

Les DME pour alimenter l'amélioration de la qualité

Michelle Greiver MD MSc CCFP FCFP Neil Drummond PhD Richard Birtwhistle MD MSc CCFP FCFP
John Queenan PhD Anita Lambert-Lanning MLS Dave Jackson

Les médecins de famille et les équipes de soins primaires ont de plus en plus recours aux dossiers médicaux électroniques (DME). On s'entend pour dire que les DME facilitent la recherche et la surveillance épidémiologique, mais peu de données probantes existent encore démontrant qu'ils améliorent les soins aux patients ou les résultats sur le plan de la santé¹.

Les données tirées des DME peuvent fournir de la rétroaction, une activité essentielle dans l'amélioration de la qualité (AQ). La rétroaction est efficace si elle est locale (tenant compte des actions d'un médecin et du groupe), comporte des comparaisons, est crédible et réalisable². La production de rapports comparatifs utiles repose sur des données exactes, standardisées et un logiciel adapté aux besoins de la pratique; l'accessibilité à de tels logiciels est actuellement limitée.

Au Canada, la majorité des médecins de famille pratiquent au sein de groupes³ et 25 % au sein d'organisations interdisciplinaires de soins primaires³ (p. ex. les équipes de santé familiale [ESF] en Ontario et les réseaux de soins primaires en Alberta). Pour répondre aux exigences grandissantes entourant l'imputabilité et la production de rapports, certains groupes ont retenu les services d'analystes de données pour les aider à gérer leur information. En Ontario, ces analystes sont notamment des spécialistes en aide à la décision pour l'amélioration de la qualité, financés par la province, et chacun d'entre eux soutient un groupe d'ESF affiliées. Par ailleurs, l'entrée des données et les capacités des DME ne permettent souvent pas d'étayer la rétroaction et les rapports^{4,5}. Les données factuelles contradictoires au sujet des bienfaits des DME pour les soins aux patients sont en partie attribuables aux problèmes rencontrés dans l'utilisation des données des DME pour la mesure du rendement⁶.


Pour surmonter ces problèmes, le Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires (RCSSSP) a élaboré un outil de présentation des données (OPD)⁷ et l'a offert à diverses équipes dans son réseau. L'OPD utilise des données épurées et standardisées par le RCSSSP et comporte des fonctions de requête, d'exportation et de production de rapports habituellement

absentes dans les DME. Les données et le logiciel sont ensuite remis au membre de l'équipe responsable de l'analyse. Les données peuvent être à nouveau identifiables au cabinet pour qu'on leur donne suite sur le plan clinique. Les effets de l'information fournie par l'OPD sur ces équipes commencent à prendre forme⁸. Par exemple, l'ESF de North York s'en est servi pour cerner des données omises ou non standardisées dans leurs DME. Les données ont ensuite été mises à jour avec des codes standardisés, ce qui a entraîné une amélioration de 22 % dans le codage concernant 5 importantes maladies chroniques et la production des registres de l'équipe sur les problèmes de santé⁸. À la fin du projet, l'équipe avait non seulement des données crédibles mais aussi des analystes confiants d'utiliser l'OPD pour gérer les données de l'équipe. Il a ensuite été possible de prendre des décisions en équipe sur des projets d'AQ et d'avoir des renseignements fournis par des cliniciens chefs de file bien respectés sur le plan local sur lesquels fonder les mesures à prendre⁹.

Des informateurs clés dans les ESF ont mis en évidence l'utilité d'avoir accès à ces données: «Nous pouvons maintenant poser des questions et obtenir des réponses aux questions qui nous importent»⁸. Les membres de l'équipe interprofessionnelle ont aussi mieux compris les avantages que procure l'inscription de données structurées et standardisées dans leurs DME.

On pourrait avoir besoin de multiples genres de rapports pour alimenter l'AQ en soins primaires. Par exemple, des renseignements agrégés comparant des groupes à d'autres de la province ou du pays, comme les rapports produits par Qualité des services de santé Ontario¹⁰, peuvent envoyer des signaux que des améliorations s'imposent. Par ailleurs, ces rapports ne peuvent pas identifier des patients en particulier pour lesquels il faudrait agir, ni sont-ils éclairés par les priorités locales ou la disponibilité des ressources. Les rapports qui se fondent sur les données locales des DME et qui sont étudiés par des analystes qui font partie intégrante de l'équipe couvrent une base moins large, mais sont peut-être produits en temps plus opportun et davantage adaptés et réceptifs aux besoins locaux; ils permettent aussi d'identifier des patients en particulier pour qui il serait nécessaire de prendre des mesures cliniques additionnelles. Il est possible de remettre aux ESF des données standardisées par le RCSSSP à l'appui de leurs travaux analytiques cliniques locaux; si on

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the January 2015 issue on page 92.

lui accorde les ressources appropriées, cette approche pourrait être mise en œuvre largement par les groupes de soins primaires dans toutes les régions du Canada. C'est d'ailleurs une démarche que le RCSSSP poursuit activement. 

D^{re} Greiver est médecin de famille au North York General Hospital et professeure adjointe à l'Université de Toronto, en Ontario. **M. Drummond** est professeur au Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta à Edmonton. **D^r Birtwhistle** est professeur aux départements de médecine familiale et de santé communautaire et d'épidémiologie à l'Université Queen's à Kingston, en Ontario. **M. Queenan** est épidémiologiste au Centre for Studies in Primary Care de l'Université Queen's et au RCSSSP. **M^{me} Lambert-Lanning** est gestionnaire de projets au RCSSSP. **M. Jackson** est gestionnaire de données au sein du Southern Alberta Primary Care Research Network à Calgary.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Références

1. Khangura S, Grimshaw J, Moher D; Knowledge to Action Research Group. *Evidence summary: electronic health records (EHRs)*. Ottawa, ON: Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa; 2014.
2. Ivers NM, Sales A, Colquhoun H, Michie S, Foy R, Francis JJ et collab. No more 'business as usual' with audit and feedback interventions: towards an agenda for a reinvigorated intervention. *Implement Sci* 2014;9:14. Publication en ligne du 17 janvier 2014.
3. Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *National Physician Survey, 2013*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2013. Accessible à: <http://nationalphysiciansurvey.ca/wp-content/uploads/2013/09/2013-FPGP-EN-Q8.pdf>. Réf. du 27 octobre 2014.
4. Williamson T, Natarajan N, Barber D, Jackson D, Greiver M. Caring for the whole practice: the future of primary care. *Can Family Physician* 2013;59:800 (ang), e341-2 (fr).

5. Greiver M, Keshavjee K, Martin K, Aliarzadeh B. Who are your patients with diabetes? EMR case definitions in the Canadian primary care setting. *Can Family Physician* 2012;58:804 (ang), e421-2 (fr).
6. Baron RJ. Quality improvement with an electronic health record: achievable, but not automatic. *Ann Intern Med* 2007;147:549-52.
7. Greiver M, Keshavjee K, Jackson D, Forst B, Martin K, Aliarzadeh B. Sentinel feedback: path to meaningful use of EMRs. *Can Family Physician* 2012;58:1168 (ang), e611-2 (fr).
8. Greiver M, Martin K, Aliarzadeh B, Lambert-Lanning A, Leggett J; Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires. *Implementing a scalable tool for quality improvement in primary care: a report for Canada Health Infoway*. Toronto, ON: Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires; 2013.
9. Greiver M, Wintemute K, Griffis S, Moeinedin M. Using evidence for the care of practice team populations [correspondance]. *Can Fam Physician* 2014;60:223.
10. Qualité des services de santé Ontario [site web]. *Primary care practice report*. Toronto, ON: Qualité des services de santé Ontario; 2014. Accessible à: www.hqontario.ca/quality-improvement/primary-care/practice-reports. Réf. du 12 novembre 2014.

L'œil de la sentinelle est coordonné par le RCSSSP, en partenariat avec le CMFC, dans le but de mettre en évidence les activités de surveillance et de recherche entourant la prévalence et la prise en charge des maladies chroniques au Canada. Veuillez faire parvenir vos questions ou commentaires à Anita Lambert-Lanning, gestionnaire de projets au RCSSSP, à all@cfpc.ca.

— * * * —