

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA



CONSEIL PRATIQUE

L'adoption des DMÉ dans les centres de médecine de famille

JUILLET 2015

CONSEIL PRATIQUE – LE DMÉ DANS LES CENTRES DE MÉDECINE DE FAMILLE

La médecine évolue continuellement, à mesure que les nouvelles données transforment nos méthodes existantes et enrichissent nos connaissances. Les outils disponibles changent; de nouveaux outils voient le jour; nos systèmes de soins de santé se transforment et améliorent l'accès, l'efficacité, la qualité des soins et l'expérience du patient.

À mesure que la technologie de l'information progresse, on trouve de nouvelles façons de l'utiliser, y compris pour entreposer électroniquement les données sur le patient et accéder à ces renseignements dans la pratique. La transition des dossiers papier aux dossiers médicaux électroniques (DMÉ) est maintenant reconnue comme partie intégrante de l'évolution de la prestation de soins en médecine familiale¹. À mesure que les DMÉ se développent, de nouvelles applications possibles voient le jour : par exemple, les données recueillies dans les DMÉ peuvent orienter les décisions à l'échelle du système et éclairer la recherche.

Le présent article vise à guider les médecins de famille dans la mise en place un système de DMÉ dans une pratique de médecine familiale, en répondant à trois questions :

- **Qu'est-ce qu'un DMÉ?**
- **Quels sont les avantages de l'adoption d'un système de DMÉ?**
- **De quels facteurs faut-il tenir compte lors de l'adoption d'un système de DMÉ?**

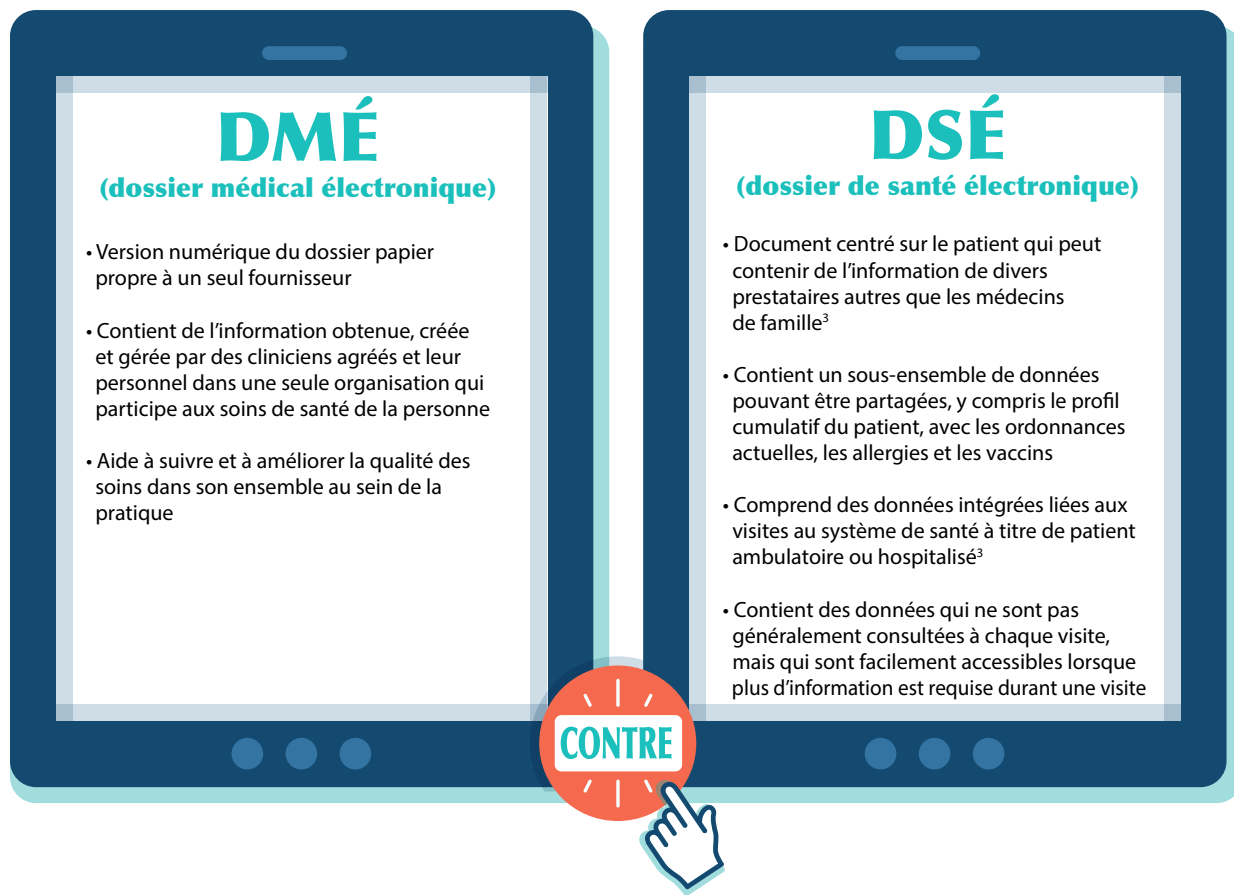
Cet article est destiné à toutes les pratiques de médecine familiale, toutefois, l'utilisation des DMÉ est un pilier central du modèle du Centre de médecine de famille du CMFC (centredemedecinedefamille.ca).

Le présent guide porte sur les avantages fondamentaux des DMÉ et l'adoption de la nouvelle technologie. Les guides ultérieurs s'appuieront sur ce fondement pour explorer davantage l'utilisation et le potentiel des DMÉ.

QU'EST-CE QU'UN DMÉ?

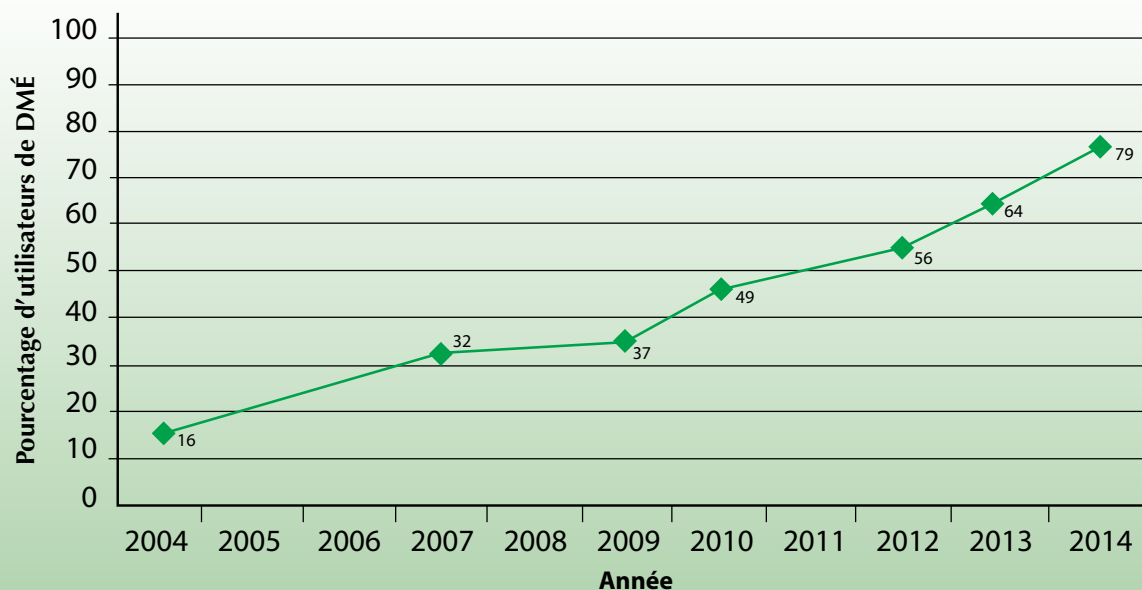
Un *dossier médical électronique (DMÉ)* est un dossier médical informatique tenu par les cliniciens pour chacun de leurs patients. Il contient des renseignements détaillés, tels que les données démographiques, les antécédents médicaux et pharmacologiques, ainsi que l'information diagnostique comme les résultats de laboratoire et d'imagerie². Le DMÉ est souvent intégré à d'autres logiciels servant à gérer certaines fonctions, notamment la facturation et la gestion des rendez-vous². Le DMÉ se trouve généralement dans les bureaux ou cliniques de médecins. Le terme *dossier de santé électronique (DSÉ)* est aussi utilisé en technologie de la santé. Même si les DSÉ et les DMÉ ont certains points en commun, ils restent deux systèmes de types bien différents. Par exemple, [Alberta's Netcare](#) est un de DSÉ : des données numériques sur les visites des patients au système de santé partout dans la province y sont archivées numériquement.





Depuis les dix dernières années, l'utilisation des DMÉ est de plus en plus populaire au Canada (Figure 1)^{4,5}. En 2004, seuls 16 %⁶ des médecins de famille rapportaient utiliser les DMÉ; en 2014, cette proportion est passée à près de 80 %⁷.

Figure 1. Médecins de famille qui utilisent un système de DMÉ au Canada, 2004-2014



Données tirées du Sondage national des médecins⁴ et Shoen et coll.⁵

En 2012, neuf résidents en médecine familiale sur 10 s'attendaient à utiliser les DMÉ dans leur pratique⁸. Le Coursus Triple C axé sur le développement des compétences du CMFC est un programme d'études postdoctorales en médecine familiale qui fournit des stratégies et contextes d'apprentissage nécessaires pour permettre aux résidents de maîtriser les compétences requises afin d'être prêts à débiter la pratique professionnelle dans la spécialité de médecine familiale⁹. Dans le cadre du Coursus Triple C en médecine familiale, on encourage les résidents à recourir aux technologies de l'information, comme les DMÉ, en tant que compétence professionnelle en évolution⁹. De la même manière, des compétences en communication et documentation utilisant la technologie numérique font partie de CanMEDS 2015 Série IV, la version la plus récente du référentiel de compétences CanMEDS pour les médecins¹⁰.

Malgré les énormes progrès vers l'adoption des DMÉ, le Canada accuse toujours un retard par rapport à beaucoup de pays. Selon un sondage du Fonds du Commonwealth mené en 2012, le Canada se classe parmi les pays ayant les plus faibles taux d'utilisation des DMÉ par les médecins. Les Pays-Bas, la Norvège, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni déclarent un taux d'utilisation des DMÉ de plus de 90 %⁵.

Bien que les gouvernements et Inforoute Santé du Canada aient déployé des efforts colossaux pour encourager l'adoption des DMÉ, le CMFC préconise des cibles plus progressives et mesurables, dans le but de réaliser une adoption quasi complète du format électronique d'ici 2022¹¹. Inforoute Santé du Canada collabore avec les provinces et territoires au cofinancement de projets de santé numériques partout au pays.

PRINCIPES DIRECTEURS DE L'UTILISATION DES DMÉ DANS LES CENTRES DE MÉDECINE DE FAMILLE

Dans un Centre de médecine de famille, les principes suivants encadrent l'utilisation des DMÉ pour les patients :

1. D'ici 2022, tous les médecins de famille du Canada devraient utiliser les DMÉ dans leur pratique.
2. Le soutien accordé au système, notamment l'aide financière visant à soutenir la transition des dossiers papier vers les dossiers électroniques, doit être mis en œuvre pour que le Centre de médecine de famille puisse implanter et maintenir les DMÉ.
3. Les systèmes de DMÉ utilisés dans les Centres de médecine de famille doivent être dûment choisis et approuvés suivant un processus centralisé qui inclut les médecins de famille et d'autres professionnels de la santé. Chaque clinique devrait pouvoir choisir son système et son fournisseur de DMÉ à partir d'une liste approuvée à l'échelle provinciale, territoriale ou régionale.
4. Les systèmes de DMÉ approuvés pour l'utilisation en pratique familiale ou dans les Centres de médecine de famille devraient pouvoir compter sur :
 - des normes appropriées permettant l'enregistrement et le suivi des patients dans un milieu de soins de première ligne;
 - des ordonnances électroniques;

- des programmes d'aide à la décision clinique;
 - des orientations par voie électronique et des outils de consultation;
 - des logiciels de rendez-vous accélérés;
 - des systèmes qui soutiennent les activités pédagogiques, la recherche, l'évaluation;
 - l'amélioration continue de la qualité dans la pratique.
5. Les systèmes de DMÉ et de DSÉ doivent être interconnectés, conviviaux et interopérables.
 6. Une infrastructure pancanadienne d'information et de communication des données électroniques sur les soins de santé qui garantit l'accès sécurisé aux dossiers médicaux de même que la confidentialité des communications avec les patients et leurs prestataires de soins de santé doit être mise en place.

QUELS SONT LES AVANTAGES POTENTIELS DE L'ADOPTION D'UN SYSTÈME DE DMÉ?

En plus d'appuyer le système de soins de santé, le DMÉ peut améliorer la prestation des soins dans les pratiques communautaires en optimisant la productivité et les processus. L'utilisation du DMÉ améliore la saisie de données et la communication entre le médecin et son patient, ce qui favorise les éléments intégraux de la relation thérapeutique – compassion, respect, confiance.

Le Guide de conseil pratique sur les Soins centrés sur le patient dans les Centres de médecine de famille souligne l'importance de tenir compte des besoins et des volontés du patient afin de veiller à ce que celui-ci reçoive les meilleurs soins possible¹². Non seulement les DMÉ contribuent à améliorer la santé générale des patients, mais ils permettent aussi aux patients de participer plus activement aux décisions sur leur santé.

MEILLEUR TRAVAIL D'ÉQUIPE

Le DMÉ améliore la qualité des soins en créant un milieu collaboratif composé d'équipes interprofessionnelles. Les médecins ont indiqué que l'échange d'information avec les membres de leur équipe, face à face ou à distance, est plus facile lorsqu'ils ont une anamnèse complète, lisible et exacte à portée de la main¹. Par exemple, un cabinet multidisciplinaire à Prince George, en Colombie-Britannique utilise le DMÉ comme outil de communication lors des réunions d'équipe hebdomadaires : tous les membres de l'équipe ont accès au dossier du patient lors de la discussion sur son plan de soins¹³.

MEILLEURE CONTINUITÉ DES SOINS

La continuité des soins entre les professionnels s'améliore dans une clinique, temporairement (c.-à-d. lorsqu'un membre de l'équipe est en vacances) et en temps réel, car les membres du personnel peuvent communiquer entre eux durant une intervention avec le patient. Selon les résultats d'un sondage mené en Ontario entre 2008 et 2010, environ sept médecins sur 10 étaient d'accord que les DMÉ favorisaient la continuité des soins et rehaussaient le niveau de sécurité offert aux patients¹⁴.



MEILLEUR ACCÈS

Il existe également une corrélation entre l'utilisation des DMÉ et la réduction des temps d'attente. Les médecins qui utilisent les DMÉ rapportent des délais d'attente plus courts et un meilleur accès aux soins de première ligne. Parmi les médecins qui utilisaient les DMÉ, 75 % pouvaient recevoir un cas urgent dans les 24 heures ou moins, par rapport à 62 % des médecins qui n'utilisaient pas les DMÉ. La même étude a également démontré que les temps d'attente pour des rendez-vous urgents et non urgents étaient plus courts dans les cliniques où les médecins utilisaient les DMÉ : le temps d'attente moyen pour un rendez-vous urgent était de 1,0 jour pour les médecins qui utilisaient les DMÉ et de 1,7 jour pour les médecins qui n'utilisaient pas les DMÉ¹⁵.

SUIVI DES DONNÉES AU FIL DU TEMPS

Le DMÉ peut s'avérer un outil efficace pour assurer le suivi des données au fil du temps, identifier les patients qui doivent recevoir une consultation préventive ou un test de dépistage, surveiller l'état des patients par rapport à certains paramètres de départ (tels la vaccination et la tension artérielle) et améliorer la qualité générale des soins offerts dans la clinique¹¹. Le DMÉ peut faciliter l'entreposage des renseignements médicaux sur chaque patient et sur l'ensemble des patients de la clinique ainsi que l'accès à ces données. Il simplifie le partage de l'information nécessaire durant le processus de transfert des soins et de consultation, pour des fins d'apprentissage, de recherche basée sur la pratique et d'évaluation de l'efficacité des soins dans le cadre d'un engagement envers l'amélioration continue de la qualité¹¹.

Selon des mesures rapportées par les médecins dans le Sondage national des médecins 2014, 70 % des répondants s'entendaient pour dire que depuis l'adoption des DMÉ, la qualité des soins s'était améliorée ou s'était beaucoup améliorée⁷. Ajoutons également que plus de 45 % des médecins de famille ont remarqué que la productivité avait augmenté ou beaucoup augmenté depuis l'adoption des DMÉ⁷. Plus les médecins utilisaient les dossiers médicaux électroniques depuis longtemps, plus ils étaient nombreux à rapporter une amélioration de la qualité des soins et de la productivité.

Une étude menée en 2013 par PricewaterhouseCoopers et commandée par Inforoute Santé du Canada a révélé qu'entre 2006 et 2012, l'utilisation des DMÉ représentait des avantages évalués à 1,3 milliard \$ (**Tableau 1**)¹.

Tableau 1. Avantages actuels et émergents de l'utilisation des DMÉ au Canada*

Avantages	Description
Amélioration du déroulement du travail dans les pratiques communautaires	Réduit le temps nécessaire pour effectuer des tâches administratives sur papier
	Le rendement sur le capital investi est positif
Avantages sur le système de santé	Réduit le nombre de tests diagnostiques effectués en double
	Améliore la sécurité des patients en réduisant les cas de réactions indésirables à un médicament
	Entraîne l'utilisation plus appropriée des tests diagnostiques [†]
Amélioration de l'état de santé et de la sécurité des patients	Peut améliorer la prise en charge des maladies chroniques [†]
	Appuie les soins préventifs [†]
	Améliore le taux de vaccination [†]
	Favorise une réponse plus rapide aux changements apportés dans les protocoles de soins et lignes directrices thérapeutiques [†]
Amélioration des relations et des communications entre les membres de l'équipe de soins et entre les professionnels et les patients	Améliore la prestation des soins en équipe et la continuité des soins [†]
	Améliore l'expérience générale du patient [†]
	Améliore la qualité de la rencontre entre le patient et le professionnel de la santé [†]

*Adapté avec autorisation d'une étude de PricewaterhouseCoopers commandée par Inforoute Santé du Canada¹

[†]Domaine d'avantages émergents

Bien qu'il importe que le Canada continue d'appuyer l'implantation des DMÉ, on doit mettre en place des mesures adéquates pour protéger la confidentialité des patients¹¹. Le respect de la vie privée, la sécurité et la confidentialité des renseignements du patient sont essentiels pour la mise en œuvre réussie des DMÉ. Les pratiques de médecine familiale doivent bien comprendre les avantages et limites potentiels de ces systèmes sur leur pratique. Il est donc nécessaire pour les médecins de famille de connaître les lois et règlements en matière de protection de la vie privée en vigueur dans leur région et d'effectuer une évaluation de l'impact sur la vie privée ou autre exigence avant d'adopter un système de DMÉ.

AUTRES FACTEURS À CONSIDÉRER LORS DE L'ADOPTION D'UN SYSTÈME DE DMÉ?

Le choix d'un système de DMÉ est une décision importante qui exige beaucoup de planification. Le marché regorge de systèmes offerts par différents fournisseurs. Choisir le système qui convient le mieux à la clinique et aux membres de l'équipe est essentiel pour réaliser son plein potentiel et l'utiliser à sa pleine capacité. Le système doit être convivial et simple d'emploi. Les produits diffèrent de nombreuses façons, dont le coût, les fonctions, le type de rapports générés, le matériel informatique et la convivialité générale¹⁶. Pour trouver le système idéal, il faut d'abord définir les besoins précis de la clinique.

Vous songez à installer un système de DMÉ dans votre pratique? Consultez d'abord le Guide de pré-mise en œuvre du DMÉ sur le site Inforoute Santé du Canada.

1. DÉFINIR LES BESOINS DE LA PRATIQUE

Comprendre ce que la pratique souhaite obtenir d'un système de DMÉ est une étape importante du processus. Les pratiques de médecine familiale ont bon nombre de besoins en commun, mais chaque médecin de famille a des besoins qui lui sont uniques. Pour définir les besoins propres à leur clinique, les médecins peuvent analyser la façon dont ils gèrent les activités quotidiennes de la clinique ainsi que d'autres facteurs, tels que la composition de l'équipe clinique et l'emplacement de la clinique. Il faut tenir compte de tous les processus de la pratique, de l'inscription des patients, à la prise de rendez-vous et la gestion des dossiers pour les rappels, les rapports, la référence de patients et la communication avec d'autres membres de l'équipe de soins pouvant profiter de la mise en place de la technologie ou d'un changement à la façon dont la technologie actuelle est utilisée.

Caractéristiques et fonctions des DMÉ pouvant répondre aux besoins de la pratique :

- Inscription du patient
- Gestion des données démographiques du patient
- Gestion des ordonnances et listes de médicaments
- Gestion des antécédents médicaux du patient
- Gestion des résultats de laboratoire et de tests
- Saisie des documents cliniques externes
- Plans de soins et présentation des lignes directrices
- Prise en charge des maladies chroniques
- Communication avec d'autres professionnels de l'équipe de soins (p. ex., messagerie en ligne sécurisée)
- Communication avec les patients (p. ex., rappels de rendez-vous par courriel)
- Gestion des références vers d'autres professionnels
- Prise de rendez-vous

- Potentiel d'automatisation, de structuration et de simplification des tâches administratives
- Enregistrement des données pouvant être analysées dans le cadre de vérifications médicales, de recherche et d'assurance de la qualité, de surveillance épidémiologique et de surveillance des maladies
- Facturation
- Ordonnances rédigées avec alertes sur les interactions médicamenteuses et allergies au médicament

2. CHOISIR UN SYSTÈME DE DMÉ

Une fois qu'ils auront cerné leurs besoins, les médecins qui souhaitent acheter un système de DMÉ doivent prendre le temps de rechercher des fournisseurs et de bien discuter avec eux afin d'avoir une idée précise de ce qu'ils achètent. Si les médecins recherchent une fonction précise, ils doivent s'assurer que cette fonction est incluse dans le système. Idéalement, les médecins pourront faire l'essai du système de DMÉ avant de l'acheter. Il serait aussi utile d'obtenir l'opinion d'autres médecins qui utilisent déjà le système avant de l'acheter. Leur expérience peut offrir des renseignements utiles sur la fonctionnalité du système, la gestion des données, la facilité d'emploi, et la responsabilité et les obligations du fournisseur.

Le médecin doit aussi choisir entre un modèle hébergé par le fournisseur de service d'applications et un serveur local. Il existe très peu de différences entre les systèmes quant à l'apparence du système; la différence réside dans la méthode de livraison. Avec un système à serveur local, le médecin verse

Le site www.canadianemr.ca (en anglais seulement) présente des comparaisons directes des systèmes de DMÉ et contient des commentaires d'utilisateurs sur divers systèmes. Les critiques des utilisateurs offrent de l'information de première main quant à la convivialité des systèmes, l'interopérabilité et la facilité avec laquelle on peut transférer l'information du support papier au format électronique.

le dossier d'un patient sur un serveur de son bureau, alors qu'avec un système à serveur hébergé par le fournisseur, le médecin utilise une connexion internet pour téléverser le dossier du patient dans un centre commun de données, où chaque clinique de médecins a sa propre base de données sécurisée. Essentiellement, le médecin signe un contrat avec le fournisseur du système de DMÉ qui entrepose les dossiers pour le compte du médecin. Avec un modèle à serveur local, le médecin a un accès direct aux données des patients dans sa pratique et peut facturer directement à partir du système local, alors qu'avec un modèle à serveur hébergé, une tierce partie, non pas le médecin, s'occupe de la facturation. Encore une fois, il peut être très éclairant de discuter avec les fournisseurs de ces différents modèles et avec les utilisateurs actuels de ces DMÉ avant de prendre une décision.

Les médecins qui se joignent à la clinique pourront obtenir une licence d'utilisateur. Les médecins qui ont déjà une clientèle devront discuter avec les fournisseurs de leur système existant et du nouveau DMÉ afin de faciliter la transition et la migration des données.

Puisque le choix d'un système de DMÉ représente une importante décision financière, il n'est pas superflu de se tourner vers les diverses ressources disponibles pour s'assurer de prendre une décision éclairée.

Par exemple, il existe des ressources provinciales fort utiles pour sélectionner et mettre en œuvre un système de DMÉ.

- Inforoute Santé du Canada : [Êtes-vous prêt pour le DMÉ?](#)¹⁷
- College of Physicians and Surgeons of British Columbia : [Professional Standards and Guidelines – Electronic Medical Records](#)¹⁸
- College of Physicians and Surgeons of Alberta : [Transition to EMRs](#)¹⁹
- Alberta Medical Association : [Selecting an EMR](#)²⁰
- Saskatchewan Medical Association : [Why an EMR?](#)²¹
- Manitoba eHealth : [Manitoba EMR Toolkit](#)²²
- College of Physicians and Surgeons of Ontario : [Policy Statement on EMRs](#)²³
- Association of Ontario Health Centres : [EMR Implementation Planning Guide](#)²⁴
- OntarioMD : [EMR Adoption Program](#)²⁵
- *Le Médecin du Québec* : [Dossier médical électronique. Comment le choisir? Comment le mettre en œuvre?](#)²⁶

Veillez prendre note que conformément au mandat d'Inforoute Santé du Canada, les DMÉ qui sont acceptés dans les programmes de mise en œuvre, comme les Programmes régionaux de DME, doivent être dans la liste de systèmes de DMÉ approuvés des partenaires provinciaux.

3. RESSOURCES EXIGÉES

L'installation d'un nouveau système de DMÉ dans une clinique de médecine familiale comporte des frais. Lorsque les médecins prévoient leur budget, ils doivent tenir compte des coûts d'installation, mais aussi, des coûts d'exploitation et de maintien du système de DMÉ.

Les frais de démarrage (uniques) sont :

- Matériel (p. ex., ordinateurs, imprimantes, numériseurs, serveurs, routeurs, etc.)
- Logiciel et licences d'utilisateur (p. ex., DMÉ et logiciel de bureau et de productivité)
- Logiciel d'une tierce partie (p. ex., logiciel nécessaire pour utiliser le DMÉ, comme un logiciel de base de données)
- Formation des médecins et du personnel (p. ex., compétences élémentaires en informatique, fonctions du DMÉ)
- Transfert des dossiers de patient (p. ex., coûts liés à la saisie de données)

- Installation de l'équipement
- Mise à niveau du bureau (p. ex., installation de câbles, de panneau électrique, de mobilier)
- Planification du projet, négociation de contrat, approvisionnement

Les coûts d'exploitation (continus) :

- Soutien technique (p. ex., pour le système de DMÉ, le matériel et le réseau)
- Entretien (p. ex., coûts de mise à niveau du matériel, coûts de sauvegarde, soutien technique)
- Location d'équipement
- Formation (p. ex., formation d'appoint nécessaire pour optimiser la valeur du DMÉ au fil du temps, et formation sur le nouveau système de DMÉ)
- Coûts d'abonnement à des services tels qu'Internet, aide à la décision clinique et services de données comme des listes de médicaments ou autres outils de référence clinique
- Le cas échéant, salaires du personnel de TI et utilisateur final

Même si les coûts d'implantation semblent élevés au départ, ils sont généralement récupérés dès la première année. Selon une étude menée au Canada, en moyenne, les médecins en soins primaires recouvrent leur investissement en 10 mois²⁷. L'étude a aussi constaté que 14 cliniques de soins primaires sur 17 ont obtenu un rendement positif sur le capital investi dans les DMÉ, leur délai de rentabilité variant entre 1 à 37 mois²⁷. Une étude menée par Jaakkimainen et ses collègues sur la facturation et les paiements reçus avant et après la mise en place d'un système de DMÉ parmi les médecins en soins primaires en Ontario²⁸ révèle que la facturation des médecins était demeurée stable à compter de la date d'adoption du DMÉ et durant la période de suivi de 18 mois, et que la facturation générale du bureau du médecin n'accusait aucun déclin à compter de la date d'adoption du DMÉ²⁸.

Inforoute santé du Canada investit aussi conjointement avec les provinces dans des [programmes régionaux de DME](#)²⁹. Le financement de ces programmes vise à : a) soutenir les provinces et les cliniciens qui travaillent dans les collectivités lorsqu'ils mettent en place, adoptent et utilisent les DMÉ; b) mettre à niveau et connecter les DMÉ pour qu'ils soient interopérables avec le système de DSÉ de la province; c) aider les cliniciens à accroître la valeur clinique par l'intermédiaire de l'utilisation avancée des DMÉ, comme l'accès aux profils pharmacologiques et aux rapports d'immunisation³⁰. Les médecins peuvent consulter leur programme d'aide régionale pour vérifier si ce type de soutien leur est offert.



4. PASSER DES DOSSIERS PAPIER AUX DMÉ

Lors de la transition des dossiers papier aux dossiers électroniques, les médecins de famille doivent tenir compte de plusieurs facteurs. D'abord, ils doivent s'assurer que l'information est transférée de manière exacte et sécurisée, peu importe l'approche choisie. Les dossiers papier peuvent être numérisés dans le système sous forme d'images, ou leur contenu peut être entré à la main dans le DMÉ. La saisie de

données rétroactives exige des ressources considérables, ce qui aura une incidence sur les ressources administratives. Cependant, une fois les données entrées, cette méthode facilite la recherche par mot-clé et fournit un exemple de formatage uniforme pour les entrées ultérieures, un avantage que n'offrent pas les numériseurs. La numérisation de documents peut, cependant, faire économiser beaucoup de temps, car il n'est pas nécessaire d'entrer tous les mots contenus dans un dossier.

Veuillez noter qu'il existe des entreprises spécialisées dans les services ponctuels de transfert efficace de toutes les données d'une clinique. Ces services ne sont pas sans frais, mais ils peuvent en valoir la peine pour les cliniques qui n'ont pas les ressources pour effectuer le transfert sans aide.

Peu importe la méthode de transfert utilisée, les renseignements personnels sur les patients contenus dans les dossiers doivent demeurer sécurisés en tout temps. Les lois sur la protection de la vie privée stipulent clairement les responsabilités dont doivent s'acquitter les pratiques médicales. Pour déterminer si une clinique est prête à se conformer aux exigences en matière de protection des renseignements personnels liés aux DMÉ, il faut bien comprendre les mesures de confidentialité et de sécurité en vigueur dans ces pratiques. Les médecins doivent s'assurer que la façon dont ils traitent les renseignements médicaux sur les patients respecte toutes les lois provinciales applicables. [Visitez le site Web du Commissariat à la protection de la vie privée du Canada](#)³¹ pour une liste des lois provinciales sur les renseignements personnels sur la santé en vigueur.

5. APPRENDRE COMMENT UTILISER LES DMÉ

La technologie de l'information évolue constamment; il importe de demeurer à jour sur la façon d'utiliser efficacement le système de DMÉ.

Diverses sources, dont les fournisseurs de DMÉ, les hôpitaux et les universités, offrent des séances de formation pouvant approfondir les connaissances des médecins et de leur équipe professionnelle sur les outils à utiliser avec leur système de DMÉ. Selon les besoins, des formations sont offertes sous divers supports, y compris des activités en classe et des modules d'apprentissage en ligne. Certaines de ces activités donnent également droit à des crédits pour le maintien de la certification; la formation est donc une excellente façon de se tenir au fait des pratiques exemplaires dans le domaine des nouvelles technologies de l'information tout en s'acquittant des exigences de la profession. Par exemple, une formation agréée sur le DMÉ donne droit à des crédits de développement professionnel continu dans

le cadre du programme MAINPRO® du CMFC. La formation peut être offerte par un fournisseur ou un fabricant de systèmes de DMÉ, que cette personne soit médecin ou non.

6. INCLURE LES PATIENTS DANS L'UTILISATION DES DMÉ

Le guide de [Conseil pratique Soins centrés sur le patient dans les centres de médecine de famille](#)¹², indique que les patients devraient avoir accès à une vaste gamme d'options technologiques dans le cadre d'un Centre de médecine de famille. Le DMÉ peut servir à renforcer la continuité des soins et l'engagement du patient, et à améliorer la communication entre les médecins, le personnel et les patients. Par exemple, 93 % des médecins qui participent au programme de DMÉ en Alberta ont indiqué que l'accès à un résumé de l'anamnèse du patient signifiait que les patients n'avaient plus à répéter la même information aux professionnels de la santé; et 97 % des médecins interrogés ont aussi indiqué que les DMÉ avaient fourni de l'information plus complète à l'équipe de soins (Alberta Physician Office System Program, *Benefits Survey First vs Second Response Analysis*, octobre 2012)

Les DMÉ peuvent aussi s'avérer utiles pour promouvoir la participation active des patients dans les rencontres cliniques en les encourageant à discuter avec leur médecin de famille³². Des interactions planifiées et continues avec les patients par courriel, par téléphone ou autres moyens de communication électroniques peuvent aider à gérer les soins, surtout la prise en charge de patients atteints d'une maladie chronique, comme le diabète, l'hypertension, l'arthrite ou une maladie mentale³³. Les patients sont plus engagés dans leurs soins lorsqu'ils ont accès à leur dossier médical. Ces outils sont aussi une excellente façon pour le médecin de famille de demeurer au fait des progrès du patient en utilisant des listes de vérification, des alertes et des outils prédictifs.

On doit encourager les patients à consulter leur dossier médical, tel qu'ils en conviennent avec leur médecin de famille et l'équipe du CMF. Dans certaines régions du pays et ailleurs dans le monde, des cliniques commencent à élaborer et à instaurer des politiques et des protocoles pour régir l'accès des patients à leur DMÉ. À titre d'exemple, mentionnons l'initiative de Cybersanté MyChart™ du Sunnybrook Health Sciences Centre, qui favorise certains protocoles régissant l'accès des patients à leur dossier. MyChart™ tient compte des droits et des besoins des patients et des soignants, tout en protégeant le caractère confidentiel et sécuritaire de certains renseignements au dossier³⁴.

Les médecins peuvent consulter leur fournisseur de DMÉ pour connaître les fonctions qui s'offrent à eux.

La mise en place d'un système de DMÉ améliore l'accessibilité à la clinique, favorise un climat de collaboration et donne lieu à des soins de meilleure qualité. Le CMFC entend publier d'autres guides sur les DMÉ, qui traiteront plus en détail de la façon d'utiliser leurs fonctions « de base » et « avancées ».

DÉFIS

Pour mettre en place un système de DMÉ, l'équipe de soins doit être prête à accepter les changements : il est important d'envisager les obstacles potentiels avant de se lancer.

Préoccupations financières

Les coûts de démarrage et continus liés à la mise en place des DMÉ sont perçus comme le plus gros obstacle à son adoption. Bien qu'un investissement initial soit certainement nécessaire, surtout durant la transition des dossiers papier aux dossiers électroniques, le risque financier s'estompe dans les cliniques qui peuvent partager l'investissement initial en capital¹. Comme l'indique la section « Ressources exigées » ci-dessus, un groupe de chercheurs a observé que parmi les pratiques en soins primaires canadiennes visées par leur étude, la plupart avaient recouvré l'investissement dans une dizaine de mois en moyenne et réalisé un rendement positif sur le capital investi²⁷.

Les DMÉ peuvent aussi se traduire par des économies dans plusieurs types de frais généraux : réduction des coûts d'administration (p. ex., extraction et classement des dossiers, transcriptions, appels téléphoniques, télécopies d'information médicale), réductions des frais d'entreposage et économies découlant d'une meilleure efficacité de la part du professionnel de la santé et du personnel¹.

Contraintes de temps

Les contraintes de temps sont une autre entrave à l'adoption d'un système de DMÉ soulevée par les médecins. Certains sont d'avis que le temps passé à entrer les données ou à convertir les dossiers papier en dossiers électroniques est du temps qui pourrait être alloué aux soins des patients. Toutefois, plus l'information à portée de la main du médecin est complète, plus les soins que le patient reçoit sont complets. Pouvoir facilement consulter l'anamnèse du patient, les résultats de laboratoire et de tests ou imprimer une ordonnance économise temps et efforts. Par exemple, plus de 46 % des médecins de famille ont indiqué que depuis l'adoption des DMÉ, la productivité avait augmenté ou beaucoup augmenté dans leur clinique⁷.

Communication interpersonnelle

Certains médecins s'inquiètent également de l'impact qu'auraient les DMÉ sur la communication avec leurs patients. Fixer un écran d'ordinateur réduit le contact visuel entre le médecin et le patient. Cependant, des modifications simples au DMÉ et au déroulement du travail dans la clinique peuvent éliminer ce problème³⁵. Par exemple, certaines pratiques ont adopté une « disposition en triangle », laquelle place le médecin, le patient et l'ordinateur aux trois coins d'un triangle, permettant ainsi au médecin de regarder le patient et l'ordinateur sans



avoir à se retourner³⁶. Cette modification simple assure que la visite demeure centrée sur le patient, et réduit le risque que le patient se sente délaissé lorsque le médecin doit lire l'information à l'écran.

Les DMÉ permettent aussi de communiquer en temps réel avec les patients, car les médecins ont un accès immédiat à l'information du patient³⁵. Cette facilité d'accès permet au médecin de se concentrer entièrement sur le patient plutôt que de rechercher l'information dans un dossier papier. De plus, un patient qui peut voir une partie de son dossier se sent plus engagé et motivé à participer à la prise de décision³⁵.

Nécessité d'une formation

Le niveau de compétences techniques et informatiques est un autre obstacle à l'adoption des DMÉ. À l'instar de l'apprentissage de toute nouvelle compétence, il faut investir temps et effort pour apprendre. La technologie évolue sans cesse et des ressources de formation s'offrent aux médecins et aux membres de l'équipe professionnelle qui se sentent moins à l'aise avec les nouvelles technologies. Par exemple, ceux qui ont de la difficulté à taper sur un clavier peuvent utiliser un logiciel de dictée ou à commande vocale pour transcrire l'information. Les médecins peuvent parler à leur fournisseur pour connaître les options de formation offertes. Selon le niveau de compétence informatique dans la clinique, il pourrait être nécessaire de suivre plus que les séances minimales offertes pour bien se préparer à exploiter le plein potentiel d'un système de DMÉ. À nouveau, une telle formation pourrait être admissible à des crédits de développement professionnel continu.

Être pleinement conscient de ces obstacles contribuera à une transition sans heurts aux DMÉ dans la clinique.





Références

1. PricewaterhouseCoopers. *The emerging benefits of electronic medical record use in community-based care*. Toronto, ON : Inforoute Santé du Canada; 2013. Dans : <http://www.pwc.com/ca/en/healthcare/publications/pwc-electronic-medical-record-use-community-based-care-report-2013-06-en.pdf>. Date de consultation : le 13 mai 2015.
2. Zelmer J, Hagens S. Advancing primary care use of electronic medical records in Canada. *Health Reform Observer – Observatoire des Réformes de Santé* 2014;2(3): Article 2. doi:10.13162/hro-ors.v2i3.1214.
3. Committee on Privacy and Data Stewardship, College of Physicians and Surgeons of British Columbia. *Data Stewardship Framework. Draft Version 2.4*. 2007. Vancouver, BC: College of Physicians and Surgeons of British Columbia; 2007. Dans : <https://www.cpsbc.ca/files/pdf/PSG-Data-Stewardship-Framework-v2-4.pdf>. Date de consultation : le 13 mai 2015.
4. Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Tous les sondages – Sondage national des médecins*. Données de 2004, 2007, 2010, 2013, 2014. Dans : <http://nationalphysiciansurvey.ca/fr/surveys-fr/>. Date de consultation : le 13 mai 2015.
5. Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M, Rasmussen P, Pierson R, et coll. A survey of primary care doctors in ten countries shows progress in use of health information technology, less in other areas. *Health Affairs* 2012;31(12):2805-2816. Publication électronique du 15 novembre 2012.
6. Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Sondage national des médecins. 2004. Q23 Données nationales. Technologie de l'information dans votre milieu de pratique principal par âge, sexe, MF, spécialiste*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2004. Dans : <http://nationalphysiciansurvey.ca/wp-content/uploads/2012/10/2004-National-Q23-FR.pdf>. Dates de consultation : le 13 mai 2015.
7. Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Sondage national des médecins. 2014 Résultats des médecins de famille*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2014. Dans : <http://nationalphysiciansurvey.ca/fr/result/2014-resultats-des-medecins-de-famille-par-sexe-et-age/>. Date de consultation : le 13 mai 2015.
8. Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Sondage national des médecins. Sondage national des médecins, 2012. Résultats concernant les résidents médicaux; Q17C*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2012. Dans : <http://nationalphysiciansurvey.ca/wp-content/uploads/2013/02/2012-Res-Q17c-FR.pdf>. Date de consultation : le 13 mai 2015.
9. Oandasan I, Saucier D, eds. *Rapport sur le Cours Triple C axé sur le développement des compétences Partie 2 - Faire progresser la mise en œuvre*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2013.
10. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada [site Web]. *CanMEDS 2015 : Comprendre les réalités du médecin dans sa pratique actuelle*. Dans : <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/canmeds2015>. Date de consultation : le 12 mai 2015.
11. Collège des médecins de famille du Canada. *Une vision pour le Canada : La pratique de la médecine familiale - Le Centre de médecine de famille*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2011. Dans : http://www.cfpc.ca/Une_vision_pour_le_Canada. Date de consultation : le 13 mai 2015.
12. Collège des médecins de famille du Canada. *Guide Soins centrés sur le patient dans les Centres de médecine de famille*. Mississauga ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2014. Dans : http://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/BA_PatCentre_FRE_Oct.10.2014_FINAL.pdf. Date de consultation : le 4 mai 2015.
13. Shaw N, Leonard K, Delisle E, McCarrey M, Pascal B, Grant A, et coll. *Expériences de l'utilisation du DMÉ aux premières lignes : 20 études de cas chez les médecins canadiens*. Ottawa, ON: Inforoute Santé du Canada et Association médicale canadienne; 2009. Dans : <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/ressources/rapports/242-experiences-de-l-utilisation-du-dme-aux-premieres-lignes?Itemid=189>. Date de consultation : le 13 mai 2015.
14. Improved patient outcomes through meaningful use of EMRs by Ontario physicians [communiqué de presse]. Toronto, ON: OntarioMD; November 17, 2010.
15. Safarov S, Grava-Gubins I, Eriksson J; Collège des médecins de famille du Canada. Access to primary care in Canada. National Physician Survey perspective. Affiche présentée à : Annual Meeting of the North American Primary Care Research Group; Décembre 2012; New Orleans, LA.
16. Ryan BL, Cejic S, Shadd JD, Terry A, Chevendra V, et coll. You and your EMR: the research perspective. Part 1. Selecting and implementing an EMR. *Can Fam Physician* 2011;57(9):1090-1091.
17. Inforoute Santé du Canada. *Êtes-vous prêt pour le DMÉ? Guide de pré-mise en œuvre du DMÉ*. Toronto, ON: Inforoute Santé du Canada; 2012. Dans : <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/820-etes-vous-pret-pour-le-dme-guide-de-pre-mise-en-oeuvre-du-dme/view-document?Itemid=101>. Date de consultation : le 14 mai 2015.
18. College of Physicians and Surgeons of British Columbia. *Professional Standards and Guidelines – Electronic Medical Records*. Vancouver, BC: College of Physicians and Surgeons of British Columbia; 2013. Accessible à : <https://www.cpsbc.ca/files/pdf/PSG-Electronic-Medical-Records.pdf>. Date de consultation : le 14 mai 2015.
19. College of Physicians and Surgeons of Alberta. *Transition to Electronic Medical Records (EMRs): Advice to the Profession*. Edmonton, AB: College of Physicians and Surgeons of Alberta; 2004. Dans : http://www.cpsa.ab.ca/Libraries/Res_Advice_to_the_Profession/Transition_to_Electronic_Medical_Records_EMRs.pdf. Date de consultation : le 14 mai 2015.
20. Selecting an EMR. Alberta Medical Association website. Dans : https://www.albertadoctors.org/leaders-partners/emrs/emr_resources/implementing-an-emr-guide/selecting-an-EMR. Date de consultation : le 14 mai 2015.

21. Saskatchewan EMR Program: Why an EMR? Saskatchewan Medical Association website. Dans : www.sma.sk.ca/6/why-an-emr.html. Date de consultation : le 13 mai 2015.
22. Manitoba EMR Toolkit. Manitoba eHealth website. Dans : <http://www.manitoba-ehealth.ca/emr-ss-toolkit.html>. Date de consultation : le 14 mai 2015.
23. College of Physicians and Surgeons of Ontario. *Policy Statement #4-12: Medical Records*. Toronto, ON: College of Physicians and Surgeons of Ontario; 2012. Dans : http://www.cpso.on.ca/CPSO/media/uploadedfiles/policies/policies/policyitems/medical_records.pdf?ext=.pdf. Date de consultation : le 13 mai 2015.
24. Association of Ontario Health Centres. *EMR Implementation Planning Guide: A Ten-Step Guide to Planning for Successful Implementation of an Electronic Medical Record (EMR) System*. Version 1.0. North York, ON: Association of Ontario Health Centres; n.d. Dans : <http://aohc.org/sites/default/files/documents/EMR%20Project%20-%20Implementation%20Planning%20Guide.pdf>. Date de consultation : le 14 mai 2015.
25. EMR Adoption Program. OntarioMD website. Dans https://www.ontariomd.ca/portal/server.pt/community/emr_adoption_program/224. Date de consultation : le 13 mai 2015.
26. Garnier E. Dossier médical électronique. Comment le choisir? Comment le mettre en œuvre? *Le Médecin du Québec* 2012;47(12):1–86.
27. Jang Y, Lortie MA, Sanche S. Return on investment in electronic health records in primary care practices: a mixed-methods study. *JMIR Med Inform* 2014;2(2):e25.
28. Jaakkimainen RL, Schultz SE, Tu K. Effects of implementing electronic medical records on primary care billings and payments: a before–after study. *CMAJ Open* 2013;1(3):E120–E126.
29. Inforoute Santé du Canada. Programmes régionaux de DMÉ. Toronto, ON: Inforoute Santé du Canada; 2014. Dans : <https://infowayconnects.inforoute.ca/index.php/fr/programmes-services/programmes-dinvestissement/dossier-medical-electronique-et-integration/programmes-regionaux-de-dme>. Date de consultation : le 13 mai 2015.
30. Inforoute Santé du Canada. Dossier médical électronique et intégration. Toronto, ON: Inforoute Santé du Canada; 2014. Dans : <https://infowayconnects.inforoute.ca/index.php/fr/programmes-services/programmes-dinvestissement/dossier-medical-electronique-et-integration>. Date de consultation : le 13 mai 2015.
31. Renseignements juridiques associés à la LPRPDE. Lois provinciales essentiellement similaires à la loi fédérale. Site Web du Commissariat à la protection de la vie privée du Canada. Dans : https://www.priv.gc.ca/leg_c/legislation/ss_index_f.asp. Date de consultation : le 13 mai 2015.
32. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: National Academy Press; 2001.
33. Murray M, Tantau C. « Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag* 2000;7(8):45–50.
34. Sunnybrook Health Sciences Centre [site Web]. MyChart. <http://sunnybrook.ca/content/?page=mychartlogin-learnmore>. Date de consultation : le 13 mai 2015.
35. O'Malley AS, Cohen GR, Grossman JM. Electronic medical records and communication with patients and other clinicians: are we talking less? *Issue Brief Cent Stud Health Syst Change* 2010 Apr;(131):1–4.
36. Dolan PL. How to communicate well with a patient while working on an EHR. *American Medical News* July 23, 2012. www.amednews.com/article/20120723/business/307239968/5/. Date de consultation : le 18 déc. 2014.



**THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA**



**LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA**