



Le PQADME une occasion à saisir !



DEPUIS TROP longtemps, au Québec, nous, les médecins de famille, devons travailler sans avoir accès aux outils permettant une pratique optimale, dynamique et stimulante. L'accès à un dossier médical électronique (DME) a manqué au cours de la dernière décennie. Nous avons, avec raison, revendiqué avec insistance cet outil essentiel. Nos efforts, heureusement, n'ont pas été vains. En effet, tous les médecins québécois ont maintenant accès à un véritable DME qui fonctionne et pour lequel la Fédération a négocié des conditions

d'adhésion qui nous semblent fort intéressantes.

La balle est donc maintenant dans le camp du corps médical afin qu'il embarque en grand nombre dans le train de l'informatisation. Les avantages sont nombreux et non négligeables : potentiel de productivité accrue, frais de cabinet à la baisse, simplification de la pratique, diminution du risque d'erreurs médicales, etc. Par ailleurs, les inconvénients sont pratiquement inexistantes. Oui, il y a bien là parfois une gestion ardue du changement, mais des modalités financières intéressantes ont été négociées pour faciliter la transition à cet égard et des formations pertinentes seront offertes dès cet automne afin d'accompagner les omnipraticiens dans cette aventure. Dans ce contexte, la table est mise pour une adhésion importante à ce DME si longtemps attendu.

Le cahier spécial qui suit contient une quantité importante d'information au sujet du Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques (PQADME). Bon nombre de questions y trouveront sûrement une réponse satisfaisante. Je vous invite donc à le parcourir avec attention et surtout à adhérer en grand nombre à ce programme porteur d'une pratique médicale simplifiée et encore plus intéressante.

Le président,
Dr Louis Godin



Le PQADME

un nouveau programme simplifié!

Serge Dulude

Le Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques (PQADME) a été lancé officiellement en novembre 2012. Compte tenu de la complexité de l'entente et des difficultés d'implantation de certaines des modalités proposées, le MSSS et la FMOQ ont convenu récemment de simplifier l'entente particulière le gouvernant. Les parties ont du même coup élargi la portée du programme de manière à inclure d'autres médecins œuvrant en première ligne. Nous sommes heureux de vous communiquer ces bonnes nouvelles!

Quelques statistiques

En date du 22 août 2013, 623 médecins de famille avaient adhéré au PQADME et 220, au Dossier Santé Québec (DSQ). C'est un départ timide, mais le rythme devrait s'accélérer rapidement sous peu. On nous informe en effet que plusieurs médecins ont entamé leur réflexion et entrepris des recherches en vue d'opérer le grand virage et d'adopter le dossier médical électronique.

Des changements nécessaires

À l'époque, le PQADME devait être mis en place rapidement pour rattraper le retard que le Québec accusait en matière d'informatisation des dossiers médicaux. Depuis le début de son implantation, les imperfections du PQADME sont apparues progressivement, à mesure que s'approfondissaient les connaissances des circonstances prévalant dans les cliniques. Certains ajustements s'imposaient donc. Les parties négociantes les ont effectués il y a peu, et c'est un programme simplifié qui découle de cette démarche. Le but des parties négociantes est clair : mettre en place les conditions qui favoriseront l'adoption massive du dossier médical électronique (DME).

Admissibilité des médecins en CSSS au sein d'un GMF-CLSC ou d'un GMF-UMF

Fait important à souligner, les médecins de famille œuvrant en CSSS au sein d'un GMF-CLSC ou d'un GMF-UMF pourront désormais adhérer au PQADME s'ils le désirent. Ils devront toutefois satisfaire aux conditions d'admissibilité au programme à l'instar des autres médecins visés.

Modèle de remboursement simplifié

Il n'est plus question de modalités différentes pour les remboursements rétrospectifs en fonction de la date d'acquisition (avant le 1^{er} janvier 2011, entre le 1^{er} janvier 2011 et le 1^{er} novembre 2011 ou bien après le 1^{er} novembre 2011). Ce changement facilite les choses. Il suffit dorénavant que le médecin ait adhéré au programme. Toutefois, le DME acquis doit correspondre à une version dûment homologuée au moment de l'adhésion au programme. Si le médecin dispose d'une version obsolète, il devra, s'il veut bénéficier du programme, la mettre à jour.

Accès élargi aux subventions pour la gestion du changement et aux forfaits de participation

L'unification des modalités de remboursement rétroactif aura pour effet de permettre à tout médecin adhérant au programme de se prévaloir de la subvention pour la gestion du changement. La participation d'un médecin exerçant en cabinet privé à des ateliers de

Le D^r Serge Dulude, omnipraticien, est directeur de la Planification et de la Régionalisation à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques



PQADME

formation accrédités sur les DME et à des journées d'information sur le PQADME peut donner lieu au remboursement complet jusqu'à concurrence de 2200 \$. À ces dépenses remboursables s'ajoute désormais le recours à des services de mentorat prodigués par des pairs ou des tiers compétents, ainsi qu'à des services de soutien à la gestion du changement fournis sur place par des experts-conseils. Les médecins œuvrant dans un CSSS au sein d'un GMF-CLSC ou d'un GMF-UMF désormais visés par le PQADME auront droit à la somme maximale de 1650 \$ pour couvrir les frais de soutien à la gestion du changement.

L'unification des modalités de remboursement rétroactif aura également pour effet de permettre à tous les médecins qui adhèrent au programme de bénéficier des forfaits de participation. Pour le médecin adhérent exerçant en cabinet privé, la somme accordée est de 3600 \$, à raison de 600 \$ par mois pendant six mois. Pour le médecin de GMF œuvrant dans un CSSS au sein d'un GMF-CLSC ou d'un GMF-UMF, elle est de 2700 \$, à raison de 450 \$ par mois pendant six mois.

Clause de droits acquis (dite « grand-père ») pour les GMF déjà dotés de plus d'un DME

Une autre modification importante doit être soulignée. Quelques mois après le lancement du programme, nous avons constaté que plusieurs GMF avaient déjà un DME, voire plus d'un DME dans le cas d'un GMF multisites. Cette situation transgressait la règle établie d'un seul DME par GMF et rendait l'adhésion de ces médecins au PQADME problématique. L'objectif de n'avoir qu'un seul DME par GMF demeure. Toutefois, les médecins de GMF multisites accrédités à ce jour qui auraient déjà fait l'acquisition de plus d'un DME homologué pourront tout de même adhérer au PQADME, et leurs demandes de remboursement seront accueillies favorablement. Lors de l'accréditation d'un nouveau GMF n'ayant pas fait l'acquisition préalable d'un DME, la règle d'un seul DME par GMF devra cependant être appliquée, peu importe que ce nouveau GMF se trouve sur un ou plusieurs emplacements.

Conclusion

Nous croyons que les récents ajustements apportés au PQADME ont considérablement simplifié le processus d'adhésion au programme. Nous espérons que vous saurez en profiter sans tarder. 📞



Le dossier médical électronique

les avantages augmentent avec l'usage!

Claire Viens

La littérature spécialisée fait état des avantages potentiels importants liés à l'utilisation du dossier médical électronique (DME), tant sur les plans logistique et financier que clinique, dont l'ampleur est généralement proportionnelle au degré d'utilisation des différentes fonctionnalités du logiciel.

Bien que le DME ait apporté peu d'avantages concrets jusqu'à présent au Québec du fait de son implantation limitée dans les cliniques de première ligne, quelques utilisateurs de la première heure, dits « champions » du DME, font déjà état de gains intéressants, dont certains obtenus après moins d'une année d'existence.

Le DME : un outil névralgique qui soutient l'ensemble des interventions du médecin

Le DME est un outil névralgique qui soutient l'ensemble des interventions du médecin et de l'équipe professionnelle et administrative œuvrant dans une clinique.

Le DME se veut un système de gestion informatisé du dossier patient destiné à remplacer le traditionnel dossier papier. Il permet de consigner de façon structurée toutes les informations pertinentes sur le patient, d'en suivre l'évolution et de faciliter le partage des données entre les intervenants autorisés dans le cadre des interventions interprofessionnelles. Le DME regroupe également des outils d'aide à la prescription et à la prise de décision clinique ainsi que des fonctionnalités de prise de rendez-vous, de facturation et d'autres tâches administratives.

Chaque DME homologué par le MSSS (cette homologation est obligatoire pour que les médecins aient droit aux subventions du programme) doit satisfaire à plus de 400 critères balisant sa convivialité, sa sécurité, sa confidentialité et son interopérabilité avec les autres systèmes du réseau de la santé, notamment avec le Dossier Santé Québec (DSQ).

Quelques inconvénients à court terme

Les conséquences de l'implantation du DME dans une clinique sont loin d'être négligeables. À court terme, certains médecins peuvent craindre une baisse temporaire de productivité ou les inconvénients associés à une remise en question profonde de leurs façons de faire. Sans oublier l'investissement en temps nécessaire pour la mise en œuvre du système. Ces obstacles risquent d'en rebuter plus d'un.

L'éventuelle baisse de productivité peut être réduite au minimum, tant dans son ampleur que dans sa durée, grâce à une gestion efficace de la transition. Quant à la révision et à l'adaptation des processus de travail des médecins et des autres intervenants, celles-ci constituent non seulement un mal nécessaire, mais une condition *sine qua non* d'une véritable utilisation du DME en clinique et de l'obtention progressive des avantages escomptés. Un texte publié en avril 2013 par Inforoute Santé du Canada (ISC) et PricewaterhouseCoopers¹ fait état d'« une étude détaillée des finances de cabinets révélant que les médecins de soins primaires recouvrent leur investissement en dix mois en moyenne ».

Des gains d'efficacité au plan du soutien administratif

L'étude d'ISC a permis de valider plusieurs avantages liés à l'utilisation du DME dans les cabinets de

M^{me} Claire Viens, consultante en gestion, est directrice de la qualité chez CIM-Conseil en immobilisation & management inc.

médecins, notamment des gains d'efficience dans le secteur administratif. Il s'agit d'ailleurs d'avantages signalés en premier lieu par de nombreux médecins québécois. Ces gains s'expliquent principalement par la réduction ou l'élimination de la manipulation des dossiers ainsi que par l'amélioration de la gestion des analyses de laboratoire et des autres tests diagnostiques.

L'optimisation du temps du personnel de secrétariat peut se traduire par une diminution du nombre d'employés requis et générer ainsi des économies. Si la clinique se trouve toujours en plein développement, les disponibilités alors dégagées permettent d'intégrer de nouveaux médecins à la clinique, et ce, sans embaucher de personnel supplémentaire. C'est la stratégie adoptée au GMF Marguerite d'Youville de Sainte-Julie, où les gains d'efficience dans le secteur administratif ont rendue possible l'intégration de quatre nouveaux omnipraticiens et l'inscription de près de 3000 nouveaux patients GMF sans augmenter le même nombre de secrétaires, rapporte le D^r Claude Rivard*, médecin responsable de la clinique.

Un accès aux résultats plus rapide et à distance

Selon de nombreux utilisateurs, l'accès plus facile aux résultats diagnostiques et surtout aux résultats de laboratoire constitue un des atouts les plus appréciés des médecins québécois. Le bénéfice est attribuable à la diminution des délais de réception des résultats, mais aussi en grande partie à la souplesse offerte au médecin par l'accès à distance dans l'organisation de son travail. Le médecin peut ainsi assurer la gestion et le suivi des analyses de ses patients, peu importe qu'il se trouve à la clinique, à domicile ou même en déplacement à l'étranger.

Une communication facilitée entre les intervenants internes et externes

Faisant état de l'expérience de l'implantation réussie du DME dans sa clinique, le D^r Rivard* souligne les avan-

* D^r Claude Rivard. Témoignage sur l'expérience d'implantation du DME dans une clinique médicale de première ligne, dans le cadre des ateliers présentés par la FMOQ, printemps 2013.

tages de la communication électronique entre l'équipe soignante et le secrétariat. En effet, l'échange structuré d'informations par courrier interne vient prendre la relève des papillons adhésifs Post-it apposés sur les dossiers et trop facilement égarés. Il favorise la clarté et la traçabilité des informations ainsi que le suivi des demandes ponctuelles.

Quant à la lisibilité, les ordonnances, désormais produites par le DME, représentent aussi une valeur ajoutée importante, car elles permettent d'éliminer de nombreux appels de vérification des pharmaciens.

L'amélioration de la communication est un des avantages validés par l'étude d'ISC. Elle aurait un effet positif sur la qualité des soins en favorisant « un contexte propice à la collaboration interdisciplinaire ». Outre les échanges avec le personnel infirmier, le DME favorise le processus d'orientation pour une consultation en spécialité, grâce à des gabarits préformatés, ainsi qu'à la prise en charge temporaire des patients par un collègue en cas d'absence d'un médecin.

Une meilleure coordination des soins auprès des patients atteints de maladies chroniques

La gestion des maladies chroniques, qui accapare actuellement 58 % du budget de la santé au Canada, est un des secteurs bénéficiant le plus de l'implantation du DME. Selon les résultats d'un sondage albertain cité dans l'étude d'ISC, 86 % des médecins inscrits au programme de DME de l'Alberta ont signalé une amélioration de leur capacité de prise en charge des maladies chroniques grâce aux rappels, aux alertes et aux autres outils intégrés au DME.

De plus, pour le patient atteint d'une maladie chronique, le DME facilite l'enseignement des notions relatives aux traitements ; il favorise une prise de conscience plus profonde et encourage la responsabilisation face aux habitudes de vie.

Des effets positifs pour les patients et le réseau de la santé

Selon les observations des auteurs de l'étude d'ISC, l'utilisation du DME permet de réduire les analyses et

Le DME est un outil névralgique qui soutient l'ensemble des interventions du médecin et de l'équipe professionnelle et administrative œuvrant dans une clinique.



examens redondants ainsi que les cas de réactions indésirables à un médicament. En effet, la disponibilité de l'information sur l'ensemble des examens subis par le patient² permet de réduire au minimum le dédoublement des examens, ce qui évite des conséquences indésirables pour le patient et des frais inutiles pour le réseau de la santé. L'utilisation des outils d'aide à la décision, comme les outils d'aide à la décision pharmacothérapeutique et la disponibilité d'un profil pharmacologique complet, aura le même effet en diminuant les risques d'erreurs et en améliorant la sécurité des patients.

Des gains tangibles pour les cliniques et les médecins

Outre les gains d'efficacité obtenus grâce à une meilleure organisation du travail, d'autres avantages importants se matérialisent à court terme, notamment la récupération de l'espace physique occupé par les milliers de dossiers papier au cœur même de la clinique. Au GMF Marguerite d'Youville, la clinique a pu libérer, une fois la numérisation des dossiers achevée, un espace suffisant pour permettre l'ajout de trois bureaux, maintenant utilisés pour des rencontres de professionnels avec les patients ou par le personnel administratif.

Après l'instauration de la facturation électronique, les médecins de ce GMF ont également eu l'agréable surprise de voir leurs revenus croître de 10 % environ, et ce, pour une charge de travail inchangée. Cette hausse est attribuable à une facturation systématique plus complète de tous les actes médicaux, au fur et à mesure qu'ils sont posés, au lieu de la consignation effectuée en fin de journée, qui était la pratique courante auparavant chez la majorité des médecins. Le gain réalisé au GMF Marguerite d'Youville après moins d'un an d'utilisation du DME ne constitue pas une exception. En effet, des travaux d'analyse sur les répercussions du DME, réalisés depuis plusieurs années aux États-Unis et au Canada, font état du phénomène.

Le DME a même un effet bénéfique sur la qualité de vie des médecins, notamment grâce à « la diminution du temps consacré à des activités non cliniques (par exemple la recherche de résultats d'examens), par les déplacements évités pour accéder à un dossier en cas d'ur-



Photo : © MSSS

De plus en plus, la présence du DME dans une clinique constitue un facteur d'attraction pour les médecins jeunes et moins jeunes.

gence, par la possibilité d'accéder aux dossiers de leurs patients à partir de leur domicile et par l'utilisation du temps épargné à d'autres fins, y compris l'accroissement du nombre de consultations³. »

De plus en plus, la présence du DME dans une clinique constitue un facteur d'attraction pour les médecins jeunes et moins jeunes. Le DME deviendra aussi petit à petit un élément déterminant pour les patients, qui profiteront de la facilité de transmission des résultats, de l'accès aux informations cliniques et des outils de prise de rendez-vous électronique.

Enfin, selon une autre étude américaine à saveur économique⁴, le DME constitue un critère de plus en plus déterminant dans l'évaluation de la valeur financière d'une clinique, ce qui vient corroborer le mouvement irréversible et inéluctable vers l'informatisation des soins et des services médicaux. 🌀

Notes

1. Inforoute Santé Canada, PricewaterhouseCooper. *Les nouveaux avantages provenant de l'utilisation du dossier médical électronique dans les cabinets de médecins*. Avril 2013, p. 16. Site Internet : http://expertise.hec.ca/pole_sante/wp-content/uploads/2013/06/DME_rapport-r%C3%A9sum%C3%A9.pdf (Date de consultation : avril 2013).
2. Cet accès sera possible au Québec au fur et à mesure de l'implantation du DSQ.
3. Inforoute Santé du Canada. *Le DME à l'intention des cliniques médicales du Québec*. Août 2009.
4. Demuth, DL. How much is your medical practice worth? *Medical Economics*. Site Internet : <http://medicaleconomics.modernmedicine.com> (Date de consultation : juillet 2013).



Le PQADME expliqué

Isabelle Paré

Le Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques (PQADME) est un programme incitatif convenu entre la FMOQ et le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) afin de faciliter l'acquisition et l'adoption du dossier médical électronique (DME) par les médecins de première ligne. Il repose sur le volontariat des médecins et sur leur engagement à utiliser le DME dans l'exercice de leur profession.

Un soutien financier important dans la transition vers le DME

Le Programme permet aux médecins d'obtenir un soutien financier sous forme de remboursement d'une partie importante des frais engagés dans la mise en place du DME dans leur pratique.

Les frais suivants sont admissibles à un remboursement :

- achat d'équipements et frais accessoires : ordinateur, serveur, écran, souris, clavier, imprimante, antivirus, installation, assurance, garantie, numériseur, unité UPS, modem, matériel, logiciel d'accès de sécurité et coût de base pour le soutien technique d'un centre de services autorisé (CSA) ;
- frais d'implantation du DME : coût de migration des données, coût de numérisation, matériel qui dépasse le montant de base alloué pour les équipements et les frais accessoires (au plus 1000 \$), formation de base donnée par les fournisseurs de DME, soutien à la mise en œuvre sur les plans technique et professionnel ;
- acquisition et opération des licences : coût d'acquisition du logiciel du DME, coût d'entretien du DME, coût annuel des licences, coût du CSA, coût d'hébergement des données, soutien par le fournisseur ;
- gestion du changement : rémunération et frais de participation aux formations sur le programme DME, rémunération et frais de participation aux ateliers

personnalisés, rémunération et frais de participation au mentorat individuel donné par les pairs ou par des tiers dont l'expertise est reconnue, coût des services de soutien à la gestion du changement fournis sur place.

Comme ailleurs au Canada, le programme provincial de soutien à l'adoption du DME prévoit une contribution financière des médecins afin de garantir une utilisation véritable du DME. Par exemple, une clinique peut financer une partie de ses équipements informatiques, de ses frais accessoires et de ses licences, puisque ceux-ci sont subventionnés à 70 % du montant maximal admissible, alors que pour les médecins de GMF, cette participation financière se limite à une portion des frais occasionnés par l'implantation et les licences.

Des particularités de financement selon le lieu de pratique

Pour les médecins pratiquant en clinique dite non GMF, les dépenses liées aux équipements informatiques, au câblage, aux frais d'implantation et à la licence du DME sont remboursées à 70 % des plafonds autorisés. Pour le routeur et pour la connexion Internet, le médecin est financé à 100 % jusqu'aux plafonds autorisés. Pour compenser la perte de revenus associée à la période de mise en place du DME, un forfait de 3600 \$ est offert ainsi qu'un soutien à la gestion du changement.

Une précision s'impose pour les médecins de GMF. La subvention GMF pour l'informatisation a été harmonisée avec le PQADME en avril dernier. Comme par le passé, les médecins en GMF reçoivent une subvention pour l'équipement informatique qui provient du fonds GMF. La « mécanique » a toutefois changé puisqu'il s'agit désormais de remboursements de dépenses jusqu'à concurrence de la somme maximale admissible.

M^{me} Isabelle Paré est conseillère en politique de santé et chercheuse à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Elle est titulaire d'un doctorat (Ph. D.) en science politique.



Ainsi, les médecins membres d'un GMF (en clinique privée) adhérents au PQADME ont accès à un financement équivalant à 100 % de la somme maximale admissible indiquée dans le *tableau*. Les remboursements aux médecins se font par l'entremise de la RAMQ, selon les modalités administratives du PQADME. À cette subvention s'ajoute celle du PQADME relativement aux frais d'implantation, aux licences, au forfait incitatif à la participation et au soutien financier à la gestion du changement.

Les médecins GMF qui n'adhèrent pas au PQADME reçoivent 70 % de la somme maximale avant taxe de la subvention du fonds GMF. En n'adhérant pas au PQADME, ces médecins ne profitent pas de l'occasion d'informatiser leur pratique et des avantages et possibilités qui en découlent¹.

Les médecins en GMF-CLSC et en GMF-UMF peuvent recevoir des subventions du PQADME pour la gestion du changement et un forfait de familiarisation. La subvention pour l'équipement, les frais d'implantation et les licences provient du fonds GMF.

Les médecins exerçant dans un CLSC non GMF ne peuvent adhérer, pour le moment, au PQADME. La FMOQ et le MSSS ne se sont pas encore entendus et continuent de colliger de l'information à ce sujet.

Le *tableau* présente les frais admissibles et les remboursements autorisés selon le lieu d'exercice des médecins.

Les critères d'inscription au PQADME et d'admissibilité aux remboursements

Le programme s'adresse aux médecins qui exercent en première ligne en cabinet privé (GMF ou non) et en CSSS (dans un GMF-UMF ou en GMF-CLSC). Les critères d'inscription et d'admissibilité aux remboursements sont les suivants :

- membre du Collège des médecins du Québec ;
- offre de services médicaux fournis dans le cadre de la RAMQ ;
- offre de services de prise en charge et de suivi de pa-

tients (au moins 300 patients inscrits sur la base collective de la clinique) ;

- garantie d'adhésion d'au moins 50 % des médecins en clinique médicale ;
- inscription à un seul lieu d'exercice (le médecin de GMF doit s'y inscrire, sauf exception prévue par le comité paritaire) ;
- utilisation d'un seul DME homologué dans le milieu d'exercice concerné, sauf dans le cas des GMF mul-

tisites ayant implanté plus d'un DME avant l'accréditation du GMF ;

- réception d'un seul remboursement pour le même objet.

Le programme comprend également d'autres mesures visant à éveiller l'intérêt pour le DME, à stimuler l'engagement des médecins dans le processus d'informatisation des dossiers cliniques et à favoriser une saine gestion des fonds consentis. Entre autres choses, les médecins doivent s'engager à utiliser le Dossier Santé Québec (DSQ) dès qu'il est offert dans leur région. Pour être admissibles à un remboursement, les médecins doivent également avoir fait l'acquisition d'un DME dûment homologué par le MSSS. Pour savoir si un DME est dûment homologué, il est essentiel de consulter la liste à jour disponible sur le site Internet de la Direction générale des technologies de l'information du MSSS (SOGIQUE²).

Le détail des informations relatives à l'admissibilité aux remboursements est disponible dans le guide de présentation du programme offert sur le site de la FMOQ³.

Le fonctionnement du PQADME et la procédure de remboursement

La toute première étape pour adhérer au PQADME consiste à remplir le formulaire de demande d'adhésion au programme québécois d'adoption du dossier médical électronique sur le site du MSSS⁴. Les noms des membres du personnel infirmier appelés à utiliser le DME doivent également figurer dans la demande

Le programme permet aux médecins d'obtenir un soutien financier sous forme de remboursement d'une partie importante des frais engagés dans la mise en place du DME dans leur pratique.



Le programme s'adresse aux médecins qui exercent en première ligne en cabinet privé (GMF ou non) et dans un CSSS (GMF-UMF et GMF-CLSC).

Frais admissibles et remboursement dans le cadre du PQADME

	Montant maximal admissible avant taxes	Cycle	Clinique	
			Subvention du PQADME	Remboursement maximal avant taxes
Équipement informatique et frais accessoires	5000 \$	1 fois par 4 ans	70 %	3500 \$
Commutateur	146 \$	1 fois par 4 ans	100 %	146 \$
Connexions Internet (2 par site)	2400 \$	1 fois par année	100 %	2400 \$
Câblage	300 \$	1 seule fois (non récurrent)	70 %	210 \$
Frais d'implantation	5000 \$	1 seule fois (non récurrent)	70 %	3500 \$
Acquisition et exploitation des licences	2000 \$	1 fois par année	70 %	1400 \$
Forfait incitatif à la participation	3600 \$	1 seule fois (non récurrent)	100 %	3600 \$
Gestion du changement	2200 \$	1 seule fois (non récurrent)	100 %	2200 \$

d'adhésion. Ensuite, les demandes de réclamation de dépenses pourront être faites en remplissant les formulaires adéquats mis en ligne à la même adresse Internet. Le MSSS prévoit la mise en place d'une application permettant aux adhérents du PQADME de faire leur demande de remboursement en ligne dès avril 2014. À ce moment, vous pourrez présenter vos demandes de remboursement à la fréquence souhaitée, soit tous les mois, tous les deux mois, tous les six mois, etc. D'ici la mise en service de cette application, les demandes de remboursement, qui font actuellement l'objet d'un traite-

Le programme s'adresse aux médecins qui exercent en première ligne en cabinet privé (GMF ou non) et en CSSS (GMF-UMF et GMF-CLSC).

ment manuel, pourraient être restreintes à deux par année. En effet, la Direction générale des technologies de l'information du MSSS (SOGIQUE) veut éviter d'être inondée par un flot de factures établies pour des montants minimes et elle préfère que les médecins regroupent leurs demandes et les transmettent par lots, une ou deux fois l'an.

Cela dit, les demandes de remboursement seront honorées 30 jours après réception du formulaire dûment rempli à la Direction générale des technologies de l'information du MSSS⁵. Il est à noter que les factures n'ont pas à être transmises avec



GMF en cliniques privées			GMF-UMF et GMF-CLSC en CSSS		
Subvention du PQADME	Fonds GMF	Remboursement maximal avant taxes	Subvention du PQADME	Fonds GMF	Remboursement maximal avant taxes
	100 %	5000 \$		100 %	5000 \$
	100 %	146 \$		100 %	146 \$
	100 %	2400 \$		Fourni par le CSSS	
	100 %	300 \$		100 %	300 \$
70 %		3500 \$		100 %	5000 \$
70 %		1400 \$		100 %	2000 \$
100 %		3600 \$	75 %		2700 \$
100 %		2200 \$	75 %		1650 \$

les demandes de remboursement, mais elles doivent être conservées précieusement puisqu'elles devront être présentées sur demande, le cas échéant.

L'accès à des services de soutien dans le cadre de la transition

La FMOQ offre des services et des outils d'information et de formation sur le DME ainsi que sur la gestion de la transition. Les médecins (accompagnés de leur adjointe administrative s'ils le désirent) peuvent participer à des rencontres d'information et à des ateliers personnalisés.

Les médecins ont également accès aux ressources professionnelles de la FMOQ afin d'être soutenus dans le processus de planification, notamment en ce qui a

trait à leurs responsabilités quant à l'informatisation et à l'hébergement des données des patients.

Toutes les informations relatives à ces services sont accessibles sur le site de la FMOQ³. 

Notes

1. Les médecins GMF non adhérents au PQADME peuvent consulter l'Infolettre 8 du 11 avril 2013 pour plus d'information.
2. SOGIQUE. DME homologués. Site Internet : www.sogique.qc.ca/Accueil---PQADME/Document-PQADME/DME-homologues.aspx
3. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. PQADME : soutien à l'implantation. Site Internet : <http://dme.fmoq.org>
4. SOGIQUE. Accueil-PQADME. Site Internet : www.sogique.qc.ca
5. SOGIQUE. Formulaires. Site Internet : www.sogique.qc.ca/pqadme



Démarche d'implantation du DME

Claire Viens

Pour les médecins, passer du dossier papier au dossier électronique équivaut à modifier une foule d'automatismes et d'habitudes bien ancrées dans la pratique. Cette transition n'est pas banale et risque de bousculer les habitudes.

Certaines activités effectuées en clinique disparaissent dorénavant, comme la gestion physique des dossiers papier. D'autres activités se trouvent considérablement modifiées, entre autres le mode de communication entre les intervenants cliniques et administratifs. Ces changements ont des répercussions sur l'organisation du travail et les tâches quotidiennes de tout un chacun. Une bonne stratégie de transition s'impose donc.

Planifier, c'est rentable!

Le choix et l'acquisition d'un dossier médical électronique (DME) représentent ici une étape cruciale, et vous y accorderez bien sûr beaucoup d'attention. Ne sous-estimez pas pour autant la planification et la gestion de la transition vers le DME auprès de l'équipe médicale. L'énergie et le temps que vous y consacrerez se révéleront un investissement rentable, qui vous permettra de limiter les inconvénients potentiels associés à l'opération, tels que les délais d'implantation et l'éventuelle baisse temporaire de productivité. Une gestion efficace favorisera l'utilisation du DME dans la clinique, condition indispensable à l'obtention des avantages escomptés.

Guide et outils de gestion de la transition vers le DME

La FMOQ offre sur son site Internet de nombreuses informations sur le programme québécois d'adoption du DME (PQADME) et sur la démarche de transition vers l'adoption du DME dans une clinique médicale¹. Une démarche type et plusieurs outils personnalisables

sont proposés aux médecins qui piloteront l'implantation du DME dans leur milieu. Cette démarche et ces outils ont été conçus sur mesure pour les cliniques du Québec à partir des leçons tirées d'expériences déjà réalisées ailleurs² et des meilleures pratiques de gestion répertoriées. L'approche et les outils ont été validés auprès d'une douzaine de médecins exerçant dans des cliniques de première ligne au Québec³.

On trouvera également sur le site de la FMOQ le *Guide de présentation du PQADME* élaboré par M^e Christiane Larouche, avocate à la FMOQ. Tous les formulaires relatifs à l'inscription au programme et aux remboursements ainsi que les informations sur les exigences et les préparatifs technologiques sont offerts en ligne sur le site Web de SOGIQUE⁴.

Une fois que vous aurez recueilli un volume suffisant d'information sur le programme, inscrivez-vous afin d'avoir droit aux subventions. Vous êtes admissible aux remboursements, peu importe que vous ayez déjà fait l'acquisition du DME ou que vous en soyez encore au stade de la réflexion.

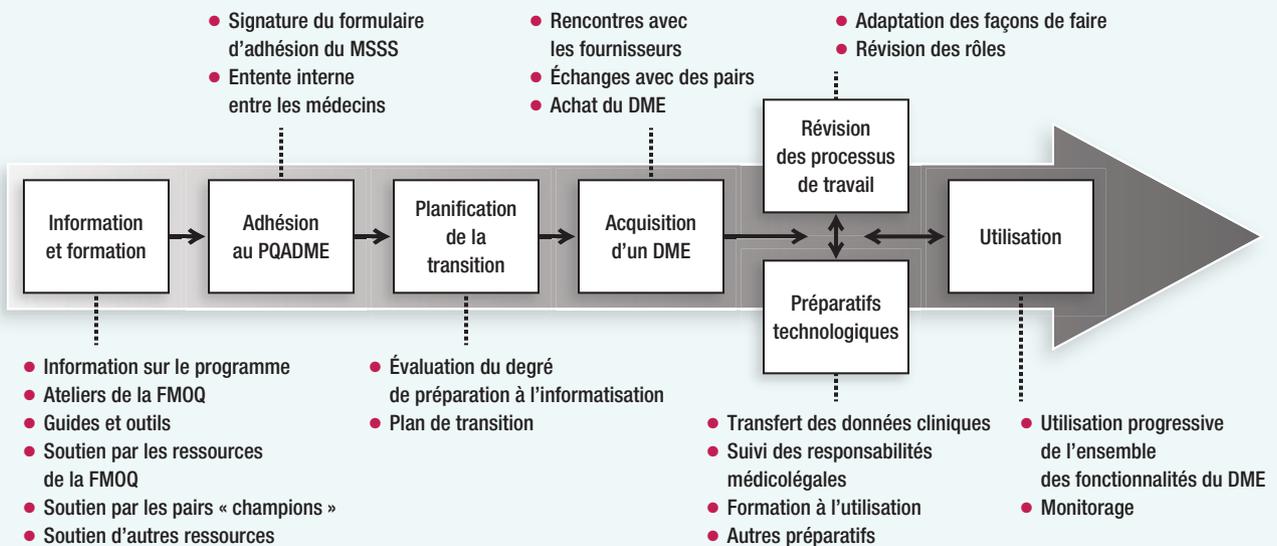
Planifiez votre stratégie de transition vers le DME

Dans un premier temps, une évaluation du niveau de préparation à l'informatisation permet de tracer un portrait clair du niveau actuel d'intégration des tech-

M^{me} Claire Viens, consultante en gestion, est directrice de la qualité chez CIM-Conseil en immobilisation & management inc.



Démarche type d'implantation du DME



nologies dans votre clinique et de mesurer l'écart entre la situation actuelle et celle qui est souhaitée. Pour faciliter cette évaluation, vous pouvez utiliser le formulaire d'évaluation proposé sur le site de la FMOQ, qui vous permet non seulement de définir le « profil informatique » des médecins et autres intervenants, mais aussi de vous faire une idée de leur ouverture à l'informatisation et de leurs besoins en matière de soutien au moment de la transition.

L'étape suivante consiste à établir les principaux objectifs que vous souhaitez atteindre à travers cette démarche et à fixer un échéancier d'implantation. Ainsi, compte tenu du niveau de préparation de votre clinique, du type de pratique et du contexte dans lequel vous exercez, vous devez établir les fonctionnalités du DME à planter en priorité dans votre clinique et le temps nécessaire. Le délai d'implantation moyen est d'environ neuf mois, mais il varie bien entendu d'une clinique à l'autre. Évitez d'étirer l'exercice indûment afin de soutenir l'intérêt pour le projet et d'atténuer l'éventuel inconfort causé par un entre-deux qui traînerait en longueur.

N'oubliez pas de prévoir les principaux risques susceptibles d'influer négativement sur le déroulement de votre projet. Déterminez aussi les stratégies à adopter afin d'éliminer ou de réduire ces risques.

Informez-vous sur les différentes stratégies d'implantation existantes. Consultez des collègues « champions » du DME et rendez-vous sur place pour échanger avec eux sur leur expérience et découvrir les leçons qu'ils ont apprises. Dans votre clinique, intégrez un représentant du personnel administratif à la gestion du projet. Gardez toutefois à l'esprit que l'implantation du DME est un projet clinique et, qu'à ce titre, elle requiert la participation et la contribution de tous les intervenants médicaux, et ce, à toutes les étapes de la transition.

Prévoyez quelques activités de communication (rencontres, échanges de courriels) permettant de faire connaître votre plan de transition, les avantages escomptés du DME et les occasions qu'il procure à la clinique. Ces interventions permettront également de répondre aux préoccupations des différents acteurs concernés.

Sélection d'un dossier médical électronique

Bien que tous les DME homologués par le MSSS dans le cadre de son programme répondent aux quelque 400 critères préétablis, les différentes solutions ne présentent pas toutes les mêmes caractéristiques, et certaines pourraient convenir davantage au contexte de votre pratique professionnelle que d'autres.



Pour faciliter le repérage d'un logiciel correspondant le mieux à vos besoins et pour vous aider dans vos rencontres avec les fournisseurs, le site de la FMOQ met aussi à votre disposition un outil d'évaluation des DME et des services des fournisseurs.

Cette grille vous permet d'évaluer et de comparer les différentes solutions de DME, notamment en ce qui a trait à la convivialité, à l'étendue des fonctionnalités offertes, au soutien technique et aux autres services inclus.

Comment réviser les processus de travail ?

Sans vous lancer dans une analyse fastidieuse, repérez les répercussions de l'utilisation du DME dans le quotidien des médecins et des membres de l'équipe de la clinique, ciblez les occasions d'amélioration de votre efficacité, redéfinissez les rôles de chacun en conséquence et, le cas échéant, évaluez les besoins en matière de formation inhérents aux nouveaux rôles.

Afin de guider vos travaux, une grille de révision des processus est aussi proposée. Elle comprend une liste générique des processus d'affaires d'une clinique de première ligne que vous pouvez personnaliser en fonction des réalités propres à votre pratique. La grille vous permettra d'évaluer les suites de l'implantation du DME sur chacune de vos activités et les adaptations à prévoir.

La révision des processus de travail effectuée dans le cadre de l'implantation du DME entraîne des modifications non négligeables des fonctions des intervenants de la clinique. C'est ainsi qu'une fois les dossiers numérisés, le personnel du secrétariat se voit libéré de la manipulation des dossiers papier (c'est-à-dire récupération et classement des dossiers, intégration des résultats diagnostiques, des notes et de la correspondance). L'organisation du travail au quotidien se trouve donc modifiée de façon à améliorer la productivité. L'exercice est indispensable à une intégration réussie du DME dans le quotidien des intervenants.

Préparatifs technologiques

Les préparatifs technologiques regroupent notamment la préparation au déploiement et le transfert des données cliniques ou numérisation.

La préparation au déploiement du logiciel est pilotée en collaboration avec le fournisseur responsable de la mise en œuvre du DME, de son adaptation aux spécificités de la clinique ainsi que de la formation des utilisateurs à l'outil.

La numérisation représente par ailleurs un investissement financier important qui doit être réalisé dans le respect des obligations déontologiques du médecin relatives à la conservation, à l'épuration et à la destruction des dossiers médicaux ainsi qu'au maintien de la confidentialité. Différentes approches de numérisation peuvent être envisagées par la clinique en fonction du contexte. Dans tous les cas, on recommande de procéder à une analyse préalable afin de valider la pertinence de l'approche choisie et les coûts qui y sont liés.

Dans le cadre du programme, la FMOQ offre une formation accréditée sur la numérisation des dossiers médicaux.

Utilisation

Au moment stratégique de la mise en service du DME, l'utilisation minimale d'un certain nombre de fonctionnalités du logiciel sera déjà prévue, conformément aux dispositions prises lors de la planification de la transition. Pendant les premiers temps, vous verrez aussi à fournir une assistance technique rapide et constante aux médecins utilisateurs.

Afin d'éveiller l'intérêt des professionnels pour le logiciel et de les inciter à poursuivre leur appropriation des différentes applications, attachez-vous à de petits succès rapides, bien visibles, qui permettent d'illustrer de façon tangible les avantages du DME.

Par la suite, rappelez-vous que l'appropriation initiale de l'outil ne constitue qu'une étape et non le but ultime de l'implantation. En vous appuyant sur les succès initiaux, poursuivez systématiquement vos objectifs en visant une utilisation généralisée du DME auprès des cliniciens et un relèvement continu du niveau d'utilisation. Notez les avantages au fur et à mesure qu'ils se font sentir et diffusez l'information à vos collègues. 📢

Notes

1. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. PQADME : soutien à l'implantation. La Fédération ; 2013. Site Internet : <http://dme.fmoq.org> (Date de consultation : août 2013).
2. Plusieurs outils ont été adaptés à partir de ceux mis au point en Colombie-Britannique, en Alberta et en Ontario dans le cadre des programmes respectifs d'implantation du DME.
3. MSSS, FMOQ, ISC. *Projet de démarrage du PQADME* 2011.
4. SOGIQUE. Accueil PQADME. Site Internet : www.sogique.qc.ca/Accueil---PQADME/Document-PQADME/DME-homologues.aspx (Date de consultation : août 2013).



Les avantages pratiques du dossier médical électronique

entrevue avec le D^r Bertrand Bissonnette

Emmanuèle Garnier



Le D^r Bertrand Bissonnette, chef du Département régional de médecine générale (DRMG) des Laurentides et responsable du comité informatique, s'intéresse depuis longtemps au dossier médical électronique (DME). Directeur médical de la Clinique 201, à Sainte-Agathe-des-Monts, il en utilise lui-même un depuis cinq ans.

M.Q. – Quels sont les avantages du dossier médical électronique ?

B.B. – Le DME offre des avantages au médecin lui-même, au groupe de médecins et à la clinique médicale dans son ensemble. Prenons, par exemple, mon groupe de médecine de famille (GMF) qui compte 40 médecins et 27 000 patients inscrits dans quatre cliniques différentes. Il serait très difficile d'organiser les soins en GMF avec une multitude d'intervenants cliniques sans l'aide d'un outil électronique performant. Grâce au DME, cela se fait très bien. À l'usage, le système s'est

révélé un super outil de communication et d'organisation clinique. Ainsi, une infirmière peut voir un patient une fois à un cabinet et retrouver sa note clinique dans le même DME à un autre centre lors d'une autre visite de ce patient. Tout le monde a accès au même dossier clinique en temps réel.

M.Q. – Quels sont les gains pour le médecin ?

B.B. – Le DME touche toutes les facettes de son travail clinique. D'un coup d'œil, le médecin consulte son horaire dynamique : quels patients sont arrivés ? Lequel est avec son infirmière ? Lequel est ajouté et pourquoi ? La rédaction de la note se fait de façon ordonnée, efficace et complète à l'aide des multiples outils électroniques disponibles. Dès que les résultats de laboratoire ou d'imagerie médicale arrivent dans les ordinateurs d'hôpitaux, ils sont instantanément versés au dossier électronique. On peut même ajouter des alertes pour être averti de certains résultats critiques et faire des analyses de l'ensemble de sa pratique.

Les médecins peuvent aussi travailler à distance et vérifier, par exemple, les résultats de laboratoire pendant qu'ils ne sont pas à la clinique. Quand je suis de garde auprès des patients hospitalisés ou en voyage, je conserve facilement le contact avec l'ensemble de ma pratique. Si j'ai quatre heures d'attente dans un aéroport, je prends quelques minutes pour mettre à jour mes dossiers. À mon retour, je n'ai pas à faire face à des piles de dossiers et de demandes. Parmi les 40 médecins de notre GMF, aucun ne reviendrait en arrière.

M.Q. – Est-ce que le DME vous fait gagner beaucoup de temps ?

B.B. – Tout le monde gagne du temps. Le médecin, les secrétaires, les infirmières, le GMF, les patients et les

M^{me} Emmanuèle Garnier est journaliste pour la revue Le Médecin du Québec, à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

pharmaciens. Grosso modo, pour un médecin qui est à l'aise avec son DME, il y a peut-être 15 % de gain d'efficacité à terme. Plus on a une pratique complexe et étendue, plus on gagne à avoir un DME. Le personnel, lui, a beaucoup de plaisir à travailler avec cet outil.

M.Q. – Le DME permet aussi au médecin d'avoir des statistiques concernant sa pratique. Est-ce utile ?

B.B. – Oui. Dans les trois prochaines années, les DME offriront des outils pointus d'analyse de l'ensemble de la pratique. Ils aideront les médecins à s'assurer d'atteindre leurs objectifs cliniques chez tous leurs patients. L'Institut national d'excellence en santé et en service sociaux (INESSS) a récemment proposé plus de 200 indicateurs cliniques en ce sens. Je fais partie du comité d'homologation des DME au Québec. Pour la troisième année d'homologation, nous avons exigé des fournisseurs que douze de ces indicateurs soient intégrés à leur plateforme. La majorité y est parvenue. Ainsi, si un médecin se demande : « Est-ce que tous mes patients diabétiques ont eu un dosage d'hémoglobine glyquée au cours de l'année ? », le système pourra facilement l'indiquer. Il pourra même signaler les omissions, et le personnel clinique pourra intervenir en conséquence. Le médecin pourra, par ailleurs, créer lui-même ses propres indicateurs pour mieux tenir compte de sa réalité.

M.Q. – Quels sont les autres avantages du DME ?

B.B. – Il permet aussi de faire des gains sur le plan organisationnel. Certaines personnes vont se demander si cela va se traduire dans les revenus du médecin. C'est certainement une des dernières préoccupations à avoir, mais oui, il y a des gains financiers certains.

M.Q. – Et sur le plan des communications ?

B.B. – Le DME est un outil de communication redoutable. Vous écrivez à votre infirmière pour qu'elle fasse telle démarche auprès d'un patient. Elle prend connaissance du message dans les secondes qui suivent. D'un clic, elle demande à la secrétaire de l'aider. Le patient est joint dans les minutes. De cette manière, tout le monde est resté à son poste de travail.

M.Q. – Certains médecins craignent que la présence de l'ordinateur nuise à la relation avec le patient durant la consultation.

B.B. – Nous, nous utilisons des tablettes électroniques qui sont beaucoup plus petites que les ordinateurs classiques. On conseille également d'avoir, à côté de soi, un deuxième écran pour le patient. On peut s'en servir pour lui montrer ses résultats de laboratoire ou faire de l'enseignement clinique à l'aide d'outils gratuits sur Internet. C'est une chose de dire : « Vos résultats ne sont pas très bons », et une autre de le lui expliquer de façon visuelle à l'aide d'un graphique sur un écran. Il y a alors plus de chance que le patient comprenne bien sa situation et change ses habitudes de vie.

M.Q. – Quand on commence à travailler avec un DME, il y a quand même une période difficile.

B.B. – Oui, tout à fait. Je dirais aux médecins qui commencent qu'ils ont maintenant plusieurs exemples de réussite autour d'eux, alors qu'avant cela n'existait pas. Maintenant, le DME fonctionne vraiment.

Je suggère comme première étape de visiter une clinique semblable à la sienne

qui emploie déjà un DME avec succès. Il faut que le médecin parle au médecin, la secrétaire à la secrétaire et l'in-

« Grâce aux DME, les médecins peuvent travailler à distance et vérifier, par exemple, les résultats de laboratoire pendant qu'ils ne sont pas à la clinique. Si j'ai quatre heures d'attente dans un aéroport, je prends quelques minutes pour mettre à jour mes dossiers. »



« Pour un médecin qui est à l'aise avec son DME, il y a peut-être 15 % de gain d'efficacité à terme. Plus on a une pratique complexe et étendue, plus on gagne à avoir un DME. »



firmière à l'infirmière. Chacun d'eux doit voir quels sont les gains à son niveau.

M.Q. – Est-ce qu'il y a des trucs pour bien réussir la mise en place d'un DME ?

B.B. – On s'aperçoit que souvent, lorsque le système fonctionne bien, il y a un responsable de l'informatisation. C'est le « médecin champion ». Il faut que quelqu'un à l'interne prenne l'informatisation en main. Cette personne va visiter plusieurs cliniques. Elle va se renseigner et faire venir quelques représentants de DME différents. Elle va, pour finir, probablement adapter une formule qu'elle a vue dans une clinique semblable à la sienne.

Ce médecin va être le premier à employer le DME. Il aidera ensuite ses collègues. Il va prendre un sous-groupe de la clinique, comme le secteur des consultations sans rendez-vous, pour y mettre en œuvre le DME. Les médecins vont apprivoiser le nouveau système pendant à peu près un mois, tout en gardant parallèlement les dossiers papier. De mois en mois, le groupe d'utilisateurs du DME va augmenter. Quand tout ira bien, tout le monde sera englobé. À terme, personne ne sera laissé de côté. S'il y en a un qui a de la difficulté, il sera très certainement aidé par ses collègues. Il faut éviter les systèmes parallèles : quelques médecins utilisant le papier et quelques autres, l'informatique. Cela fait un système à deux vitesses, ce qui peut provoquer une certaine désynchronisation et de possibles omissions.

M.Q. – Combien de temps est-ce que cela prend avant que l'emploi du DME soit avantageux ?

B.B. – Pour le médecin, les gains d'efficacité vont apparaître rapidement, mais plus lentement que pour le personnel de soutien. Le praticien doit s'habituer à l'ensemble des fonctions cliniques du DME. Au bout d'un mois, il va être aussi efficace qu'avant et au bout de deux

mois, il gagnera très probablement du temps grâce au DME. Les secrétaires, elles, vont obtenir des gains quasi immédiats : donner un rendez-vous, en annuler un autre, transférer des demandes, déplacer des séries complètes de rendez-vous, etc. Tout se fait en quelques gestes.

M.Q. – Y a-t-il des précautions à prendre quand on commence à utiliser un DME ?

B.B. – Un principe de base : la redondance, avoir un plan d'urgence. Il faut prévoir un, deux et même trois ordinateurs de secours pour une grosse clinique. On doit également avoir plusieurs liens Internet distincts de secours : par exemple, Cogeco, Bell et un lien cellulaire. Si vous écrivez avec un crayon électronique, commandez-en un deuxième tout de suite, etc.

La question n'est pas de savoir si vous allez utiliser ce matériel supplémentaire, mais quand vous allez y recourir. Parce que toutes ces choses-là vont faire défaut, comme votre accès bancaire a fait défaut à un moment donné.

M.Q. – L'avenir est donc au dossier médical électronique.

B.B. – Il faut arrêter de dire que l'adoption d'un DME est très complexe. Maintenant, c'est relativement simple. Les complications ont été aplanies. Il y a de très beaux exemples de succès au Québec. Il sera relativement facile pour les cliniques dont les médecins ont peu de connaissances en informatique de recevoir de l'aide. Les DRMG peuvent aussi parfois aider les cliniciens en appuyant les projets d'informatisation et en permettant l'échange d'informations. Nous le faisons dans les Laurentides.

Le DME permet donc des gains sur le plan de la communication, offre la disponibilité immédiate des données à l'ensemble de l'équipe médicale, permet d'analyser les résultats et d'améliorer la pratique. Les gains cliniques sont tels que le jour où l'utilisation du DME deviendra la norme n'est pas loin. 📶

« Dans les trois prochaines années, les DME offriront des outils pointus d'analyse de l'ensemble de la pratique. Ils aideront les médecins à s'assurer d'atteindre leurs objectifs cliniques chez tous leurs patients. »

• • •

« Il faut arrêter de dire que l'adoption d'un DME est très complexe. Maintenant, c'est relativement simple. Les complications ont été aplanies. »

Aspects juridiques du dossier médical électronique

Christiane Larouche

Il importe de se familiariser avec le cadre juridique entourant l'utilisation du dossier médical électronique (DME) afin de faire une utilisation respectueuse des lois et règlements. Les règles visent principalement la protection de la vie privée des patients, mais d'autres aspects aussi, tels que la tenue de dossiers, l'accès aux dossiers ainsi que la sécurité et l'intégrité des DME. Comme vous pourrez le constater, les règles applicables au dossier médical papier valent également pour le DME. Cependant, l'éventail de possibilités plus étendu offert par le DME, notamment celle de partager des renseignements relatifs aux patients, pose de nouveaux défis au médecin, surtout en ce qui a trait au respect de la confidentialité.

Cadre juridique applicable

Le médecin qui souhaite utiliser un système de DME doit se familiariser avec la réglementation applicable. En premier lieu, il doit revoir les dispositions pertinentes de son code de déontologie¹ qui traitent de ses obligations concernant le dossier médical, sans égard au support, notamment celles touchant :

- la confidentialité ;
- l'accessibilité au dossier ;
- la rectification du dossier.

Le médecin doit de plus respecter les exigences du Collège prévues au *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin* (le « Règlement »)². Ce règlement s'applique aussi bien aux cliniques privées qu'aux établissements. Le Collège exprime en toutes lettres que l'utilisation des technologies de l'information aux fins d'assurer la constitution, la tenue, la détention, le maintien ainsi que la conservation des dossiers et des registres d'un médecin est permise pourvu que la confidentialité des renseignements soit respectée. Le Collège souligne d'ailleurs dans son *Guide sur l'organisation des lieux et la gestion des dossiers en milieu extrahospitalier*, mis à jour récemment, que le respect de la confidentialité demeure pour lui une pré-

occupation importante. Nous croyons qu'il doit en être de même pour le médecin qui adopte le DME.

Les obligations déontologiques du médecin concernant la tenue et la conservation du DME sont essentiellement les mêmes que celles qui s'appliquent au dossier papier. Le Règlement précise les obligations du médecin, notamment :

- la constitution d'un seul dossier par patient ;
- la possibilité pour les médecins qui exercent en groupe (c'est-à-dire deux ou plusieurs médecins travaillant ensemble dans un même lieu) d'avoir un seul dossier par patient ;
- la consignation obligatoire de certains renseignements et documents ;
- la signature des notes par le médecin, y compris celles de son personnel ;
- la rectification des notes au dossier à la demande du patient ou à la suite d'une erreur ;
- l'utilisation d'un système permettant un classement ordonné ;
- le recours à un système permettant l'indexation des dossiers médicaux ;
- l'adoption de mesures propres à assurer la sécurité ;
- le respect de la confidentialité et le contrôle des accès par le médecin ;
- les délais de conservation du dossier médical.

Le Règlement prévoit de plus quelques modalités particulières concernant le DME. Il rend ainsi obligatoire :

- la signature numérique ;
- la création d'un répertoire distinct de tous les autres ;

M^e Christiane Larouche, avocate, travaille au Service juridique de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.



- la protection de l'accès au dossier par le médecin, notamment par une clef de sécurité et l'authentification des utilisateurs ;
- l'emploi d'un logiciel de gestion de documents conçu de façon à ce que les données déjà inscrites ne puissent être effacées, remplacées ou altérées ;
- l'utilisation d'un logiciel permettant l'impression des données.

Le médecin qui prévoit se servir d'un système de DME devrait en outre se familiariser avec les exigences de certaines lois. Il doit d'abord savoir que, dans notre système de droit, le caractère sacré du droit à la vie privée est érigé en principe par le *Code civil du Québec* (article 35)³ et par la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne*⁴. Par ailleurs, le médecin de cabinet privé doit connaître l'existence de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*⁵, loi qui prévoit certaines règles sur la collecte des renseignements personnels et la communication de ces renseignements. Le principe général veut que les renseignements personnels ne puissent être communiqués à des tiers sans que la personne intéressée y consente, sauf pour les exceptions autorisées par cette loi.

Finalement, la *Loi concernant le partage de certains renseignements de santé*⁶ définit le cadre juridique qui s'applique aux actifs informationnels mis en place par le ministre de la Santé pour permettre le partage sécurisé de renseignements de santé jugés essentiels en première ligne. Le Dossier Santé Québec est au cœur de cette nouvelle loi, et tout médecin s'initiant à son utilisation doit connaître ses obligations à cet égard.

Consentement des patients et droits d'accès

Soucieux de respecter la confidentialité du DME, le médecin se demandera naturellement s'il doit obtenir le consentement de son patient pour autoriser l'accès à son dossier médical à d'autres professionnels de la santé avec lesquels il collabore, que ceux-ci travaillent en équipe avec lui sur un même lieu de pratique ou bien dans d'autres lieux.

De façon générale, il est admis qu'une telle autorisation n'est pas nécessaire pour permettre l'accès au dossier à un professionnel qui participe au cercle de soins. C'est généralement le cas des personnes qui travaillent en groupe dans un même lieu. On présume alors que le patient a implicitement accepté que les professionnels partagent entre eux l'information nécessaire à sa prise

en charge. Dans un tel cas, les médecins utilisent d'ailleurs le même dossier, et le consentement implicite du patient ne fait pas de doute.

Cela dit, il va de soi que les professionnels et le personnel d'une clinique ne devraient être autorisés à consulter le dossier d'un patient qu'en cas de nécessité et dans la mesure où cette consultation est nécessaire à l'exercice de leurs fonctions.

Le consentement explicite du patient devra toutefois être obtenu lorsque l'information n'est pas communiquée à un professionnel qui fait partie du cercle de soins. Il en va de même quand la communication vise des fins autres que la prestation de soins au patient. C'est ainsi le cas lorsque le médecin communique des renseignements à un employeur ou à un assureur ou lorsqu'il procède à une telle communication à des fins secondaires (ex. : recherche, divulgation à une instance gouvernementale). En cas de doute sur l'éventuelle nécessité d'obtenir le consentement explicite du patient pour autoriser l'accès au DME, selon les circonstances particulières propres à chaque cas, nous recommandons d'obtenir un avis juridique. Le Collège des médecins pourrait également être consulté.

Il est utile de rappeler que le médecin a l'obligation de prendre des moyens raisonnables pour s'assurer que les membres de son personnel ou les personnes avec lesquelles il collabore respectent le secret professionnel. Aussi, l'implantation du DME est-elle une bonne occasion de revoir les modalités mises en place au sein de la clinique pour assurer le respect des renseignements personnels.

Sécurité et protection des renseignements personnels

Comme on l'a vu plus haut, le médecin assume l'obligation de protéger les renseignements personnels de son patient dans le respect de plusieurs lois et règlements du Québec. Il choisira donc un DME lui permettant de s'acquitter de ses obligations sans faille. Le DME choisi par le médecin devra absolument être muni de dispositifs de protection de la confidentialité, entre autres de contrôles d'accès paramétrables par le médecin. Le processus d'homologation des DME, mis en place au Québec, apporte plusieurs garanties à cet égard. Cela dit, le fournisseur de DME et le fournisseur des services d'hébergement devront s'engager à respecter absolument toutes les obligations du médecin.



Dans son *Guide sur les dossiers électroniques*⁷, l'ACPM recommande vivement aux médecins certaines mesures très concrètes visant à garantir la sécurité et la protection des renseignements personnels :

- mettre en place une protection par chiffrement pour tous les systèmes informatiques de la clinique ;
- doter les dispositifs mobiles, comme les portables, les clés USB, les disques durs portables, d'un logiciel de chiffrement ;
- placer les imprimantes de la clinique dans des lieux garantissant le respect de la confidentialité des renseignements ;
- s'assurer que les réseaux sans fil de la clinique sont sécurisés ;
- effectuer des vérifications périodiques des systèmes de contrôle mis en place.

Le médecin qui utilise un DME doit donc demeurer attentif à la sécurité de son système. Dans ce contexte, chaque clinique devrait mettre en place une politique interne pour systématiser ses processus de sécurité informatique.

Maintien de l'intégrité des données

Le médecin a le devoir de tenir des dossiers précis, complets et à jour. Pour cette raison, il doit se soucier du maintien de l'intégrité des renseignements qu'il consigne dans le DME. Pour ce faire, il doit comprendre le fonctionnement du système et exiger du fournisseur de services de DME toutes les garanties nécessaires à cet égard. Certains éléments sont essentiels et devraient être inclus dans les ententes avec les fournisseurs de DME :

- système permettant les corrections sans jamais éclipser les renseignements avant corrections ;
- système assurant la sauvegarde quotidienne ou hebdomadaire des renseignements ;
- système permettant au médecin de consulter le registre des accès afin de vérifier le respect de la confidentialité du dossier.

Conservation, destruction et élimination de dossiers

Au moment de l'adoption d'un DME, pratiquement tous les médecins s'engagent dans un processus de numérisation des dossiers papier plus ou moins poussé, en fonction des stratégies de gestion de changement retenues. La connaissance des obligations du médecin en matière de conservation, de destruction et d'élimi-

nation des dossiers est donc essentielle pour une gestion adéquate de cette importante transition du papier vers l'électronique.

Conformément au Règlement, le médecin a l'obligation de conserver les dossiers médicaux de ses patients pendant au moins cinq ans suivant la date de la dernière inscription ou du dernier ajout au dossier. Les dossiers qui ne contiennent aucune note ni aucun ajout depuis plus de cinq ans sont considérés comme inactifs et peuvent être détruits entièrement. Le Règlement ne prévoit plus d'exception à cette règle, et rien ne doit être conservé, sauf – et c'est un élément hautement recommandable – la liste des dossiers détruits, avec la date de leur suppression. Il y a toutefois lieu de souligner que l'Association canadienne de protection médicale recommande un délai de conservation de dix ans, pour des raisons de protection médicolégal.

Quant aux dossiers toujours actifs, c'est-à-dire ceux dans lesquels il y a eu inscription ou un ajout au cours des cinq dernières années, ils peuvent néanmoins faire l'objet d'une épuration, opération qui réduit le nombre de documents à numériser. Aussi, toute portion antérieure à cinq ans pourra être détruite, sauf les documents suivants :

- rapports d'anatomopathologie ;
- rapports d'endoscopie ;
- comptes rendus opératoires et d'anesthésie dans le cadre de grosses interventions chirurgicales.

Le processus de numérisation devra être réalisé dans le respect de la confidentialité des renseignements contenus. Le médecin devra prendre toutes les mesures qui s'imposent et, s'il entretient une relation de sous-traitance avec un prestataire de services, obtenir des garanties à cet égard.

Enfin, le médecin qui numérise des dossiers médicaux se doit de respecter les dispositions de la *Loi concernant le cadre juridique des technologies de l'information*⁸ pour assurer la valeur juridique et l'intégrité des dossiers numérisés. S'il le fait conformément à cette loi, le dossier numérisé aura la même valeur que l'original, et le médecin sera moins hésitant à détruire le papier.

À l'intention de ceux et celles qui désirent en apprendre davantage sur le processus de numérisation, la FMOQ a mis sur pied un atelier donnant droit à trois heures de crédits. Les aspects juridiques de la numérisation y sont abordés. Vous pouvez également lire notre article précédent sur le sujet⁹.



Ententes avec les fournisseurs de DME

Nous vous renvoyons à notre article intitulé : « Les ententes avec les fournisseurs de DME : points de réflexion avant de signer », paru dans le numéro de mars 2013 du *Médecin du Québec*. Depuis la rédaction de cet article, nous avons continué à recevoir vos appels, nombreux, sur le sujet. Plusieurs médecins se plaignent à juste titre de la complexité de ces ententes. Plusieurs ont admis ne pas y comprendre grand-chose. D'autres ont exprimé des inquiétudes face au contenu de certaines clauses, particulièrement celles concernant les limitations de responsabilité des fournisseurs. Avant de signer une entente de cette nature, il est recommandé de consulter un conseiller juridique pour toute question quant à son contenu. Vous pouvez communiquer avec les services juridiques de la FMOQ ou votre conseiller juridique personnel.

Ne signez pas d'entente de services d'utilisation d'une licence de DME et d'hébergement des renseignements personnels de vos patients sans bien en saisir le contenu. L'entente devrait être claire et vous permettre de distinguer précisément son objet, ses modalités, les obligations et les responsabilités du fournisseur, notamment quant aux niveaux de service, aux obligations et aux responsabilités du médecin, ainsi qu'aux garanties du fournisseur sur le bon fonctionnement du DME. Il est essentiel que le contenu de l'entente respecte certains principes fondamentaux et permette au médecin de s'acquitter de ses obligations déontologiques et autres. Rappelons que, quoiqu'il advienne, le médecin demeure le gardien des dossiers médicaux de ses patients, et la relation de confiance médecin-patient est largement fondée sur la capacité du médecin d'assumer adéquatement cette responsabilité.

Ententes entre médecins

Dans le cadre du PQADME, les médecins qui exercent en groupe sont tenus de conclure entre eux une entente de répartition des sommes reçues. Cette exigence a été imposée dans le but d'inciter les médecins à s'entendre à l'avance sur les modalités entourant l'in-

formatisation de leur clinique. Dans certains cas, l'ensemble des coûts de l'informatisation aura été assumé par les propriétaires de la clinique. Il va alors de soi que des discussions franches devront avoir lieu en fonction des circonstances pour assurer la juste contribution des médecins grâce au PQADME. Si vous souhaitez obtenir de plus amples renseignements, nous vous invitons à prendre connaissance de notre article sur le sujet intitulé : « Le partage des coûts et des remboursements dans le cadre du PQADME », paru dans le numéro de mai 2013 du *Médecin du Québec*.

Peu importe que les renseignements contenus dans les DME soient hébergés au sein de la clinique ou chez un tiers, les médecins d'une clinique pourraient envisager une entente concernant le partage des renseignements et différentes modalités liées aux mesures de protection de sécurité requises. L'ACPM et l'Association médicale canadienne ont rédigé un guide essentiel à ce sujet : *Ententes sur le partage de données – Principes applicables aux dossiers médicaux électroniques / dossiers de santé électroniques*¹⁰.

En cas de doute sur l'éventuelle nécessité d'obtenir le consentement explicite du patient pour autoriser l'accès au DME, selon les circonstances particulières propres à chaque cas, nous recommandons d'obtenir un avis juridique.

Bibliographie

1. Québec. *Code de déontologie des médecins*, L.R.Q., chapitre M-9, r.17.
2. Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin. L.R.Q., chapitre M-9, r. 22.1.
3. Québec. *Code civil du Québec*. L.Q., 1991, c.64.
4. Québec. *Charte québécoise des droits et libertés de la personne*. L.R.Q. c-12.
5. Québec. *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*. L.R.Q., c. P-39.1.
6. Québec. *Loi concernant le partage de certains renseignements de santé*. L.R.Q., c. P-9.0001
7. Association canadienne de protection médicale. *Guide sur les dossiers électroniques*. Ottawa : L'Association ; 2009.
8. Québec. *Loi concernant le cadre juridique des technologies de l'information*. L.R.Q. c-C.1.1
9. Larouche C. Vous numérisez vos dossiers médicaux ? Faites-le dans les règles. *Le Médecin du Québec* 2013 ; 48 (7) : 75-7.
10. Association canadienne de protection médicale, Association médicale canadienne. *Ententes sur le partage de données – Principes applicables aux dossiers médicaux électroniques / dossiers de santé électroniques*. Ottawa : L'Association ; 2008. Site Internet : www.cmpa-acpm.ca/cm-papd04/docs/submissions_papers/pdf/com_data_sharing_principles-f.pdf (Date de consultation : août 2013).



L'association DSQ-DME

une valeur ajoutée pour la pratique de première ligne

Michel Baron et Simon Langlois

L'arrivée du plus vaste chantier informatique au Québec amène de nouvelles technologies que peu de professionnels et d'intervenants connaissent bien. En quoi le Dossier Santé Québec (DSQ) permet-il de partager l'information clinique et quelles sont les données accessibles au juste ? En quoi le dossier médical électronique (DME) est-il complémentaire ? Et surtout, en quoi l'association DSQ-DME constitue-t-elle une valeur ajoutée pour la pratique de première ligne ?

Un bref historique

C'est en 2006 que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a lancé l'ambitieux projet du DSQ, un très grand dossier informatique qui, à l'origine, devait permettre seulement le partage des principales informations cliniques (laboratoire, médicaments, imagerie médicale). Il s'agissait d'une première étape en vue de mettre en place les infrastructures de base et les systèmes pour soutenir le partage d'information, comme le registre des intervenants et des usagers, la plate-forme d'échange de données, les outils pour le contrôle de la sécurité et de l'accès aux banques de renseignements (médicaments, laboratoire, imagerie médicale). Au fil des années, les informations sur les allergies, la vaccination et les feuilles sommaires d'hospitalisation ont été ajoutées.

Au début, les informations devaient être accessibles à l'aide d'un outil de visualisation seulement. Or, à par-

tir de 2009, le déploiement du DME s'est accentué, surtout dans les groupes de médecine de famille (GMF). Ainsi, le DSQ et le DME ont évolué en parallèle jusqu'au printemps 2011. En avril de cette même année, le MSSS a reconnu que le DME était un moyen particulièrement adapté à la pratique médicale de première ligne et qu'il deviendrait un deuxième moyen de consulter les banques de données du DSQ.

Cette décision a eu de fortes conséquences sur l'évolution du DME, car cet outil est devenu un carrefour central d'échange d'informations cliniques. La signature d'une entente avec la FMOQ en août 2012 a alors permis de créer le Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques (PQADME) et d'instaurer un soutien financier favorisant l'implantation du DME dans tous les cabinets privés, dont les GMF et les GMF en établissement.

De plus, Inforoute Santé du Canada annonçait son appui à deux programmes, soit celui sur de la mise en œuvre du DME dans les cabinets de première ligne ainsi que le déploiement, en établissement, du dossier clinique informatisé (DCI) pour les services ambulatoires. La table était mise pour passer à l'action de manière structurée et structurante.

Le DSQ, où en sommes-nous ?

Le DSQ permettra, une fois la mise en œuvre sur tout le territoire du Québec, l'accès à des bases de données provinciales dans six domaines : médicaments, laboratoire,

Le Dr Michel Baron est conseiller médical au Bureau du programme sur l'informatisation du réseau au ministère de la Santé et des Services sociaux. Spécialiste en médecine interne et en gériatrie, il a assumé également des fonctions d'enseignement et de gestion en milieu universitaire pendant de nombreuses années. Monsieur Simon Langlois est responsable de l'informatisation de la première ligne médicale à la Direction générale des technologies de l'information du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Alimentation et la consultation des banques de données : deux réalités à distinguer

Consultation du DSQ

Le clinicien qui devient un intervenant autorisé peut consulter les banques de renseignements du DSQ. Aussi, bien qu'il puisse visualiser les résultats de ses patients par l'entremise du DSQ, le clinicien ne peut pas importer ces résultats de façon organisée et systématique dans les dossiers médicaux électroniques. En effet, selon la *Loi concernant le partage de certains renseignements de santé*, adoptée au printemps 2012, le clinicien ne peut importer de résultats que lorsque les renseignements sont nécessaires à la prestation de services.

Alimentation du DME

Le MSSS a demandé à chaque région de mettre en place des plates-formes régionales pour acheminer les résultats de laboratoire de façon électronique aux médecins en faisant la demande. Ceci permettra au médecin traitant d'avoir accès à un système de requêtes-résultats, de recevoir par leur intermédiaire l'entièreté des analyses de laboratoire de sa région directement dans son DME. Et n'oublions pas que le DSQ ne couvre par toutes les analyses faites. En effet, il se limite aux plus importantes (80 %). Jusqu'à présent, plusieurs régions sont pourvues d'une telle plate-forme. Les autres doivent en terminer l'installation au cours de la prochaine année.

imagerie médicale, immunisation, allergies et intolérances ainsi que sommaire d'hospitalisation.

1. La banque de données des médicaments du DSQ est très avancée. Il est prévu que toutes les pharmacies de quartier y achemineront leurs informations au cours des dix-huit prochains mois.
2. La banque de données des résultats de laboratoire comprend à ce jour les résultats de trente-sept grands laboratoires, dont la majorité se trouve dans les régions de la Capitale-Nationale, de l'Estrie, de Montréal et de Lanaudière. Il faudra encore deux années pour que tous les laboratoires (139) du Québec alimentent le DSQ. Les laboratoires privés finiront par être branchés également. Finalement, on y trouvera environ 80 % des résultats d'examen courant.
3. La banque de données en imagerie médicale est maintenant complète et son déploiement est prévu à court terme.
4. La banque de données sur l'immunisation sera progressivement mise en place à partir de l'automne 2013.
5. Les banques de données sur les allergies et les intolérances et sur les sommaires d'hospitalisation verront le jour selon un échéancier encore à l'étude.

Bref, les trois premières banques de données sont déjà opérationnelles. Les trois autres le seront peu à peu, en commençant par celle sur l'immunisation dès l'automne.

Bien que le DSQ n'organise pas l'information, il contiendra à échéance suffisamment de renseignements en provenance des six domaines pour favoriser une prise en charge lors d'une première visite et, par la suite, pour amé-

liorer le continuum de soins. L'utilité du DSQ consiste donc à permettre la consultation des renseignements cliniques par les intervenants autorisés, qu'ils pratiquent dans la même clinique ou encore dans une clinique ou un établissement d'une même région ou autre région. Par exemple, les cliniciens des secteurs limitrophes de Montréal ou des régions qui dépendent des grands centres de soins de troisième ligne pourront accéder aux informations cliniques. Voilà qui remplace avantageusement les transmissions par télécopieur !

Les efforts des dix-huit derniers mois ont porté sur l'alimentation des banques de renseignements du DSQ. Dorénavant, l'accent sera mis sur la consultation des données. C'est là que le DME prend tout son sens (voir l'*encadré* sur l'alimentation et la consultation des banques de données).

Le DME, un important soutien à la pratique de première ligne

Le principal avantage du DME est d'organiser l'information en fonction des processus cliniques propres à la pratique de première ligne, à la prise en charge du patient et au suivi des patients atteints de maladies chroniques. Construit habituellement autour de la note du médecin, le DME contient, en plus des résultats de tous les examens, le plan de soins, la liste des problèmes, les antécédents, les médicaments et les observations cliniques. Il contient, en outre, des outils d'aide à la décision clinique et permet au médecin d'écrire rapidement en complétant les termes usuels les plus courants. Il peut



aussi être employé pour numériser les formulaires et pour structurer les consultations de façon logique pour chaque patient. Il favorise également le travail interprofessionnel et le partage des tâches, intègre la prise de rendez-vous, la facturation et la prescription et facilite la gestion du consentement. Il faut donc retenir que le DSQ et le DME sont complémentaires, même si plusieurs informations cliniques se trouvent à la fois dans l'un et dans l'autre.

L'homologation des DME

Pour accéder au DSQ, les DME utilisés au Québec doivent être homologués afin d'établir un lien sécurisé avec les domaines du DSQ. Les étapes du processus d'homologation visent à vérifier un ensemble de fonctionnalités cliniques aux fins de l'obtention de la certification du DSQ. Cette homologation touche aussi les aspects technologiques, dont la sécurité, la confidentialité et le contrôle d'accès. Depuis près de trois ans, elle a permis d'améliorer la qualité des produits offerts.

Association DSQ-DME : une formule gagnante

Les technologies évoluent rapidement et amènent constamment de nouvelles possibilités. Au cours des cinq dernières années, de nombreux efforts ont été faits, à tous les niveaux, afin d'améliorer l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux.

La stratégie relative au DME repose sur l'expérience acquise. Bien sûr, une seule solution DME aurait facilité le partage de l'information et aurait éliminé les problèmes d'interopérabilité. Cependant, la possibilité d'adapter le DME choisi aux différents types de pratique aurait été diminuée. Pour ces raisons, il a été convenu d'homologuer plusieurs DME parmi lesquels les milieux de pratique pourront choisir et qui comporteront un minimum de fonctions, de sécurité et d'interopérabilité avec le DSQ.

L'association DME-DSQ offre à long terme de multiples possibilités d'adaptation à la pratique de première ligne. L'obligation d'interopérabilité imposée à tous les fournisseurs de DME permet des échanges d'information clinique de manière efficace et sûre. Dans les vingt-quatre mois à venir, les efforts des dernières années seront récompensés, car la vision est maintenant bien établie et les infrastructures sont en place. L'association DME-DSQ sera au cœur de nos succès. 📶

Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques



PQADME