentes lignes directrices; il peut être utilisé tel quel ou adapté aux besoins de chacun.

- 4.2 Les renseignements personnels recueillis par un pharmacien dans l'exercice de ses fonctions appartiennent au patient;

- 4.3 Le pharmacien est le gardien des renseignements personnels qui lui sont confiés. Il est donc imputable vis-à-vis du patient de la cueillette, de la conservation et de l'utilisation de ces renseignements. Il ne peut donc pas utiliser les renseignements obtenus dans l'exercice de sa profession pour un usage non relié à la prestation du service professionnel en cause;
- 4.4 Le pharmacien doit prendre les mesures nécessaires pour que son personnel respecte la confidentialité des renseignements personnels. Il devrait en particulier obtenir un engagement écrit de confidentialité de chacun des membres de son personnel et de ses stagiaires (un exemple d'un formulaire d'engagement est joint en annexe aux présentes lignes directrices);
- 4.5 La divulgation de renseignements personnels à un tiers nécessite l'obtention du consentement du patient;
- 4.6 Le consentement peut être donné par écrit ou verbalement. Dans ce dernier cas, le pharmacien devrait consigner cette information dans le dossier du patient.

Notons qu'en certaines circonstances, le consentement du patient à la divulgation de renseignements le concernant n'est pas requis. C'est le cas par exemple :

- A- pour l'application de la législation et de la réglementation pharmaceutique (exemple : *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*⁶);
- B- lorsque la loi l'ordonne (exemple : *Loi sur la protection de la jeunesse*⁷);
- C- à la requête d'une personne chargée en vertu de la loi de prévenir, détecter ou réprimer le crime ou les infractions à la loi, qui le requiert dans l'exercice de ses fonctions, si le renseignement est nécessaire pour la poursuite d'une infraction à une loi applicable au Québec;
- D- pour les fins d'inspection professionnelle, d'enquête du syndic, d'enquête du Bureau des substances contrôlées;
- E- en cas d'urgence ou pour la protection du patient;
- F- en cas d'utilisation illégale ou non-médicale de médicaments. En de tels cas, le patient perd son droit à la confidentialité, mais cette perte se limite au geste illégal seulement;
- G- lors de la vente d'une pharmacie, la pratique correcte en cette situation étant que le pharmacien cède ses dossiers à un autre pharmacien ou, à défaut de trouver preneur, au secrétaire de l'Ordre des pharmaciens⁸, assumant notamment ainsi son obligation de suivi.

Précisons de plus que la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*³ cite plusieurs autres circonstances analogues.

Par ailleurs, les contrats d'assurance médicaments comportent généralement une clause prévoyant le consentement du patient à la transmission éventuelle à l'assureur de certaines informations. Dans ce contexte, la transmission doit se limiter strictement aux informations factuelles relatives à une demande de paiement. Pour toute autre information, le pharmacien doit exiger le consentement du patient.

5. Principes regardant l'accès du patient à son dossier par communication électronique

Le développement du réseau internet donne la possibilité aux pharmaciens de donner aux patients accès à leurs dossiers. Cet accès doit se limiter aux informations contenues dans ce qui est défini ici sous le nom de « aide-mémoire clinique ». Un tel accès doit respecter les principes généraux

énumérés à l'alinéa précédent et les principes spécifiques qui suivent, également applicables lors de la création d'un dossier-patient partageable (exemple : carte à microprocesseur).

- 5.1 Le pharmacien étant le gardien des informations relatives au patient, il doit donner personnellement son consentement à l'implantation d'un tel système d'accès (« opting in »). Cette décision ne peut être prise en son nom par sa bannière, son franchiseur, ou par le gestionnaire du logiciel de gestion de ses dossiers. Le fournisseur ou le promoteur de services doit conserver un historique des consentements obtenus des pharmaciens;
- 5.2 la bannière, le franchiseur ou le gestionnaire de logiciels offrant au pharmacien un tel système d'accès ne peut exclure sa responsabilité par une clause d'exonération;
- 5.3 avant d'autoriser l'implantation d'un tel système, le pharmacien doit évaluer les objectifs poursuivis, la nature des renseignements accessibles au patient, les mesures de sécurité, de façon à pouvoir prendre une décision libre et éclairée et à conseiller adéquatement son patient à cet égard;
- 5.4 tout système d'accès doit rencontrer les normes techniques de sécurité⁹;
- 5.5 le système doit mettre en relief le fait que le pharmacien conserve la responsabilité et l'autorité sur les décisions professionnelles, toute prestation de service professionnel devant être rendue dans un contexte personnalisé. Ainsi, un processus de demande de renouvellement d'une ordonnance doit aviser le patient que le pharmacien doit utiliser son jugement professionnel pour décider de sa pertinence;
- 5.6 le pharmacien doit également s'assurer, le cas échéant, que la présentation et le contenu publicitaire du site permettant l'accès du patient à l'aide-mémoire clinique sont conformes à la réglementation, ce dont il demeure en tout temps responsable;
- 5.7 l'accès ne peut être accordé à un patient avant que ce dernier n'ait donné son consentement (« opting in ») à cet effet au pharmacien détenteur de son dossier;
- 5.8 le pharmacien doit informer le patient qui présente une telle demande des limites du système et des risques possibles de bris de confidentialité, ainsi que des informations ou de la publicité qui pourront lui être transmises lors de cet accès, et ainsi s'assurer que le patient prend une décision libre et éclairée;
- 5.9 le pharmacien doit fournir à son patient des règles claires sur la gestion du ou des codes d'accès à son dossier, incluant le changement ou la réactivation au moins bi-annuel de ce(s) code(s);
- 5.10 l'accès par le patient à l'aide-mémoire clinique doit être limité :
 - aux renseignements concernant les services professionnels obtenus, excluant les notes d'évolution et les impressions cliniques du pharmacien;
 - aux renseignements couramment accessibles (nom du médicament, posologie, nombre de renouvellements, etc.) et normalement présents sur les étiquettes identifiant les médicaments servis sous ordonnance;
 - à la consultation de l'aide-mémoire clinique, aucune modification ou impression n'étant autorisée;
- 5.11 il doit être possible d'exclure certains renseignements de l'aide-mémoire clinique lorsque le patient le demande, par exemple pour certaines médications traitant des pathologies socialement sensibles.

Ce qui précède ne limite pas le droit du patient de consulter son dossier complet ou d'en obtenir une copie intégrale. Pour ce faire cependant, le patient doit présenter une demande formelle. Le dossier pourra alors être consulté au moment choisi, sous la supervision d'une personne désignée par le pharmacien gardien du dossier, ou transmis au patient ou à la personne désignée par celui-ci.

6. Principes d'utilisation des renseignements personnels contenus dans les dossiers d'un pharmacien à des fins commerciales ou de recherche

- 6.1 Le pharmacien ne peut, à des fins commerciales ou de recherche, transmettre à un tiers des renseignements personnels, à moins que le patient n'ait donné par écrit son consentement à une telle transmission;
- 6.2 le pharmacien peut, à des fins de recherche, transmettre à un tiers des renseignements anonymes, et ce par agrégat d'au moins dix patients;
- 6.3 le pharmacien peut, à des fins commerciales, transmettre à un tiers des renseignements anonymes mais comportant l'identification du pharmacien et du prescripteur, aux conditions suivantes :
- le tiers impliqué doit avoir l'autorisation de la Commission d'accès à l'information du Québec;
 - les fins de cette transmission doivent avoir été approuvées par la Commission d'accès à l'information du Québec;
 - les données sur les pharmaciens et les prescripteurs ne peuvent être utilisées sans leur consentement autrement que sous forme d'agrégats d'au moins 30 pharmaciens ou de 30 prescripteurs, selon le cas;
 - à défaut de pouvoir compiler les données sur les pharmaciens ou les prescripteurs en agrégat d'au moins 30 personnes, le tiers effectuant cette compilation doit obtenir le consentement de chacun, et en aviser le pharmacien par écrit; ce dernier devrait également conserver ces consentements pour référence future;
 - les médecins et les pharmaciens doivent être informés annuellement de la possibilité de se retirer du système de collecte de ces renseignements (« opting out »).

Signalons enfin que le Bureau de l'Ordre des pharmaciens a adopté en sa séance du 3 avril 2000 une «Prise de position sur la participation des pharmaciens à des essais cliniques, à des études de marché ou à des activités de recherche évaluative financés par l'industrie pharmaceutique». Ce document est disponible au siège social de l'Ordre.

Adopté par le Comité administratif de l'Ordre des pharmaciens le 4 décembre 2001

Adopté par le Bureau de l'Ordre des pharmaciens du Québec en décembre 2001

Références :

- (1) «Règlement sur la tenue des dossiers, livres et registres par un pharmacien dans l'exercice de sa profession», L.R.Q., c. P-10, r.19
- (2) «Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments», L.R.Q., c. P-10, r.8.2
- (3) «Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé», L.R.Q., c. P-39.1
- (4) «Code de déontologie des pharmaciens», L.R.Q., c. P-10, r.5
- (5) Projet de Loi reflétant l'évolution dont il était fait état en introduction Loi n° 122 : «Loi modifiant la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, le Code des professions et autres dispositions législatives»

- (6) «Loi réglementant certaines drogues et autres substances». S.R.C., c. 19
- (7) «Loi sur la protection de la jeunesse», L.R.Q., c. P-34-1
- (8) «Règlement sur la conservation, l'utilisation ou la destruction des dossiers, livres et registres d'un pharmacien cessant d'exercer», L.R.Q., c. P-10, r.9
- (9) «Loi concernant le cadre juridique des technologies de l'information», L.R.Q., c. P-32, article 68

**ENGAGEMENT À PRÉSERVER LA
CONFIDENTIALITÉ DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Je soussigné, considérant le fait que, dans le cadre de mon travail, j'ai accès à des renseignements personnels concernant les patients d'un pharmacien, m'engage, par les présentes, à:

- A. Ne pas copier, ni divulguer, ni utiliser quelque renseignement personnel concernant tout patient sauf dans la mesure et aux fins spécifiques requises pour qu'un pharmacien puisse rendre des services professionnels audit patient, à la demande de ce dernier ou à son bénéfice seulement;
- B. Respecter et prendre toutes les mesures requises pour préserver le secret professionnel auquel est tenu tout pharmacien;
- C. Prendre toutes les mesures raisonnablement propres à assurer le caractère confidentiel de tous les renseignements personnels auxquels j'ai accès;
- D. Ne pas communiquer à un tiers quelque renseignement personnel que ce soit, à moins que la personne concernée et mon employeur, le cas échéant, n'y consentent à l'avance;
- E. Ne pas copier ni conserver possession de quelque copie de tout document (sous quelque forme et sur quelque support que ce soit) contenant un ou plusieurs renseignements personnels sauf dans la mesure nécessaire à l'exercice de mes fonctions.

Je comprends et je reconnais que tout manquement de ma part à l'une ou à l'autre de mes obligations en vertu de la présente constituera une faute grave qui pourra justifier mon congédiement sans préavis, sous réserve de tous les autres droits et recours de toute personne qui pourrait subir un dommage par suite ou en raison de mon manquement. De plus, je ferai en sorte de respecter le présent engagement même après la terminaison de mon emploi et de la période durant laquelle j'aurais eu accès aux renseignements personnels mentionnés à la présente.

En foi de quoi, j'ai signé ce présent engagement ce

_____° jour du mois de _____ 20_____.

Signature

(Veuillez compléter en lettres carrées, s'il vous plaît)

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse: _____
