



Utilité du dossier électronique de la perspective du patient

Les deux exemples ci-après visent à illustrer la plus-value apportée par la mise à disposition des informations médicales, sous forme numérique, par rapport aux formes usuelles d'échange d'information (p.ex. lettre postale, fax, etc.).

Exemple « blessure sportive »

Consultation médicale (médecin généraliste)

M. F., trentenaire, se tord le genou droit en jouant au football. Voyant que ses douleurs ne s'atténuent pas, même après quelques jours, il se rend en consultation chez sa doctoresse généraliste. Celle-ci examine son genou et réalise une radiographie afin d'exclure des lésions osseuses. Elle lui prescrit, par ailleurs, des médicaments anti-inflammatoires. Elle adresse M. F. à un orthopédiste afin qu'il réalise des examens plus approfondis.

Mise en œuvre avec une transmission d'information conventionnelle

La doctoresse remet une ordonnance manuscrite au patient afin qu'il puisse retirer ses médicaments dans une pharmacie. Elle lui remet également les radiographies. Enfin, elle dicte un bref rapport de transmission, qui est retranscrit par l'assistante médicale et envoyé par poste à M. F.

Mise en œuvre avec le dossier électronique du patient

La doctoresse généraliste saisit l'ensemble des indications pertinentes pour le traitement dans le dossier médical électronique de M. F. (système local d'information clinique en cabinet). Elle élabore par la suite un rapport de transmission électronique comportant toutes les informations importantes de l'anamnèse du patient et concernant les circonstances de l'accident avec la demande de réaliser une consultation spécialisée. Le rapport de transmission, les radiographies ainsi que l'ordonnance en ligne concernant les médicaments anti-inflammatoires sont saisis dans le dossier électronique du patient de M. F. La doctoresse demande à M. F. d'attribuer les droits nécessaires à l'orthopédiste, au moyen du portail web de sa communauté de référence, afin que ce dernier puisse consulter ces données dans son dossier électronique avant qu'il ne se rende à son cabinet.

Plus-value

- L'orthopédiste a la possibilité de s'informer préalablement à la consultation de M. F., au moyen de son dossier électronique, sur les circonstances de l'accident et sur les blessures, ce qui permet d'accroître l'efficacité lors des prochains diagnostics et thérapies. L'orthopédiste n'a pas besoin de téléphoner à la doctoresse généraliste pour lui demander des informations, vu que toutes les informations importantes figurent dans le rapport de transmission.
- M. F. est libéré de la responsabilité d'apporter ses radiographies à son orthopédiste lors de sa consultation.
- Le pharmacien, qui a reçu les droits d'accès au dossier électronique de M. F., peut y consulter l'ordonnance en ligne et peut rapidement identifier de manière univoque les médicaments prescrits.

Consultation médicale (orthopédiste)

L'orthopédiste examine M. F. et présume une déchirure du ligament croisé antérieure et du ménisque interne et adresse M. F. à un institut radiologique en vue de la réalisation d'un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou droit.

Mise en œuvre avec une transmission d'information conventionnelle

L'orthopédiste réalise à nouveau une anamnèse car M. F. n'a pas reçu le rapport de transmission de sa doctoresse généraliste à temps. Il remplit le formulaire pour adresser le patient à l'institut radiologique et l'envoie par fax. M. F. recevra à nouveau les radiographies avec la demande de les transmettre au radiologue.

Mise en œuvre avec le dossier électronique du patient

M. F. est adressé à l'institut radiologique grâce au dossier électronique du patient, de la même manière qu'il avait été préalablement adressé à l'orthopédiste. M. F. attribue à ce titre les droits d'accès nécessaires au radiologue responsable de l'institut radiologique pour une durée limitée.

Plus-value

- Le radiologue peut se mieux se préparer à la l'examen IRM et dispose d'une demande de consultation précise, c'est-à-dire qu'il n'a pas besoin de contacter préalablement l'orthopédiste.
- M. F. ne doit pas raconter à nouveau les circonstances de l'accident à l'orthopédiste et ne risque pas d'oublier les radiographies à son domicile.
- Les radiographies sont immédiatement mises à disposition de l'ensemble des professionnels de la santé qui ont reçu les droits d'accès correspondants et elles peuvent aussi être consultées plusieurs années plus tard.

Consultation médicale (institut radiologiques)

Le service de radiologie réalise un examen IRM et rédige un rapport radiologique.

Mise en œuvre avec une transmission d'information conventionnelle

Le rapport radiologique dicté est retranscrit par le secrétariat de l'institut radiologique, puis signé par le radiologue et envoyé par courrier à l'orthopédiste et à la doctoresse généraliste. M. F. reçoit un CD-ROM comprenant les images IRM.

Mise en œuvre avec le dossier électronique du patient

Les images IRM et le rapport radiologique réalisé directement de manière électronique sont enregistrés dans le système d'information clinique de l'institut radiologique et saisis dans le dossier électronique du patient de M. F.

Plus-value

- L'orthopédiste et la doctoresse généraliste peuvent consulter le rapport radiologique et l'insérer dans leur propre documentation électronique du dossier médical électronique de M. F.
- M. F. ne risque plus d'égarer ou de perdre le CD-ROM comportant les images IRM.
- Les images IRM sont immédiatement mises à disposition de l'ensemble des professionnels de la santé qui ont reçu les droits d'accès correspondants par M. F. Celles-ci peuvent également être consultées plusieurs années plus tard.

Consultation médicale (médecin généraliste)

M. F. recontacte sa doctoresse généraliste afin de discuter des résultats des examens et de planifier les prochaines étapes. Convenant ensemble qu'une opération est inéluctable, la doctoresse adresse M. F. à une clinique spécialisée.

Mise en œuvre avec une transmission d'information conventionnelle

M. F. amène les radiographies et les images IRM à sa doctoresse généraliste. Celle-ci rédige à la main une lettre de transmission qu'elle faxe au chirurgien responsable de la Clinique spécialisée.

Mise en œuvre avec le dossier électronique du patient

La doctoresse dispose de toutes les informations pertinentes pour la décision concernant la suite du traitement de son patient avant même de le revoir. Elle élabore un rapport de transmission électronique et demande à M. F. de donner les droits d'accès nécessaires, limités à la durée de son hospitalisation, au chirurgien responsable de la clinique spécialisée pour qu'il puisse consulter les informations relatives à son traitement dans son dossier électronique.

Plus-value

- Le chirurgien de la clinique spécialisée dispose immédiatement de l'accès à l'ensemble des informations nécessaires pour la préparation de son acte chirurgical et ne doit faire aucun téléphone pour des informations complémentaires.

Séjour hospitalier

M. F. est accueilli dans la clinique spécialisée et examiné par le chirurgien. Ce dernier effectue ensuite une ablation partielle du ménisque sous arthroscopie. Il rédige un rapport d'opération et permet à M. F. de sortir tout en lui recommandant une thérapie de physiothérapie et en lui remettant une ordonnance avec tous les médicaments nécessaires.

Mise en œuvre avec une transmission d'information conventionnelle

Le chirurgien consulte l'ensemble des documents et images apportées par M. F. et contacte, en cas de doute, l'orthopédiste ou le radiologue. Suite à l'opération, il rédige le rapport d'opération qui sera imprimé par le secrétariat et faxé à la doctoresse généraliste ainsi qu'à l'orthopédiste. Les images de l'arthroscopie sont transmises à M. F. ainsi que l'ordonnance manuscrite des médicaments et la prescription des séances de physiothérapie.

Mise en œuvre avec le dossier électronique du patient

Le chirurgien peut planifier l'opération de M. F. avant son entrée à la clinique car toutes les informations nécessaires figurent dans son dossier électronique du patient. Suite à l'opération, le rapport d'opération et les images de l'arthroscopie saisis dans le système d'information clinique sont enregistrés dans le dossier électronique. La prescription des séances de physiothérapie et l'ordonnance pour les médicaments nécessaires y seront également enregistrées.

Plus-value

- La doctoresse généraliste et l'orthopédiste reçoivent directement et rapidement l'ensemble des résultats et images nécessaires pour la suite du traitement de M. F. et peuvent les enregistrer dans leur propre système d'information de cabinet et compléter ainsi le dossier médical de M. F.
- Le patient n'est pas chargé une nouvelle fois de la transmission des informations.
- Le pharmacien peut délivrer les médicaments corrects au patient, avec les indications correctes concernant leur prise par le patient. Le physiothérapeute, qui a reçu les droits d'accès par M. F., peut consulter la prescription des séances, contenue dans son dossier électronique du patient.

Exemple « plan de prise en charge d'un patient en fin de vie »

Les patients touchés par des maladies incurables sont souvent amenés à alterner entre une prise en charge dans différentes institutions (p.ex. hôpital de soins aigus) et séjour à domicile. Ces changements sont très lourds pour le patient, tant au niveau psychique que physique, et peuvent aussi générer des lacunes dans la transmission d'information entre les différents acteurs de la chaîne de soins. Il ne sera plus possible, à l'avenir, de gérer la quantité d'information et la complexité du dossier médical d'une personne en fin de vie sans saisie électronique structurée. Le plan de prise en charge développé par « Palliative Solothurn » peut servir de document de base pour une prise en charge interdisciplinaire du patient en fin de vie. Un plan et un concept de prise en charge sont élaborés avec le patient, ses proches et en collaboration interprofessionnelle en saisissant les troubles médicaux existants ou prévus. Dans ce cadre, ces derniers discutent également des questions

portants par exemple sur la prise d'antibiotiques, sur la réanimation, la respiration artificielle, la nutrition artificielle, etc. et des démarches si ces questions se présentent.

Les deux exemples suivants illustrent deux cas d'application (*Source: C. Cina, Solothurn: erster Kanton mit einheitlichem Betreuungsplan für Schwerkranke, Suisse. Bulletin des médecins suisses 2012, num. 31/31, pages 1123 et suivantes, uniquement en version allemande*) :

- M. G, nonagénaire, a besoin de davantage de soins et entre à l'EMS. Un plan de prise en charge est développé par les soignants, la patiente et sa fille. Ainsi, ce dernier assure que la volonté de la patiente soit respectée et que les symptômes à venir ainsi que leur traitement, soient préalablement thématés. Grâce aux indications précises, des hospitalisations inutiles sont évitées et le médecin d'urgence dispose d'une aide à la décision.
- Mme C. est trentenaire et a un passé médical complexe, avec de nombreux troubles de la santé, en raison de son handicap physique. Elle est prise en charge, de manière intensive, par plusieurs spécialistes. Son insuffisance rénale en phase terminale, avec dialyse, et son diabète mellitus la contraignent à des hospitalisations répétées. Lors de sa dernière hospitalisation, un cancer incurable a été diagnostiqué. Mme C. souhaite pouvoir passer la dernière phase de sa vie à son domicile. Suite à une discussion avec le médecin généraliste, l'hôpital complète le plan de prise en charge et laisse la patiente rentrer chez elle. Ce plan de prise en charge représente la base pour toute prise en charge future ainsi que pour les soins à domicile.

Grâce au dossier électronique du patient, le « plan de prise en charge d'un patient en fin de vie » :

- permet une qualité de vie aussi élevée que possible, grâce à la planification préalable de la mise en œuvre de soins et de la prise en charge du patient, lorsque celui-ci est en fin de vie;
- assure les flux d'information et de communication entre les différents professionnels de la santé et les institutions impliqués ;
- peut soulager les proches, car les démarches en cas de situations d'urgences ont préalablement été convenues et sont connues ;
- peuvent éviter des hospitalisations d'urgences inutiles en fin de vie qui sont très lourdes pour l'ensemble des personnes impliquées ;
- assurera que la volonté du patient soit également connue en cas de situation d'urgence et soit ainsi respectée.



Résumé

Le dossier électronique du patient

- libère le patient de son rôle de postier car il ne doit plus apporter aux professionnels de la santé la documentation et les documents médicaux ;
- permet au patient de ne pas devoir répéter aussi fréquemment les indications médicales relatives à son dossier médical aux différents professionnels de la santé ;
- offre au patient l'assurance, que l'ensemble des professionnels de la santé impliqués son traitement connaissent ses problèmes de santé ;
- permet au patient de consulter en tout temps ses propres données médicales et de se préparer ainsi à sa prochaine consultation (hausse des compétences de santé et du « Patient empowerment ») ;
- offre la possibilité au patient de contrôler les historiques d'accès à son dossier électronique et de porter plainte s'il constate un accès abusif ;
- offre la possibilité au patient de saisir lui-même des données ou des informations supplémentaires concernant son état de santé dans son dossier électronique, ce qui peut potentiellement contribuer l'établissement d'un diagnostic plus spécifique ou de définir un traitement plus spécifique ;
- réduit les ruptures de médias et rend inutile l'échange de données personnelles particulièrement sensibles via des e-mails non sécurisés ou par fax ;
- offre une meilleure qualité d'information grâce à une structuration croissante et au codage des informations médicales (p.ex. moins d'erreurs de médication liées à des ordonnances illisibles) ;
- offre aux professionnels de la santé un aperçu rapide sur clarifications déjà réalisées ainsi que sur les décisions (thérapeutiques) qui ont été formulées et appliquées et réduit ainsi potentiellement le nombre d'exams (répétés) ;
- augmente la sécurité du traitement et de la médication (en particulier en cas d'urgence, p.ex. si le patient est allergique à un médicament ou a des intolérances particulières) ;
- est tout aussi rapide que la transmission de données par fax, permet toutefois à d'autres professionnels de la santé disposant des droits d'accès, de continuer à traiter les données qui y sont enregistrées (p.ex. intégration d'un rapport laboratoire dans le dossier médical électronique) et réduit ainsi le risque d'erreur de transmission (manuelle).