



# POLITIQUE DE L'AMC

## PRINCIPES DIRECTEURS DE L'ADOPTION PAR LES MÉDECINS DU DOSSIER MÉDICAL ÉLECTRONIQUE (DME) EN PRATIQUE CLINIQUE AMBULATOIRE

---

Le présent document énonce les principes devant présider à l'adoption par les médecins des systèmes de dossier médical électronique (DME) en pratique clinique ambulatoire.

Dans les bonnes conditions et dans la mesure où l'on respectera ces principes directeurs, l'adoption du DME par les médecins offre la possibilité de transformer le soin des patients, la qualité des statistiques sur la santé et la recherche sur la santé au Canada. L'adoption du DME dans la pratique clinique ambulatoire améliorera considérablement l'intégralité des données, leur pertinence clinique et leur qualité — ce qui améliorera en retour la prise de décisions clinique, les ensembles de données de base et les statistiques sur la santé qui visent le but principal, soit améliorer la prestation des soins de santé, le traitement et les résultats.

### PRINCIPES

#### Politique générale

- **Protection de la vie privée.** Il faut protéger et rehausser la responsabilité éthique et légale du médecin comme gardien de l'information médicale du patient<sup>1</sup>.
- **Choix.** Il doit y avoir une liberté de choix appropriée qui respecte l'autonomie des médecins comme professionnels et gens d'affaires. Les médecins doivent pouvoir choisir le produit de DME qui convient à leurs besoins selon le modèle, le type et la taille de leur pratique.
- **Adoption volontaire.** L'adoption du DME par les médecins doit être volontaire et non obligatoire ou imposée.
- **Impartialité.** Les programmes conçus pour compenser les coûts des médecins ou les encourager à adopter le DME doivent être impartiaux (c.-à-d. qu'ils ne doivent pas être liés à un seul produit de DME ou à un seul modèle de pratique en soins de santé). Des restrictions de cette nature pourraient certes être attrayantes pour certains payeurs et administrateurs, mais elles seraient discriminatoires pour les médecins ne satisfaisant pas à leurs critères et risqueraient de créer deux «classes» de médecins et de patients.
- **Incitatifs reliés aux résultats.** Les incitatifs à l'adoption du DME doivent être liés aux avantages cliniques et aux résultats et non dictés par le contrôle des coûts. Des incitations financières ou des primes liées aux résultats cliniques peuvent encourager l'utilisation du DME et optimiser l'utilisation de ces systèmes en pratique clinique ambulatoire.

---

<sup>1</sup> Pour plus de détails sur les responsabilités éthiques du médecin en qualité de gardien des données du patient, prière de consulter le [Code d'éthique et de professionnalisme de l'AMC, Principes directeurs pour l'utilisation optimale de l'analyses des mégadonnées par les médecins en situation clinique et Principes directeurs pour les médecins qui recommandent à leurs patients des applications mobiles sur la santé.](#)

## Aspects financiers

- **Absence de restriction.** Le financement du DME dans les cabinets de médecins doit être également accessible pour **tous** les médecins et ne pas être lié à un seul produit de DME ou à un seul modèle de pratique de la médecine.
- **Financement.** Des analyses de coût ont déterminé que c'est le système de santé (c.-à-d. les payeurs et les patients) et non les médecins qui retire la majeure partie des avantages du DME. Il n'est que raisonnable que ceux qui en bénéficient le plus prennent en charge les coûts.
- **Intégralité.** Le coût d'implantation d'un système de DME ne se limite pas à l'acquisition du matériel et du logiciel. Le financement de l'adoption du DME par les médecins doit être complet et inclure les coûts associés à l'achat initial, de même que les coûts d'implantation, de gestion du changement, d'exploitation continue et de mise à jour du système.
- **Protection.** Les médecins qui ont adopté les premiers les systèmes de DME et doivent maintenant les mettre à jour ou les remplacer et les médecins dont le fournisseur de DME ferme ses portes ne doivent pas être désavantagés. Il ne faut pas pénaliser ces médecins ni les exclure des programmes de financement et il faut leur fournir l'appui nécessaire à la transition.

## Aspects commerciaux

- **Viabilité des fournisseurs.** La stabilité des fournisseurs est critique pour l'adoption du DME par les médecins. À cette fin, on doit veiller à ce que les fournisseurs répondent à un certain nombre d'exigences techniques et commerciales, notamment sur le plan de la viabilité budgétaire, de la qualité du produit de DME, des normes techniques et de la capacité.
- **Diligence raisonnable.** Comme le type, la taille et les besoins des pratiques des médecins varient, on ne peut supposer dès l'abord qu'un seul système de DME pourra convenir à tous. Les médecins doivent évaluer les besoins de leur pratique pour savoir quel produit conviendra le mieux.
- **Repenser le cheminement du travail.** L'implantation du DME dans une pratique clinique ambulatoire peut obliger à repenser le cheminement du travail. L'évaluation du cheminement du travail et des besoins de la pratique doit être prévue dans les programmes de gestion du changement lié au DME.
- **Incidences sur les ressources humaines.** L'adoption du DME dans la pratique clinique ambulatoire aura une incidence sur les ressources humaines. Il faut prévoir le recyclage, la rétention et le roulement du personnel médical et administratif.
- **Soutien et contrats de services.** L'utilisation du DME en pratique clinique ambulatoire sera tributaire de services de soutien garantis par des contrats de services appropriés, afin d'assurer non seulement l'infrastructure et la connectivité nécessaires, mais aussi un appui technique continu, accessible et fiable. Les médecins doivent pouvoir consulter en tout temps les dossiers de leurs patients dans leur système de DME, peu importe où ils sont conservés physiquement (p. ex., hors site chez un fournisseur de services ou sur place dans un serveur client local).
- **Gestion des risques.** Les stratégies de gestion des risques (responsabilité civile et assurance) reliés à l'adoption du DME doivent tenir compte des exigences de protection de la vie privée, de sécurité, de maintien des activités et de responsabilité professionnelle des pratiques médicales dans un environnement électronique.

## Gestion du changement et transition

- **Critique pour la réussite.** Afin de profiter de tous les avantages de l'adoption du DME, il faut avoir recours à des services de soutien administratif et de gestion du changement pour faciliter la transition des dossiers

papier aux dossiers électroniques, et ces services doivent être conçus spécifiquement pour l'adoption du DME par les médecins.

- **Continuité.** La gestion du changement est un facteur de réussite clé à la fois de l'adoption et de l'utilisation optimale du DME en pratique clinique ambulatoire. Afin que l'adoption du DME soit aussi bénéfique que possible pour les résultats des soins de santé, les programmes de gestion du changement chez les médecins doivent être continus et non ponctuels.
- **Intégralité.** Un service complet de gestion du changement chez les médecins qui adoptent le DME doit pouvoir aider à évaluer les besoins, à choisir le DME et à l'implanter, à rajuster le cheminement du travail et à former les médecins et le personnel, et offrir des suggestions pour maximiser l'utilisation du système de DME.
- **Conçu en fonction des médecins.** Un service de gestion du changement doit répondre aux besoins réels et individuels des médecins qui passent à la pratique basée sur le DME. Il faut à cette fin de la flexibilité (il n'existe pas de «taille unique»), une capacité à fournir le service en temps voulu et un moyen d'évaluer le programme.
- **Financé et livré par le payeur.** La prestation et le coût de ces programmes doivent être pris en charge par les payeurs dans le contexte de tout programme ou de toute entente de financement du DME pour les médecins.

### Utilisabilité et facteurs humains

- **Interface d'utilisation et utilisabilité.** L'interface d'utilisation et l'utilisabilité des systèmes de DME sont des facteurs critiques de réussite de l'acceptation et de l'utilisation optimale du DME par les médecins dans la pratique clinique.
- **Cheminement du travail.** L'adoption du DME oblige à modifier le cheminement du travail du médecin, par exemple l'anamnèse et la tenue des dossiers. Bien exécutées, les modifications du cheminement du travail reliées au DME devraient entraîner des efficacités administratives et améliorer les résultats cliniques.
- **Respect des principes fondamentaux de la pratique.** Le DME doit permettre aux médecins de dispenser des soins complets, de prendre en charge efficacement les patients qui ont de multiples problèmes et de respecter la relation médecin-patient dans le cadre de laquelle les valeurs, les désirs, les directives préalables et le fonctionnement physique et social du patient font partie intégrante des soins médicaux.
- **Formation et éducation.** La formation à l'utilisation du DME et l'initiation à ses avantages, ses lacunes et ses possibilités doivent être intégrées aux programmes d'éducation en médecine à tous les stades : prédoctoral, postdoctoral et éducation médicale continue.
- **Données normalisées.** Les grands ensembles de données qui consignent toutes les observations sont inutilisables dans la pratique. Le DME doit permettre au médecin de consigner et de consulter les données de façon normalisée.
- **Qualité des données.** La qualité des données joue un rôle crucial dans le soin des patients. Les médecins doivent avoir accès à des données exactes et pertinentes sur le plan clinique. Les données mal consignées et non filtrées n'apportent rien au soin des patients.

### Soin clinique des patients

- **Gestion des dossiers des patients.** Les systèmes de DME permettent aux médecins de consulter rapidement les données des patients et de les gérer de façon organisée (p. ex., recherche, tri et extraction de données, dégagement de tendances ou avertissements). Il en découle une amélioration de l'efficacité de la pratique et de la prestation des soins.

- **Références et résumés des patients.** La capacité de transmettre des demandes de référence et des rapports par voie électronique au moyen du DME facilite énormément la consultation. Il est possible d'utiliser des ensembles de données cliniques de base tirées du DME pour transférer le soin d'un patient ou le partager entre fournisseurs, ce qui facilite à la fois la continuité des soins et l'accès d'urgence aux données pertinentes.
- **Médicaments et rapports de laboratoire.** L'utilisation du DME par le médecin permet de consigner les données sur les médicaments et les résultats de laboratoire et de les partager avec plus de précision et d'efficacité. Les avantages qui en découlent pour le soin des patients comprennent le renouvellement automatique des ordonnances, le repérage rapide des patients visés par des avertissements sur les médicaments et la compilation des données de laboratoire pour dégager des tendances.
- **Aide à la décision.** L'adoption du DME dans la pratique clinique ambulatoire rend possible l'accès aux données au point de soin (c.-à-d. accès à de l'information à jour, appropriée et factuelle) pour appuyer les décisions cliniques, ce qui pourra améliorer la sécurité des patients, la prestation des soins et les résultats pour la santé.
- **Valeurs et autonomie des patients.** Les valeurs et l'autonomie des patients ne doivent pas devenir secondaires aux obligations de «gestion des données» qu'entraîne le DME. Le DME doit fournir les mêmes (ou de meilleures) normes de confidentialité du patient que les dossiers classiques sur papier.
- **Accessibilité.** La collecte et l'entreposage dans un DME des données sur les patients doivent viser d'abord et avant tout à améliorer le soin des patients. L'accessibilité des données pour les soins cliniques est plus importante que la compilation d'un grand ensemble de données communes.

## Recherche sur la santé

- **Données normalisées.** Les soins primaires sont axés sur les symptômes et non sur les diagnostics et il faut consigner les deux dans le DME de façon normalisée.
- **Codage clinique.** Les maladies et troubles traités en soins primaires sont de faible prévalence et exigent une grande précision dans le codage des données.
- **Modèles de soins factuels.** Le modèle dans lequel les données sont reliées à l'épisode de soins montre l'évolution des symptômes et des grappes de symptômes dans le temps. Il est possible de dériver la sensibilité et la spécificité des symptômes et des grappes de symptômes de façon à améliorer la probabilité avant de commander des examens et d'éviter ainsi des examens improductifs.
- **Données de base et agrégées.** Grâce à des données normalisées, il est possible de combiner des ensembles de données de base et leur agrégation permet de repérer et d'analyser des problèmes plus rares.