

Le passage au numérique

Timothy Rowe, MB BS, FRCSC, FRCOG

Rédacteur en chef

Le saviez-vous? Le budget fédéral de 2009 comprenait une subvention de 500 millions de dollars destinée à Inforoute Santé du Canada en vue de faciliter une plus grande utilisation des dossiers de santé électroniques¹. Qu'est-ce que « Inforoute Santé du Canada »? Il s'agit d'un organisme sans but lucratif qui collabore avec les provinces et les territoires, les fournisseurs de soins de santé et les fournisseurs de solutions technologiques pour accélérer le passage à l'utilisation des dossiers de santé électroniques (DSE) au Canada. Son conseil d'administration compte 13 personnes, dont un seul clinicien praticien (un omnipraticien).

Selon un certain nombre de sources, moins du quart des médecins canadiens font appel aux DSE, par comparaison avec plus de 90 % de médecins au Danemark². Quel est notre problème? Nous sommes manifestement une source de frustration et d'embarras pour les bureaucrates qui souhaitent sabrer dans les budgets de santé, mais qui ne peuvent le faire; si seulement nous nous efforcions d'adopter les DSE de façon universelle, la hausse du rendement qui en résulterait entraînerait une baisse spectaculaire des coûts en santé. Et la qualité des soins offerts aux patients connaîtrait alors également une hausse...

Est-ce que ce serait vraiment le cas? Outre la peur instinctive que nous entretenons envers les DES (soit celle de voir des personnes non autorisées y obtenir accès à distance, compromettant ainsi la confidentialité d'une façon qui ne peut s'appliquer aux dossiers papier), j'estime que la plupart des médecins sont peu enclins à adopter les DSE en raison du fait qu'ils ne peuvent en percevoir les avantages immédiats pour eux, en tant que praticiens de première ligne. Il n'est pas déraisonnable d'affirmer que la plupart des systèmes de TI du domaine de la santé ont été à l'origine conçus pour améliorer la circulation des données pour les administrateurs, et non pour le médecin ou le patient. Force est de constater que l'accès par voie électronique aux

résultats des explorations menées chez un patient peut accélérer la prise en charge clinique. Cependant, dans bon nombre des systèmes offrant un tel accès électronique, la tenue de recherches précises est impossible; ainsi, le clinicien n'a d'autre choix que de lire de multiples résultats et rapports pour en venir à localiser le renseignement requis, soit l'équivalent électronique de consulter des piles et des piles de papier. Voilà donc l'aspect de la prise en charge clinique, dans la marge, qui se doit d'être rationalisé et normalisé. L'élément central de la médecine (l'interaction patient-médecin) n'est pas affecté par la question de savoir si les détails sont documentés de façon manuelle sur papier ou de façon électronique dans un DSE. Ils pourraient être documentés plus rapidement au moyen d'écrans tactiles faisant appel à des listes récapitulatives; cependant, même dans un tel cas, ce ne sont pas tous les médecins qui seraient d'avis qu'il s'agirait là d'une amélioration.

Ainsi, malgré l'investissement du gouvernement fédéral et les efforts des administrateurs et des bureaucrates, je crois que les médecins maintiendront leur scepticisme envers les DSE. Ils souhaiteront, bien entendu, passer aux DSE lorsqu'il aura été démontré que ceux-ci améliorent les issues pour les patients, enrichissent les consultations auprès des patients, entraînent une diminution du temps consacré à la transcription des détails cliniques et accroissent la satisfaction des patients³. La plupart d'entre nous font déjà appel à des systèmes informatiques pour la prise de rendez-vous avec les patients et la facturation, et nous le faisons parce que ces systèmes améliorent l'efficacité et la précision de ces opérations. On doit nous démontrer que les DSE permettront des améliorations du même ordre avant de leur donner notre aval. Les médecins spécialistes (comme, nous, les obstétriciens-gynécologues) doivent composer avec un désavantage supplémentaire : la plupart des modèles de DSE sont conçus de façon à répondre aux besoins des médecins de famille et sont trop génériques pour être utilisés par des spécialistes⁴. Certains progrès sont en voie d'être accomplis, mais il est difficile de déterminer si les concepteurs et les responsables de la mise en marché des DSE ont vraiment à cœur d'améliorer les soins offerts ou

J Obstet Gynaecol Can, vol. 31, n° 7, 2009, p. 600-601.

s'ils ne se préoccupent que d'augmenter le nombre de médecins utilisant leur système.

Avant d'aller trop loin, j'aimerais souligner que je ne me suis pas encore entièrement laissé gagner par le cynisme ou la technophobie terminale. En effet, je suis, par exemple, entièrement d'avis que la version numérique du JOGC constitue un bon atout. Vous remarquerez que nous avons mis du temps à la mettre en ligne (et avons pris certaines précautions avant d'y parvenir...), mais il s'agit là également d'une bonne chose. Force est de constater que la qualité des versions numériques des journaux, des magazines et des revues est inégale, et nous souhaitons nous assurer que la qualité de la nôtre était élevée. Nous reconnaissons que, en apparence, nous donnons satisfaction aux plus « verts » de nos lecteurs, mais nous sommes toutefois d'avis que le fait d'offrir un JOGC « virtuel » à nos lecteurs du Canada rural et d'ailleurs dans le monde au même moment qu'à nos lecteurs du Canada urbain semblait être l'étape logique à franchir. Les avantages pour l'environnement (et les économies potentielles) ne sont qu'un atout de plus.

Tout comme dans le cadre de l'adoption de notre nouvelle image en 2007, nous tenons beaucoup à savoir ce que vous pensez de la version numérique du JOGC. Nous sommes satisfaits de l'avoir lancée et nous en percevons certes les avantages, par comparaison avec la version « classique » du JOGC, mais qu'en pensez vous, vous nos chers lecteurs? S'il s'agit de la voie de l'avenir, nous donnez-vous votre assentiment?

RÉFÉRENCES

1. Communiqué de Santé Canada. *Le gouvernement du Canada favorise un système de dossiers de santé électroniques qui fera gagner du temps et sauvera des vies*. Disponible à : http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/_2009/2009_14-fra.php. Consulté le 12 mai 2009.
2. Protti D, Bowden T, Johansen I. « Adoption of information technology in family physician offices in New Zealand and Denmark, part 1: healthcare system comparisons », *Inform Prim Care*, vol. 16, 2008, p. 183–7.
3. Shah SN. *Physicians are not technology averse*. Disponible à : <http://www.healthcareguy.com/index.php/archives/558>. Consulté le 10 mai 2009.
4. Smith J. « Specialists and EMR adoption », *BC Med J*, vol. 51, 2009, p. 154.

ERRATUM

Reid RL, Blake J, Abramson B, Khan A, Senikas V, Fortier M. Menopause and Osteoporosis Update 2009. SOGC Clinical Practice Guideline No. 222, January 2009. J Obstet Gynaecol Can 2009;31(1):S1–S49.

It has come to the attention of the authors that a symbol in Table 7.1, page S35, was incorrectly reproduced. In this table, the eighth item in the column headed “Minor risk factors” is given as “Weight \geq 57 kg”; this should read “Weight \leq 57 kg.” The Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada regrets the error and any inconvenience it may have caused.