



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Bureau de programme pour l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux

**PROGRAMME QUÉBÉCOIS D'ADOPTION DES
DOSSIERS MÉDICAUX ÉLECTRONIQUES
(PQADME)**

NOVEMBRE 2012

AVERTISSEMENT

Les références aux articles de l'entente MSSS-FMOQ sont basées sur la version connue actuellement et non signée. La version finale pourrait encore être légèrement modifiée.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE EXÉCUTIF	6
1 RAISON D'ÊTRE DU DOCUMENT	7
2 CONTEXTE.....	7
2.1 L'utilisation du DME à l'échelle internationale et canadienne.....	7
2.2 L'informatisation des GMF au Québec	8
3 LE BUT DU PROGRAMME ET LES BÉNÉFICES ATTENDUS D'UN DME.....	9
3.1 Impact sur la productivité.....	10
3.2 Les bénéfices au rendez-vous.....	11
3.3 Les avantages directement tributaires du DME	11
4 LES OBLIGATIONS LÉGALES	13
5 LES PRINCIPES DIRECTEURS DU PROGRAMME	13
6 LA NÉCESSAIRE COMPLÉMENTARITÉ DES PROGRAMMES D'INFORMATISATION DES DONNÉES CLINIQUES.....	14
7 LES UTILISATEURS	15
7.1 La courbe d'adhésion attendue	16
8 LES CRITÈRES D'ADHÉSION DES MÉDECINS DE FAMILLE ET LE MODÈLE D'ENGAGEMENT	17
8.1 Engagement de groupe ou engagement individuel :.....	17
8.2 Critères pour l'inscription au programme et l'accès à une subvention	17
8.3 Engagements des médecins s'inscrivant au programme	18
9 LES REMBOURSEMENTS ET LES INCITATIFS À L'INTENTION DES MÉDECINS	19
10 LA GESTION DU CHANGEMENT ET DES COMMUNICATIONS.....	20

10.1	L'approche de gestion du changement (GDC).....	20
10.2	Les communications.....	21
10.3	Les étapes proposées de la démarche et le partage des responsabilités.....	23
11	LA GOUVERNANCE DU PROGRAMME.....	27
12	LE PROCESSUS DE SÉLECTION DES FOURNISSEURS DE DME	27
13	L'APPROCHE EN MATIÈRE DE GESTION DES RISQUES.....	28
14	LE SUIVI DES ADHÉSIONS ET DU NIVEAU D'UTILISATION DES DME	30
15	L'APPROCHE RELATIVE AUX PROCESSUS DE DEMANDES DE CHANGEMENT	30

ANNEXES

ANNEXE 1 : Bibliographie

ANNEXE 2 : Les niveaux d'utilisation d'ISC

ANNEXE 3 : La portée du DME

ANNEXE 4 : La liste préliminaire des outils mis à la disposition des utilisateurs

ANNEXE 5 : Le processus d'homologation des fournisseurs

DÉFINITIONS

Dossier médical électronique (DME)

Dossier médical homologué par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui regroupe des applications informatisées fournissant un ensemble de données longitudinales sur les patients. Il doit comprendre des outils d'aide aux ordonnances et à la prise de rendez-vous, de facturation et autres tâches de gestion.

Dossier clinique informatisé (DCI)

Les dossiers cliniques informatisés (DCI) font référence à un système électronique de gestion de l'information clinique et administrative qu'on retrouve en centre hospitalier. Les DCI sont normalement opérés par l'établissement et ses points de services.

Dossier santé du Québec (DSQ)

Le DSQ est un actif informationnel qui permet, à l'égard de toute personne recevant des services de santé ou des services sociaux, la communication en temps opportun, à des intervenants et organismes autorisés, des renseignements de santé contenus dans les banques de renseignements de santé des domaines cliniques.

Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques (PQADME)

Programme incitatif à l'acquisition et à l'utilisation de dossiers médicaux électroniques par les médecins de première ligne. Ce programme, basé sur un cycle de quatre ans, est fondé sur le volontariat des médecins et leur engagement à utiliser le dossier médical électronique.

Équipe suprarégionale (ESR) de SOGIQUE

L'équipe suprarégionale vise à soutenir le GMF dans son informatisation. Son mandat consiste à informer le GMF, à le conseiller, à l'accompagner dans son processus d'informatisation et à le guider, autant dans le choix de son centre de services autorisés (CSA) que dans ses choix technologiques. Cette équipe veille également au respect des exigences informatiques et des critères de qualité du MSSS. Cette équipe sera renforcée et directement impliquée dans le contexte du PQADME.

Le centre de services autorisés (CSA)

Le centre de services autorisés (CSA) a pour mission d'assurer les services de déploiement des équipements informatiques et d'offrir le soutien de première ligne aux utilisateurs des GMF relativement aux applications. Ce rôle peut être assumé par une firme privée ou par un centre de santé et de services sociaux (CSSS). Les CSA doivent se faire reconnaître par SOGIQUE selon une grille de critères. Non obligatoires dans le contexte du PQADME, leur valeur déjà bien reconnue auprès des GMF devrait en faciliter la promotion auprès des cabinets privés non GMF.

Évaluation des facteurs reliés à la vie privée (EFVP)

Le processus d'EFVP consiste à réaliser une analyse en profondeur des facteurs du système prévu qui pourraient avoir une incidence sur la vie privée, à déterminer les risques pour la vie privée susceptibles de se matérialiser et à identifier les stratégies pour les atténuer.

Groupes de médecine de famille (GMF)

Un GMF est un regroupement de médecins de famille adhérents à l'Entente particulière relative aux groupes de médecine de famille.

Cabinet privé

Un cabinet privé désigne une organisation qui offre des services professionnels de consultation en médecine générale avec ou sans rendez-vous. Il peut notamment s'agir d'un GMF ou d'une UMF-cabinet formés sur un ou plusieurs sites.

Inforoute Santé du Canada (ISC)

Inforoute est une société indépendante, à but non lucratif, créée en 2001 par les premiers ministres du Canada pour favoriser et accélérer le développement et l'adoption de systèmes de dossiers de santé électroniques (DSE) fondés sur des normes et des technologies de communication compatibles.

Cliniciens

On fait référence aux médecins et aux infirmiers et infirmières oeuvrant en première ligne.

Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Conscient du retard de l'informatisation de sa première ligne, le MSSS compte se doter d'un programme incitatif à l'acquisition et à l'utilisation de dossiers médicaux électroniques (DME) intégrant le DSQ par les cliniciens œuvrant en première ligne.

Ce programme s'inscrit dans la nouvelle gouvernance des TI et la synergie de déploiement en cours du DSQ, des DCI et DME dans toutes les régions du Québec.

Il s'appuie également sur l'Entente particulière relative à la participation des médecins omnipraticiens au Dossier de Santé du Québec et au Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques (E.P. DSQ-DME) négociée en 2012 avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ).

Il vise à permettre aux cliniciens ainsi qu'à la population québécoise, de profiter des nombreux avantages attendus d'un système informatisé et intégré des informations cliniques au niveau de la première ligne.

En ajoutant l'implantation du DME en GMF il vient compléter le programme d'informatisation déjà en cours dans les GMF québécois dont il s'inspire, bien que la gestion du changement soit plus décentralisée et les CSA non obligatoires. Ce faisant, il amènera nécessairement des ajustements aux modalités actuelles d'informatisation en GMF.

On planifie d'implanter ces DME en respectant les objectifs d'ISC mais en se basant sur l'expérience acquise dans l'informatisation des GMF et en adoptant la stratégie d'implantation à la réalité québécoise.

L'Entente particulière DSQ-DME procurera des fonds aux médecins volontaires à l'informatisation de leur pratique mais aussi les impliquera davantage dans la démarche de gestion du changement. On vise donc à accélérer le déploiement des DME et par là même celui du DSQ qui sera relié aux DME de première ligne.

Ainsi, on planifie l'adhésion de plus de 6 200 cliniciens (5 200 médecins et 1 000 infirmières) en première ligne d'ici quatre ans, dont 4 500 dès la deuxième année du programme. Les médecins doivent signer un engagement, relatif, notamment, à l'utilisation du DME et du DSQ. Les infirmières cliniciennes et praticiennes œuvrant dans une clinique incluant des médecins inscrits au programme participent également au programme.

Le programme offrira aux cliniciens l'accès à une subvention pour l'acquisition de l'équipement et du logiciel, son implantation ainsi que pour son utilisation.

Le programme prévoit également l'homologation des solutions DME admissibles garantissant ainsi leur conformité aux critères de fonctionnalité et d'interopérabilité requis par le Québec. Le PQADME s'inscrit dans les suites des programmes DME mis en place par ISC pour l'ensemble des provinces canadiennes. Il respecte les objectifs d'ISC. Il pourra d'ailleurs être un document de base pour une entente avec ISC. Le PQADME prévoit l'arrimage avec le DSQ. Il respecte l'entente conclue avec la FMOQ.

Le présent document présente les buts, les objectifs et la portée du programme ainsi que les orientations privilégiées et les principaux paramètres de fonctionnement.

1 RAISON D'ÊTRE DU DOCUMENT

Conscient du retard de l'informatisation de sa première ligne, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) compte se doter d'un programme incitatif à l'acquisition et à l'utilisation de dossiers médicaux électroniques (DME) intégrant le Dossier de santé du Québec (DSQ) par les cliniciens œuvrant en première ligne.

Ce programme s'inscrit dans la nouvelle gouvernance des TI et la synergie de déploiement en cours du DSQ, des DCI et DME dans toutes les régions du Québec. Initialement le DSQ devait se déployer par l'intermédiaire de visualiseurs installés dans tous les points de service de première ligne du réseau de la santé et des services sociaux (CLSC – GMF – UMF – cliniques réseaux – cabinets privés). Cette option demeure. Les orientations d'avril 2011 ont ouvert une deuxième option pour que le DSQ se déploie à travers les DME. Pour le DSQ, il existe aussi une troisième voie, celle du déploiement par l'intermédiaire de la partie ambulatoire des DCI. Cette dernière option fait d'ailleurs l'objet d'une entente avec ISC.

Le programme s'appuie également sur l'Entente particulière relative à la participation des médecins omnipraticiens au DSQ et au Programme québécois d'adoption des dossiers médicaux électroniques (E.P. DSQ-DME) négocié en 2012 avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). L'implication des médecins de première ligne est essentielle à la réussite de ce projet. L'entente signée avec la FMOQ permettra d'atteindre des niveaux élevés d'implantation (supérieur à 60 %) et d'utilisation des DME.

Le Québec s'inscrit également dans les objectifs du programme de financement d'Inforoute Santé du Canada (ISC) visant à mettre en place le DME dans les cliniques de santé de l'ensemble des provinces et des territoires du Canada.

Ce document présente les buts, objectifs et portée du programme ainsi que les orientations privilégiées et les principaux paramètres de fonctionnement.

2 CONTEXTE

Le concept d'un DME existe depuis maintenant plus de 30 ans. Le DME a fait l'objet de maintes études et de prises de position par divers groupes influents dans le secteur de la santé. Un nombre important d'organismes et de groupes d'experts canadiens et américains œuvrant dans le secteur de la santé se sont prononcés clairement en faveur de l'adoption du DME.

2.1 L'utilisation du DME à l'échelle internationale et canadienne

Le taux d'utilisation du DME au Canada est de 23 %, soit l'un des plus bas des pays du G8 [Davis et al, 2008]. Ailleurs dans le monde, les pays affichant le plus haut taux d'informatisation sont la Norvège, le Danemark, le Royaume-Uni, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande et l'Australie. En 2008, selon une étude du Commonwealth Fund [Davis et al, 2008], le pourcentage de cabinets de médecins dotés d'un DME dans différents pays, incluant le Canada, était le suivant :

Taux de cabinets dotés d'un DME selon les pays [Davis et al, 2008]	
Pays	% de cliniques informatisées
Pays-Bas	98 %
Nouvelle-Zélande	92 %
Royaume-Uni	89 %
Australie	79 %
États-Unis	28 %
Canada	23 %

Selon un sondage réalisé en 2011¹ auprès des médecins canadiens, 37,6 % des médecins de famille utilisaient uniquement des dossiers papier, 34,1 % utilisaient une combinaison de dossiers papier et électroniques et 16,1 % travaillaient exclusivement avec des dossiers électroniques.

Au Québec, 55,8 % des médecins de famille avaient encore simplement des dossiers papier, 27,4 % étaient en mode mixte et 4,2 % seulement avaient des dossiers patients complètement informatisés.

Ces résultats plaçaient le Québec loin derrière les autres provinces de même envergure. En effet, en Colombie-Britannique, à la même date, 18,8 % des médecins de famille travaillaient uniquement avec des dossiers informatisés, la proportion était de 19,8 % en Ontario et de 27,7 % en Alberta, cette province étant la plus avancée au chapitre de l'informatisation des dossiers [CMFC, 2011].

Taux d'informatisation des médecins de famille (MF)					
	Québec	Ontario	Alberta	C.-B.	Canada
MF utilisant des dossiers papier uniquement	55,8 %	31,6 %	22,6 %	30,9 %	37,6 %
MF utilisant des dossiers papier et électroniques	27,4 %	36,9 %	38,7 %	36,3 %	34,1 %
MF utilisant des dossiers électroniques seulement	4,2 %	19,8 %	27,7 %	18,8 %	16,1 %
Non applicable	12,6 %	11,7 %	11,0 %	14,0 %	12,2 %

La présence de programmes provinciaux incitatifs à la mise en œuvre des DME dans plusieurs provinces canadiennes a probablement largement contribué à la progression de l'informatisation de la première ligne dans ces provinces.

2.2 L'informatisation des GMF au Québec

Les premiers efforts du MSSS d'informatisation de la première ligne ont été consacrés aux GMF. L'expérience acquise sera d'un grand support pour pousser plus loin le déploiement des DME tant dans les GMF que dans les autres points de service de première ligne.

On compte présentement 241 GMF, soit environ 3 700 médecins de famille dans 577 sites privés (23 GMF publics et 45 mixtes) impliqués dans le programme de mise en place et d'informatisation des GMF débuté en 2001 au Québec. À terme, l'objectif du programme GMF est l'accréditation de 300 GMF (environ 4 400 médecins de famille) desservant 70 % de la population québécoise.

Le principal effort d'informatisation a, jusqu'ici, porté sur l'acquisition des équipements et l'adoption de l'aviseur pharmacothérapeutique par les médecins et le support aux solutions régionales de laboratoire.

Un mini sondage réalisé par le MSSS en mars 2011 auprès de 22 GMF (incluant 276 médecins) a permis de constater, d'une part, un niveau d'adoption important de l'aviseur pharmacothérapeutique chez près de 50 % des médecins, notamment :

¹ 2011 National Physician Survey. The College of Family Physicians of Canada, Canadian Medical Association, The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada

- 45 % de l'ensemble des médecins du sondage utilisent régulièrement l'aviseur pharmacothérapeutique, 40 % ne l'utilisent jamais et 15 % l'utilisent à l'occasion;
- 18 % des GMF interpellés ont réussi une adoption généralisée de l'aviseur pharmacothérapeutique (100 % de médecins utilisateurs);
- 54 % des GMF comptent au moins 50 % des médecins utilisateurs.

D'autre part, on a pu également constater la difficulté, pour plusieurs GMF, de poursuivre les gains d'adhésion à l'aviseur pharmacothérapeutique une fois la première étape d'implantation terminée. En effet, dans 45 % des GMF, il n'y a eu aucune progression de l'utilisation après l'implantation et dans 14 % des cas, on mentionne une diminution de l'utilisation depuis la mise en œuvre.

Cependant, les efforts en vue de l'informatisation se poursuivent chez ceux qui n'ont pas atteint leur objectif : 50 % des GMF qui affichent une utilisation de l'aviseur pharmacothérapeutique inférieure à 80 % ont présentement un projet en cours afin de rehausser le niveau d'utilisation.

Les principaux facteurs favorables à l'utilisation de l'aviseur pharmacothérapeutique tels que mentionnés dans le cadre du sondage sont:

- La convivialité du logiciel;
- Le financement pour l'entrée de données/médicaments faite par le fournisseur;
- La présence d'un médecin champion;
- La volonté/détermination collective des médecins;
- L'utilisation de tablettes;
- Un logiciel adapté à la pratique.

L'accès à des services de gestion du changement, au coaching, à la formation et à un soutien en temps réel lors de l'implantation est systématiquement mentionné comme une condition de succès essentielle afin, notamment, de limiter l'investissement en temps requis de la part des cliniciens pendant la transition et d'obtenir dans un délai acceptable les gains significatifs attendus au plan de l'efficacité clinique et de l'efficience.

Face à la perspective d'implanter le DME, les médecins manifestent généralement beaucoup d'intérêt pour le projet et plusieurs se disent en attente du programme de DME québécois.

3 LE BUT DU PROGRAMME ET LES BÉNÉFICES ATTENDUS D'UN DME

Le programme vise à susciter l'adoption et l'utilisation du DME par les cliniciens de 1^{re} ligne du Québec afin de permettre à la population québécoise, à l'instar de celle des autres provinces du Canada et des autres pays industrialisés, de profiter des nombreux avantages d'un système informatisé et intégré des informations cliniques, notamment le DME et le DSQ².

Le programme permet aux cliniciens d'avoir accès à une subvention visant l'acquisition de l'équipement et du logiciel, son implantation ainsi que son utilisation. Le programme prévoit également l'homologation des solutions DME admissibles garantissant ainsi leur conformité aux critères de fonctionnalité et d'interopérabilité requis par le Québec.

On vise l'adhésion de plus de 5 200 médecins de première ligne d'ici cinq ans, dont 3 000 dès les

² En 2008, les taux d'utilisation des DME par les médecins en cabinet étaient respectivement de 90 % pour les Pays-Bas, l'Australie, et la Nouvelle-Zélande comparativement à 28 % aux États-Unis, 26 % au Canada et 9 % au Québec.

deux premières années du programme. Ces médecins devront néanmoins être conscients que pour bénéficier du programme ils devront respecter certaines conditions nécessaires à l'atteinte du but que nous partageons avec eux, soit des DME de qualité utilisés adéquatement par un maximum de cliniciens.

Les DME devront permettre un retour quantitatif et qualitatif sur la pratique des cliniciens, être accessibles à toutes les cliniques privées de médecine de famille et être encadrés par un processus formel d'homologation.

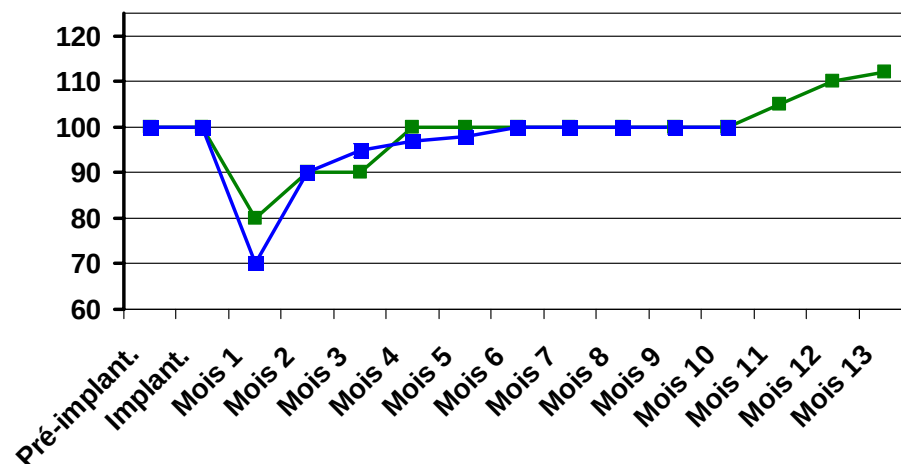
3.1 Impact sur la productivité

Peu d'études ont été publiées jusqu'à présent sur les bénéfices mesurables et directement attribuables à l'utilisation du DME, compte tenu, entre autres, de la nouveauté d'une utilisation plus généralisée des DME et du laps de temps requis avant l'actualisation des gains et de leur mesure.

À court terme, comme c'est souvent le cas lors d'implantation d'une nouvelle technologie, les médecins peuvent voir leur productivité temporairement ralentie, cependant, dès qu'ils deviennent plus familiers, les bénéfices sont au rendez-vous tant au plan clinique que financier.

En effet, compte tenu d'une courbe normale d'apprentissage, mais aussi de la pertinence et de la qualité du soutien reçu lors de la transition, du type de pratique ou des médecins eux-mêmes, la productivité peut diminuer significativement dans les semaines suivant l'implantation.

Impact de la mise en œuvre sur la productivité
(type de courbes observées selon des études américaines)



Une étude californienne³ rapporte une diminution de la productivité (principalement une baisse dans le nombre de patients rencontrés) allant jusqu'à 25 % ou 30 % pendant le premier mois d'implantation de la solution DME mais récupérée en grande partie dès le deuxième mois. Une autre étude⁴ fait état d'une baisse moyenne de la productivité équivalente à 20 % pendant les deux premières semaines et à 10 % pendant les deux mois suivants. Ce ralentissement se résorbe progressivement. Chez certains médecins, la récupération peut être complétée après quelques semaines. D'autres études signalent toutefois un délai allant jusqu'à six mois avant de rattraper le rythme initial. À l'Université du Utah, on a observé une hausse de 12 % du niveau de productivité après un an d'utilisation comparativement au niveau de productivité pré-implantation.

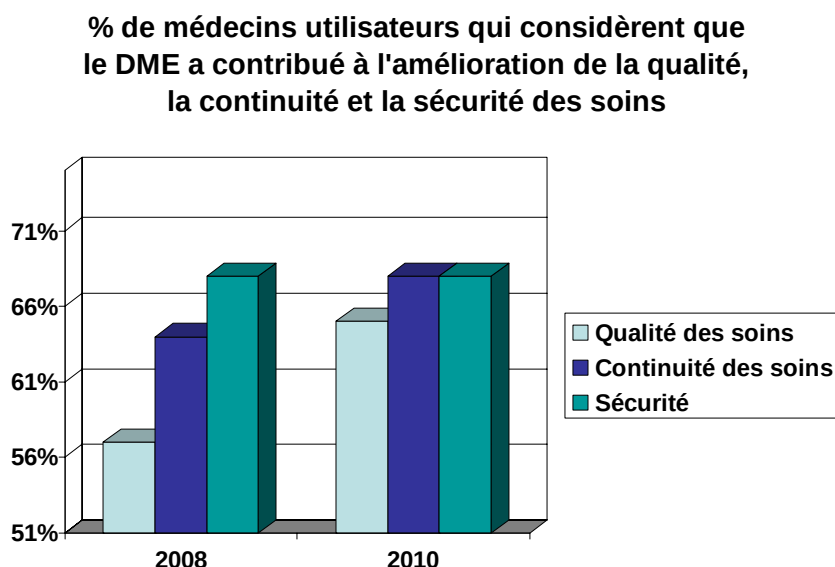
³ Garets D., Davis M. *Electronic Medical Records vs. Electronic Health Records*:

⁴ Clayton, Paul D et al., *Physician use of EMR : Issues and successes with direct data entry and physician productivity*, Annual Symposium Proceedings Archive, 2005

3.2 Les bénéfices au rendez-vous

Après neuf à douze mois d'utilisation, des bénéfices de nature clinique ou économique sont souvent déjà signalés. Ces bénéfices iront en augmentant par la suite. La longueur du délai est tributaire de la qualité et de la durée de la mise en œuvre et de la généralisation de l'utilisation de toutes les fonctionnalités du DME.

Un rapport publié en novembre 2010 et portant sur l'expérience du DME en Ontario⁵ fait état d'un niveau élevé d'utilisation du DME chez les médecins qui en sont dotés. La majorité des médecins concernés estiment que le DME contribue à l'amélioration des résultats auprès des patients et mentionnent des impacts positifs importants au plan de la qualité, de la sécurité et de la continuité des soins et services offerts. Tous les résultats présentent un niveau global de satisfaction des médecins équivalent ou accru envers le DME depuis la dernière évaluation réalisée en 2008.



3.3 Les avantages directement tributaires du DME

Plusieurs autres avantages sont reliés directement à l'utilisation du DME, notamment:

- **Des avantages cliniques :**

- o **Pour l'ensemble des patients**, les avantages cliniques se matérialisent par : une meilleure continuité des soins, une sécurité accrue via l'utilisation de l'ordonnance électronique, une plus grande efficacité des soins par l'accès à des données probantes et un meilleur accès aux soins découlant des gains de productivité des médecins.

Selon Booz Allen Hamilton [2006], l'utilisation de l'ordonnance électronique et de l'aviseur pharmacothérapeutique peut contribuer à réduire de 25 à 33 % les erreurs de médicaments qui surviennent dans les soins ambulatoires compte tenu de la lisibilité améliorée des prescriptions et de la diminution des interactions médicamenteuses, une cause fréquente d'hospitalisation chez les personnes âgées en perte d'autonomie ou de visites subséquentes qui auraient pu être évitées.

⁵ OntarioMd, Improved Patient Outcomes through meaningful use of EMR by Ontario physicians, 2010-11-17

- o **Pour les patients ayant des besoins particuliers**, les avantages concernent, d'une part, une plus grande facilité à l'approche multidisciplinaire via des échanges accrus d'informations, une coordination des tâches et le suivi systématique et, d'autre part, une meilleure autogestion des soins par les patients ou leurs proches.

En favorisant l'échange d'informations et la coordination des tâches, le DME facilite l'actualisation des nouvelles pratiques de soins axées sur le suivi systématique des clientèles particulières (ex. : patients atteints de maladies chroniques) et l'interdisciplinarité et favorise la diminution des visites à l'urgence et les hospitalisations⁶

- **Des gains de productivité :**

- o De nombreux gains de productivité sont identifiés dont: la diminution des pertes de temps pour le pharmacien et le médecin reliées à la clarification des prescriptions : l'accès aux notes lisibles d'un collègue, la facilité de transfert ou de prise en charge temporaire d'un patient par les collègues, l'économie de temps pour le personnel de soutien et l'amélioration du processus d'orientation des patients grâce à des outils et formulaires électroniques conçus à cette fin.

Pour sa part, le Dr Rancourt, médecin instigateur de l'implantation d'un système de DME dans un GMF à Montmagny, estime que l'utilisation du DME lui permet d'économiser environ 40 minutes par jour⁷ d'où la possibilité de voir quelques patients de plus par jour. Il signale également des économies de temps pour le personnel de soutien grâce à la prise de rendez-vous électronique. Dans une étude récente de l'Association médicale canadienne [2009], le Dr Rancourt explique que la prise de rendez-vous électronique a fait gagner au personnel de sa clinique beaucoup de temps maintenant utilisé à d'autres tâches.

- **Des avantages économiques :**

- o **Pour la clinique**

La performance financière de la clinique est améliorée à la fois par la réduction des coûts et l'augmentation du revenu qu'entraîne une productivité améliorée.

Plusieurs avantages économiques sont liés à l'optimisation du temps du personnel de soutien, notamment, le temps et les coûts de transcription qui diminuent significativement au fur et à mesure que les médecins entrent eux-mêmes les informations ainsi que le temps de gestion des dossiers sous forme papier. L'élimination de ces dossiers permet également de récupérer l'espace requis pour l'entreposage.

Des gains supplémentaires sont également générés par l'amélioration de la productivité des médecins une fois qu'ils sont familiers avec le DME. Enfin, les utilisateurs signalent une meilleure consignation des interventions aux fins de la facturation et une diminution des erreurs ce qui entraîne également des revenus additionnels.

- o **Pour le système de soins en général**

Les principaux bénéfices sont : la diminution des visites à l'urgence et des hospitalisations (principalement celles reliées aux maladies chroniques), la diminution des examens prescrits en double et la diminution des coûts via un meilleur accès aux examens diagnostiques permettant une intervention précoce.

⁶ Booz Allen Hamilton, 2006

⁷ Présentation à la Conférence *e-Health* tenue à Québec en juin 2009. Pour 10 à 15 patients par jour, on peut compter un gain de une minute pour chaque renouvellement d'ordonnance de médicament et un gain de 30 minutes pour la gestion des examens de laboratoire, grâce aux tâches effectuées électroniquement (ordonnance électronique, prise de rendez-vous, réception des résultats d'examen, communication avec le patient, etc.).

- **Autres avantages :**

- o On mentionne aussi, comme avantage, *l'amélioration de la qualité de vie des médecins* due à la réduction du temps requis pour des activités non cliniques, la diminution de certains déplacements, la possibilité d'accéder aux dossiers à distance et la possibilité de recevoir plus de patients.

Selon Miller et Sim [2004], la principale condition à l'atteinte optimale des avantages qualitatifs et financiers liés à l'implantation d'une solution DME est l'utilisation généralisée de la solution au sein du cabinet ou de la clinique, c'est-à-dire le plus grand nombre possible de médecins utilisant la solution pour le plus grand nombre de tâches courantes.

Pour sa part, Booz Allen Hamilton [2006] explique que les avantages obtenus dépendent du niveau de sophistication de la solution DME (fonctionnalités disponibles), de sa convivialité et de son intégration aux processus opérationnels ainsi que des modalités de remboursement. Nous n'avons pas d'étude pour les autres cliniciens comme les infirmiers, infirmières mais normalement le bénéfice devrait être comparable.

4 LES OBLIGATIONS LÉGALES

La mise en œuvre du programme de DME est soumise, notamment, au respect des lois suivantes :

- Loi concernant le partage de certains renseignements de santé (L.R.Q., chapitre P-9.0001);
- Loi sur les services de santé et les services sociaux;
- Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (L.Q. 2005, chapitre 32);
- Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels;
- Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé;
- Loi sur le droit d'auteur;
- Loi sur les archives;
- Loi concernant le cadre juridique des technologies de l'information;
- Loi en élaboration portant sur le partage des informations cliniques.
- Les codes de déontologie des ordres professionnels concernés.

Doivent également être respectées, les exigences de la Commission d'accès à l'information (CAI) et les règles s'appliquant à la gestion du consentement de l'utilisateur.

Comme ce projet implique les cliniques privées et plusieurs fournisseurs privés de DME qui offrent leur produit soit en mode « achat » ou « hébergé », il y a des considérations importantes à l'égard de la protection des renseignements personnels dont il faut absolument tenir compte. Des travaux sont en cours pour s'assurer que tous les facteurs relatifs à la vie privée sont pris en compte en particulier ce qui a trait à la confidentialité des données.

5 LES PRINCIPES DIRECTEURS DU PROGRAMME

- Le programme est basé sur le volontariat des cliniciens et leur engagement à utiliser le dossier médical électronique autant que le DSQ.
- Le programme est complémentaire aux travaux du DSQ dont il respecte les contraintes technologiques d'interopérabilité et de sécurité des accès.

- Le programme respecte l'entente négociée avec la FMOQ quant au déploiement du DSQ et des DME auprès des médecins. Cette entente permet une stratégie de déploiement basée sur une implication plus forte du monde médical.
- Le programme s'harmonise au processus d'informatisation des GMF déjà en place. Il intègre, notamment :
 - o l'équipe suprarégionale (ESR) de SOGIQUE qui assiste les GMF dans le déploiement des infrastructures matérielles et logicielles et en détermine la conformité;
 - o les Centres de services autorisés (CSA) en charge du soutien informatique des GMF, non obligatoires ici, seront néanmoins mis à la disposition des cliniques qui souhaiteront leur assistance;
 - o les fournisseurs de DME dûment homologués au Québec.
- Pour s'inscrire au programme, les médecins doivent s'engager à faire l'acquisition d'une solution DME homologuée au Québec.
- Le financement accordé dans le cadre du programme est orienté vers l'utilisation réelle attestée par chaque médecin.
- Ce financement est sous forme d'une subvention maximale. On distingue trois jalons importants : l'accessibilité à l'équipement et au lien Internet, l'achat du logiciel et son implantation et, enfin, l'utilisation du DME.
- De plus, le programme prévoit une contribution globale moyenne de 30 % de la part des médecins aux coûts d'implantation et de fonctionnement. Le niveau de contribution des médecins est établi en fonction de la répartition prévue des bénéfices (30 % pour le médecin et 70 % pour l'ensemble du système) et il correspond au niveau décrété au sein des programmes DME des autres provinces. On estime, de plus, que la contribution financière des médecins au programme les incitera à utiliser davantage la solution. Toutefois, le lien Internet et le commutateur (Entente particulière, article 5.3.1.3), et les frais de soutien à la gestion du changement (Entente particulière articles 5.3.2.2 et 5.4.2.2) sont remboursés à 100 %.
- Dans la mise en place et la gestion du programme, le MSSS travaille en collaboration avec ses partenaires stratégiques cliniques (FMOQ) et techniques (RAMQ, SOGIQUE). L'équipe actuelle responsable de l'informatisation des GMF sera élargie pour assurer le déploiement et la gestion du PQADME.
- Le programme bénéficie d'une gestion et d'un suivi centraux.
- Les établissements et agences du réseau seront mis à contribution pour le déploiement du programme.

6 LA NÉCESSAIRE COMPLÉMENTARITÉ DES PROGRAMMES D'INFORMATISATION DES DONNÉES CLINIQUES

Le programme DME s'inscrit dans la démarche globale d'informatisation des données cliniques et d'implantation du DSQ et des DCI.

Compte tenu de la complémentarité du DME, des DCI et du DSQ, les bénéfices de l'un sont forcément rehaussés par la contribution des autres. Le plein potentiel d'un DME ne peut se réaliser qu'avec l'intégration des données provenant du DSQ. Le DSQ complète le DME en recueillant l'information longitudinale de toutes les sources sécurisées, notamment les DCI, et en les communiquant aux utilisateurs autorisés. Le DSQ fournit donc l'infrastructure nécessaire à la consultation de cette information.

Lorsque les domaines cliniques du DSQ (médicament, laboratoire, imagerie médicale, immunisation, allergie et intolérance, sommaire d'hospitalisation) sont directement accessibles via le DME, les cliniciens utilisateurs ciblés et subventionnés pour l'implantation du DME deviennent simultanément des utilisateurs du DSQ.

L'intégration du domaine médicament a déjà été réalisée par les fournisseurs de DME dans les GMF lors de l'an 1 de l'homologation et celle du laboratoire est incluse dans les exigences de l'an 2. L'intégration des autres domaines se fera progressivement dans des étapes ultérieures.

Le déploiement des DME participe donc directement au déploiement du DSQ. Les fonds investis pour les DME dans les cliniques médicales participeront en synergie à ceux déjà prévus pour le déploiement du DSQ.

De plus, le déploiement des DME dans les cliniques est réalisé par leurs fournisseurs de solution, cela minimise donc l'implication financière et logistique du MSSS et des agences de la santé et des services sociaux.

7 LES UTILISATEURS

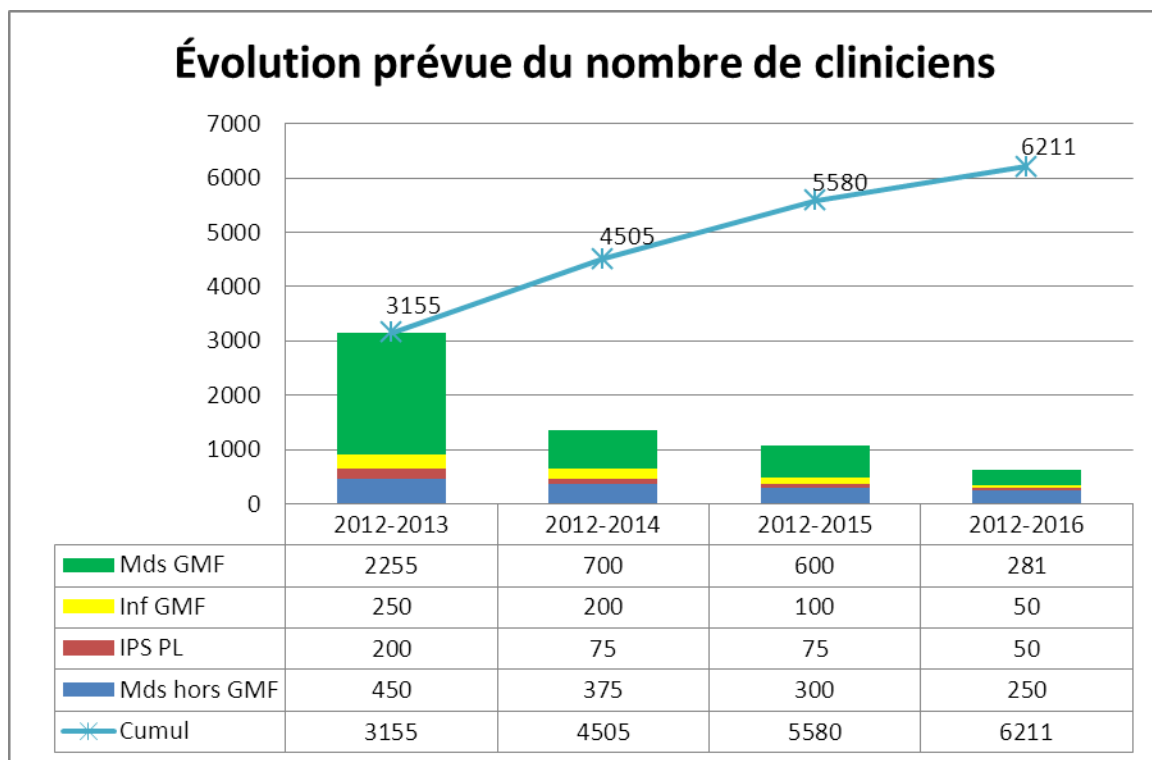
C'est la première ligne qui est clairement visée par ce programme.

Les cliniciens des GMF, des cliniques privées et des installations des CSSS à mission CLSC feront donc partie des utilisateurs de DME subventionnés, et ce, de façon variable selon leur nature (médecin ou infirmière clinicienne ou praticienne) et leur lieu de pratique (GMF, cliniques privées, CLSC).

Les cliniciens ciblés sont les suivants :

- **Omnipraticiens et infirmières cliniciennes en GMF et cliniques réseau.** En déployant le DME et le DSQ dans les GMF, le MSSS tire profit des investissements et des infrastructures déjà consentis dans ces cliniques à l'intention des médecins, des infirmières et du personnel de soutien. L'Entente particulière portant sur le DSQ et le DME vient bonifier le financement octroyé pour le DME dans ces milieux.
- **Autres omnipraticiens de cabinets privés, en CLSC et en UMF.** Prenant en compte l'Entente particulière portant sur le DSQ et le DME ainsi que la Lettre d'entente N° 255 pour le financement de leur équipement, du DME et de son implantation, les omnipraticiens hors GMF sont également la cible de déploiement.
- **Infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-SPL).** Les IPS-SPL bénéficieront ainsi du PQADME. Cela favorisera l'intégration de cette nouvelle profession. Lorsqu'elles œuvrent dans une équipe visée par le déploiement, elles sont d'emblée intégrées.

7.1 La courbe d'adhésion attendue



En fonction des hypothèses décrites ci-après, nous prévoyons que plus de 5 000 médecins et 1 000 infirmiers, infirmières utiliseront un DME en 2015-2016.

On prévoit une adhésion importante des utilisateurs dès le début du programme compte tenu de la présence de nombreux GMF déjà dotés d'équipements et de logiciels qui s'inscriront d'emblée ainsi que de l'effort initial de promotion du programme. La stratégie est de favoriser une informatisation rapide pour permettre l'atteinte des bénéfices attendus.

8 LES CRITÈRES D'ADHÉSION DES MÉDECINS DE FAMILLE ET LE MODÈLE D'ENGAGEMENT

8.1 Engagement de groupe ou engagement individuel :

Les modalités d'engagement qui prévalent actuellement en GMF sont strictement réservées à des groupes de médecins légalement constitués. Par ailleurs, le modèle d'engagement défini par ISC pour son programme d'investissement pour les DME est basé sur une inscription individuelle. Enfin, les modalités d'aide financière négociées avec la FMOQ pour le déploiement du DSQ et du DME sont mixtes : une aide individuelle pour le poste et le logiciel du médecin et une aide pour le lien Internet de la clinique.

Le tableau suivant fait état des avantages/inconvénients des deux types d'engagement :

Inscription individuelle		Inscription de groupe	
Avantages	Inconvénients	Avantages	Inconvénients
• Respecte les choix individuels. • Simplifie la gestion des mouvements des médecins.	• Ne favorise pas l'émulation de groupe. • Empêche la pleine valorisation du potentiel du DME (partage des rôles et des informations, implication des infirmières et du personnel administratif).	• Oblige un choix de produit unique pour la clinique. • Permet l'association des personnels infirmiers et administratifs à la démarche. • Favorise une émulation de groupe. • Maximise les bénéfices du DME.	• Peut complexifier la sortie d'un médecin d'une clinique participante. • Oblige un choix de produit unique pour la clinique.

Étant donné les nombreux avantages du mode d'inscription en groupe listés dans le tableau ci-haut, l'inscription au PQADME selon une **modalité de groupe** est favorisée.

Il faudra néanmoins que chaque clinicien du groupe cosigne l'entente du PQADME en plus de déclarer individuellement son niveau d'utilisation aux fins du financement. La connaissance des individus impliqués permettra également le suivi de leurs changements éventuels de pratique (d'une clinique hors GMF vers un GMF, un changement de clinique, etc).

8.2 Critères pour l'inscription au programme et l'accès à une subvention

Pour satisfaire aux critères d'inscription au PQADME, le médecin doit :

1. Être en règle avec le Collège des médecins du Québec;
2. Offrir des services médicaux assurés dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec;
3. Offrir des services de prise en charge et de suivi de patients en première ligne.

À cet égard, le groupe au sein duquel un médecin exerce, le cas échéant, doit cumuler une moyenne d'au moins 300 patients inscrits.

Le médecin qui débute sa pratique en cabinet privé ou celui qui réoriente sa pratique pour faire de la prise en charge et du suivi de patients est exclu du calcul de la moyenne d'un groupe et est éligible au PQADME s'il rencontre les autres critères.

Toute autre situation, incluant celle du médecin pratiquant en solo, doit être soumise au comité paritaire.

4. S'inscrire, à son choix, dans un seul milieu de pratique lorsqu'il exerce dans plus d'un lieu, à l'exception du médecin membre d'un GMF qui doit obligatoirement s'inscrire dans ce milieu;
5. S'assurer de l'adhésion d'un minimum de 50 % des médecins œuvrant dans un cabinet privé;
6. Utiliser un seul DME homologué au sein du cabinet privé, sauf exception autorisée par le comité paritaire;
7. Recevoir un seul remboursement pour le même objet.

8.3 Engagements des médecins s'inscrivant au programme

Le médecin doit:

- satisfaire aux critères d'inscription;
- adhérer au DSQ ou s'engager à y adhérer au plus tard dans les trois mois qui suivent le dépôt d'une proposition d'adhésion par l'organisme approprié désigné par le ministre;
- respecter les exigences du programme DME, dont notamment les jalons d'intégration du DME prévus à la section 9 du présent document;
- utiliser le DME dans l'exercice de ses activités cliniques au plus tard dans les neuf mois qui suivent leur adhésion au PQADME;
- s'engager à respecter les mesures mises en place relatives à l'authentification du médecin et de son personnel en ce qui a trait au DSQ;
- s'engager à utiliser le DME dans le respect de la vie privée des usagers et de la confidentialité des renseignements personnels auxquels il a accès;
- s'assurer que les deux obligations précédentes soient respectées par son personnel;
- participer au programme de formation et de soutien visant à acquérir les connaissances liées à l'utilisation du DME;
- conserver toutes les pièces justificatives liées à l'achat des équipements informatiques et autres frais accessoires, aux frais d'implantation, aux coûts de soutien à la gestion du changement, aux coûts des licences et frais d'opération du DME;
- collaborer au processus de validation de l'utilisation une fois l'implantation complétée;
- convenir, lors de son adhésion au PQADME, d'une entente de répartition des sommes reçues en vertu de la présente entente entre lui et les médecins de son cabinet privé concernant, notamment, les modalités relatives à l'arrivée ou au départ d'un médecin dans le cabinet privé.

9 LES REMBOURSEMENTS ET LES INCITATIFS À L'INTENTION DES MÉDECINS

Les remboursements et les incitatifs prévus à l'intention des médecins correspondent à la réalisation des quatre principaux jalons d'avancement, soit :

Jalons d'avancement	Remboursements et autres incitatifs
1. Adhésion La première étape est complétée lorsque le médecin concerné a signé son adhésion au programme.	Le médecin accède aux services fournis par le programme.
2. Implantation du DME dans la pratique Le médecin acquiert l'équipement, les licences d'un DME homologué et il procède à l'implantation du DME dans sa pratique. Il bénéficie d'un soutien à l'implantation de même qu'à la gestion du changement. Le MSSS confirme l'implantation d'un DME homologué. Le médecin transmet au ministre, selon les modalités prévues à l'entente, les formulaires attestant les frais encourus pour l'achat et l'installation des équipements, l'acquisition et l'implantation du DME et pour le recours à des services de gestion du changement.	Le ministre rembourse au médecin les frais encourus pour l'achat et l'installation des équipements et l'acquisition d'un DME selon les modalités de l'entente. Il rembourse également, selon les modalités de l'entente, les frais encourus pour l'implantation et la gestion du changement jusqu'à concurrence de 50 %.
3. Utilisation récurrente du DME Le médecin utilise minimalement six des douze fonctionnalités du DME (voir tableau ci-dessous). Il confirme son atteinte des six fonctionnalités par le biais d'une attestation transmise au ministre.	Le ministre rembourse au médecin l'autre portion de 50 % relatif aux frais encourus pour l'implantation et la gestion du changement.
4. Adhésion au DSQ Le médecin adhère au DSQ ou s'engage à y adhérer au plus tard dans les trois mois qui suivent le dépôt d'une proposition d'adhésion par l'organisme approprié désigné par le ministre.	Le ministre poursuit le remboursement au médecin des frais récurrents.

10 LA GESTION DU CHANGEMENT ET DES COMMUNICATIONS

L'expérience des projets d'informatisation, ou de toute autre nature, a démontré une corrélation étroite entre les efforts investis dans une gestion adéquate de la transition et l'atteinte des objectifs visés par le changement. Surtout dans un contexte où le changement vient interférer directement dans les processus de travail comme c'est le cas du DME auprès des médecins et autres intervenants cliniques. L'enjeu de l'adoption du DME par les médecins de famille est donc critique.

10.1 L'approche de gestion du changement (GDC)

L'approche de gestion du changement proposée a été développée à partir d'approches et de méthodologies déjà éprouvées dans les autres provinces et aux États-Unis pour le même type de programme et elle est basée sur le cadre de référence en gestion du changement développé par la firme américaine Prosci (ADKAR⁸).

Cette approche de GDC est adaptée au contexte organisationnel des soins de première ligne québécois ainsi qu'aux caractéristiques et besoins des milieux ciblés tels qu'identifiés dans un sondage récent⁹ et notamment :

- L'intérêt manifesté par les médecins envers le DME;
- Les efforts déjà investis pour la mise en œuvre dans le cadre du programme GMF;
- Les besoins importants de soutien dans la démarche d'informatisation afin de permettre une transition harmonieuse favorisant l'appropriation et l'utilisation du DME ainsi que son intégration dans l'organisation du travail des cliniques.

L'approche prône une adaptation aux besoins et priorités du groupe de pratique au sein de chaque clinique (ex. : maladies chroniques vs sans rendez-vous, obstétrique, pédiatrie, etc.) afin de favoriser l'accès plus rapide aux bénéfices cliniques.

L'approche prévoit également les éléments suivants :

- Des services locaux de soutien personnalisé en GDC assurés par des fournisseurs privés et remboursables par le biais du programme (volet adaptation des processus de travail et volet technologique) :
 - o Un soutien dans la planification de la transition vers le DME au sein de la clinique, la révision des processus de travail et des rôles du personnel administratif, le cas échéant;
 - o Un soutien technologique qui doit être disponible lors de l'implantation et pendant les premières semaines ou mois qui suivent, afin de faciliter l'utilisation du système et de favoriser l'intégration de l'ensemble des fonctionnalités aux processus de travail;
- Le mentorat et l'émulation par les pairs (notamment les membres du Réseau de soutien et de validation par les pairs);¹⁰
- La disponibilité de l'ensemble des outils via un site WEB.

La philosophie du programme est essentiellement de s'inscrire en soutien à la démarche globale d'informatisation des informations cliniques et d'adoption des DME au sein de la première ligne.

L'implication directe des médecins et celle d'ores et déjà témoignée par la FMOQ dans cette démarche essentielle est gage de succès du programme.

⁸ Approche de Prosci, Change management Learning Center, validée auprès de centaines d'organisations de plusieurs pays ayant implanté des changements majeurs.

⁹ Voir : Sondage portant sur le niveau d'utilisation du prescripteur aviseur dans les GMF réalisé en mars 2011

¹⁰ Plusieurs études ont démontré l'importance de l'influence des pairs dans le milieu médical, notamment, sur l'adoption de modèles de pratique, de nouveaux médicaments et de technologies [Booz Allen Hamilton, 2006].

Les fournisseurs homologués de DME, ceux de GDC et les firmes certifiées CSA choisis par les médecins, quant à eux, sont étroitement associés et leurs rôles sont pris en compte dans la démarche de changement présentée dans le document Principes directeurs. Ce sont eux qui interviennent directement au niveau de chaque clinique pour un soutien personnalisé.

10.2 Les communications

Les interventions de communication décrites dans le présent document visent principalement les responsables des cliniques ainsi que les cliniciens utilisateurs dans le cadre de la transition. La stratégie de communication est développée en collaboration avec la FMOQ qui pourra elle-même transmettre des messages informatifs et incitatifs à ses membres.

Plusieurs modalités de communication sont prévues tout au long du projet pour assurer la transmission des informations sur le programme, son fonctionnement et son évolution et rendre disponibles les outils spécifiques développés.

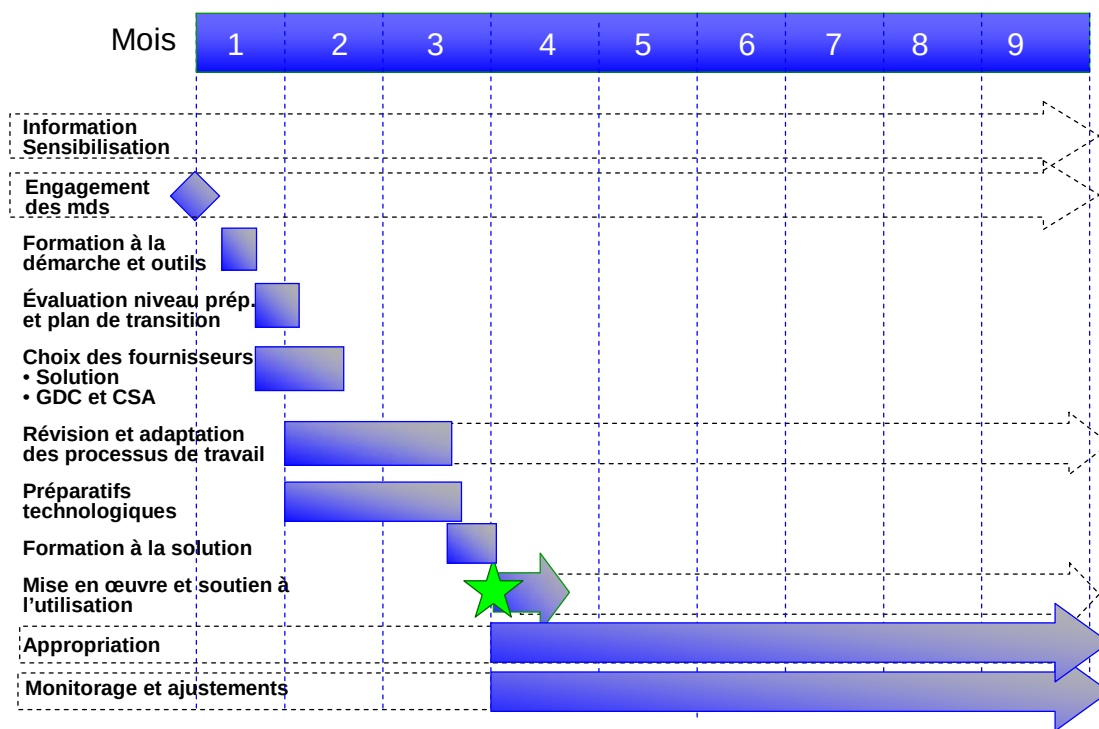
Plusieurs outils seront utilisés pour rejoindre les différents publics cibles, notamment :

- Un site web spécialement conçu pour le programme;
- L'accès à un centre d'appel;
- Les outils de communication existants tels le bulletin « Info GMF »;
- Les outils de communication des partenaires dont ceux de la FMOQ;
- Les fournisseurs eux-mêmes;
- Les autres moyens de télécommunications (courriel, ligne dédiée, etc.).

Les interventions de communication à l'intention des fournisseurs sont gérées via l'équipe responsable du processus d'homologation qui s'assure de transmettre toutes les informations relatives à l'évolution des critères d'homologation et autres paramètres logistiques.

Les différentes étapes proposées de la transition vers l'intégration du DME ainsi que les services de soutien sont listés dans le schéma ci-dessous et présentés sommairement dans le tableau qui suit. On trouvera en annexe **la liste préliminaire** des outils de soutien qui seront disponibles sur le site WEB.

Approche de gestion du changement et des communications



10.3 Les étapes proposées de la démarche et le partage des responsabilités

Bien que l'implication forte de chacun des médecins dans leur milieu soit la première garantie du succès du programme, plusieurs experts ainsi que de nombreux outils seront disponibles pour s'assurer que ces cliniciens implantent le DME de leur choix dans leur pratique de la manière la plus éclairée, fluide et efficiente possible.

L'équipe est constituée de professionnels du MSSS (admissibilité et éligibilité des groupes et des médecins), de personnels administratifs (réception et validation des formulaires), de ressources technologiques de SOGIQUE (conformité technologique) et, enfin, de ressources administratives de la RAMQ (paiements).

La FMOQ assiste également les médecins en leur proposant des ateliers de gestion du changement.

Étapes de la démarche	Équipe centrale	Fournisseurs contractés ¹¹ (GDC, tech et logiciel)	Utilisateurs
1. Information/sensibilisation au programme et au DME Information sur les objectifs et paramètres du programme, sur les services et les allocations financières disponibles ainsi que sur l'engagement requis de la part des médecins et des cliniques.	- Actualisation de la stratégie de communication. - Ajustements et mise à jour, au besoin, des documents d'information, guides, grilles de travail, formulaires élaborés dans le cadre du projet de démarrage. - Mise à jour du site Web. - Liaison avec les médecins champions (RSVP) qui sont mis à contribution.		Participation du (des) responsable(s) de la clinique.
2. Engagement des médecins Les médecins décident d'adhérer au programme. Ils remplissent le formulaire d'adhésion au programme DME et le transmettent au service d'administration du programme. Ce faisant, ils accèdent à l'ensemble des services disponibles dans le programme.	- Réception des formulaires. - Analyse de l'éligibilité. - Inscription dans le système de support à la gestion du programme.		- Échanges internes et externes. - Décision d'engagement. - Transmission des formulaires d'adhésion complétés.

¹¹ Fournisseurs accrédités ou homologués contractés par chaque clinique (frais éligibles au remboursement).

Étapes de la démarche	Équipe centrale	Fournisseurs contractés ¹¹ (GDC, tech et logiciel)	Utilisateurs
3. Évaluation du niveau de préparation à la mise en œuvre du DME et élaboration du plan de transition À partir de formulaires standardisés proposés, chaque clinique peut évaluer le niveau de préparation, de connaissance et d'ouverture des cliniciens à l'utilisation du DME, les besoins reliés au type de pratique clinique ainsi que les préalables à teneur technologique. L'évaluation du niveau de préparation permet d'identifier les besoins et d'établir le plan de transition personnalisé à chaque clinique.	Diffusion d'outils et grilles de travail pour faciliter l'identification des besoins et l'adéquation de l'offre de service des différents fournisseurs.	Soutien externe en GDC, le cas échéant.	- Identification des besoins de la clinique et des préalables à l'implantation et à l'utilisation. - Élaboration du plan de transition.
4. Choix de la solution DME Dans le choix de la solution, ils peuvent se faire assister d'un fournisseur en GDC ou contacter eux-mêmes les fournisseurs de solutions. L'équipe centrale rend disponibles les outils permettant aux cliniques de se préparer aux rencontres avec les fournisseurs et d'évaluer le niveau de réponse de chacun à leurs besoins cliniques spécifiques. Les cliniques font l'acquisition de la solution.	Diffusion d'outils et grilles de travail pour faciliter l'identification des besoins et l'adéquation de l'offre de service des différents fournisseurs.	- Démonstration des fournisseurs de solutions. - Soutien externe en GDC sur demande.	- Participation aux rencontres et démonstration. - Analyse des besoins et de l'adéquation de la réponse des différentes solutions. - Sélection et acquisition d'une solution.
5. Choix des fournisseurs contractés (CSA et GDC) La clinique sélectionne et engage des fournisseurs privés qui lui assureront un soutien personnalisé et adapté à leur niveau de préparation leur permettant de s'approprier la solution tout en minimisant les contraintes et le temps investi par les cliniciens. Les frais sont éligibles au remboursement via le programme. L'emploi des CSA, certifiés dans le cadre du programme GMF, n'est pas obligatoire pour les cliniciens hors GMF. Cependant, leur certification leur assure un lien facile avec la SOGIQUE et leur expérience dans les GMF représentent une certaine garantie quant à leur expertise et à leur connaissance du domaine.	Diffusion d'outils et grilles de travail pour faciliter l'identification des besoins et l'adéquation de l'offre de service des différents fournisseurs.	Participent aux rencontres.	- Rencontres - Analyse des besoins et de l'adéquation de la réponse des différentes solutions. - Sélection et signature d'un contrat avec les fournisseurs choisis.

Étapes de la démarche	Équipe centrale	Fournisseurs contractés ¹¹ (GDC, tech et logiciel)	Utilisateurs
6. Révision et adaptation des processus de travail Cette étape consiste à réviser l'ensemble du processus clinique au sein de la clinique, à identifier les impacts de l'informatisation ainsi que les opportunités d'optimisation des façons de faire. L'intervention permet également de cibler les adaptations qui seraient requises à la solution en fonction du profil de pratique clinique et les gains qui en découleraient. La révision des processus entraîne : • une révision des rôles et responsabilités, notamment en ce qui a trait aux activités cléricales (sortie et classement de dossiers, notes au dossier, transmission des résultats, etc.); • l'identification des besoins de formation et de soutien; • l'identification des adaptations ou rehaussements requis au plan technologique et de l'aménagement.	• Diffusion d'outils et grilles de travail pour faciliter l'identification des besoins et l'adéquation de l'offre de service des différents fournisseurs.	• Accompagnement/ Soutien externe en GDC.	• Participation aux ateliers de gestion du changement de la FMOQ. • Réalisation de la révision, de l'adaptation et de l'optimisation des processus de travail.
7. Préparatifs technologiques Ce volet consiste à planifier les activités technologiques requises soit : • l'implantation technologique, le cas échéant; • les activités passerelles telles la numérisation des résultats et autres documents transmis, l'entrée manuelle de données permettant d'alimenter les dossiers ainsi que d'assurer la sécurité et la confidentialité (EFVP).	• Analyse de la conformité. • Réception des formulaires. • Remboursement.	• Les cliniques peuvent se faire assister par des CSA lors de la phase de l'implantation technologique. • Ces services peuvent être négociés avec le fournisseur, achetés auprès d'autres ressources ou offerts par une ressource interne formée et libérée à cette fin.	
8. Formation sur la solution DME Une formation adaptée est offerte aux cliniciens		• Fournisseurs de DME	• Participation à la formation

Étapes de la démarche	Équipe centrale	Fournisseurs contractés ¹¹ (GDC, tech et logiciel)	Utilisateurs
immédiatement avant la mise en œuvre.			
9. Mise en œuvre de la solution DME choisie et soutien à l'implantation	- Réception des formulaires. - Remboursement.	Les services de soutien à l'implantation peuvent être négociés avec le fournisseur de DME ou de GDC, ou offerts par une ressource interne formée et libérée à cette fin.	
10. Utilisation de la solution DME Utilisation en croissance autant dans le nombre d'utilisateurs par clinique que du nombre de fonctions utilisées et de la fréquence.	- Réception des formulaires et attestations d'utilisation. - Remboursement.	Accompagnement/ Soutien externe en GDC.	- Intégration de la solution dans les façons de faire des médecins. - Utilisation du DME dans leur pratique.
11. Monitoring du niveau d'utilisation Le monitoring continu du niveau d'adhésion des médecins et de leur utilisation de la solution permet d'évaluer le succès de la démarche et de réaliser les ajustements requis à la stratégie, le cas échéant. Il permet également la reddition de comptes reliée à la distribution des allocations accordées aux médecins.	Suivi et analyse d'indicateurs sur l'utilisation.		Monitoring de l'évolution du niveau d'utilisation.

11 LA GOUVERNANCE DU PROGRAMME

Le MSSS a mis en place de nouveaux mécanismes de gouvernance en matière de technologies de l'information.

Ainsi, le Bureau de programme pour l'informatisation du réseau a été mis en place en avril 2011 et vise à encadrer, coordonner et superviser tout le volet de l'informatisation du secteur sociosanitaire. Également, un conseil de gouvernance et une table permanente d'interopérabilité ont été constitués pour soutenir le Bureau de programme dans sa mission. Enfin, un comité consultatif des besoins cliniques est aussi sous la direction du Bureau de programme; son mandat s'élargit à toute question clinique en lien avec l'informatisation du secteur sociosanitaire.

Les médecins de première ligne seront impliqués dans la structure du réseau pour l'implantation dans les régions (DMRE-DAMU). Un comité conjoint MSSS-FMOQ sera mis sur pied afin de soutenir la mise en œuvre de l'entente MSSS-FMOQ et ce faisant du PQADME.

Les notions fondamentales que l'on souhaite voir émerger du PQADME, telles qu'insufflées par sa gouverne, sont notamment :

- une imputabilité franche qui repose sur des processus clairs et rigoureux;
- une gestion des opérations efficiente et efficace;
- une cohérence maximale de gestion entre les cliniques en GMF et celles hors GMF.

Sous une gouverne forte et acceptée par tous, les ressources du programme doivent répondre aux réalités médicales autant que technologiques. C'est donc dans une structure matricielle qu'elles devront s'inscrire.

Ainsi, sous la maîtrise d'œuvre du MSSS, la SOGIQUE et la RAMQ collaboreront au bon fonctionnement du programme. Un comité opérationnel comptant un représentant de chacune de ces organisations siégera de façon récurrente et rapprochée afin de s'assurer des qualité, efficacité et efficience des opérations du programme.

12 LE PROCESSUS DE SÉLECTION DES FOURNISSEURS DE DME

Le processus de sélection permet de dresser la liste des fournisseurs dont les applications homologuées sont admissibles au financement du PQADME, car répondant à des exigences et à des critères spécifiés, à la fois cliniques, fonctionnels et technologiques permettant notamment la protection des renseignements personnels et l'interopérabilité avec le DSQ.

À cet effet, il y a eu publication d'un appel d'homologation de DME sur le système électronique d'appel d'offres (SEAO) du Québec sur un terme de trois ans.

Le fournisseur doit, au cours de cette période, maintenir sa solution informatique à jour, la faire évoluer selon le rythme déterminé par le MSSS et la soumettre annuellement au processus d'homologation.

Ce processus de sélection annuel comprend les étapes présentées brièvement ci-après :

1. Réception et analyse de la conformité administrative

Publication de l'appel d'homologation et analyse de la conformité administrative des propositions reçues.

2. Pré-homologation

Chaque solution informatique conforme sur le plan administratif est évaluée et validée par des experts pour une pré-homologation, laquelle comprend l'évaluation des critères obligatoires définis par le MSSS :

- o Validation clinique et fonctionnelle;
- o Validation technologique.

3. Certification RTSS

L'application doit satisfaire aux tests de conformité répondant aux critères d'évaluation (quantitatifs et qualitatifs) se rapportant notamment à la sécurité et à la performance du RTSS.

4. Certification DSQ

Chaque application doit de plus être soumise au processus de certification afin de s'assurer que celle-ci réponde notamment aux critères des services communs du DSQ et de ses différents domaines cliniques. C'est cette dernière étape qui permettra aux DME ainsi homologués de communiquer avec les domaines cliniques du DSQ.

5. Signature du contrat

Chaque nouveau fournisseur signe un contrat avec le MSSS pour chaque solution informatique homologuée.

13 L'APPROCHE EN MATIÈRE DE GESTION DES RISQUES

La gestion des risques fait partie intégrante du processus de gestion du PQADME.

En fonction de leur nature respective ou de l'envergure de l'impact appréhendé, les risques relèvent du niveau stratégique ou opérationnel de la gouvernance du programme. Ils font l'objet d'un plan d'atténuation des risques et d'un monitoring adapté et pertinent.

Les risques liés à la sécurité et à la confidentialité des données ainsi qu'à la protection de la vie privée sont gérés selon des protocoles.

Le processus de gestion de risques inclut les éléments suivants :

- **Identification des risques** - Identifier l'événement que l'on craint de voir survenir et l'impact du risque, s'il devait se concrétiser. Saisir les informations essentielles dans un registre de risques.
- **Évaluation des risques** - Quelle est la probabilité que l'événement se réalise et quelle serait l'ampleur de l'impact?
- **Atténuation/réduction des risques** - Prendre des mesures pour réduire la probabilité que le risque se réalise, ou planifier/prendre des mesures pour atténuer l'impact si l'événement devait se concrétiser.
- **Monitoring/suivi des risques** - L'évolution du statut d'un risque, notamment au niveau de sa probabilité et de l'impact, fait l'objet d'un suivi sur une base régulière.

Les principaux risques identifiés à ce jour ainsi que les stratégies d'atténuation prévues sont présentés sommairement dans le tableau suivant :

Tableau de suivi des risques

RISQUES	Probabilité¹²	Impact¹³	STRATÉGIES D'ATTÉNUATION
1. Non-disponibilité des fonctionnalités requises du DSQ empêchant l'atteinte des objectifs du PQADME.	4	4	Assurer la concertation entre les instances responsables afin de coordonner les priorités.
2. Difficulté d'alimentation des DME par certaines régions.	3	4	S'assurer que toutes les régions comprennent bien leur rôle dans l'alimentation du DSQ et des DME, notamment au niveau de résultats de laboratoire.
3. Manque de disponibilité des utilisateurs compte tenu du déploiement concomitant du DSQ et du DME.	4	4	- Prévoir le soutien des fournisseurs privés - Planification serrée - Collaboration étroite des agences
4. Non-disponibilité des ressources humaines de soutien requises pour la mise en œuvre compte tenu de l'inscription massive et simultanée des utilisateurs.	4	4	- Coordination étroite du déploiement - Contribution des agences - Entente de gestion
o Ressources de soutien de l'équipe centrale.	3	3	- Monitorer l'adhésion et planifier les interventions en conséquence. - Prévoir l'accès à des ressources supplémentaires (prêt de services ou firmes privées) de manière ad hoc.
o Ressources de soutien des fournisseurs CSA et de GDC.	3	3	Transmettre aux fournisseurs les informations pertinentes et appropriées leur permettant de mieux répondre à la demande.
5. Capacité des fournisseurs de DME à assurer un déploiement suivi d'un soutien de qualité, au rythme imposé par les demandes des médecins.	4	3	Transmettre aux fournisseurs les informations pertinentes et appropriées leur permettant de mieux répondre à la demande.
6. Constance de l'appui de la FMOQ du projet.	2	5	- Impliquer directement la FMOQ dans la haute gouvernance du projet ainsi que dans la stratégie de communication avec ses membres. - Participer à des présentations et activités de la FMOQ sur demande.

¹² 1 = Probabilité très faible, 5= probabilité très élevée

¹³ 1 = Incidence très faible, 5= incidence très élevée

RISQUES	Probabilité ¹²	Impact ¹³	STRATÉGIES D'ATTÉNUATION
7. Non-homologation ou retrait de certains fournisseurs déjà déployés dans des cliniques médicales.	3	4	Prévoir l'accompagnement et la communication continue avec les fournisseurs participant au programme

14 LE SUIVI DES ADHÉSIONS ET DU NIVEAU D'UTILISATION DES DME

Le monitoring de l'évolution du nombre de cliniciens inscrits au programme et de leur niveau d'utilisation de la solution DME doit faire l'objet d'un suivi rigoureux permettant d'analyser sur une base continue les progrès réalisés face à l'adoption et de déterminer les ajustements requis, le cas échéant, et ce, tant au niveau de la clinique par ses responsables qu'au niveau national par l'équipe centrale. Le monitoring permet également de rencontrer les exigences au plan de la reddition de comptes auprès du Comité paritaire MSSS-FMOQ (Entente particulière DSQ-DME article 7.3) du programme, du MSSS et d'ISC éventuellement aux fins de remboursement.

La liste des indicateurs critiques et le détail des modalités et outils de suivi seront déterminés avant le lancement du programme. On prévoit, notamment, un outil commun de gestion des données à l'intention de l'équipe centrale du projet. Le suivi des indicateurs critiques et mesurables sera ainsi intégré aux activités de gestion stratégique et opérationnelle via un tableau de bord de gestion (TBG).

Les rapports périodiques seront générés à partir de l'outil commun. Ces rapports portent spécifiquement sur :

- Le nombre de cliniciens inscrits au programme de DME;
- Le nombre de cliniciens utilisant un DME conforme aux exigences d'utilisation du DME (Entente particulière DSQ-DME Annexe 3 : 6 fonctionnalités parmi 12).

15 L'APPROCHE RELATIVE AUX PROCESSUS DE DEMANDES DE CHANGEMENT

Plusieurs raisons internes ou externes au programme peuvent être à l'origine d'une demande de changement¹⁴ aux politiques et procédures du programme.

Par exemple : une hausse ou une baisse marquée de la courbe d'adhésion des médecins dans un secteur donné, l'ajout d'autres clientèles utilisatrices et leur niveau d'utilisation du DME. D'autres raisons peuvent être d'ordre financier ou technologique ou être liées au manque de disponibilité des ressources et des expertises. Ces facteurs peuvent influencer le nombre de participants au programme ou la capacité à répondre à la demande et entraîner la remise en question d'une politique ou d'une procédure.

C'est pourquoi le processus de gestion du programme inclut un processus de traitement des demandes de changement en fonction de la nature ou de l'envergure de la demande.

Les demandes de changement font l'objet d'un processus de contrôle rigoureux de la part du gestionnaire de programme qui vise à diminuer les répercussions des changements sur les travaux en cours. Toute demande de changement d'envergure ou stratégique sera décidée par le Bureau de programme pour l'informatisation du RSSS du MSSS.

¹⁴ Une demande de changement consiste à apporter une modification à un projet, un processus ou une règle déjà approuvé ou non.

Sur le plan des contenus des guides, outils et formulaires mis à la disposition des utilisateurs, une mise à jour sera prévue en fonction des besoins perçus et des rétroactions reçues.

Enfin, sur le plan des solutions et de la sécurité des équipements, le processus d'homologation et les normes EFVP seront actualisés tel que prévu.

16. PLAN DE FINANCEMENT

Il est difficile d'établir un calendrier précis du déploiement des DME. L'entente avec la FMOQ prévoit qu'il se fera sur une période de quatre ans sans aucun autre détail. Plusieurs facteurs doivent être pris en compte, soit :

- la disponibilité des fournisseurs de DME homologués;
- les ressources de l'équipe centrale de déploiement;
- la capacité des régions et du DSQ pour les alimenter;
- le rythme d'adhésion des cliniciens;
- et surtout,
- la disponibilité des ressources humaines compétentes.

La synergie entre les déploiements du DSQ, des DCI et des DME est une force mais présente des difficultés de gestion importante en termes de ressources. Un premier plan de déploiement du PQADME est en préparation, mais peu importe sa qualité, il devra être régulièrement mis à jour pour tenir compte des réalités sur le terrain.

Bibliographie

- Booz, Allen, Hamilton. *Pan-Canadian Electronic Health Record. Quantitative and Qualitative Benefits*. 2005. Disponible à :
http://www2.infowayinforoute.ca/Admin/Upload/Dev/Document/VOL1_CHI%20Quantitative%20&%20Qualitative%20Benefits.pdf
- Booz Allen Hamilton. *Assessing the Economics of EMP Adoption and Successful Implementation in Physician Small Practice Settings. Research Report*. 2006. Disponible à :
<http://aspe.hhs.gov/sp/07/adoption/index.htm>
- Clayton, Paul D et al., Physician use of EMR : Issues and successes with direct data entry and physician productivity, Annual Symposium Proceedings Archive, 2005. Disponible à :
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1>
- Dawson B. *The Impact of Technology Insertion on Organizations. Human Factors Integration Defence Technology Centre*, 2007. Disponible à :
<http://www.hfidtc.org/pdf/reports/New%20Reports/HFIDTC-2-12.2.1-1.pdf>
- Garets D., Davis M. *Electronic Medical Records vs. Electronic Health Records*:
- Henderson, D. et al., *Toward the Electronic Patient Record*, MedSynergies, 2007. Disponible à :
<http://www.medsynergies.com/downloads/whitepapers/wp>
- 2007 National Physician Survey. The College of Family Physicians of Canada, Canadian Medical Association, The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada
- *Yes, There Is a Difference*. HIMSS Analytics. 2006. Disponible à :
http://www.himssanalytics.org/docs/WP_EMR_EHR.pdf
- Gartner Group. *A Clear Definition of the EMR*. 2005. G00130927
- Lewis, Nicole, Information Week, 22 décembre 2010. Disponible à :
<http://www.informationweek.com/news/healthcare/emr/showarticle>
- ISC, *Le dossier médical électronique à l'intention des cliniques médicales du Québec*, août 2009
- Miller R., Sim H. *Physicians' use of EMR: barriers and solutions*. *Health Affairs* 23, no. 2 (2004): 116-126. Disponible à : <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/23/2/116>
- OntarioMd, *Improved Patient Outcomes through meaningful use of EMR by Ontario physicians*, 2010-11-17
- Rancourt JF, Paradis E. *Stratégies d'implantation d'un dossier médical informatisé en médecine familiale*. GMF Montmagny. 2008. Disponible à :
http://homepage.mac.com/docteurjf.Public/strategies_document_14nov2008.pdf.

ANNEXE 1

LISTE PRÉLIMINAIRE DES OUTILS MIS À LA DISPOSITION DES RESPONSABLES DES CLINIQUES ET DES UTILISATEURS

ÉTAPES DE LA DÉMARCHE	OUTILS
1. Information/sensibilisation au programme et au DME	• Description générale du programme et de la démarche : - o Version texte et version PPT. • Politiques et procédures : - o Éligibilité; - o Engagement et modalités relatives aux modifications (changement de clinique, absence temporaire, départ); - o Remboursements et subventions; - o Normes relatives à la sécurité et à la confidentialité ainsi qu'à l'intégrité des données; - o Modalité de consentement des patients et droits d'accès.
2. Engagement des médecins	• Document d'information sur les critères d'éligibilité et l'engagement. • Formulaire/contrat d'engagement et de modification de l'engagement.
3. Évaluation du niveau de préparation à la mise en œuvre du DME et élaboration du plan de transition L'évaluation du niveau de préparation permet d'identifier les besoins et d'établir le plan de transition personnalisé à chaque clinique.	• Grille standardisée d'évaluation du niveau de préparation. • Gabarit de plan de transition. • Gabarit budgétaire.
4. Choix de la solution DME	• Description des fonctionnalités génériques attendues dans un DME. • Grille d'évaluation des besoins. • Outil d'évaluation de la solution.
5. Choix des fournisseurs contractés (CSA et GDC)	• Catalogue DME CSA. • Catalogue fournisseurs de GDC.
6. Révision et adaptation des processus de travail	• Guide et outils.
7. Préparatifs technologiques	• Guide. • Grille d'évaluation des besoins. • Guide et grille d'évaluation de la conformité EFVP. • Formulaire d'attestation de la conformité.
8. Formation sur la solution DME	• Outils du fournisseur.
9. Mise en œuvre de la solution DME et soutien technologique à l'implantation	• Soutien technique sur place.
10. Utilisation de la solution DME	• Formulaire d'attestation d'utilisation par les médecins.
11. Monitoring du niveau d'utilisation	• Formulaire d'attestation d'utilisation par les médecins. • Banques de données, outils d'analyse et tableaux de bord.

