

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA



Canada Health
Infoway Inforoute
Santé du Canada



CONSEIL PRATIQUE

Utilisation avancée et éclairée des DME

MODULE 3

Soutiens aux
décisions cliniques dans
les DME au Canada

NOVEMBRE 2018

L'information clinique et administrative qui est à la disposition des cliniciens augmente de manière exponentielle. Par conséquent, il est de plus en plus difficile pour les médecins de famille de fournir des soins axés sur les plus récentes données disponibles.

Les outils d'aide à la décision clinique (ADC) permettent d'alléger cette tâche¹. Ces outils analytiques sont intégrés au dossier médical électronique du médecin (DME) et permettent d'améliorer les décisions et actions en matière de santé grâce à des connaissances cliniques organisées et à des renseignements sur les patients afin d'améliorer leur santé et la prestation des soins².

Les outils d'ADC fournissent au médecin les bons renseignements au bon moment, afin d'améliorer la prise de décision clinique pour chaque patient. En fait, ces outils sont en grande partie responsables des avantages cliniques qui découlent de la numérisation des soins de santé³. La valeur ajoutée est attribuée à la prestation de soins de meilleure qualité, à l'augmentation de pratiques sécuritaires, à une réduction des coûts des soins et à une meilleure cohérence dans la documentation⁴.

De tels outils peuvent faire partie d'un logiciel natif de DME ou être achetés séparément du fournisseur de DME ou autre fournisseur de logiciels tiers. De plus, d'autres outils, ou du moins des directives quant à leur utilisation, peuvent être obtenus directement des groupes d'utilisateurs de DME, d'organismes provinciaux ou d'organismes informatiques nationaux⁵⁻⁹.

Tableau 1 : Exemples de ressources d'ADC

Organisme	Site Web
OSCAR EMR User Group (source ouverte)	oscarcanada.org/usersgroups
eHealth Centre of Excellence	www.ehealthce.ca
OntarioMD	www.ontariomd.ca
Toward Optimized Practice	www.topalbertadoctors.org/tools--resources/emrsupports
La santé numérique au Canada Inforoute Santé du Canada	www.infoway-inforoute.ca/fr
TheWell™	thewellhealth.ca

CATÉGORIES D'OUTILS D'ADC

Les outils d'ADC peuvent être regroupés en deux catégories fonctionnelles distinctes, décrites ci-dessous¹⁰. N'oubliez pas que l'inclusion d'un outil à titre d'exemple ne signifie pas que le CMFC ou Inforoute appuie l'outil en question.

FORMULAIRES

Formulaires et modèles de documentation : rappels/facilitateurs de saisie de données

Les formulaires et modèles intégrés au DME peuvent rappeler aux cliniciens l'information diagnostique importante à obtenir lors d'une visite clinique.

Un formulaire peut être rempli automatiquement à même les données pertinentes déjà saisies. Ces données peuvent permettre le calcul automatique de mesures importantes du point de vue clinique. De nouvelles données peuvent également déclencher des alertes automatiquement, ou fournir une piste pour la meilleure étape clinique suivante en fonction des données probantes.



Ce type d'outils d'ADC est principalement efficace dans les scénarios cliniques suivants :

- Les visites cliniques pour la prise en charge de routine de maladies chroniques

Comme les données probantes appuient les visites de suivi pour certains troubles de santé cliniques — comme le diabète, la cessation du tabagisme et l'utilisation d'opioïdes —, l'information clinique obtenue à chaque visite est assez standard. Ainsi, les rappels guidés dans les formulaires ou les modèles peuvent être utiles pour les cliniciens¹¹⁻¹². S'il y a un changement important dans l'état d'une de ces maladies chroniques, un formulaire peut alerter le clinicien et lui fournir des directives quant à la prise en charge.

- Les visites cliniques pour les présentations cliniques aiguës courantes

Les médecins de famille sont formés pour identifier les situations cliniques courantes et utilisent des outils pour en déterminer la gravité et l'urgence. Les formulaires et modèles d'ADC permettent de recueillir efficacement ces données et fournissent des pistes sur la façon d'approcher un cas particulier en fonction des données recueillies. Par exemple, le calculateur de critères Centor est un outil d'ADC de base qui utilise un modèle des caractéristiques de patients individuels pour évaluer la possibilité de pharyngites à streptocoque, et quand un clinicien devrait envisager un traitement avec un antibiotique, en fonction du score.

- Le dépistage lors des visites cliniques

Des données probantes assez concluantes appuient l'utilisation d'outils d'ADC pour dépister la dyslipidémie, avec cependant moins de preuves convaincantes pour les symptômes du cancer, les toxicomanies et les troubles de santé mentale, les soins préconception, la vaccination et autres¹³. Le questionnaire du [Centre for Effective Practice's Preconception](#) et l'[Outil DIBA pour le dépistage de l'abus d'alcool](#) sont de bons exemples.^{14,15}

Les patients peuvent remplir les formulaires et modèles intégrés au DME en utilisant une approche appelée auto-entretien assisté par ordinateur. Selon cette approche, les patients remplissent des questionnaires structurés sur des tablettes dans la salle d'attente, et ces résultats sont versés de façon automatique et sécurisée dans leur dossier du DME^{16,17}. Cette approche permet aux médecins de gagner du temps, comme ils n'ont pas besoin de recueillir et d'entrer l'information manuellement.

VISUALISATION DES DONNÉES

Présentation des données pertinentes : graphiques, diagrammes et tableaux de bord

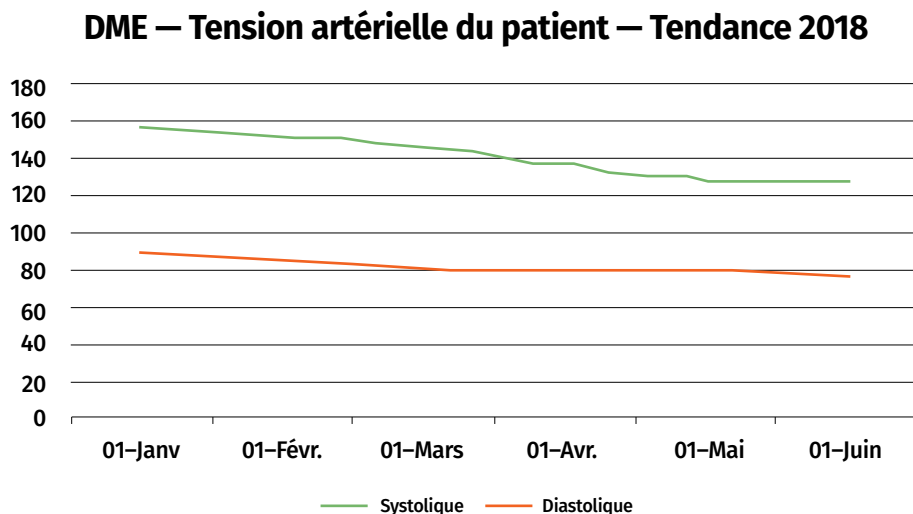
Les données des DME peuvent être filtrées et affichées de façon à favoriser la prise de décisions cliniques partagées. Ceci est particulièrement important dans le contexte du Centre de médecine de famille étant donné que ces aides facilitent la discussion avec les patients.

Si les DME d'un médecin de famille peuvent permettre de bien identifier les données saisies (comme une lecture de la tension artérielle ou un résultat d'analyse de laboratoire), ils peuvent permettre de présenter ou de visualiser ces données selon l'une des façons suivantes :

Graphiques

Le graphique temporel aide le médecin à visualiser comment un paramètre clinique a évolué au fil du temps. Par exemple, plusieurs DME offrent une façon structurée d'entrer les mesures comme la taille, le poids et la tension artérielle. Ces points de données peuvent être intégrés dans un graphique temporel, et ainsi faciliter les conversations avec les patients et la prise de décision clinique.

Figure 1: Exemple d'un graphique temporel sur la tension artérielle d'un patient tirée de son DME



Source: Dr Rashad Bhyat; créé pour le guide Conseil pratique: *Utilisation avancée et éclairée des DME*.

Diagrammes

Le diagramme temporel est un autre type d'outils d'ADC pour la visualisation de données, qui permet au médecin de voir les colonnes des valeurs des données clés obtenues lors de différentes visites cliniques. Par exemple, les valeurs de laboratoire peuvent être insérées dans un tableau temporel facile à lire. Bon nombre de cliniciens trouvent que les divers points de données les aident à prendre des décisions cliniques efficaces.

Tableaux de bord

Certains DME sont munis de graphiques intelligents avec tableaux de bord, qui utilisent un traitement plus complexe des données pour générer des portraits cliniques clés. Ces tableaux de bord sont toujours présents dans l'interface utilisateur des DME, un peu comme dans le profil cumulatif du patient (PCP). En Ontario, l'outil coloré de soins préventifs pour le dépistage du stade de cancer de la East Wellington Family Health Team est un bon exemple¹⁸. Intégré dans le PCP, l'outil change de couleur si le patient doit passer un test de dépistage, ce qui rappelle au clinicien de l'effectuer dès que possible.

Enfin, les outils de communication intégrés aux DME — comme la messagerie, les tâches ou la documentation d'une note permanente — peuvent être considérés comme des outils de présentation de données. Les échanges entre le personnel d'une clinique et les patients peuvent être conservés et mis en évidence dans le DME d'un patient. De telles notes aux autres membres de l'équipe de soins, ou aux cliniciens, fonctionnent essentiellement comme des rappels d'ADC autogénérés pour des données cliniquement pertinentes. Ceci est habituellement utilisé comme rappel d'objectifs cliniques individualisés pour un patient en particulier (p. ex., le DME indique que « l'objectif de Madame Leblanc est d'arrêter de fumer en 2018 »).

LES FACILITATEURS DE DEMANDES ET D'ORDONNANCES

Les facilitateurs de demandes et d'ordonnances comprennent diverses approches pour faire en sorte que les médecins de famille suivent les meilleures données probantes et mesures de sécurité quand ils demandent des analyses et prescrivent des médicaments.

Comme pour les modèles, un clinicien peut personnaliser les champs de demande d'analyses de laboratoire et d'ordonnance pour ajouter des listes déroulantes et des ensembles de demandes personnalisés. Plusieurs médecins trouvent que cela les aide à fournir efficacement des soins de haute qualité pour un certain nombre de problèmes médicaux qu'ils rencontrent régulièrement.

Plusieurs DME incluent aussi des outils de rétroaction automatisés au médecin prescripteur, notamment des alertes pour les allergies aux médicaments des patients, aux interactions médicamenteuses, aux incompatibilités médicaments-maladie et aux doses de médicaments anormales. Les études démontrent que ces outils peuvent réduire les erreurs de médication¹⁹.

Cependant, notons que les fonctions de commande et de prescription des DME varient. Certains sont plus restrictifs et forcent les médecins à utiliser leur interface de saisie de données normalisée, tandis que d'autres permettent aux médecins de saisir du texte libre pour une demande ou une ordonnance. Ces différences entre les DME présentent un compromis : une plus grande flexibilité permet au médecin de personnaliser ses ordonnances ; cependant, il pourrait ne pas bénéficier d'outils de rétroaction automatisés qui peuvent aider à améliorer la qualité de sa pratique de prescription. Ces outils d'ADC nécessitent une saisie de données normalisée pour bien fonctionner.

INFORMATION ET DIRECTIVES POUR RÉFÉRER DES PATIENTS

Ces types d'outils offrent du soutien à la prise de décisions liées au diagnostic et à la prise en charge pour les présentations cliniques fréquentes ou pour celles qui ne sont pas claires ou difficiles.

Soutien de la trajectoire de soins

Le soutien de la trajectoire de soins peut aider les médecins de famille à suivre des guides de pratiques cliniques basés sur les données probantes. Certains DME peuvent intégrer un algorithme d'arbre de décision pour le dépistage, le diagnostic et la prise en charge de troubles de santé (p. ex., l'ostéoporose)²⁰. Certains DME permettent aux utilisateurs de téléverser leur propre version d'outils de référence dans une section intuitive de l'interface utilisateur des DME pour faciliter l'accès. Ces outils peuvent être modifiés pour l'ajout de macros (ensemble d'instructions) afin de générer efficacement des mesures cliniquement pertinentes.

Outils de référence

De telles règles de soutien de la trajectoire de soins sont moins utiles pour des présentations cliniques atypiques plus difficiles. Dans ces situations, plusieurs DME ont des hyperliens vers des outils de référence Web pouvant être utilisés aux points de services, comme, DynaMed ou UpToDate^{21,22}. Les compléments de logiciel pour les DME sont aussi une source courante pour ce type d'outils d'ADC. Par exemple, MedCurrent est un complément de logiciel qui offre des ressources complètes pour aider le clinicien à choisir le bon type d'imagerie²³.

L'intégration aux DME n'est pas requise pour ce type d'outil d'ADC pour les références des patients. Les sites Web et les applications pour téléphones intelligents indépendants représentent aussi des options pour obtenir de l'information de référence. Cependant, ces services n'ont pas l'avantage de pouvoir tirer profit des données du DME du patient pour générer des recommandations personnalisées.

L'IMPLICATION DES PATIENTS

Les médecins de famille doivent être conscients des répercussions potentiellement négatives de la technologie sur la communication entre les patients et les médecins. La sensibilisation et l'éducation des médecins sur l'utilisation efficace de la technologie dans le cadre d'une rencontre clinique devraient appuyer les communications essentielles²⁴. Certains des outils d'ADC de visualisation des données déjà mentionnés, par exemple de simples graphiques, peuvent entraîner des discussions intéressantes avec les patients sur leurs problèmes de santé et options de traitement.

L'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) et Inforoute ont créé une [trousse de ressources de cybersanté](#) qui contient des outils pertinents, sous la catégorie communication entre médecin et patient, comme le [balado vidéo de la D^{re} Sharon Domb](#) intitulé « The Computer as a Third Party in the Clinical Encounter ».

Les médecins doivent s'assurer que la technologie ne fait pas en sorte que le patient se sente mis à l'écart dans la rencontre clinique. Une communication claire et inclusive avec les patients est essentielle dans la prestation de soins efficaces, comme l'indique le [guide Conseil pratique : Littératie en santé dans le Centre de médecine de famille](#).

DERNIÈRES RÉFLEXIONS

Ce module a décrit les types d'outils d'ADC et leurs avantages dans les pratiques en médecine de famille.

Cependant, ces avantages ne se matérialisent pas toujours²⁵. Le manque d'outils de qualité offerts par les fournisseurs de DME, les difficultés d'entretenir les bases de données de connaissances cliniques, et les obstacles dans l'intégration des outils dans le processus de travail du clinicien contribuent tous au manque d'uniformité dans les avantages observés.

Certaines études démontrent qu'une mauvaise mise en place d'outils d'ADC peut mener à des erreurs, ou causer des conséquences imprévues^{26,27}. Par exemple, une lassitude envers les alertes est l'un des principaux problèmes qui minent leur efficacité. Comme nous l'avons déjà signalé, la rétroaction provenant des outils d'ADC que reçoivent les médecins est souvent présentée sous forme d'alerte ou de rappel. Si la sensibilité aux produits issus des outils d'ADC est faible et que les alertes deviennent un obstacle au déroulement du travail du médecin, il est possible que ce dernier n'y accorde pas d'attention et de ce fait, ne bénéficie pas des avantages potentiels que pourrait lui offrir l'outil²⁸.

Pour faciliter leur adoption et bénéficier des avantages des outils d'ADC, il est impératif qu'ils soient parfaitement adaptés aux préférences des médecins. Dans le contexte du Centre de médecine de famille, les outils d'ADC peuvent soutenir la prise de décisions partagées et améliorer la communication avec les patients afin de leur fournir des soins interreliés basés sur les données probantes les plus récentes.

Bien utilisés et basés sur des données de qualité tirées des DME, les outils d'ADC peuvent améliorer grandement l'efficacité et la qualité des soins au sein des pratiques de médecine de famille.



Références

1. Inforoute Santé du Canada. *L'analytique clinique en soins primaires (Livre blanc)* [Internet]. 2016. Dans : www.inforoute.ca/fr/component/edocman/ressources/rapports/2883-livre-blanc-sur-l-analytique-clinique-en-soins-primaires-rapport-complet?Itemid=189. Date de consultation : Le 14 juin 2018.
2. Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS). Clinical Decision Support website. 2018. www.himss.org/library/clinical-decision-support. Date de consultation : Le 14 juin 2018.
3. Chaudhry B, Wang J, Wu S, Maglione M, Mojica W, Roth E, et al. Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Ann Intern Med* 2006;144(10): 742-752.
4. Brookstone, A. *Can decision support systems improve patient care?* Canadian EMR. 2013. Dans : www.slideshare.net/cientis/can-decision-support-systems-improve-patient-care?tid=eab35262-8036-4609-996b-293e81ef920f&v=&b=&from_search=1. Date de consultation : Le 14 juin 2018.
5. eHealth Centre of Excellence website. 2017. www.ehealthce.ca. Date de consultation : Le 14 juin 2018.
6. OntarioMD website. 2017. www.ontariomd.ca. Date de consultation : Le 14 juin 2018.
7. Toward Optimized Practice. EMR Supports – Alberta Peer-to-Peer EMR Network Program website. www.topalbertadoctors.org/tools--resources/emrsupports. Date de consultation : Le 14 juin 2018.
8. Inforoute Santé du Canada. 2017. www.inforoute.ca/fr. Date de consultation : Le 14 juin 2018.
9. Centre for Effective Practice. TheWell™ – Practical Tools and Resources for Primary Care website. www.thewellhealth.ca. Date de consultation : Le 7 septembre 2018.
10. Osheroff J, Teich J, Levick D, Saldana L, Velasco F, Sittig D, et al. *Improving Outcomes with Clinical Decision Support: An Implementer's Guide, Second Edition*. Chicago, IL: HIMSS Publishing; 2012.
11. Smoking Cessation Flowsheet. Juno EMR Services Support Portal. help.junoemr.com/support/solutions/articles/3000051739-smoking-cessation-flowsheet. Date de consultation : Le 14 juin 2018.
12. CognisantMD. The Opioid Management Toolkit for Physicians website. 2017. www.cognisantmd.com/opioid-management-toolkit. Date de consultation : Le 14 juin 2018.
13. Souza N, Sebaldt R, Mackay J, Prorok J, Weise-Kelly L, Navarro T et al. Computerized clinical decision support systems for primary preventive care: A decision-maker-researcher partnership systematic review of effects on process of care and patient outcomes. *Implement Sci*. 2011;6(1):87.
14. TheWell™ Centre for Effective Practice. Preconception website. 2017. thewellhealth.ca/preconception. Date de consultation : Le 14 juin 2018.
15. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Dépistage de l'abus d'alcool, intervention et orientation. 2017. www.sbir-diba.ca/fr. Date de consultation : Le 14 juin 2018.
16. CognisantMD. Ocean Tablets website. 2017. www.cognisantmd.com/ocean-tablets. Date de consultation : Le 14 juin 2018.
17. Tonic Solutions. The Patient Experience Platform for the Modern Era. 2018. Dans : tonicforhealth.com. Date de consultation : Le 14 juin 2018.
18. East Wellington Family Health Team. Preventative Screening – Ontario Cervical Screening Cytology Guidelines Summar. 2012. www.ewfht.ca/women.html. Date de consultation : Le 14 juin 2018.
19. Garg AX, Adhikari NK, McDonald H, Rosas-Arellano MP, Devhare PJ, Beyene J et coll. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes. *JAMA* 2005;293(10):1223-1238.
20. Collège des médecins de famille de l'Ontario. Osteoporosis and Falls Assessment EMR Custom Form (PS Suite)—Geriatric Education & Research in Aging Sciences and McMaster University. Clinical Tools and Resources for Primary Care.. tinyurl.com/ybqhpyle. Date de consultation : Le 14 juin 2018.
21. EBSCO Health. DynaMed Plus. 2017. www.dynamed.com/home. Date de consultation : Le 14 juin 2018.
22. Wolters Kluwer. UpToDate. 2017. www.uptodate.com/home. Date de consultation : Le 14 juin 2018.
23. MedCurrent. OrderWise Clinical Decision Support. 2017. www.medcurrent.com. Date de consultation : Le 14 juin 2018.
24. Crampton NH, Reis S, Shachak A. Computers in the clinical encounter: a scoping review and thematic analysis. *J Am Med Inform Assoc* 2016;23(3):654-665.
25. Price M, Davies I, Rusk R, Lesperance M, Weber J. Applying STOPP Guidelines in Primary Care Through Electronic Medical Record Decision Support: Randomized Control Trial Highlighting the Importance of Data Quality. *JMIR Med Inform* 2017;5(2):e15.
26. Koppel R, Metlay JP, Cohen A, Abaluck B, Localio AR, Kimmel SE et coll. Role of computerized physician order entry systems in facilitating medication errors. *JAMA* 2005;293(10):1197-1203.
27. Ash JS, Berg M, Coiera E. Some unintended consequences of information technology in health care: the nature of patient care information system-related errors. *J Am Med Inform Assoc* 2004;11(2):104-112.
28. Wright A, Phansalkar S, Bloomrosen M, Jenders RA, Bobb AM, Halamka JD et coll. Best Practices in Clinical Decision Support: the Case of Preventive Care Reminders. *Appl Clin Inform* 2010;1(3):331-345.