

NON Les dossiers médicaux électroniques (DME) améliorent-ils les soins? On espérait sans doute fortement qu'ils le feraient et beaucoup d'argent a été dépensé en se basant sur cet espoir. Les dossiers médicaux électroniques ont été spécifiquement qualifiés d'essentiels aux activités d'amélioration de la qualité¹. Le rapport Romanow avait recommandé la création de dossiers de santé électroniques pour tous les Canadiens¹. Les premiers ministres se sont engagés à accélérer l'implantation de ces dossiers électroniques dans le contexte de leur accord de 2003 concernant un plan de transformation des soins de santé sur 10 ans². Diverses politiques appuyant et finançant les DME ont été adoptées dans la plupart des provinces canadiennes et, par conséquent, la plupart des médecins de famille signalent utiliser actuellement les DME³.

Peu de preuves d'une amélioration

Toutefois, il existe peu de données concluantes que les DME font une différence substantielle dans la qualité des soins dispensés aux patients. Certaines études ont fait valoir des résultats positifs; ces dernières portaient souvent sur des systèmes conçus sur mesure plutôt que sur des logiciels commerciaux. D'autres études ont produit des résultats négatifs. Le résultat net, selon de récentes révisions systématiques, a largement été neutre⁴. Avant tout, il n'existe toujours pas beaucoup de preuves d'une amélioration des résultats chez les patients⁴. Les données probantes étayant l'efficacité des médecins⁵ et la satisfaction du médecin ou du patient continuent d'être contradictoires⁶. Le retour sur l'investissement semble certainement moins qu'impressionnant, compte tenu des grands espoirs, des tonnes d'argent et du temps considérable investis depuis par le système de santé au complet.

J'admets avoir été l'une des premières enthousiastes. Lorsque j'ai mis en œuvre les DME en 2006, j'étais certaine que l'exercice améliorerait les soins à mes patients. De fait, j'étais si sûre que j'ai entrepris un projet de recherche dans le cadre de ma thèse de maîtrise pour prouver ce fait. J'ai comparé la prestation de services de prévention payés par un programme de rémunération au rendement pour un groupe de médecins qui mettaient en œuvre les DME avec celle d'un groupe qui continuait à utiliser des dossiers en papier. J'ai examiné les vaccins contre la grippe, les tests de Papanicolaou, les tests de dépistage du cancer colorectal et les mammographies. À ma grande surprise, les résultats étaient négatifs (une augmentation inférieure à 0,7 % des services de prévention dans le groupe de médecins qui utilisaient les DME)⁷. À ma plus grande surprise encore, l'étude a remporté le prix du meilleur article de recherche originale du *Médecin de famille canadien* en 2012. J'ai aussi organisé une rencontre de groupes témoins pour savoir ce que mes collègues pensaient des DME; beaucoup se plaignaient de coûts

imprévus, de l'immaturité des logiciels, des pannes de système, du manque de connectivité avec des systèmes de l'extérieur et du manque de formation continue pour permettre une utilisation plus avancée⁸. Même si les entrevues se sont déroulées en 2008, les constatations continuent probablement d'être valides 7 ans plus tard chez ceux qui utilisent des DME. Il y a certains avantages perçus; par exemple, un médecin a répondu: «Je pense que mes patients sont contents. Ils me disent que je suis enfin entré dans l'ère moderne et m'en félicitent.»

Que pouvons-nous faire?

Cette réalité soulève maintenant la question suivante: pourquoi la plupart des résultats sont-ils négatifs et que faire à ce propos? Nous n'avons peut-être pas à aller beaucoup plus loin que le classique livre de Ralph Nader sur la sécurité des automobiles intitulé *Unsafe at Any Speed*⁹. Durant les années 1950, les coûts pour ajouter du style s'élevaient à 700 \$ (US) par auto, tandis que les mesures de sécurité coûtaient 0,23 \$ (US) par véhicule¹⁰. Il en a résulté un bilan considérable d'accidents mortels, dont on a fait porter le blâme aux mauvais conducteurs. Il semble improductif de blâmer les médecins à titre individuel de ne pas réussir à utiliser leurs DME de manière adéquate pour obtenir de meilleurs résultats; le système n'est pas conçu pour produire de meilleurs résultats. Les mesures incitatives ont peut-être trop insisté sur les détails des logiciels agréables à l'œil ou qui plaisaient aux décideurs et aux sources de financement des DME, mais qui, en réalité, ont peu d'effets sur les soins. Des avantages importants mais invisibles comme une conception de bases de données efficaces et interopérables n'ont peut-être pas reçu l'attention ou les fonds qu'ils méritaient.

Il y a très peu d'incitatifs à enregistrer les renseignements sur le patient afin que les DME fonctionnent de manière appropriée pour contribuer à améliorer les soins. Beaucoup de nos données sont en texte libre, ce qui nous est familier et facile à inscrire. Par contre, les DME ont souvent besoin de données structurées ou codées pour actionner les rappels automatiques, les aide-mémoire au point de service et les aides à la décision informatisées¹¹. Bien souvent, les DME n'ont que des capacités rudimentaires de production de rapports, d'exportation de données et d'analyse¹². De plus, le lancement d'une recherche considérable peut faire sauter les serveurs. Le résultat net est que les applications de DME aident à consigner les soins d'un seul patient à la fois, comme c'était le cas avec les dossiers en papier, plutôt que de mesurer et surveiller la qualité des soins aux populations d'une pratique.

En outre, la responsabilité de lancer des recherches, d'analyser et d'interpréter les résultats retombe souvent sur les épaules du médecin de famille. Dans la plupart des entreprises, les cadres ne sont pas chargés de faire

les recherches; des analystes le feront pour répondre à des questions ou produire des rapports périodiques sur le fonctionnement et les profits de la compagnie. Les équipes de soins primaires, les médecins y compris, auront besoin de personnel semblable pour les aider à gérer et analyser les données, ce qui commence à se produire en Ontario et en Alberta. Cette fonction spécialisée exigera de s'éloigner des pratiques autonomes pour adopter plutôt le modèle des équipes plus grandes et mieux structurées.

Conclusion

Les DME actuels ne font pas beaucoup de différence. Pour actualiser leur potentiel, il faudra appuyer une refonte des bases de données des DME. Nous avons besoin d'interfaces d'utilisateurs qui facilitent l'entrée de données à des fins d'aide à la décision clinique. Il nous faudra aussi des changements au système, comme l'interopérabilité et la fonctionnalité des échanges de renseignements sur la santé. Enfin, les DME devraient permettre l'exportation de données vers des applications conçues pour l'analyse d'information; nous avons besoin de financement pour les personnes chargées de ces analyses et de la production de rapports significatifs et utilisables par les médecins et leurs équipes.

Sans le financement et la réglementation à l'appui de ces changements, il est probable que les DME resteront ce qu'ils sont aujourd'hui: une version très coûteuse des dossiers en papier.

La D^{re} Greiver est médecin de famille à l'hôpital North York General et professeure adjointe au Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto (Ontario), de même que directrice d'UTOPIAN (Réseau de recherche axée sur la pratique de l'Université de Toronto) du Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^{re} Michelle Greiver; courriel mgreiver@rogers.com

Références

- Romanow RJ. *Building on values. The future of health care in Canada*. Saskatoon, SK: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada; 2002.
- Gouvernement du Canada. *2003 First Ministers' Accord on health care renewal*. Ottawa, ON: Gouvernement of Canada; 2006. Accessible à: <http://healthycanadians.gc.ca/health-system-systeme-sante/cards-cartes/collaboration/2003-accord-eng.php>. Réf. du 19 août 2015.
- Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *National Physician Survey, 2014. Results by FP/GP or other specialist, sex age and all physicians: Ontario*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2014. Accessible à: <http://nationalphysiciansurvey.ca/wp-content/uploads/2014/11/2014-ON-EN.pdf>. Réf. du 19 août 2015.
- Khangura S, Grimshaw J, Moher D. *Evidence summary: electronic health records (EHRs)*. Ottawa, ON: Institut de recherche de l'hôpital d'Ottawa, Réseau local d'intégration des services de santé de Champlain; 2014.
- Shekelle PG, Morton SC, Keeler EB. *Costs and benefits of health information technology. Evidence report/technology assessment no. 132*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2006.
- Irani JS, Middleton JL, Marfatia R, Omana ET, D'Amico F. The use of electronic health records in the exam room and patient satisfaction: a systematic review. *J Am Board Fam Med* 2009;22(5):553-62.
- Greiver M, Barnsley J, Glazier RH, Moineddin R, Harvey BJ. Implementation of electronic medical records. Effect on the provision of preventive services in a pay-for-performance environment. *Can Fam Physician* 2011;57:e381-9. Accessible à: www.cfp.ca/content/57/10/e381.full.pdf+html. Réf. du 19 août 2015.
- Greiver M, Barnsley J, Glazier RH, Moineddin R, Harvey BJ. Implementation of electronic medical records. Theory-informed qualitative study. *Can Fam Physician* 2011;57:e390-7. Accessible à: www.cfp.ca/content/57/10/e390.full.pdf+html. Réf. du 19 août 2015.
- Nader R. *Unsafe at any speed: the designed-in dangers of the American automobile*. New York, NY: Grossman Publishers; 1965.
- Wikipedia [encyclopédie en ligne]. *Unsafe at any speed*. Los Angeles, CA: Wikipedia Foundation Ltd; 2015. Accessible à: http://en.wikipedia.org/wiki/Unsafe_at_Any_Speed. Réf. du 19 août 2015.
- Baron RJ. Quality improvement with an electronic health record: achievable, but not automatic. *Ann Intern Med* 2007;147(8):549-52.
- Fernandopulle R, Patel N. How the electronic health record did not measure up to the demands of our medical home practice. *Health Aff (Millwood)* 2010;29(4):622-8.

CONCLUSIONS FINALES – NON

Michelle Greiver MSc MD CCFP FCFP

- On a fait la promotion des dossiers médicaux électroniques et on les a financés parce qu'on croyait qu'ils amélioreraient les soins.
- Le système de santé n'a pas changé pour permettre un soutien électronique à de meilleurs soins. Les dossiers médicaux électroniques sont encore utilisés à peu près de la même manière que ceux en papier.
- Dans l'ensemble, la conclusion est l'absence d'améliorations dans les soins ou les résultats.

Les parties à ce débat contestent les arguments de leur opposant dans des réfutations accessibles à www.cfp.ca. Participez à la discussion en cliquant sur Rapid Responses à www.cfp.ca.

— * * * —