

## DME et gestion des maladies chroniques

Par le Dr Alain Larouche le 9 avril 2014 pour [L'actualité médicale](#)



Blogue à part  
par le Dr Alain Larouche

Le programme du ministre de la Santé et des Services sociaux de notre nouveau gouvernement promet d'être chargé dès son entrée en fonction. Une de ses missions, en effet, sera d'assurer la viabilité de notre système de santé. Or, le budget Marceau déposé le 20 février dernier proposait une augmentation du budget de la santé de l'ordre de 3 % alors que la hausse moyenne annuelle des dépenses au cours des dernières années est plutôt autour de 5,6 %.

Tous s'entendent maintenant pour désigner les maladies chroniques et leurs comorbidités comme la raison première de cette pression insoutenable sur les coûts, pression qui ne fera qu'augmenter si rien n'est fait pour transformer l'offre de soins.

Il semble clair que le levier du financement axé sur le patient s'imposera de plus en plus, tant pour allouer des fonds aux établissements que pour rémunérer les médecins. En ce qui concerne la rémunération des médecins, je n'évoque pas ici seulement le financement à l'activité pur – que nous connaissons bien par la rémunération à l'acte – mais aussi le financement relié aux résultats de santé de la clientèle desservie – contrôle du diabète, par exemple – et aux processus de soins et de suivis comme la continuité, l'intégration et la coordination.

Les médecins font face à deux défis dans ce contexte bien particulier : quels modes de pratique adopter et quels outils utiliser pour assurer un suivi adéquat de nos patients vulnérables ?

Pour ce qui est du premier défi, il est clair que l'action doit s'organiser en première ligne et à proximité de la clientèle desservie avec un soutien actif de la deuxième ligne. J'ai parlé abondamment de cette question dans mes billets précédents<sup>1</sup>.

Aujourd'hui, je souhaite me prononcer sur le second défi et sur les capacités du dossier médical électronique (DME) en tant qu'outil de gestion des maladies chroniques. À mon point de vue, le DME est d'abord une reproduction informatique du dossier papier, assortie de fonctionnalités supplémentaires comme la collecte des données socio-sanitaires, la gestion des rendez-vous, la consultation à distance, etc. Une étude très intéressante<sup>2</sup> sur le sujet a été publiée tout récemment par les HEC en collaboration étroite avec la FMOQ et Inforoute Santé.

En ce qui concerne la capacité des DME à aider les médecins et les autres professionnels de la santé à suivre adéquatement les maladies chroniques, on y trouve une information très intéressante. On demandait aux médecins se servant d'un DME donner une cote<sup>3</sup> allant de 1 à 5 à la facilité de créer des listes ou des rapports à l'aide de leur DME (voir Tableau I).

**TABEAU I**  
**CRÉATION DE LISTES OU RAPPORTS A L'AIDE DU DME<sup>2</sup>**

	Moyenne	% des répondants		
		1 ou 2	3	4 ou 5
Liste des résultats de laboratoire d'un patient incluant ceux de tests prescrits par d'autres médecins	3,1	39	8	54
Liste des médicaments d'un patient comprenant ceux prescrits par d'autres médecins	3,1	37	15	48
Liste des patients d'un médecin	2,9	43	10	47
Résumés cliniques fournis au patient après chaque visite	2,1	64	9	27
Liste des patients vulnérables pour un diagnostic ou une pathologie	2,1	65	11	24
Liste des patients par diagnostic (p. ex. diabète de type 2)	1,7	76	9	15
Liste des patients prenant un médicament particulier	1,5	85	6	9
Liste des patients pour qui des examens ou soins préventifs doivent être prodigués (p. ex. vaccin antigrippal)	1,5	85	8	7
Liste des patients par résultats de laboratoire (p. ex. HbA1C>9,0)	1,4	88	7	5

Ces résultats probants illustrent le fait que les DME ne sont pas des outils appropriés, du moins dans leur état actuel, pour la gestion de la santé d'une population, en priorité la gestion des maladies chroniques. Cela s'explique principalement par deux facteurs : les DME contiennent une minorité de données dites granulaires exploitables dans une base de données et, outre certains rappels, il y a peu d'outils d'aide à la décision et encore moins d'outils pour assurer une coordination des activités au sein de l'équipe interdisciplinaire et pour permettre le suivi et la continuité des soins des patients en fonction de leur état de santé et du nombre de maladies chroniques dont ils souffrent au même moment.

Les lacunes des DME en matière de données granulaires empêchent également la production d'indicateurs de suivi des résultats et des processus. Or, quand on sait que le financement des activités sera de plus en plus axé sur ces aspects, il est temps de voir plus avant et de se doter d'outils performants à cet égard.

Par ailleurs, on a demandé à ces mêmes médecins leur appréciation quant aux impacts individuels des DME (voir *Tableau II*).

TABLEAU II  
IMPACTS INDIVIDUELS DES DME<sup>2</sup>

	Moyenne	% des répondants		
		1 ou 2	3	4 ou 5
<b>EFFICACITÉ DU MÉDECIN</b>				
a réduit le temps consacré à mes notes cliniques et à la saisie de mes ordonnances	3,2	30	15	54
a facilité mes échanges avec les autres prestataires de soins (p. ex. pharmacie, laboratoire de radiologie)	2,9	35	32	34
a permis une utilisation plus optimale des ressources (p. ex. réduction de demandes de test en double)	2,8	40	30	30
a permis de suivre plus de patients dans le même temps	2,6	50	21	30
a réduit la durée moyenne de mes consultations en clinique	2,5	52	24	25
<b>QUALITÉ DES SOINS PRODIGUÉS PAR LE MÉDECIN</b>				
a amélioré la qualité de mes notes cliniques	3,4	25	20	55
a amélioré la sécurité des soins donnés à mes patients (p. ex. alertes liées aux interactions médicamenteuses)	3,2	28	26	46
a amélioré le suivi de mes patients atteints de maladies chroniques	2,9	34	30	36
a amélioré la qualité des soins préventifs prodigués à mes patients	2,8	38	31	31
a amélioré la qualité des échanges avec mes patients	2,8	39	30	30
a facilité mon application des lignes directrices de soins donnés à mes patients	2,6	42	38	20
a facilité ma prise de décision clinique (p. ex. test approprié pour effectuer un diagnostic)	2,5	47	37	16
<b>SATISFACTION AU TRAVAIL DU MÉDECIN</b>				
a augmenté ma satisfaction au travail	3,6	18	22	60

Sur cette question, ils ont déploré le manque « d'intelligence » des DME. À titre d'exemple, lors du suivi d'un patient chronique complexe dont les pathologies ont des effets synergiques l'une sur l'autre, des aides à la décision seraient fort utiles pour ajuster le traitement et le suivi en conséquence.

Heureusement, des solutions pour la gestion des maladies chroniques existent et peuvent être complémentaires aux DME. Nous avons eu l'occasion d'en tester une durant plus de deux ans dans deux GMF et les résultats sont sans équivoque quant à la capacité de l'équipe interdisciplinaire et du médecin à gérer la comorbidité chez leurs patients. Nous nous apprêtons à faire de même dans d'autres GMF dans un avenir rapproché.

Dans un contexte où les médecins du Québec s'informatisent de plus en plus et où des équipes interdisciplinaires se déploient en première ligne médicale, il est temps que cette question soit abordée prioritairement par le MSSS.

N'oublions pas que non seulement les résultats de santé seront meilleurs pour les patients, mais aussi que les gains d'efficacité substantiels générés par ce nouveau mode de prise en charge permettront au ministre d'assumer son mandat avec succès, soit d'assurer à la population du Québec un système de santé public, universel, de qualité et viable.

1. Voir mes billets dans la section « Blogue à part » de [ProfessionSanté.ca](http://ProfessionSanté.ca).

2. Voir le rapport « L'informatisation des cliniques médicales de première ligne au Québec : Résultats d'une enquête portant sur l'adoption, l'utilisation et les impacts du DME », téléchargeable sur le site d'Inforoute Santé du Canada.

3. Échelle de Likert allant de 1 (ne peut générer cette information à partir de mon DME) à 5 (très facile de générer cette information à partir de mon DME). Les résultats en gras indiquent où se situe la majorité des répondants sur l'échelle utilisée.