

Les dossiers médicaux électroniques

POUR UNE GESTION PROACTIVE DES SOINS PRIMAIRES

PAR LOUIS GAGNÉ

A lors que le gouvernement québécois en est à essayer d'implanter les dossiers médicaux électroniques (DME) à l'échelle de la province, une nouvelle étude pancanadienne démontre leur efficacité dans le domaine des soins primaires.

TRENTE FOIS PLUS RAPIDES

Une étude¹⁻² commandée par Inforoute Santé du Canada et dévoilée en juin a permis d'établir que les cliniques et cabinets dotés de DME ont été en moyenne 30 fois plus rapides à retrouver les patients nécessitant un suivi ou des soins préventifs que les cliniques utilisant des dossiers papier.

Finalement, 1,4 heure a été nécessaire pour passer en revue l'ensemble des dossiers des patients des cliniques utilisant les DME et identifier ceux nécessitant des soins primaires. Les cliniques fonctionnant encore à l'ère du papier ont eu besoin de 3,9 heures pour consulter seulement 10 % de tous leurs dossiers, ce qui signifie, selon les auteurs de cette étude, qu'une quarantaine d'heures auraient été requises pour consulter tous leurs dossiers.

« Ces résultats démontrent la valeur des DME pour permettre aux cliniciens d'identifier plus facilement les patients qui ont besoin d'un suivi et leur offrir plus rapidement des soins de



© Shtebko / Dreamstime.com



« C'est très rassurant pour un médecin ou tout autre professionnel de la santé travaillant en clinique de savoir qu'il peut compter sur un système comme les DME pour agir rapidement. »

Jennifer Zelmer, Adoption clinique et Innovation, Inforoute

qualité », a affirmé en entrevue Jennifer Zelmer, première vice-présidente, Adoption clinique et Innovation, d'Inforoute.

Cette utilisation des DME s'inscrit dans une approche de gestion des soins primaires qui consiste à utiliser l'information donnée par les DME pour améliorer les soins et résultats cliniques pour les patients, sous plusieurs angles : contrôle de l'état de santé des patients souffrant d'hypertension ou rappels de médicaments, par exemple.

Cette étude, désignée sous le nom « défi des cabinets », a été menée par des chercheurs du Centre de recherche de St. Mary, de Medbase Research et de l'Université McGill. Onze cliniques, dont deux au Québec, comptant 21 cliniciens parmi lesquels 17 utilisaient des DME et 4 des dossiers papier, ont pris part à ce défi d'une journée. Ils devaient passer en revue tous leurs dossiers pour trouver les patients qui pourraient bénéficier de six traitements factuels : immunisation, soins de suivi après une crise cardiaque, dépistage du cancer, gestion du diabète, ainsi que deux rappels de médicaments.

ACCÉLÉRER LA COMMUNICATION

Autre point positif, le personnel des cliniques a affirmé être plus sûr de pouvoir communiquer en temps opportun avec tous les patients devant recevoir un traitement ou une intervention. Sur une échelle de confiance de 1 à 5, les médecins des cliniques dotées d'un système de DME étaient plus confiants des résultats de

leur recherche que ceux utilisant des dossiers papier (moyenne de 3,8 contre 1,9).

La firme Decima a réalisé un sondage, cette fois-ci auprès des patients. Les résultats sont en cours d'analyse et devraient être prochainement publiés. Cependant, il semble déjà que 3 patients sur 4 s'attendent à recevoir en temps opportun des nouvelles de leur médecin pour des fins de suivi. « Les DME répondent à un besoin réel chez les patients », souligne M^{me} Zelmer.

« On en conclut que l'utilisation d'un DME est essentielle à la prise en charge de la gestion proactive des maladies dans le secteur des soins primaires et à l'atteinte des résultats escomptés tant pour les cliniciens que pour les patients.

Enfin, 1,4 heure a été nécessaire pour passer en revue l'ensemble des dossiers des patients des cliniques utilisant les DME contre une quarantaine d'heures pour les cliniques encore à l'ère du papier.

LE QUÉBEC, BON DERNIER !

Selon une étude³ publiée en juillet 2009 dans la revue *Health Affairs*, 37 % des médecins canadiens utilisent des DME. C'est considérablement moins que dans des pays comme les Pays-Bas (97 %), la Nouvelle-Zélande (89 %), le Royaume-Uni (89 %), ou même les États-Unis (46 %).

Publié l'année suivante, le Sondage⁴ national des médecins fixait cette proportion à 39 % à l'échelle canadienne. Ainsi, si le nombre de médecins de famille utilisant les DME a augmenté au cours des dernières années, cette implantation ne se déroule pas de façon aussi rapide que prévue selon les provinces. L'Alberta et l'Ontario sont en avance par rapport à d'autres provinces comme le Québec. Jennifer Zelmer affirme ne pas connaître les données exactes par province.

« Inforoute Santé souhaite voir d'ici 2014 quelque 12 000 médecins inscrits au programme, soit environ 60 % de tous ceux pratiquant des soins primaires au pays », indique M^{me} Zelmer. ■

Sources

- 1 Inforoute Santé du Canada. « Les dossiers médicaux électroniques surclassent les dossiers papier lors du 'défi des cabinets' dans le domaine des soins primaires », communiqué, 4 juin 2012. [En ligne : <https://www.inforoute.ca/index.php/fr/nouvelles-medias/communiqués-recents/les-dossiers-medicaux-electroniques-surclassent-les-dossiers-papier-lors-du-defi-des-cabinets-dans-le-domaine-des-soins-primaires>]
- 2 Lapointe, L., J. Hughes, R. Simkus, M. Lortie, S. Sanche et S. Law. *The Population Health Management Challenge-Final report*. Montréal, Université McGill et MEDBASE, 2012, 17 pages. [En ligne : https://www.inforoute.ca/index.php/resources/video-gallery/doc_download/548-population-health-management-challenge+practice+challenge&hl=fr&gl=ca&pid=bl&srcid=ADGEE5gl1NM8vD4_JsyDvkAewJhqWC_fAsWuRGbP3s-0WHI6ROWEYMDMSeqPcjqNVV3_36prLGV20_YbaFNKFA00zvEYOR7ZF5okN_9L7Ckplmr1EIV36ZdidL5DPVlbevMz10pw&sig=AHIEtbRiajAqQ_REBzmCubGhvB6wGF_G3A]
- 3 Schoen, C., O. Robin, M.M. Doty, D. Squires, J. Peugh et S. Applebaum. « A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009 : perspectives on care, costs, and experiences » *Health Affairs*, vol. 28, n° 6, nov./déc. 2009, p. w1171-w1183. [En ligne : http://content.healthaffairs.org/content/28/6/w1171.abstract?ijkey=9195386f35c835695e614de1c978fe44547e659e8ke&type2=tf_ipsecsha]
- 4 Sondage national des médecins, 2010. [En ligne : www.nationalphysiciansurvey.ca/nps/2010_Survey/2010nps-f.asp]

Dépistage du cancer de la prostate

CAP SUR LA GÉNÉTIQUE

PAR MARIE-MICHÈLE MANTHA

Progensa® PCA3 est le nom d'un nouveau test génétique conçu pour améliorer le dépistage du cancer de la prostate. En février dernier, il a reçu son approbation par la *Food and Drug Administration* (FDA) américaine. Alors que la controverse règne autour du dépistage de ce cancer, ce test aidera-t-il vraiment les médecins et leurs patients à répondre à la difficile question : « Lorsqu'une jeune tumeur est découverte, faut-il ou non retirer la prostate ? »

LE CONTEXTE

Dès le départ, le dépistage du cancer de la prostate a été un sujet controversé. Rappelons que depuis le milieu des années 1990, la méthode la plus courante pour dépister ce cancer est le toucher rectal et le dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS ou PSA) dans le sang. En cas d'anomalie, une investigation plus poussée est faite par biopsie de la prostate. C'est connu : cette méthode est imparfaite.

À l'automne 2011, le débat s'intensifie. C'est qu'un comité réputé d'experts américains, le *U.S. Preventive Services Task Force*, conclut dans un rapport que le dépistage de ce cancer n'améliore pas la survie des hommes¹, peu importe qu'il soit survenu à 55 ou 75 ans. Pire, dans bien des cas, il peut leur nuire en les menant à subir une chirurgie radicale, soit l'ablation de la prostate, qui peut laisser de graves séquelles, comme l'impuissance sexuelle (à peu près 40 % des hommes) et l'incontinence urinaire (autour de 33 %).

Pour en arriver à ce constat, le groupe – composé essentiellement de médecins de famille, de spécialistes et d'infirmières – a épiluché des recherches scientifiques portant sur de larges cohortes d'hommes, publiées entre 2002 et 2011. Dans leur précédente analyse datant de 2008², il n'avait pu se prononcer à cause du manque d'études.

Le rapport est à la fois salué et critiqué. Dans le doute, de plus en plus d'hommes remettent en question les pratiques. Faut-il cesser de subir un dépistage du cancer de la prostate ?

LE PCA3

C'est dans ce climat d'incertitude que le test Progenesa® PCA3, conçu par l'entreprise québécoise DiagnoCure, a été approuvé par la FDA américaine. Santé Canada l'avait homologué en août 2011 et l'Europe, en 2006. Pour le moment, il n'est pas couvert par le régime



© Zephyr / Science Photo Library

Cancer de la prostate. Urogramme en couleurs (radiographie) du bassin d'un homme de 60 ans atteint de cancer de la prostate. Située sous la vessie (en rouge, en haut à gauche), la prostate devrait être transparente, mais la tumeur lui donne un aspect trouble. L'urètre, (diagonale du centre vers le coin inférieur droit) par où sort l'urine, est étranglé à cause de la pression exercée par la tumeur. Cet étranglement cause souvent un obstacle à la miction, le principal symptôme du cancer prostatique. De cause inconnue, le cancer de la prostate est particulièrement fréquent chez les hommes de plus de 50 ans. Son traitement repose généralement sur l'hormonothérapie, la radiothérapie, la chimiothérapie et l'ablation chirurgicale de la prostate.

d'assurance maladie du Québec. Son prix est d'environ 375 \$. L'analyse se pratique simplement sur un échantillon d'urine, qui doit être prélevé dans les instants qui suivent un toucher rectal.

Ce test est le plus étudié des tests génétiques développés en laboratoire ces dernières années. Le gène PCA3, pour Prostate Cancer Gene 3, est anormalement « suractivé » (surexprimé) dans les cellules de la prostate qui sont cancéreuses. Le test mesure le degré d'activité du gène par une technique d'amplification

d'acides nucléiques (les ARN messagers). Le test PCA3 ne pourrait remplacer celui de l'APS. En effet, il ne pourrait être utilisé seul car ce ne sont pas toutes les tumeurs qui suractivent ce gène, explique le Dr Bernard Têtu, pathologiste au Centre hospitalier universitaire de Québec. Environ 90 % des tumeurs le font. Son intérêt ? Le test PCA3 a un net avantage sur le dosage de l'APS : « Contrairement



« En ce moment, nous n'avons aucun marqueur spécifique pour différencier une tumeur grave qui risque de mal évoluer et qu'il faut absolument traiter, d'une autre qui doit simplement être surveillée. En fin de compte, la majorité des hommes sont traités de la même façon. C'est là toute la controverse ! »

Dr Bernard Têtu, pathologiste au Centre hospitalier universitaire de Québec



LES 4^e JEUX DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC

25 au 27 janvier 2013
Campus de l'Université Laval à Québec

Ces jeux opposeront des étudiantes et étudiants en soins infirmiers et en sciences infirmières du Québec dans un esprit de fraternité et de saine compétition.

jiiq.org



Partenaire de l'événement



DEUX PROJETS PANCANADIENS À SURVEILLER

- Réseau canadien IRTF de biomarqueurs du cancer de la prostate (RCBCP) a reçu un financement de quatre millions de dollars de l'Institut de recherche Terry Fox. Son but : trouver des marqueurs génétiques du cancer de la prostate. Le Dr Fred Saad, chef de l'urologie au CHUM, y est associé. L'annonce date de juillet 2012.
- Canadian Prostate Cancer Genome Network. Son but : créer une carte des gènes mutés des tumeurs de la prostate. Le Dr Tom Hudson, directeur scientifique de l'Institut ontarien de recherche sur le cancer, participe à ce projet de vingt millions de dollars qui a démarré en février 2011.

rement à l'APS, dont le taux peut être anormalement élevé simplement parce que la prostate est plus grosse ou inflammée, le PCA3 est surexprimé presque uniquement dans les cellules cancéreuses », confirme-t-il.

Les deux tests pourraient être utilisés de pair, dans certains cas. Jusqu'à 40 % des biopsies de suivi pourraient alors être évitées, selon le fabricant. On parle ici des biopsies pratiquées après une première biopsie négative. Ainsi, un homme ayant un taux d'APS anormalement élevé pourrait se voir épargner de douloureuses ponctions si son résultat au test PCA3 est favorable.

ÉCLAIRAGE

« Être mieux outillé pour déceler les cancers de la prostate est bien, admet le Dr Têtu. Faire moins de biopsies inutiles aussi. Par contre, si le test PCA3 améliore le dépistage, ne risque-t-on pas d'aggraver le problème du surtraitement ? » L'un des grands défis est que ce cancer est fréquent et rarement grave. Au-delà de 70 ans, plus de la moitié des hommes ont un cancer de la prostate et très peu en mourront, précise le spécialiste.

« La vaste majorité des hommes qui se font retirer la prostate ont un cancer à un jeune stade », constate le Dr Têtu, qui analyse des milliers de biopsies chaque année. « En ce moment, nous n'avons aucun marqueur spécifique pour différencier une tumeur grave qui risque de mal évoluer et qu'il faut absolument traiter, d'une autre qui doit simplement être surveillée. En fin de compte, la majorité des hommes sont traités de la même façon. C'est là toute la controverse ! »

Il faudrait un test qui permette de prédire l'évolution de ce cancer. Le PCA3, malheureusement, ne le fait pas. C'est pourquoi on investit beaucoup dans la recherche, souligne le spécialiste. C'est vers l'étude du code génétique des tumeurs que tous les espoirs se tournent. ■

Sources

1. Chou R., J.M. Crosswell, T. Dana, C. Bougatso, I. Blazina, R. Fu *et al.* « Screening for prostate cancer: a review of the evidence for the US Preventive Services Task Force », *Annals of Internal Medicine*, vol. 155, n° 11, 6 déc. 2011, p.762-771. [En ligne : www.uspreventiveservicestaskforce.org/prostatecancerscreening/prostateart.pdf].

Version résumée de ce rapport « Screening for prostate cancer-Current recommendation » [En ligne : www.uspreventiveservicestaskforce.org/prostatecancerscreening.htm]

2. US Preventive Services Task Force. « Screening for prostate cancer : US Preventive Services Task Force recommendation statement », *Annals of Internal Medicine*, vol. 149, n° 3, 5 août 2008, p. 185-191. [En ligne : <http://annals.org/article.aspx?volume=149&page=185>]

Réseau canadien IRTF de biomarqueurs du cancer de la prostate (RCBCP) « Quels types de cancer de la prostate exigent un traitement immédiat ? », (communiqué), 25 juillet 2012. [En ligne : www.tfri.ca/french/whats_new/2012_07_25.asp]

Pour en savoir plus : CBC News. « Prostate cancer genome to be decoded » [En ligne : www.cbc.ca/news/health/story/2011/02/15/prostate-cancer-genome.html]