

## Qu'y a-t-il au programme? Ou plutôt le doute informatique en pharmacie!

Jean-François Bussières, M.Sc., chef du département de pharmacie,  
CHU Mère-enfant Sainte-Justine

J'aime l'informatique. Elle me passionne et j'aurais pu en faire ma profession! J'aime aussi la pharmacie! N'est-il pas heureux que la pharmacie ait tant besoin d'informatique pour assumer pleinement son rôle en société! Mais ces deux passions se c otient parfois avec difficultés!

J'ai d'abord grandi dans la bannière Jean Coutu dans les années quatre-vingts, où j'avais accès, de presque partout au Québec, au dossier d'un patient de Sept-îles alors qu'il avait consult e un médecin à Québec lors d'un séjour chez des amis! Un système de pharmacie en réseau qui répondait aux besoins de base des années quatre-vingts! Puis, j'ai connu un système-maison sur plateforme HP, d evelopp e à la Cité de la Santé au cours de la même décennie et qui répondait à un principe viscéral de la plupart des départements hospitaliers informatis es de l'époque. « Mieux que personne, nous pouvons développer un système sur mesure qui répondra à 100 % des besoins de notre département de pharmacie ». Cette prémisse a été remise en question au cours des dernières années, notamment par des échecs comme le méga-projet SIDOCI qui a englouti plusieurs dizaines de millions dollars et qui n'a jamais été mis en application. Durant les années quatre-vingt-dix, j'ai implant e à 2 reprises un système informatique (Christian Gagnon Systèmes informatiques) dans un établissement de soins généraux et sp ecialis es puis dans un établissement universitaire. Parall elemment, j'ai observ e quelques succès et quelques histoires d'horreur! L'équipe du C.U.S.E. a finalement réussi à implanter le volet pharmacie du système int egr e américain (HDS); on a réussi une intégration de certains systèmes en ce qui concerne la région de Cowansville où CLSC, CHSLD et CH sont en commun et travaillent sur les mêmes données. Par ailleurs, on a not e l'échec de M edisolution à faire vivre une version traduite et adaptée d'un produit américain destin e à remplacer leur vieille version « caractères » de l'époque IST. Certains se rappellent les nombreuses difficultés rencontrées lors de l'implantation du système int egr e TDS dans le CHUQ. Le volet pharmacie est ou sera abandonn e. On a assist e à l'émergence de joueurs avec des versions graphiques (ex. : Artefact, HDE, Logibec). L'Hôpital Général d'Ottawa a r etrograd e de sa version graphique à sa vieille version « caractères » après plus d'une année de frustration. Récemment, on apprend que les systèmes Simplicité et Gal enos de M edisolution sont à vendre en milieu communautaire. Et tout cela se déroule avec peu ou pas de comités d'usagers... et surtout avec l'absence d'une vision informatique pharmaceutique commune!

Comment expliquer qu'un système int egr e de monitoring clinique ne soit pas offert dans tous ces systèmes? Pourquoi les tests de laboratoire pertinents ne sont-ils pas int egr es à nos dossiers pharmacologiques? Pourquoi les modules de cinétique, d'antibiothérapie IV à domicile, de recettes magistrales sont-ils d esuetes, indépendants? Pourquoi la plupart des profils pharmacologiques imprim es ont-ils une allure rétro? Pourquoi ne s'entend-on pas sur la pertinence d'imprimer ou non un profil 3 ou 4 fois par jour, avec ou sans cartes-fiches?

Les deux exercices d'appel d'offres public auxquels j'ai participé m'ont  tonn e à plusieurs égards! Le budget accord e par les administrations hospitalières aux systèmes de pharmacie est largement inférieur à celui d'autres établissements canadiens, américains, voire européens! Quelle administration reconnaît la pertinence de défrayer le Drugdex (~ 7 000 \$ CAN/année) pour un département de pharmacie qui achète pour plus de 1 million de dollars de médicaments et qui traite 200 000 transactions informatiques par année; cela représente un côté de 3,5 cents/ordonnance... est-ce vraiment un investissement discutable? Cette base de données incontournable, à tout le moins dans les centres d'enseignement, ou d'autres bases de données me semblent une dépense raisonnable et justifiée pour supporter l'efficacité et l'utilisation optimale du médicament! Pourtant, plusieurs centres doivent se battre pour financer la base même de la pratique pharmaceutique : une information juste, indépendante, mise à jour régulièrement et complète! Et on discute encore...

En ce qui concerne les progiciels de pharmacie, il est difficile d'intéresser d'autres joueurs informatiques que ceux déjà présents sur le marché québécois; des joueurs principalement hors Québec tel BDM, M edit ech, Cerner, HBOC se font tordre le bras pour soumissionner au Québec! Est-il primordial que notre outil soit en français? Oh, je vois le débat et je referme tout de suite le panier de crabes. Comment espérer que nos fournisseurs québécois développent un produit mature, uniforme et performant quand les frais de support charg es pour un système aussi complexe sont relativement minimales! Et comment faire en sorte que l'expertise disponible soit mieux utilisée et plus rentable? Comment aider nos fournisseurs à se doter de ressources suffisantes pour répondre à nos besoins? Si l'entretien d'un ATC 212 (une machine mécanique relativement simple) côte 10 000 \$/année, comment penser que l'entretien

d'un système expert, vital à la sécurité des patients et au support de la pharmacothérapie soit sous-financé?

Je suis inquiet! Il me semble se creuser un écart entre les systèmes du milieu communautaire (jadis en retard sur nos applications hospitalières) et nos systèmes actuels. La pratique clinique a tant évolué au détriment de nos systèmes d'information! Des interfaces simples (vues de l'extérieur) et fonctionnelles ont permis aux systèmes en milieu communautaire d'avoir une banque d'interactions mise à jour, des feuillets de conseils aux patients en ligne, des profils pharmacologiques imprimés pour un transfert de plan de soins, des étiquettes lisibles imprimées au laser voire en couleur, des liens avec des systèmes experts! En établissement, les systèmes demeurent parallèles avec des *Drug Facts and Comparisons* hermétiques, des feuillets de conseils aux patients de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.) (version papier), des bases de données en ligne ou sur CD-ROM (Drugdex). Et aucune uniformité quant à la classification/numérotation des médicaments. Les pharmaciens ne parlent pas un vocabulaire commun! C'est quand même drôle qu'on arrive à s'entendre sur le code CUP de produits de consommation et que le médicament utilisé en milieu hospitalier n'ait pas d'identité numérique claire!

Siégeant sur le comité de révision du centre d'activités au niveau pharmacie (6800), nous avons discuté de la capacité des établissements et départements de pharmacie à fournir les données selon la classification thérapeutique de la Régie de l'assurance maladie du Québec (ex. : 8:00, 12:00,...). Certains ont dit : « nos systèmes ne supportent pas ce type de rapports »; d'autres ont dit : « si le gouvernement le demande, les fournisseurs s'y conformeront plus rapidement que sur la seule base d'une demande d'un établissement ». Et l'histoire semble donner raison à la seconde opinion.

Ah, j'oubliais ce sempiternel argument! Monsieur Bussièrès, vos besoins à Sainte-Justine sont si différents de ceux de tel ou tel établissement, que jamais nous n'arriverons à un système pouvant répondre aux besoins de tous! C'est vrai qu'il est difficile d'arriver à des consensus! Mais j'aurai gagné mon pari que la pharmacie est incontournable quand un patient aura droit, plus ou moins, aux mêmes services pharmaceutiques d'un établissement à l'autre! Et si l'on arrive à dégager des consensus sur nos systèmes d'information, nous gagnerons le pari! Sinon, les différences régneront!

J'ai quelques suggestions à vous offrir. Vivement que l'A.P.E.S. prenne ce thème pour élaborer sa première position officielle (il n'y a aucun intérêt à refaire, voire traduire, celle de l'A.S.H.P. ou de la C.S.H.P. sur d'autres

thèmes que nous pourrions simplement faire nôtres, le cas échéant). Mais remplissons le vide informatique qui existe en se dotant à court terme d'une vision informatique pharmaceutique québécoise. Impliquons activement le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Industrie et du Commerce dans ce dossier pour nous donner les moyens de développer au Québec, un ou plusieurs systèmes informatiques d'avenir, à coût raisonnable. Sinon, entretenons la pensée magique que nos fournisseurs actuels, avec un marché et un financement limités, pourront satisfaire nos besoins! La compétition et le libre marché ne sont pas toujours des conditions de succès dans un marché limité! Le Nouveau-Brunswick a retenu un système pour sa province comme l'a fait aussi la Saskatchewan.

Je rêve du jour où un joueur informatique québécois sera suffisamment solide pour satisfaire notre vision et faire le poids sur le marché nord-américain. Tant que nous entretiendrons un marché fermé de quelques produits destinés à un nombre limité de clients, nos fournisseurs n'auront ni la marge, ni l'expertise pour répondre à notre vision!

Sinon... les plus optimistes continueront de rêver!

## Lectures suggérées

- Troiano D. A primer on pharmacy information systems. *J Healthc Inf Manag* 1999;13(3):41-52.
- Barcia SM. Implementing pharmacy computer systems. *Health Manag Technol* 1999;20(7):22-3.
- Chellam K, Nash L. Choosing what to post on a pharmacy intranet web page. *Am J Health Syst Pharm* 1999;15;56(22):2290, 2292-3, 2297.
- Bates DW, Teich JM, Lee J, et al. The impact of computerized physician order entry on medication error prevention. *J Am Med Inform Assoc* 1999;6(4):313-21.
- Anonymous. HotList: pharmacy systems. *Health Manag Technol* 1999; 20(3):52-5.