

ÉDITORIAL ■ SERVICES DE SANTÉ

## UN DOSSIER MÉDICAL ÉLECTRONIQUE POUR LES SOINS PRIMAIRES

Nav Persaud MD MSc

Pour la version anglaise de l'article, veuillez consulter doi: 10.1503/cmaj.181647

La *Loi canadienne sur la santé* stipule que les soins de santé devraient être transférables, or, les dossiers médicaux ne le sont pas. Malgré les milliards de dollars qui ont été injectés pour promouvoir le transfert d'information entre les juridictions<sup>1</sup>, le partage des renseignements médicaux continue aujourd'hui de se faire fastidieusement, par télécopieur ou par la poste. Les soins reposent donc souvent sur des renseignements incomplets : les patients essaient de se souvenir des vaccins qu'ils ont reçus, des radiographies sont répétées parce qu'on n'obtient pas les résultats et les médecins de famille tentent d'assembler les pièces du casse-tête s'il y a eu des hospitalisations ou des consultations aux urgences.

La bonne nouvelle, c'est que la plupart des médecins de premier recours utilisent désormais le dossier médical électronique. La mauvaise, c'est qu'il n'y a eu aucune coordination dans leur choix du dossier. Certains médecins ont même créé leur propre dossier électronique. Par conséquent, les médecins se connectent actuellement sur plusieurs systèmes distincts pour les dossiers de soins primaires et hospitaliers, les résultats d'analyses de laboratoire et d'imagerie et la consignation des ordonnances, car habituellement, ces systèmes ne sont pas reliés les uns aux autres.

Dans la dernière décennie, plusieurs rapports ont parlé d'« interopérabilité », en faisant référence à des normes facilitant le partage des données entre les systèmes, mais force est de constater que ce n'est resté qu'un vœu pieux. Et en soi, toutes les tentatives de solutions sont devenues un autre problème. Voilà pour le dossier médical électronique individuel.

Plutôt que d'en rajouter une couche — le système est déjà assez compliqué comme ça — il vaudrait mieux le rebâtir à partir de la base, à commencer par les dossiers de soins primaires. Nous devrions choisir un seul système et en faire notre dossier médical électronique de soins primaires. Si tous les médecins de premier recours l'utilisaient,

les milliards dépensés pour les dossiers médicaux électroniques eux-mêmes — ou pour trouver un moyen de les relier — pourraient servir à améliorer celui que tous utiliseraient.

Ce changement ne se fera évidemment pas sans peine, mais un dossier médical électronique universel permettra de résoudre bien des problèmes, mêmes ceux qui semblent insolubles au premier abord. Le partage des dossiers entre les cliniques de premier recours deviendrait plus simple et la création d'ensembles de données compatibles en vue de la recherche serait une valeur ajoutée. Étant donné que l'accès aux dossiers de soins primaires facilitera la prestation des soins en médecine de spécialité et dans les hôpitaux, ces derniers seront plus motivés à se connecter au nouveau dossier médical électronique et à y verser des renseignements pertinents, ce qui, en retour, améliorera les soins de premier recours.

Nous pouvons nous inspirer des grands systèmes de santé qui ont déjà fait le saut vers un dossier médical électronique universel. Le ministère américain des anciens combattants a implanté un dossier médical électronique national en 1999, et la disponibilité des dossiers requis durant les consultations cliniques a augmenté de 40 % selon une étude observationnelle<sup>2</sup>. Des plans ont été annoncés l'an dernier pour abandonner ce système sur mesure et passer au système exclusif du ministère américain de la défense, étant donné que les quelques millions de dollars injectés pour améliorer l'interopérabilité entre les 2 systèmes n'ont pas permis de sortir de l'impasse<sup>3</sup>. SingHealth, 1 des 2 grands secteurs de la santé de Singapour, utilise un même dossier médical électronique pour près de 4 millions de consultations annuelles dans les hôpitaux et les cliniques externes.

Certains médecins seront soulagés qu'on choisisse pour eux un dossier médical électronique, mais d'autres sourcilleront à l'idée que des gens peu familiers avec les particularités de leur milieu prennent

Tout le contenu éditorial du CMAJ représente les opinions des auteurs de ce contenu, et ces opinions ne sont pas nécessairement celles de l'Association médicale canadienne et de ses filiales.

une décision qui affectera leur pratique quotidienne. Mais le libre choix du dossier médical électronique et le financement de plusieurs options à même les fonds publics ont mené au fouillis actuel.

Le nouveau dossier médical électronique devra être choisi entre plusieurs programmes brevetés et quelques modèles ouverts (libre d'accès). La participation des médecins et des patients sera cruciale et un consensus autour d'un dossier médical n'empêchera pas de procéder à des ajustements pour répondre aux besoins.

Choisir un logiciel libre pourrait éviter la dépendance à l'endroit des détenteurs d'un produit breveté, car le code source restera accessible et tout fournisseur est apte à offrir aux utilisateurs les services de soutien technique et de personnalisation. Entre autres exemples de logiciels libres pour les dossiers médicaux électroniques, mentionnons OSCAR, mis au point à l'Université McMaster et largement utilisé au Canada, et OpenEMR, conçu en collaboration aux États-Unis.

Il faudrait donner à Inforoute santé du Canada, l'organisation pan-canadienne qui relève des gouvernements des provinces et des territoires et qui est chargée de promouvoir les solutions numériques en santé, le mandat spécifique de sélectionner un dossier médical électronique et de l'améliorer avec l'apport des patients et des médecins, afin qu'il soit utilisé partout en médecine de premier

recours au Canada. Les provinces et les territoires ne devraient subventionner que ce dossier médical électronique pour les soins primaires. Si nous avons réellement à cœur d'améliorer la santé des Canadiens, c'est le geste audacieux qui s'impose.

## Références

1. Webster PC. E-health progress still poor \$2 billion and 14 years later. *CMAJ* 2015;187:E309-10.
2. Perlin JB, Kolodner RM, Roswell RH. The Veterans Health Administration: quality, value, accountability, and information as transforming strategies for patient-centered care. *Am J Manag Care* 2004;10:828-36.
3. Office of Public and Intergovernmental Affairs. VA secretary announces decision on next-generation Electronic Health Record. Washington (DC): Department of Veterans Affairs; 5 juin 2017. Accessible ici : [www.va.gov/opa/pressrel/pressrelease.cfm?id=2914](http://www.va.gov/opa/pressrel/pressrelease.cfm?id=2914) (consulté le 14 décembre 2018).

**Intérêts concurrents :** Se rendre à [www.cmaj.ca/site/misc/cmaj\\_staff.xhtml](http://www.cmaj.ca/site/misc/cmaj_staff.xhtml)

**Affiliations :** Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto; Centre de solutions en santé urbaine (Centre for Urban Health Solutions) et Département de médecine familiale et communautaire, Hôpital St. Michael, Toronto, Ont.

**Correspondance à :** Éditeur du *CMAJ*, [cmaj@cmajgroup.ca](mailto:cmaj@cmajgroup.ca)

## RÉSUMÉ DE RECHERCHE ■ POPULATIONS VULNÉRABLES

# Impact des accidents cardiovasculaires et vasculaires cérébraux sur le travail et le revenu : étude de cohorte rétrospective basée dans la population

Allan Garland MD MA, Sung-Hee Jeon PhD, Michael Steptner BA, Michelle Rotermann MA, Randy Fransoo PhD, Hannah Wunsch MD MSc, Damon C. Scales MD PhD, Theodore J. Iwashyna MD PhD, Claudia Sanmartin PhD

Pour la version anglaise de l'article, veuillez consulter doi: 10.1503/cmaj.181238

Infographie accessible à : [www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.181238/-/DC2](http://www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.181238/-/DC2)

**CONTEXTE :** Les survivants d'événements majeurs aigus peuvent éprouver un ralentissement durable de leur statut fonctionnel et une baisse de leur qualité de vie, en plus de voir leur capacité de travail et leur revenu diminuer. Nous avons voulu évaluer l'impact d'un infarctus aigu du myocarde (IAM), d'un arrêt cardiaque et d'un accident vasculaire cérébral (AVC) sur le travail et le revenu chez des personnes en âge de travailler.

**MÉTHODES :** Pour cette étude de cohorte rétrospective, nous avons utilisé la base de données canadienne sur les hospitalisations et les impôts, qui renferme des données hospitalières et fiscales reliées, pour la période de 2005 à 2013 afin de procéder à des analyses par méthode des doubles différences. Nous avons assorti des patients hospitalisés pour IAM aigu, arrêt cardiaque ou AVC à des témoins

non hospitalisés pour de telles indications. Les participants étaient âgés de 40 à 61 ans, étaient sur le marché du travail au cours des 2 années précédant leur problème de santé et étaient toujours vivants 3 ans après. Les patients étaient assortis aux témoins en fonction de 11 variables. Le paramètre principal était le statut d'emploi 3 ans après l'événement. Nous avons aussi évalué le changement de revenu attribuable à l'événement. Nous avons assorti 19 129 participants hospitalisés pour IAM, 1 043 pour arrêt cardiaque et 4 395 pour AVC à 1 820 644, 307 375 et 888 481 témoins, respectivement.

**RÉSULTATS :** Un moins grand nombre de patients hospitalisés était sur le marché du travail 3 ans après leur problème de santé comparativement aux témoins pour l'IAM (de 5,0 points de pourcentage