



CAHIER DES BESOINS FONCTIONNELS ET SPÉCIFICATIONS CLINIQUES

pour l'intégration des pratiques cliniques préventives
dans les dossiers médicaux électroniques



CAHIER DES BESOINS FONCTIONNELS ET SPÉCIFICATIONS CLINIQUES

pour l'intégration des pratiques cliniques préventives
dans les dossiers médicaux électroniques

Une réalisation du secteur Services préventifs en milieu clinique
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
www.dsp.santemontreal.qc.ca

Notes

Ce document est disponible en ligne : www.dsp.santemontreal.qc.ca/publications.
L'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes.

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2014
Tous droits réservés
ISBN 978-2-89673-401-6 (pdf)
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Groupe de travail

Bertrand, Christian	Chef du service informatique, DSP
Charier, Marie-Dominique	Agente de planification, de programmation et de recherche, Service de la planification, du développement stratégique et de l'évaluation, DSP
Chiron, Benoît	Analyste spécialisé en informatique, DSP
De Sousa, Diamantino	Directeur-adjoint, Technologies et systèmes d'information, DAIRH
Drouin, Mylène	Responsable du Secteur services préventifs en milieu clinique, DSP
Gaudreau, Mireille	Adjointe, Secteur services préventifs en milieu clinique, DSP
D ^r Perreault, Robert	Médecin-conseil, Secteur services préventifs en milieu clinique, DSP
Raffellini, Chiara	Experte-conseil, Direction associée ressources humaines, approches qualité et affaires juridiques, DAIRH
Shum-Tim, Emilie	Consultante, coordination Déploiement PRI-M, Technocentre régional, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Collaborateurs

D ^r David Buckeridge	Chercheur, DSP et Université McGill Groupe de recherche en informatique de la santé de McGill et analyste en données populationnelles
D ^{re} Geneviève Dechêne	Médecin de famille, Verdun, Soins palliatifs CH/CLSC Verdun et directrice scientifique du site internet Palli-Science
D ^{re} Johanne Desforges	Médecin de famille, GMF, Verdun
D ^r André Gervais	Médecin spécialiste et médecin-conseil, DSP
D ^{re} Andrée Gilbert	Médecin-conseil, DSP
D ^r John Hugues	Médecin de famille enseignant la médecine de famille à St-Mary's, en cabinet privé et à l'Université McGill
D ^{re} Marie-Pierre Laflamme	Médecin de famille, Clinique 3000, Montréal
D ^{re} Francine Léger	Médecin de famille, professeur, département de médecine familiale, Université de Montréal
Dr Claude Thivierge	Médecin de famille, DSP et spécialiste des lignes directrices en prévention
D ^r Jean Zigby	Médecin-conseil, CSSS de la Montagne, cliniques externes (utilisateur OACIS)

DAIRH : Direction des affaires institutionnelles et des ressources humaines

DSP : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

OACIS : *Open Architecture Clinical Information System* ou Dossier clinique informatisé

Table des matières

1.	Mise en contexte	1
2.	À qui s'adresse ce document?	3
3.	Utilisateurs visés par le module de prévention clinique	4
4.	Objectifs du module de prévention clinique	4
5.	Description des besoins	5
5.1	Fonctionnalités requises pour le DME	5
5.2	Recommandations pour certains écrans types	6
6.	Description des processus cliniques de prévention supportés	8
7.	Principes de développement	9
7.1.	Règles générales	9
7.2.	Règles de conservation des données du module de prévention clinique	9
7.3.	Règles d'accès aux données du module de prévention clinique	9
7.4.	Processus de mise à jour	10
	Références bibliographiques	11
Annexe 1	Légendes des flux des processus de prévention clinique	15
Annexe 2	Description des processus de pratiques cliniques préventives	17
2.1	Maladies cardiovasculaires et respiratoires	17
2.2	Cancers	25
2.3	Maladies infectieuses	30
2.4	Traumatismes et déficits sensoriels	43
2.5	Problèmes psychosociaux	46
Annexe 3	Tableau des ressources d'informations liées aux thématiques	51
Annexe 4	Tableau des variables	59

Liste des sigles et acronymes

CMQ	Collège des médecins du Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DCI	Dossier clinique informatisé
DME	Dossier médical électronique
DAIRH	Direction des affaires institutionnelles et des ressources humaines
DSP	Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
EMP	Examen médical périodique de l'adulte
ITSS	Infections transmises sexuellement ou par le sang
MPC	Module de prévention clinique
PCP	Pratique clinique préventive
PRP	Protection des renseignements personnels
TCR	Technocentre régional

1. MISE EN CONTEXTE

Depuis plusieurs années, la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ci-après l'Agence) publie, de concert avec le Collège des médecins du Québec (CMQ), des recommandations pour faciliter les meilleures pratiques de prévention chez l'adulte. En effet, on sait que 90% des décès évitables auraient pu être prévenus ou retardés par l'application systématique des diverses mesures préventives reconnues efficaces (GECSSP, USPSTF). Cette opportunité d'assurer une longue vie en bonne santé justifie les efforts de mieux intégrer la prévention aux pratiques cliniques des médecins et autres professionnels de la santé. À cette fin, une intégration de la prévention clinique aux Dossiers médicaux électroniques (DME) et dans les dossiers cliniques informatisés (DCI) déployés dans les cliniques médicales et dans les hôpitaux devient incontournable.

Au plan scientifique, plusieurs publications viennent appuyer l'importance que prennent les dossiers cliniques informatisés dans la gestion des pratiques cliniques préventives (PCP) en milieu clinique. L'intégration des lignes directrices aux données du patient permet l'identification spécifique des besoins en matière de mesures préventives. Les systèmes de rappel dirigés au professionnel de la santé ainsi que les rappels adressés au patient augmentent significativement l'observance en matière de prévention clinique (Hillestad et al. 2005). Également, le recours au DME permet d'identifier et d'évaluer les variations dans la prestation des PCP et d'améliorer la standardisation des pratiques qui, elle, est fortement associée à leur qualité (Vogt et al. 2007; Chevendra et Bestard Denomme, 2009). Ces observations ont amené plusieurs systèmes de santé à préconiser une gestion des PCP fondée sur l'utilisation du DME. Notamment, dans son rapport sur la prévention clinique en Colombie Britannique, le Comité de révision de la politique de prévention clinique résume ainsi les besoins (BC Ministry of Health Services, 2009) :

Développer une stratégie de technologies de l'information qui puisse soutenir le *Lifetime Prevention Schedule - LPS* (ou plan de prévention clinique du parcours de vie) qui comprend :

- des registres de population qui permettent aux professionnels et aux gestionnaires du système de santé d'identifier ceux qui sont éligibles à un service préventif donné;
- des diagrammes ou algorithmes pour chaque mesure préventive faisant partie intégrante du DME;
- des systèmes de rappel éprouvés destinés aux patients et aux professionnels pour les services inclus dans le LPS;
- intégration du LPS et d'un plan personnel de prévention dans toute initiative de développement d'un système web de dossier personnel de santé;
- une infrastructure de technologie de l'information au sein des milieux cliniques.

Au Québec, cette question commence à peine à être soulevée en raison des retards encourus dans le déploiement des sur le terrain. En effet, le *Sondage national des médecins* de 2013 relève que le Québec arrive au dernier rang des provinces canadiennes en ce qui touche le déploiement des DME (SNM 2013).

C'est donc de concert avec les efforts de déploiement des DME qu'il convient d'y intégrer rapidement les exigences associées à la gestion des PCP.

Bref historique de la démarche

Un premier groupe de travail, mis sur pied dans le cadre des activités du Réseau québécois des établissements promoteurs de santé, a formulé des recommandations à l'effet de développer un module de prévention clinique s'adressant notamment aux services de santé de première ligne.

Dans le cadre de ces travaux, il a été proposé à la direction générale des technologies de l'information du MSSS en charge de définir les critères d'homologation des DME d'intégrer quatre recommandations touchant spécifiquement la prévention clinique. L'appel d'offres publié par le MSSS, en février 2012 interpellait déjà les fournisseurs de DME demandant de prévoir un module de prévention clinique dans leur édition de 2013. Ces recommandations visent à intégrer les lignes directrices en prévention proposées et tenues à jour par le Collège des médecins du Québec (CMQ) (Évaluation médicale périodique de l'adulte), comme un des éléments constitutifs du dossier médical électronique du médecin. Les critères recommandés sont les suivants :

1. Inclut un module de prévention dérivé des lignes directrices émises par le Collège des médecins du Québec dans son document intitulé "Examen médical périodique de l'adulte" (2012) [http://www.cmq.org/fr-CA/MedecinsMembres/profil/commun/AProposOrdre/Publications/~media/Files/Guides/Guide-EMP-2012.pdf](http://www.cmq.org/fr-CA/MedecinsMembres/profil/commun/AProposOrdre/Publications/~/media/Files/Guides/Guide-EMP-2012.pdf)
2. Affiche des recommandations de pratiques cliniques préventives en fonction de l'âge, du sexe (y compris la grossesse chez la femme), du statut tabagique, de l'activité sexuelle (à la manière du guide publié en ligne par le *US Preventive Services Task Force - electronic Preventive Services Selector*)
3. Affiche une fenêtre de rappel des mesures préventives requises par un patient au moment de l'ouverture de son dossier par le médecin
4. Inclut la capacité de noter les mesures préventives réalisées et de fixer les dates futures (avec avertissement) où d'autres mesures préventives seront requises.

Un second groupe de travail a été mis sur pied récemment avec pour mandat de mettre en lumière diverses fonctionnalités et détails opérationnels destinés à faciliter le développement d'un outil qui reflète bien les lignes directrices préconisées par le CMQ en matière de prévention clinique. Cet exercice aura permis ainsi de réunir les informations dont ont besoin le médecin et les membres autorisés de l'équipe multidisciplinaire pour appliquer les meilleures pratiques en prévention clinique appropriées à chaque patient.

Le présent document articule les grands principes relatifs à l'agrégation et à l'affichage des interventions de dépistage, d'immunisation, de counseling et de chimioprophylaxie reconnues efficaces telles qu'elles s'appliquent à un patient donné selon son groupe d'âge, de son sexe et de son profil de facteurs de risque.

Dans un but de clarté, nous appellerons **Module de prévention clinique (MPC)** l'ensemble des fonctionnalités et des schémas décisionnels qui peuvent être intégrées aux DME pour permettre la gestion de pratiques cliniques préventives.

2. À QUI S'ADRESSE CE DOCUMENT?

Ce document s'adresse aux professionnels de la santé, aux administrateurs de milieux cliniques et aux fournisseurs d'applications qui souhaitent intégrer ces critères aux DME offerts au Québec.

En proposant ce cahier des besoins fonctionnels et des spécifications cliniques pour l'intégration des pratiques cliniques préventives dans les DME, les auteurs ont voulu mettre trois principaux outils entre les mains des acteurs intéressés :

1. une liste des fonctions reconnues comme utiles pour la gestion des activités médicales préventives;
2. une représentation schématique du déroulement logique proposé pour chaque pratique préventive et enfin;
3. un tableau des informations complémentaires susceptibles d'être utiles aux cliniciens au moment de poser les actes de prévention clinique.

Ces trois outils couvrent l'essentiel de ce qui est reconnu dans la littérature scientifique comme étant contributif à l'amélioration de la fréquence et de la qualité des actes préventifs. Sans le DME, il est difficile pour le clinicien de suivre le parcours de vie de chaque patient et encore plus difficile d'anticiper les besoins et exigences préventives à venir.

Reconnaissant que la mise en œuvre de ces éléments relève de la spécificité de chaque DME, les efforts ont été orientés vers la traduction, en un langage plus proche des TI, des lignes directrices destinées aux médecins et aux équipes qui les entourent.

Pour les médecins et autres professionnels de la santé impliqués dans la prestation de services préventifs, il offre une opérationnalisation des lignes directrices de PCP sous forme algorithmique. Ce traitement a l'avantage d'être familier à la fois aux yeux des professionnels de la santé et des informaticiens. Nous espérons ainsi contribuer à une formulation des demandes faites par les cliniciens qui soit facilement comprise par les développeurs d'application. Quant aux cadres et aux administrateurs qui ont à communiquer tant avec les utilisateurs qu'avec les développeurs, cette présentation devrait rendre leur suivi de travaux plus facile.

Le document a été revu par des experts en prévention, par un groupe de médecins de première ligne dont certains sont des utilisateurs de DME ainsi que par des représentants du Collège des médecins du Québec affectés à la révision des lignes directrices.

Les auteurs sont ouverts à toutes suggestions et proposition d'amélioration de ce document.

3. UTILISATEURS VISÉS PAR LE MODULE DE PRÉVENTION CLINIQUE

L'utilisation du module peut varier selon la mission, la clientèle, la taille et le volume des activités de l'organisme de santé où il sera implanté. À première vue, les utilisateurs ciblés par l'application sont les médecins omnipraticiens, les infirmières et le personnel cléricale (ex : réceptionnistes) qui doivent utiliser cette partie du DME régulièrement dans le cadre de leur travail.

Cependant, d'autres intervenants pourraient aussi avoir besoin d'y accéder selon l'organisation du travail. Entre autres, les pharmaciens, travailleurs sociaux, nutritionnistes, audiologistes, orthophonistes, psychologues, sexologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, etc. À cet égard, le fournisseur de DME devra s'assurer que les privilèges d'accès aux différentes composantes de son produit puissent être assignés selon les politiques de chaque milieu.

4. OBJECTIFS DU MODULE DE PRÉVENTION CLINIQUE

L'intégration des pratiques préventives en milieu clinique représente un défi important. Plusieurs obstacles en limitent la portée (charge clinique, absence d'une infrastructure de soutien, rémunération mal adaptée, gestion du temps, mauvaise connaissance des lignes directrices, etc.). Aussi est-il essentiel de mettre à profit le DME et plus spécifiquement, certaines fonctionnalités du DME pour optimiser ces pratiques. Voici les objectifs poursuivis :

- **Faciliter et encourager les pratiques préventives**
 - Aider les cliniciens à repérer les patients qui pourraient avoir besoin d'une intervention, en fonction de l'âge, du sexe, du statut tabagique et de l'activité sexuelle. Il propose aux cliniciens des recommandations de pratiques cliniques préventives dérivées des lignes directrices émises par le Collège des médecins du Québec. Il permet aux cliniciens d'exercer pleinement leur jugement clinique en appuyant leurs décisions sur des données probantes.
 - Aider les cliniciens à assurer un suivi plus systématique des patients. L'intégration des lignes directrices au DME permet d'associer le régime préventif aux données de chaque patient. À l'aide d'un système de rappel, il informe les cliniciens des pratiques cliniques préventives, tels le dépistage, le counseling, la chimioprophylaxie et la vaccination qui sont requises par les patients aux intervalles prescrits. Il leur signale les pratiques cliniques préventives qui n'ont pas été réalisées aux dates prévues.
 - Mieux gérer les pratiques dont plusieurs sont rattachées à des variables existantes ailleurs dans les dossiers et facilite la diffusion des nouvelles connaissances par la standardisation du processus de mise à jour.
 - Assurer des mises à jour en phase avec celles publiées par le Collège des médecins du Québec (CMQ) de façon à tendre vers une meilleure harmonisation des pratiques. Ceci permet à tous les fournisseurs d'application d'ajuster les diverses variables (comme la périodicité de certaines mesures par exemple) de leur application.

- **Améliorer l'accessibilité à l'information clinique et soutenir la prise de décision**

- Améliorer l'accès des cliniciens à l'information clinique, c.-à-d. les données cliniques des patients mais aussi les outils et les documents de référence pertinents à leur pratique, en réduisant le nombre d'applications que les cliniciens doivent utiliser actuellement pour consulter ces mêmes informations. Par le fait même, le MPC assure une cohérence et une évolution dans le temps des meilleures pratiques en matière de prévention clinique et contribue à diminuer le nombre de barrières que les cliniciens doivent surmonter pour accéder à l'information clinique.
- Rassembler en un endroit unique toutes les données requises à la pratique des mesures de prévention clinique, évitant ainsi aux cliniciens de consulter diverses sources d'information afin d'obtenir une vue aussi complète que possible de la situation clinique du patient. Il offrira aux cliniciens un accès aux informations produites par différents services et intervenants spécialisés et pourra assurer une référence appropriée des patients vers les ressources du milieu.

- **Faciliter la coordination des soins**

- Bien que ce soit l'idéal de toute application de DME, le MPC se veut, un outil de partage de l'information clinique qui devrait faciliter le travail en équipe et la coordination des travaux entre les intervenants. Le module améliore la communication entre les membres de l'équipe de soins en leur offrant la possibilité d'accéder en temps réel aux données cliniques des patients. Il favorise ainsi des interactions plus rapides entre les intervenants et leur permet de moduler et de coordonner plus efficacement leurs interventions.

5. DESCRIPTION DES BESOINS

5.1 Fonctionnalités requises pour le DME

Le module de prévention clinique devrait être considéré comme l'une des composantes fondamentales du dossier médical électronique.

Ce module doit aussi assurer les fonctionnalités suivantes :

1. affichage des recommandations de pratiques cliniques préventives en fonction de l'âge, du sexe (y compris la grossesse chez la femme), du statut tabagique et de l'activité sexuelle. Cet affichage doit être alimenté par les processus cliniques figurant à l'annexe 2;
2. affichage dès l'ouverture de la feuille sommaire et/ou de la note actuelle du patient lors de chaque visite de routine et lors de l'examen annuel (voir section 5.2.1 Zone spécifique PCP sur la feuille sommaire patient lors de la consultation du dossier);

3. affichage d'une liste de rappel des PCP requises par un patient au moment de l'ouverture de son dossier par le médecin. Ces rappels doivent pouvoir être désactivées par l'utilisateur selon ses préférences.
4. capacité de noter les PCP réalisées et celles à venir de manière rapide (ex : cases à cocher) à partir des fonctions de rappel du DME (déclencheurs décrits dans les processus cliniques figurant à l'annexe 2). S'assurer que les prescriptions de PCP peuvent être saisies pour des dates futures et demeurent actives sur la feuille sommaire ou note actuelle.
5. association de données biologiques contenues dans le dossier le cas échéant (ex : résultats des données de laboratoires);
6. intégration des calculateurs et autres outils déjà offerts lorsque pertinent (ex : IMC, indice de Framingham, etc.)
7. minimisation de la duplication des saisies d'information par les utilisateurs, par exemple en assurant qu'une information saisie apparaisse dans tous les champs où elle est requise (ex : fumeur, taille, ou tension artérielle);
8. capacité d'intégrer au module des informations et des ressources liées à chaque PCP figurant à l'EMP. Par exemple, pointer vers des sites Web ou afficher des capsules d'information d'aide à la pratique. Ces ressources sont répertoriées dans l'annexe 3 et feront l'objet de mises à jour périodiques.
9. capacité d'intégrer et de gérer une banque d'outils à l'intention des patients;
10. intégration des champs spécifiques du module à même les rapports imprimés prévus pour le système (ex : feuille sommaire)
11. capacité de créer des rapports nominatifs ou non ainsi que des listes de patients qui ont besoin d'une même PCP (ex. vaccin annuel contre l'influenza) en vue de publipostage par courriel ou de messages électroniques de rappels destinés à des individus ou sous-groupes de patients.
12. possibilité de personnaliser le module afin qu'un milieu clinique ou utilisateur donné puisse sélectionner un sous-ensemble de PCP en fonction de leurs besoins. Tous les milieux cliniques ne sont pas en mesure d'offrir toutes les PCP. Aussi est-il nécessaire de permettre à chaque milieu ou utilisateur d'effectuer une sélection de PCP qui correspond à sa manière d'opérer.

5.2 Recommandations pour certains écrans types

Les auteurs reconnaissent que chaque DME possède son architecture et son ergonomie propre. Dans la section qui suit, quelques traitements d'écrans sont présentés à titre simplement illustratif.

Parmi les écrans nécessaires pour les fonctions du MPC on retrouve :

- Zone spécifique PCP sur le sommaire du patient lors de la consultation du dossier;
- Écran formulaire spécifique pour chaque PCP ;
- Écrans d'administration du module.

5.2.1 Zone spécifique PCP sur la feuille sommaire ou sur la feuille de note affichée

À chaque ouverture de la feuille sommaire du patient ou de la feuille de note, une zone de l'écran doit comprendre deux sections.

Note : Le niveau de détail pourrait varier selon le type de rendez-vous (rendez-vous annuel pour examen médical périodique, rendez-vous de suivi, visite en clinique sans rendez-vous);

Section 1 : Historique des PCP

Sont affichés le nom du thème, l'acte effectué et la date de cette PCP cliquable vers le formulaire spécifique de cette PCP et affiche la dernière action posée

Section 2 : Liste des PCP à réaliser (nombre) et rappels (nombre)

La liste des PCP en fonction de l'utilisateur, de son âge et sexe et de la périodicité de visite (points d'entrées d'un processus de prévention tels que décrits à l'annexe 2.

Si le praticien souhaite accéder en profondeur à une PCP, il pourra le faire en cliquant sur le nom. À ce moment, le formulaire spécifique sera affiché. Dans cette section seront également affichées les rappels et les suivis requis inscrits au dossier pour ce patient.

5.2.2 Écran formulaire spécifique pour chaque PCP

L'écran comporte 4 blocs d'information :

- L'affichage des questions appropriées selon les processus décrits (annexe 2).

Note : le fait de ne pas répondre à une question ne doit pas empêcher l'utilisateur de répondre à une question subséquente, à moins d'indication contraire dans le processus schématisé.

- Les actes de prévention suggérés selon les processus décrits
- Les informations cliniques et les liens vers les ressources disponibles (annexe 3)
- Les rappels et les suivis requis qui peuvent être soit automatiquement déclenchés (ex : âge ou sexe) ou fixés manuellement par le clinicien. Si un lien est possible avec le système de prise de rendez-vous, le prévoir à ce stade.

5.2.3 Écrans d'administration du module

- L'accès à cet écran ne sera accessible qu'à l'administrateur désigné (administrateur du DME ou spécifiquement du module DME)
- La version du module de prévention doit être affichée et doit préciser la date de version des processus cliniques supportés ainsi que la date de mise à jour de la liste des informations et ressources (annexe 2)
- La liste de l'ensemble des PCP figurant à l'EMP devra figurer au menu.
- Sur l'écran d'administration le paramétrage PCP devrait s'effectuer pour chaque milieu clinique.

Pour chaque PCP, l'administrateur aura la possibilité de paramétrer au besoin les ressources d'informations (cf annexe 2).

6. DESCRIPTION DES PROCESSUS CLINIQUES DE PRÉVENTION SUPPORTÉS

Le CMQ effectue une veille des recommandations et lignes directrices relatives aux mesures préventives associées à l'Examen Médical Périodique (EMP). L'organisme publie conjointement avec l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal une mise à jour de ces lignes directrices avec une périodicité d'environ 24 mois sous forme de fascicule disponible en ligne :

<http://www.cmq.org/fr/medecinsmembres/profil/commun/AProposOrdre/~media/Files/Guides/EMP-2014.pdf?11420>

Ces lignes directrices ont été transposées sous la forme de diagramme de flux (algorithmes) afin de caractériser les processus cliniques de prévention qui doivent être intégrés au MPC et soutenus par les DME.

- Ces diagrammes sont à l'intention des développeurs qui pourront les utiliser dans la conception et la programmation du module et des fonctions requises.
- Tous ces diagrammes sont regroupés à l'annexe 2.
- La légende des symboles utilisés dans ces diagrammes est définie à l'annexe 1.
- Lorsque des données d'informations sont intégrées à un flux, elles sont désignées par un code unique, référencé au tableau de l'annexe 3.
- Chaque flux est accompagné de la liste des variables impliquées dans le processus de la mesure préventive (annexe 4).

7. PRINCIPES DE DÉVELOPPEMENT

7.1. Règles générales

- Le module de prévention clinique doit être considéré comme une partie intégrale des DME.
- Le module doit être conçu pour ne pas dédoubler les données et fonctionnalités déjà offertes par ces applications.
- Il doit pouvoir s'intégrer aux DME afin d'offrir aux cliniciens un ensemble complet de fonctionnalités dans un environnement de travail convivial et intuitif.
- Le module de prévention clinique doit respecter les critères d'homologation des DME émis annuellement par le Ministère (voir page 2).
- Il souscrit aux règles de sécurité et de PRP régissant l'utilisation des dossiers cliniques informatisés (DCI) dans les établissements de santé du Québec.

7.2. Règles de conservation des données du module de prévention clinique

- Le fournisseur doit respecter les règles de collecte de données du MPC, par exemple : champ obligatoire, domaine de données prescrit, validation de contexte, etc.
- Les données collectées dans le cadre du MPC font partie intégrante du DME.
- La mise à jour et la conservation de ces données devra respecter les règles de sécurité, de PRP et d'archivage du DME.
- Toutes les variables doivent être couplées avec la date de dernière modification de cette variable (date visite et sauvegarde de l'identité de l'utilisateur).

7.3. Règles d'accès aux données du module de prévention clinique

- Chaque établissement est responsable de l'accès aux données des patients par ses intervenants et ce, selon leur domaine d'intervention.
- Le fournisseur de DME devra s'assurer que les profils d'accès de sa solution permettent aux utilisateurs d'accéder au MPC.
- Le MPC souscrit aux règles de partage d'information des DME.

7.4. Processus de mise à jour

- Un processus en deux volets peut être envisagé :
 - o Volet 1 : une mise à jour périodique des lignes directrices par le Collège des médecins du Québec (CMQ), ce qui viendra potentiellement modifier ou bonifier les processus schématisés;
 - o Volet 2 : une mise à jour périodique de l'information contenue dans l'annexe 3 « tableau des ressources d'informations liées aux thématiques » découlant du premier volet dont certains éléments peuvent requérir une mise à jour régionale ou par milieu clinique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. www.canadiantaskforce.ca

U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) Recommendations for clinical preventive services. www.ahrq.gov

Government of British Columbia. *A Lifetime of Prevention : A Report of the Clinical Prevention Policy Review Committee* –Final Report –December 2009.

http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2009/CPPR_Lifetime_of_Prevention_Report.pdf

Hillestad, R., Bigelow, J., Bower, A., et al. *Can Electronic Medical Record Systems Transform Health Care? Potential Health Benefits, Savings, and Costs*. Health Affairs; 24(5) : 1103-1117.

Vogt, T.M., Fedelstein, A.C., Aickin, M., Hu et al. *Electronic Medical Records and Prevention Quality : The Prevention Index*. American Journal of Preventive Medicine;33(4) : 291-296.

Sondage national des médecins 2013. Utilisation des dossiers médicaux électroniques pour les notes cliniques. 2010-2013.

<http://nationalphysiciansurvey.ca/fr/surveys-fr/sondage-2013/resultats-du-sondage/>

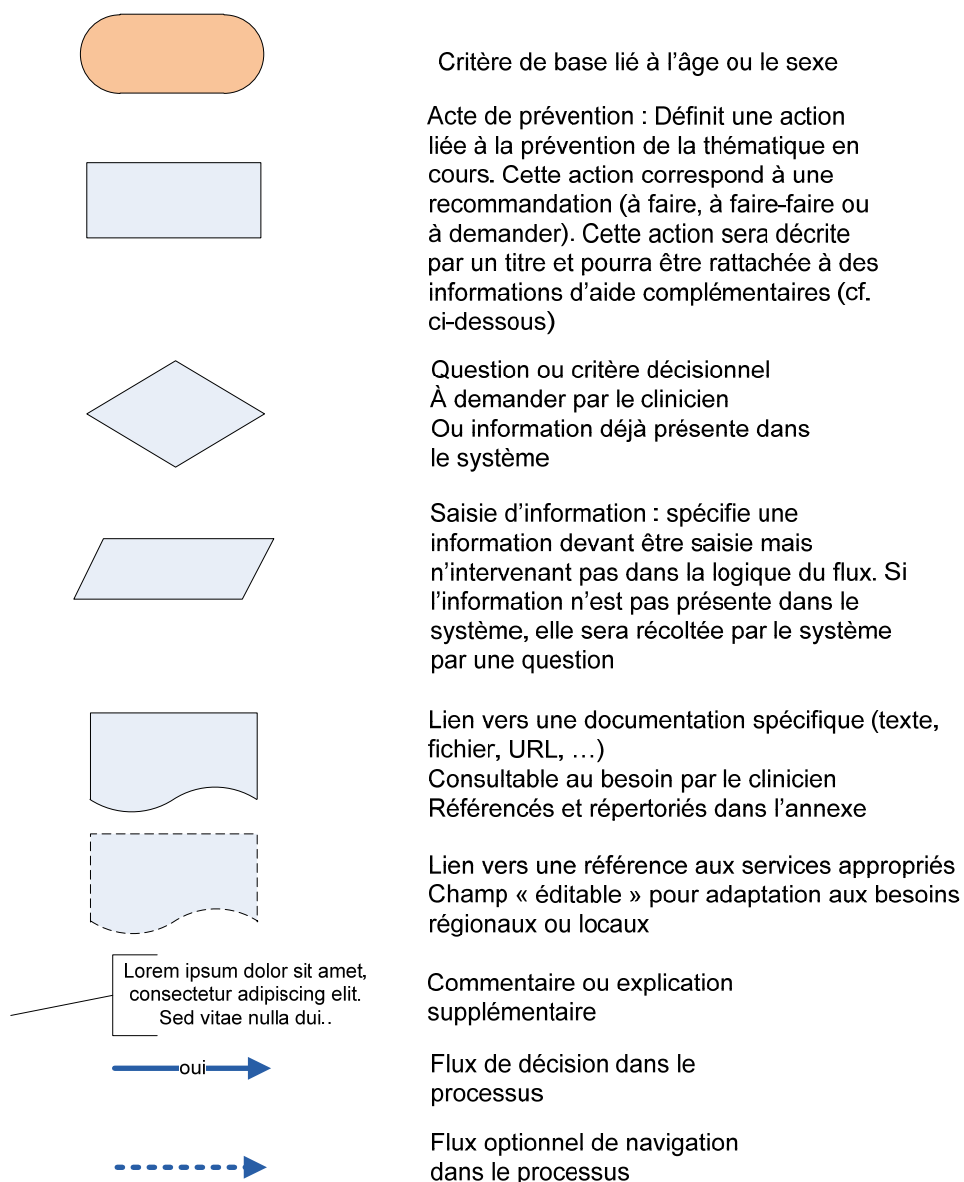
Chevendra, V., Bestard Denomme, L., *A User's Guide to Preventive Care Assessment : Using your EHR to Improve Practice*. University of Western Ontario, 2009.

<http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/qi/qi-delphiemrguide-en.pdf>

ANNEXES

ANNEXE 1

1 LÉGENDES DES FLUX DES PROCESSUS DE PRÉVENTION CLINIQUE

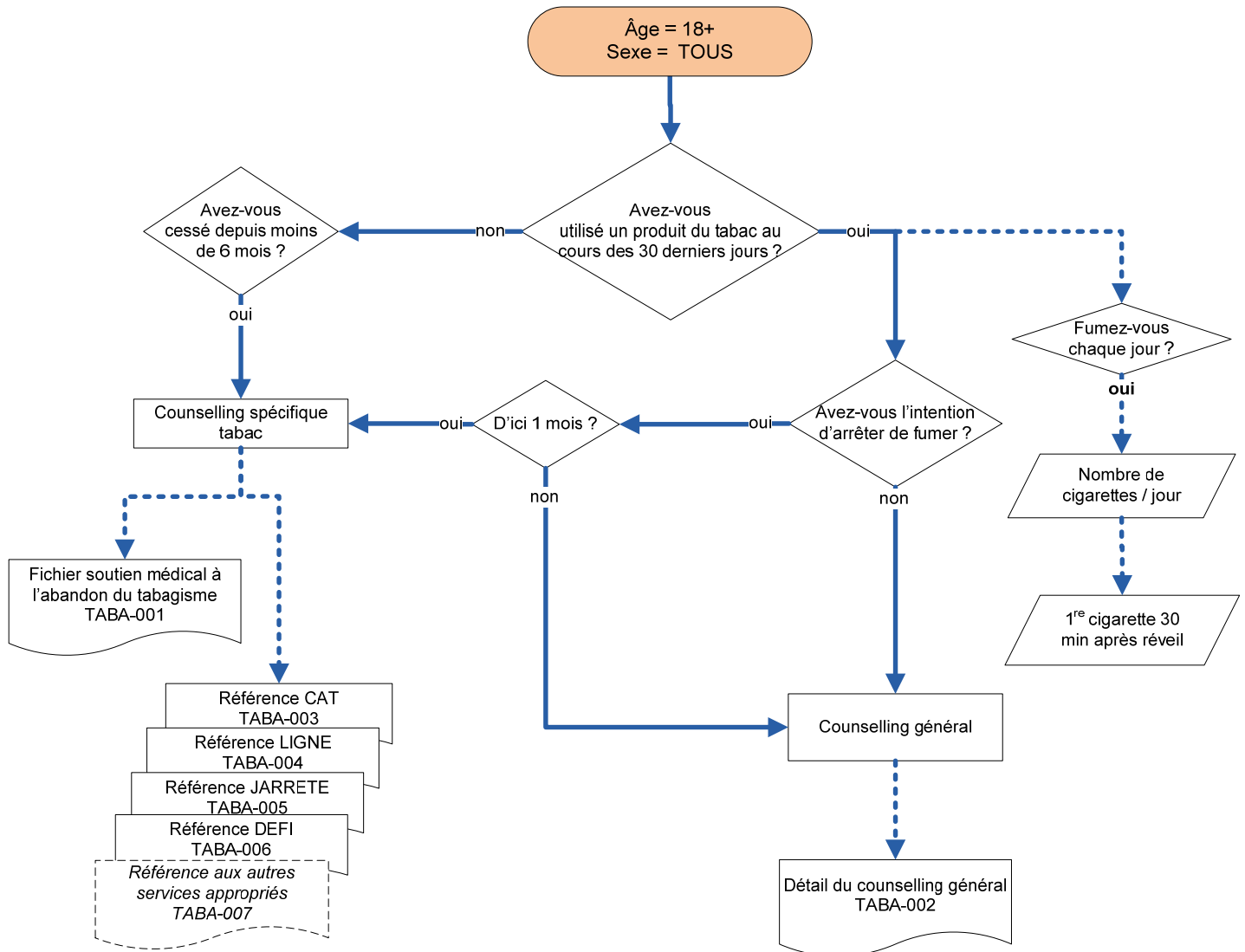


ANNEXE 2

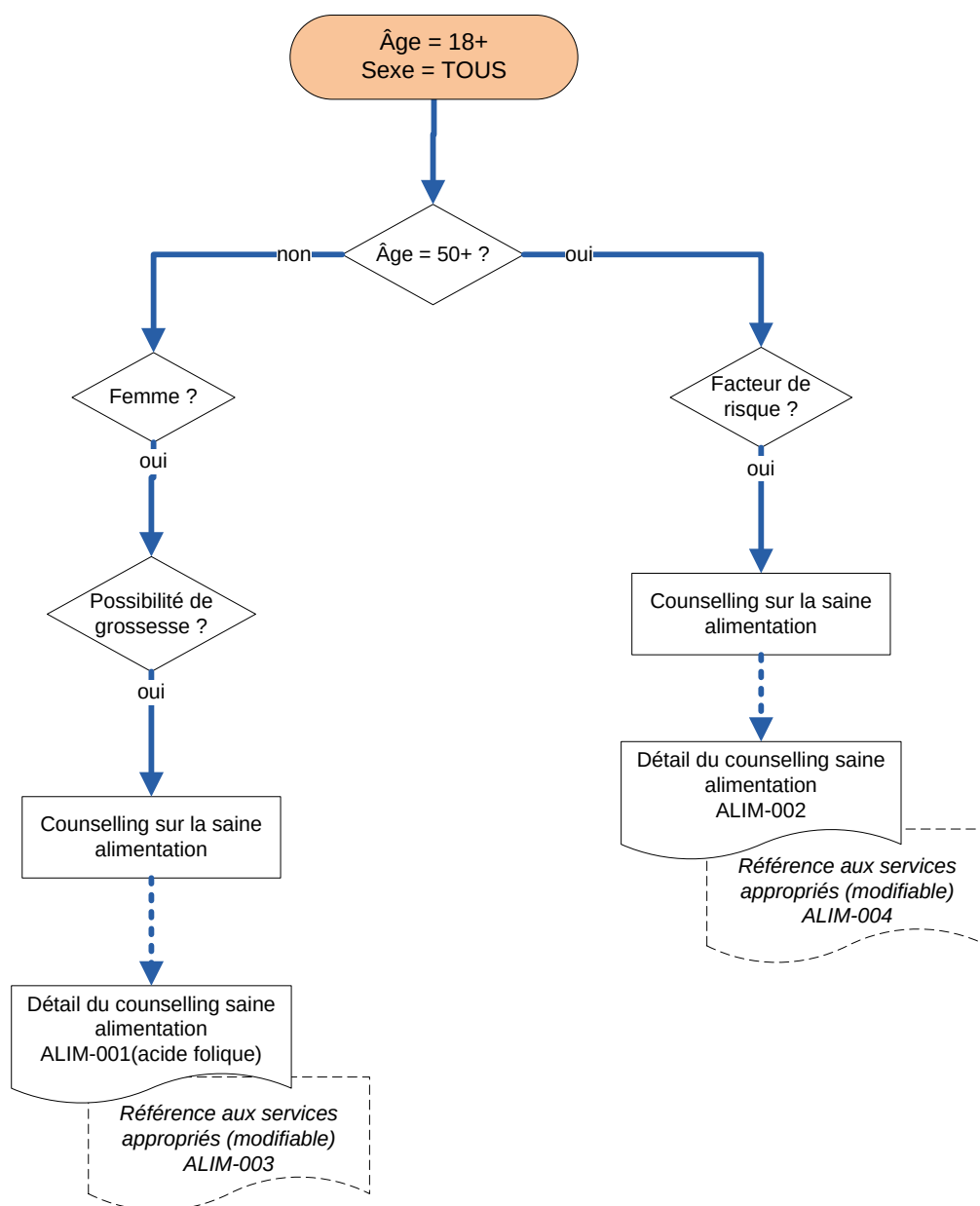
2 DESCRIPTION DES PROCESSUS DE PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES

2.1 Maladies cardiovasculaires et respiratoires

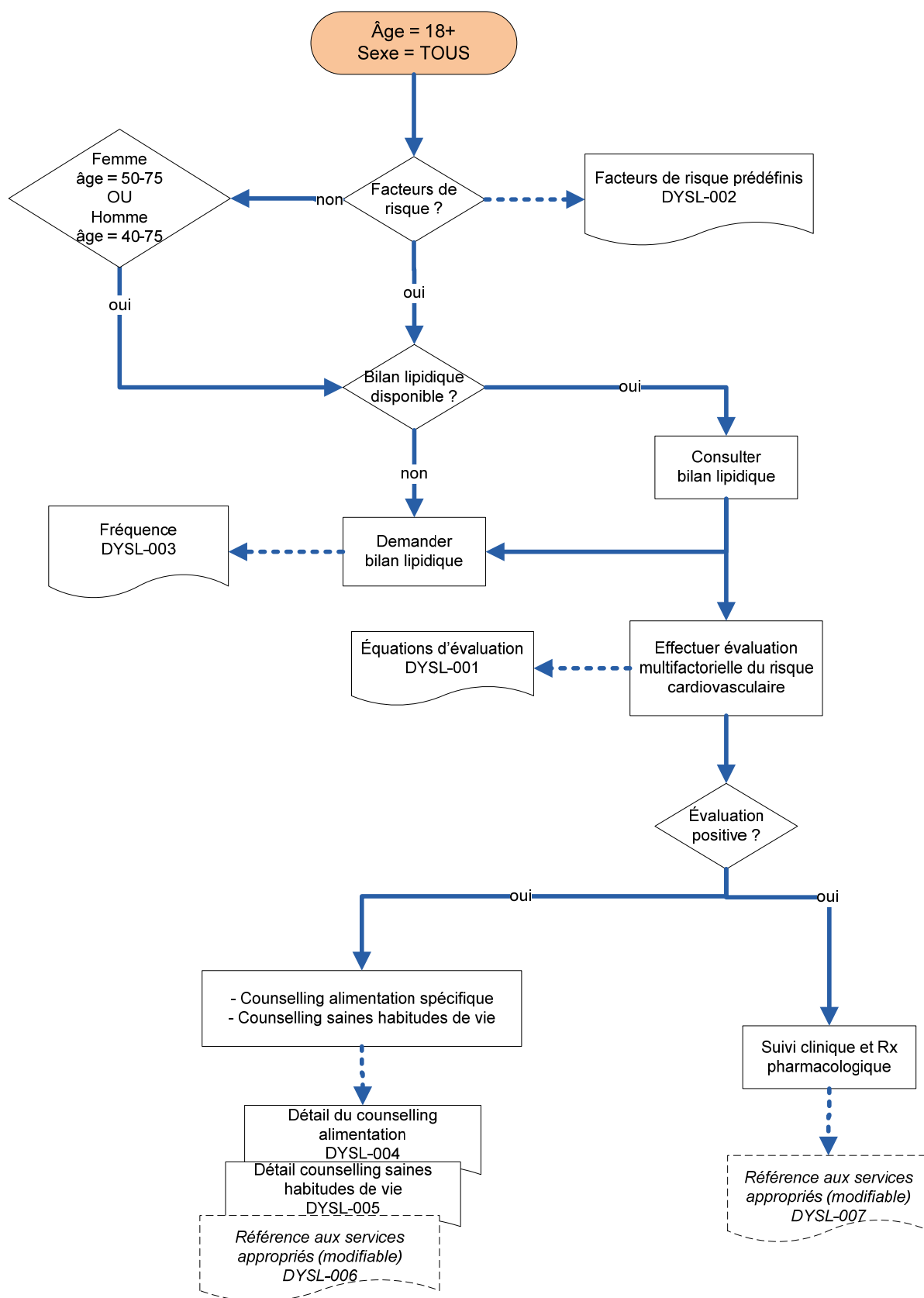
2.1.1 Tabagisme



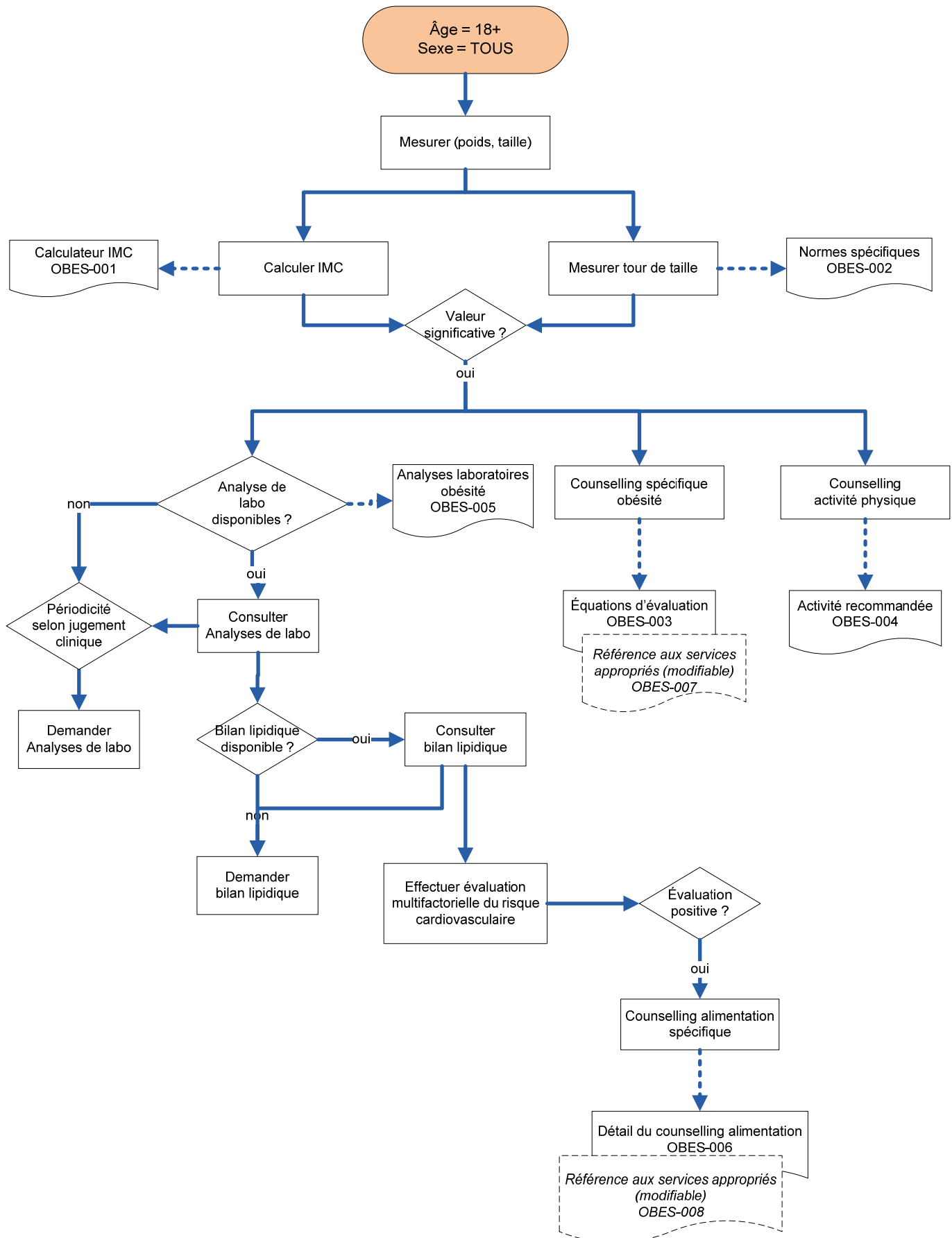
2.1.2 Alimentation



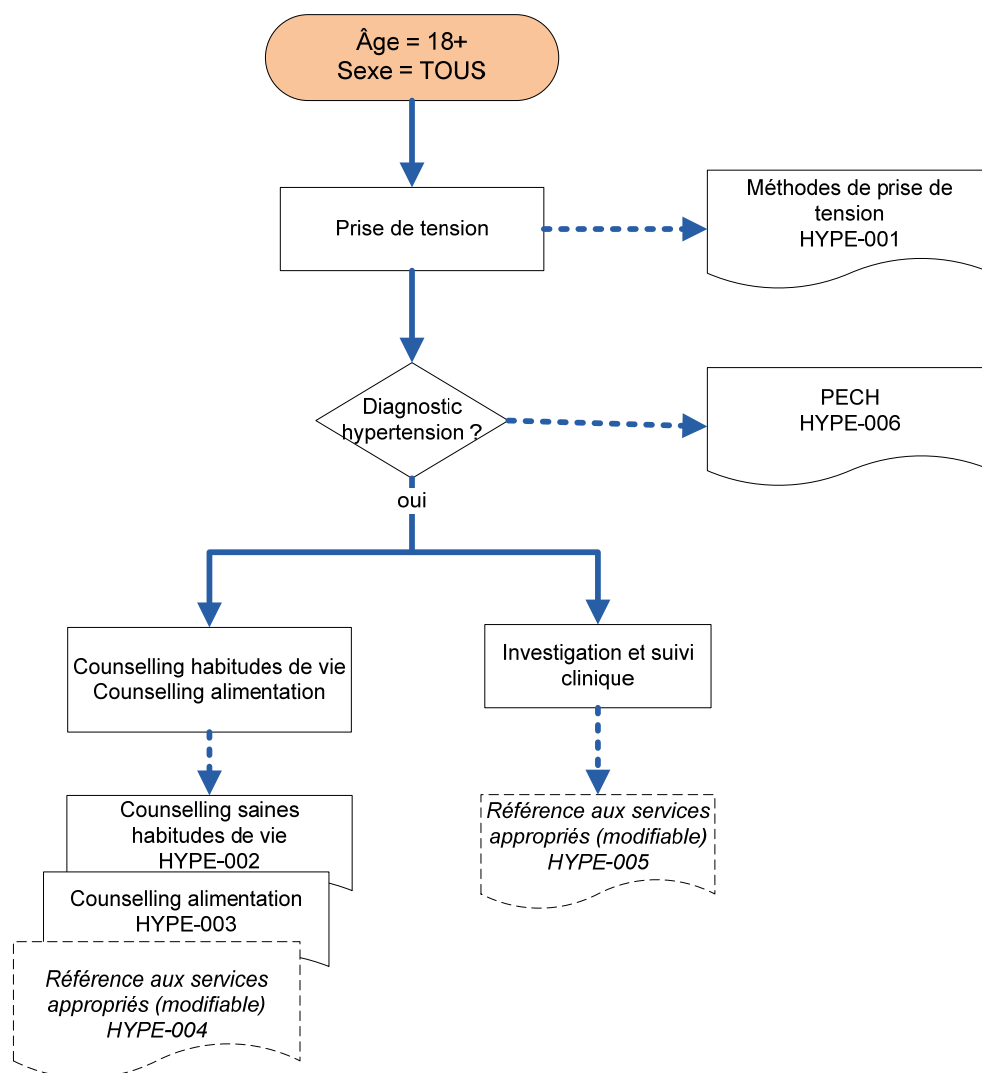
2.1.3 Dyslipidémies



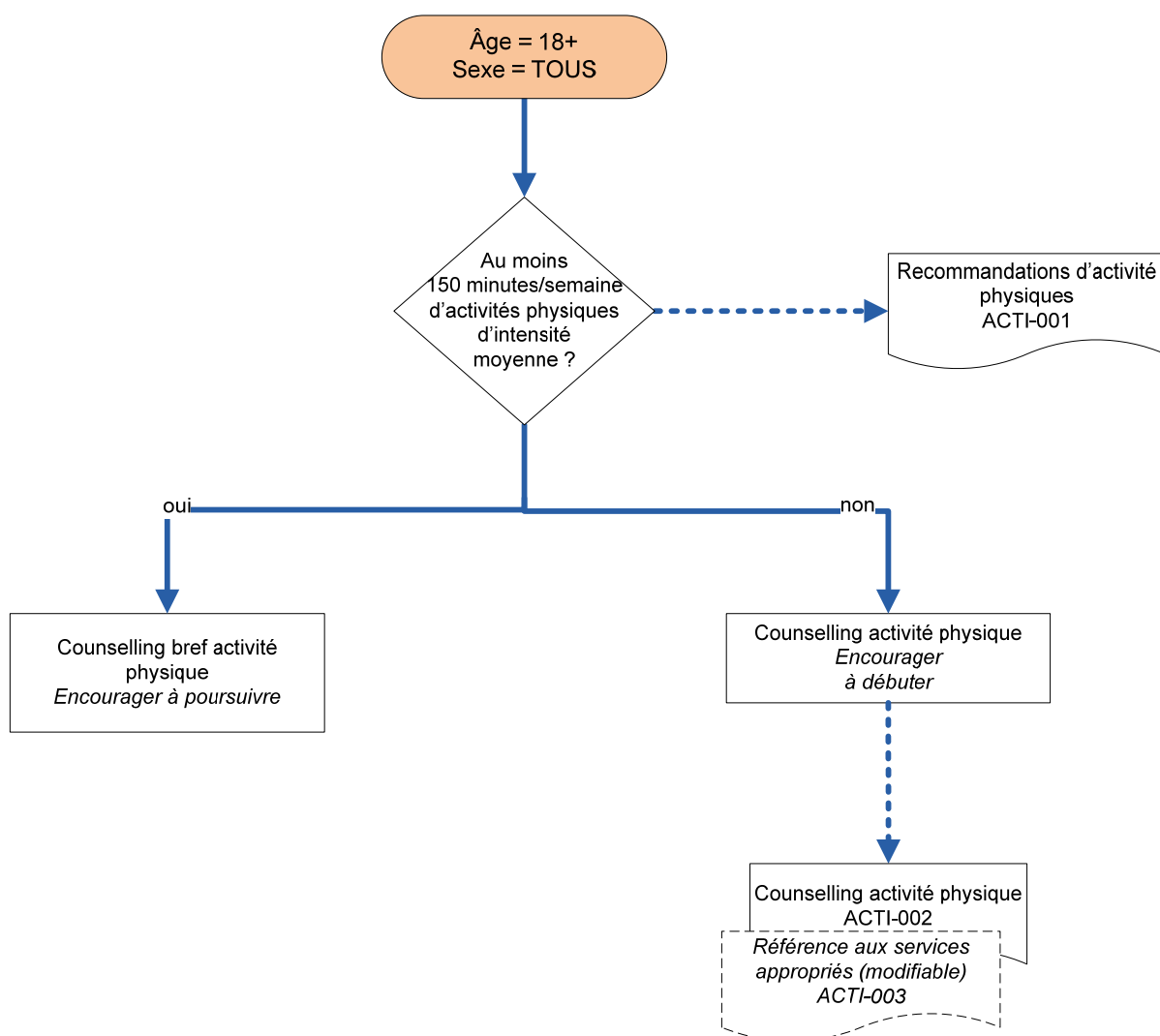
2.1.4 Obésité



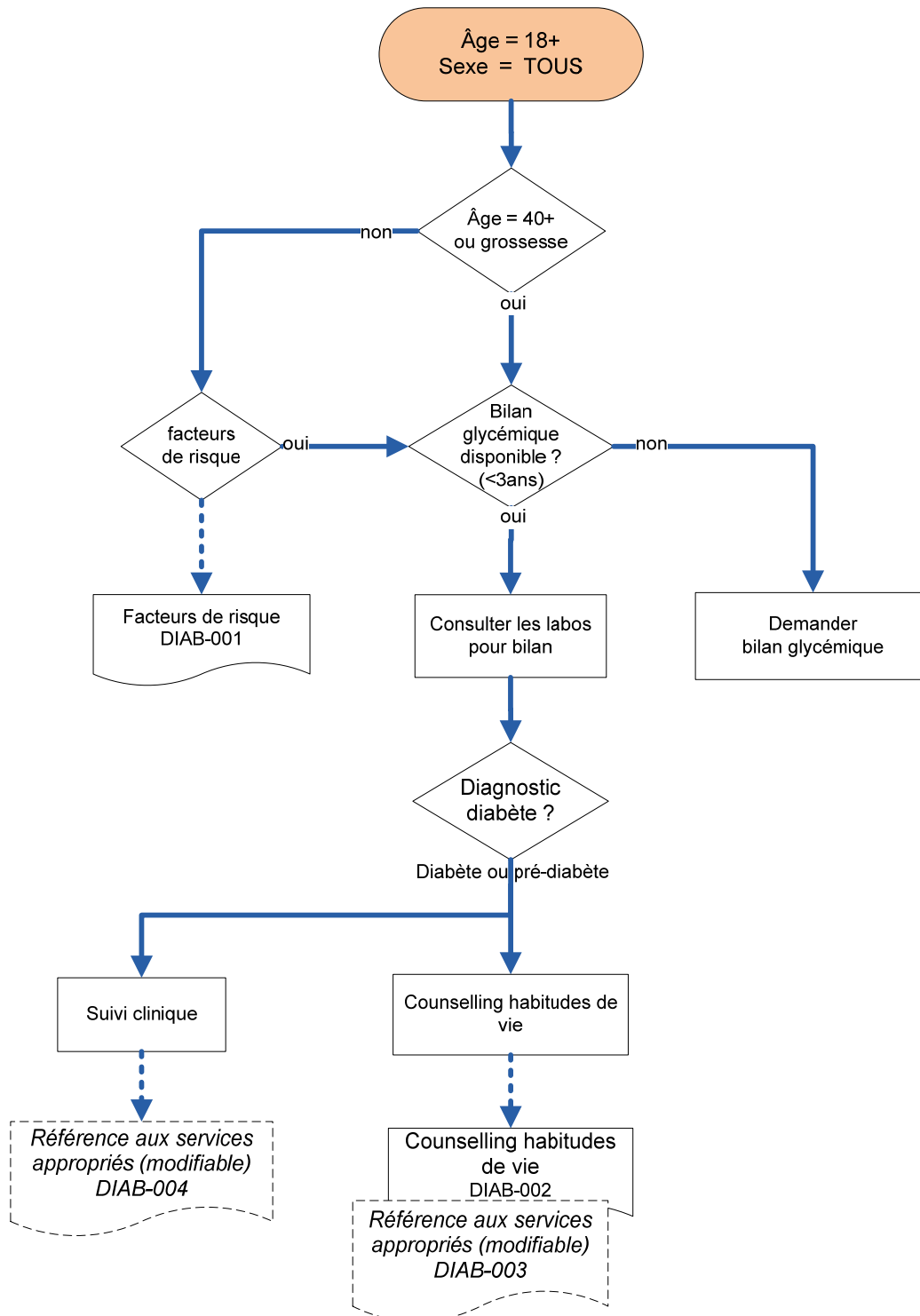
2.1.5 Hypertension artérielle



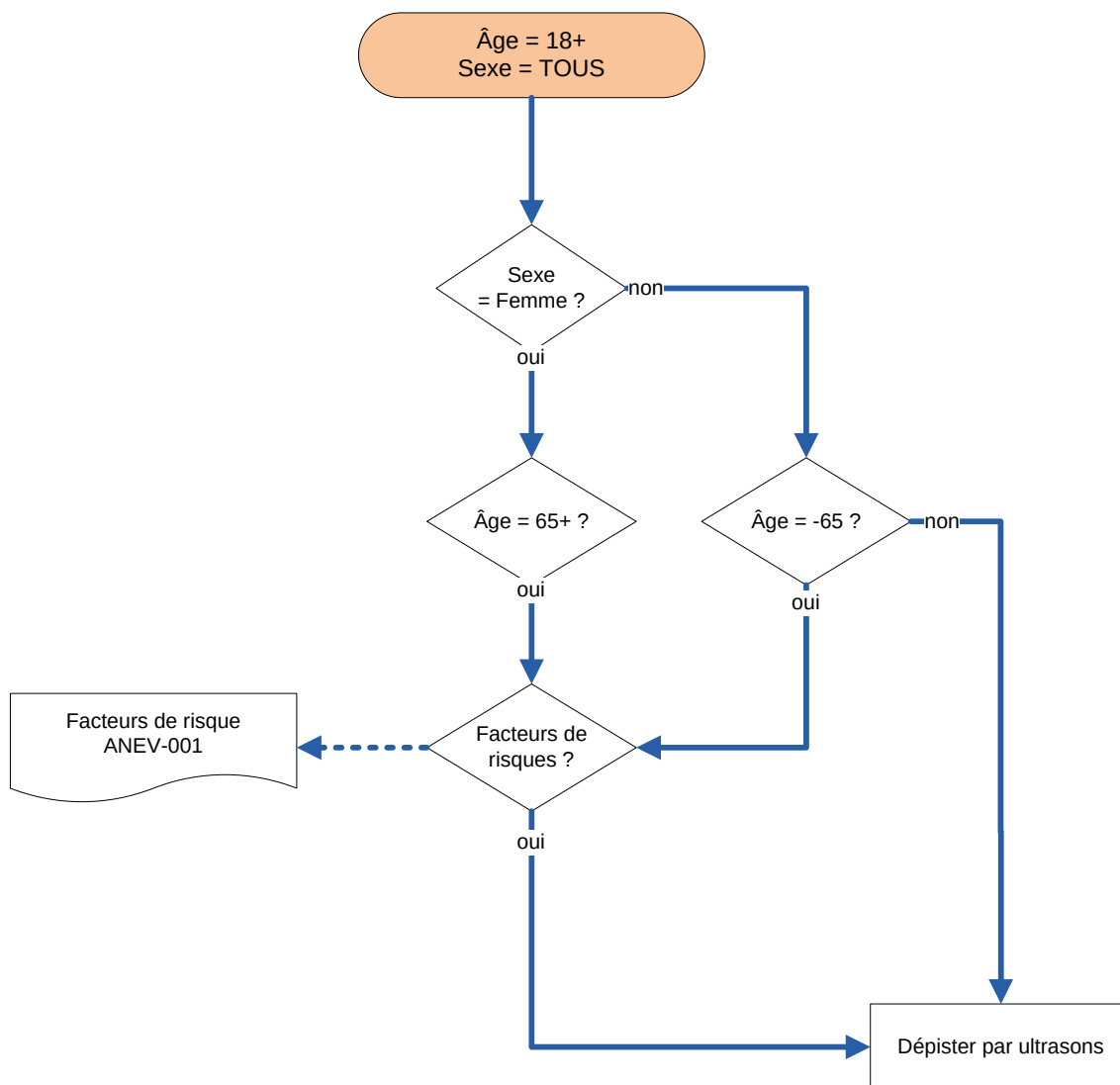
2.1.6 Activité physique



2.1.7 Diabète type 2

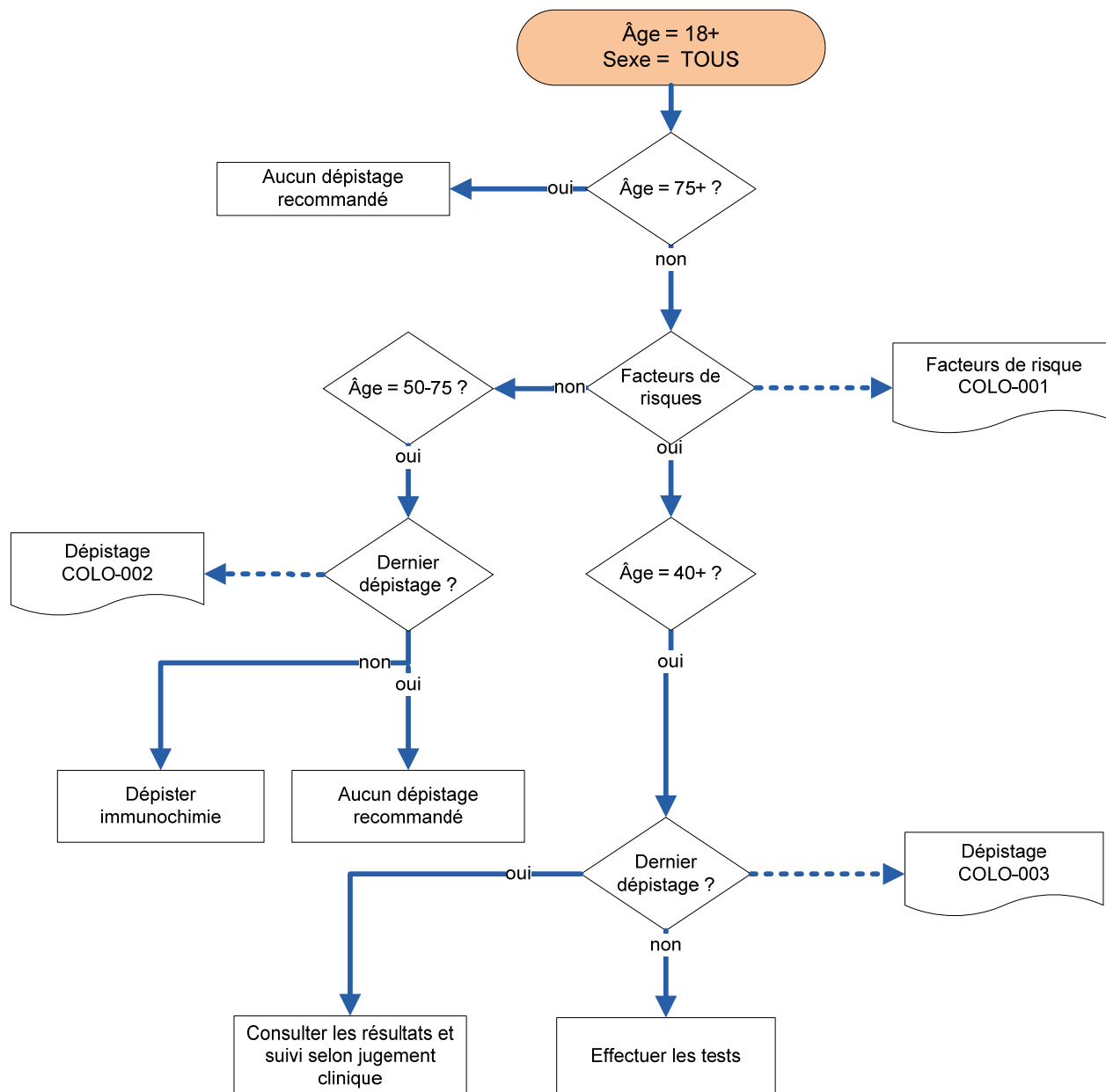


2.1.8 Anévrisme aorte abdominale

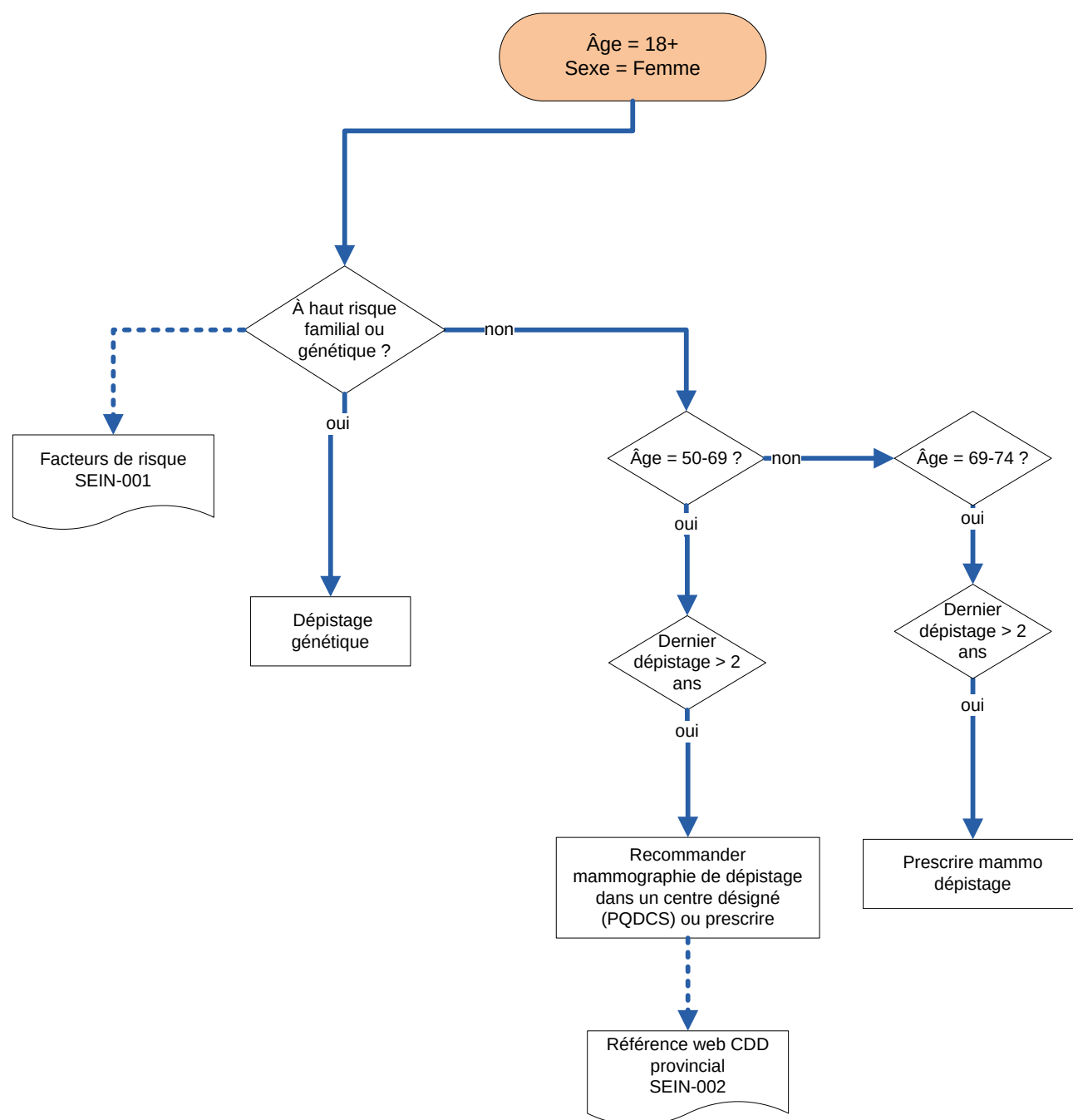


2.2 Cancers

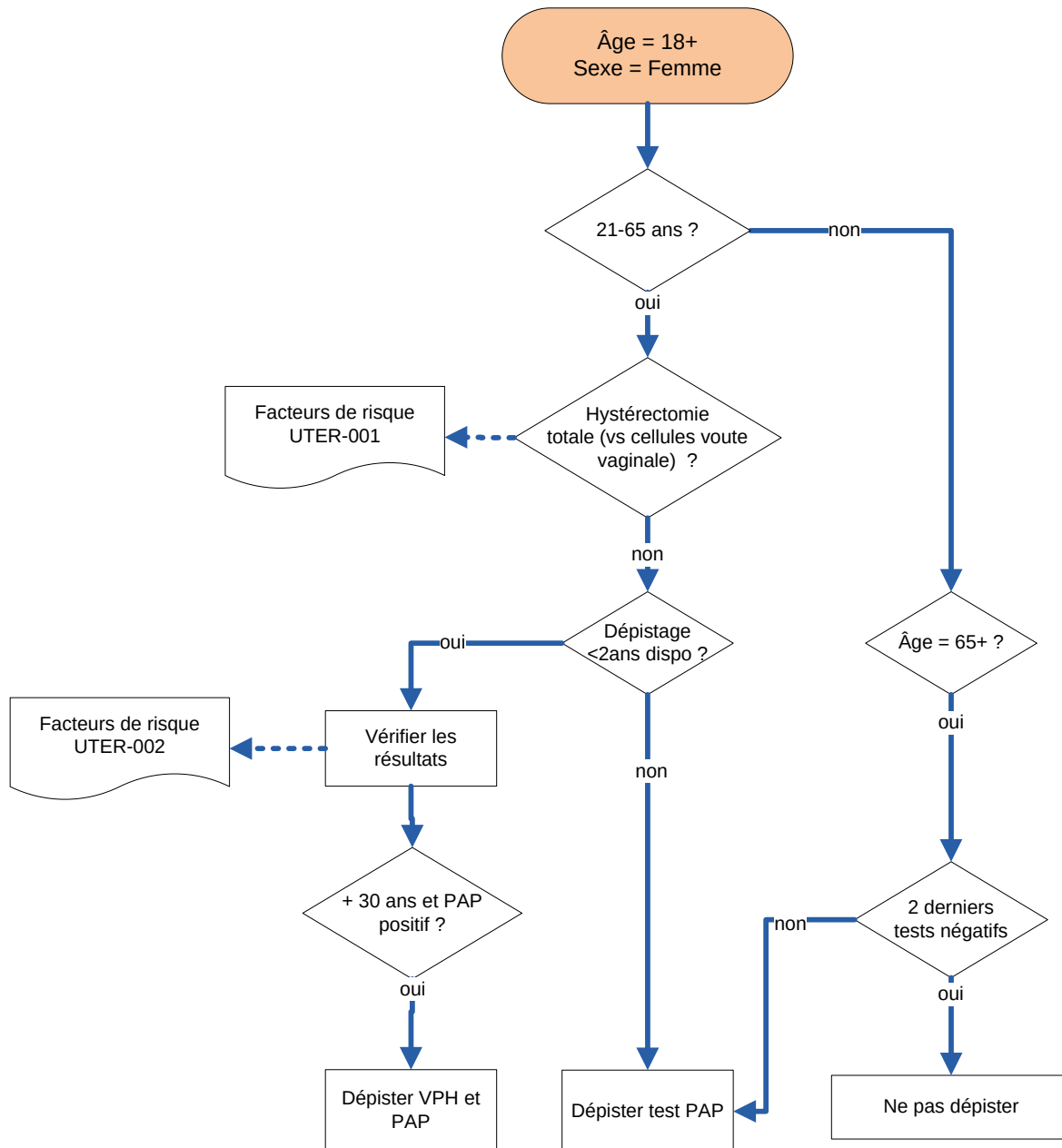
2.2.1 Cancer colorectal



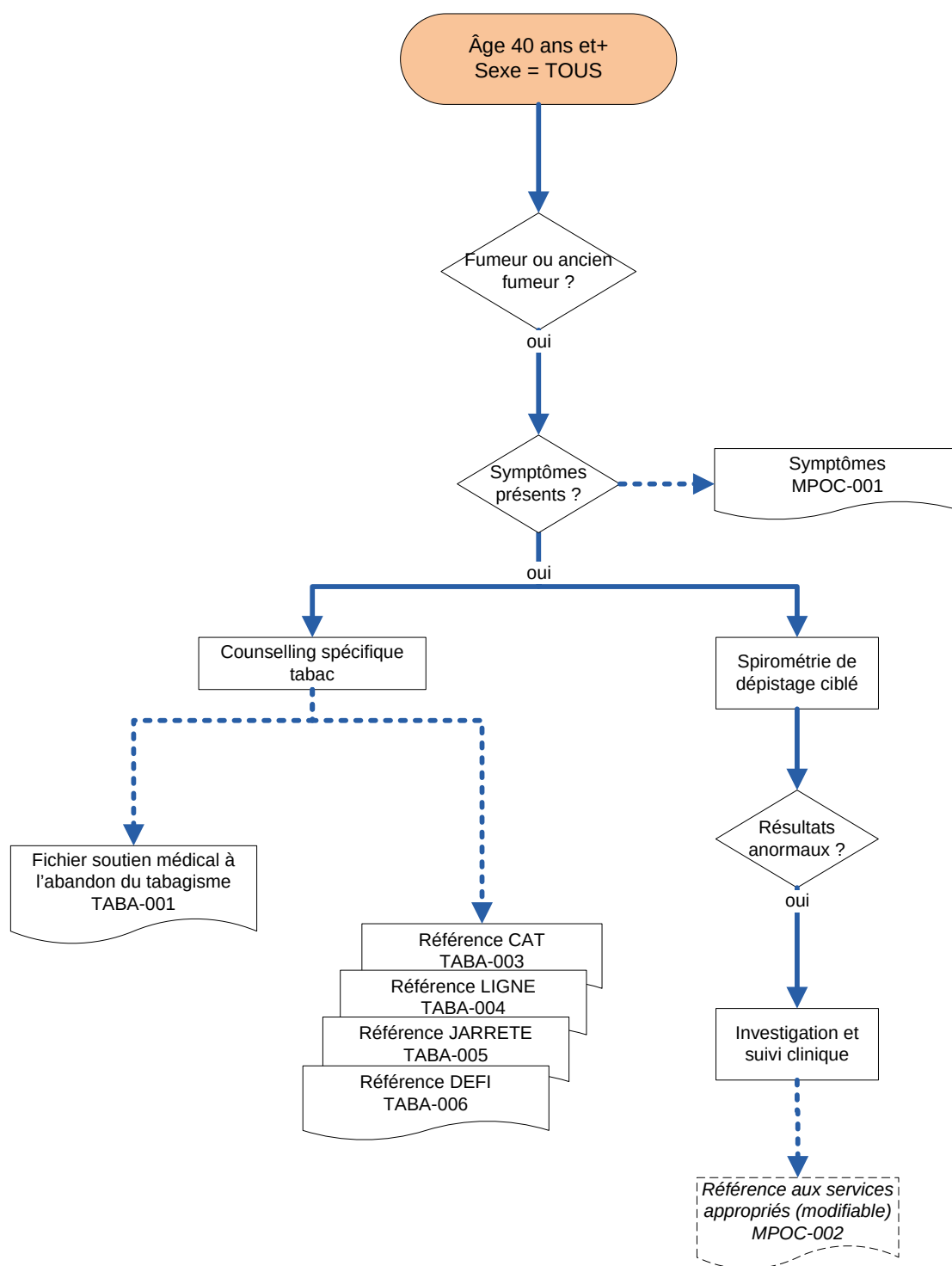
2.2.2 Cancer du sein



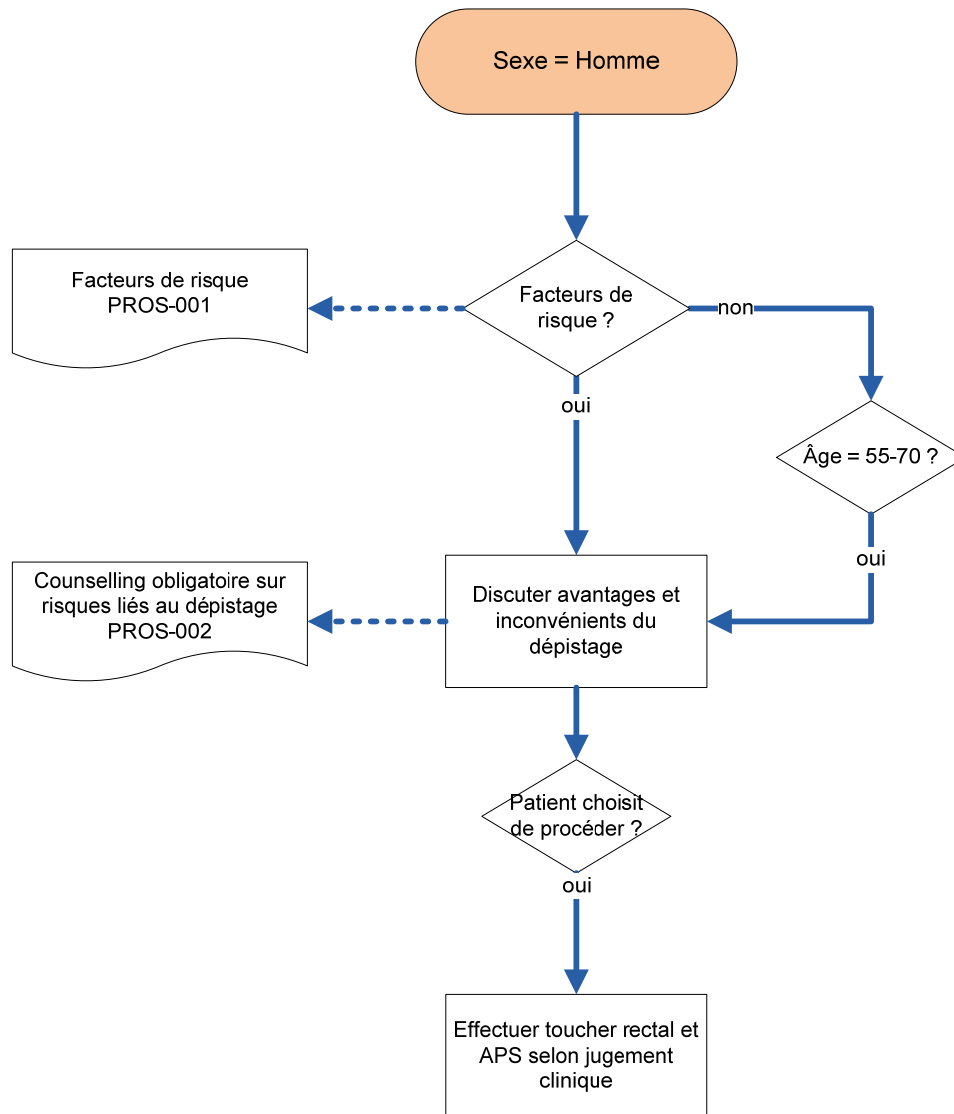
2.2.3 Cancer du col utérin



2.2.4 Cancer du poumon et MPOC

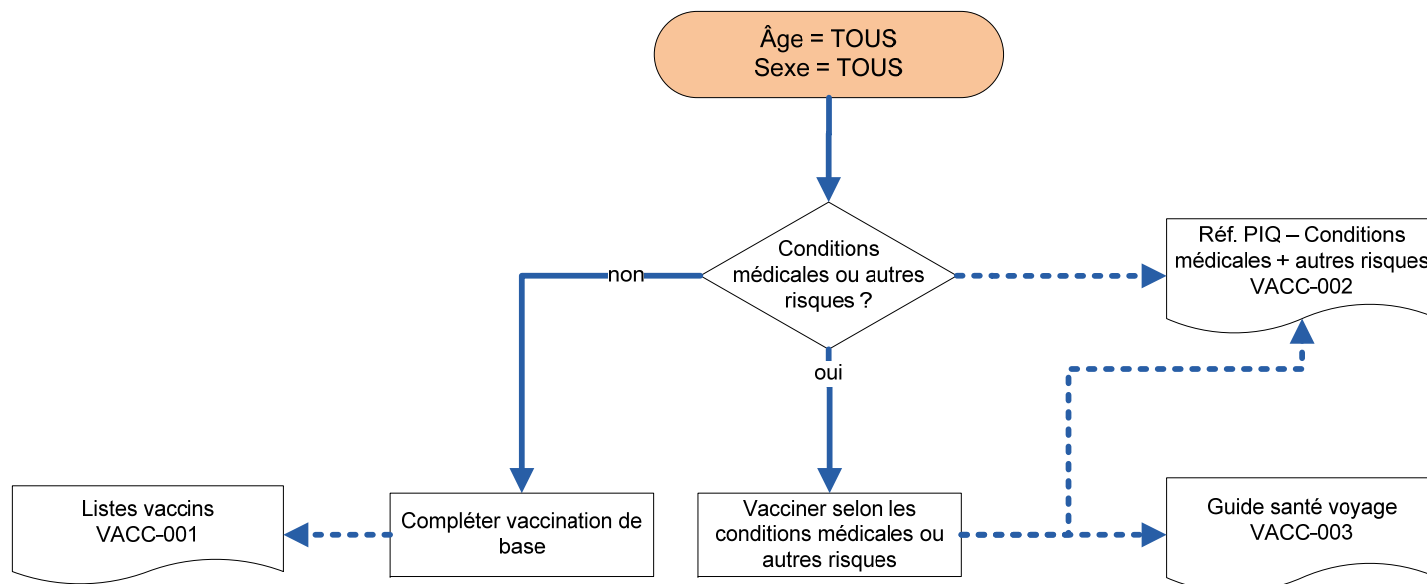


2.2.5 Cancer de la prostate

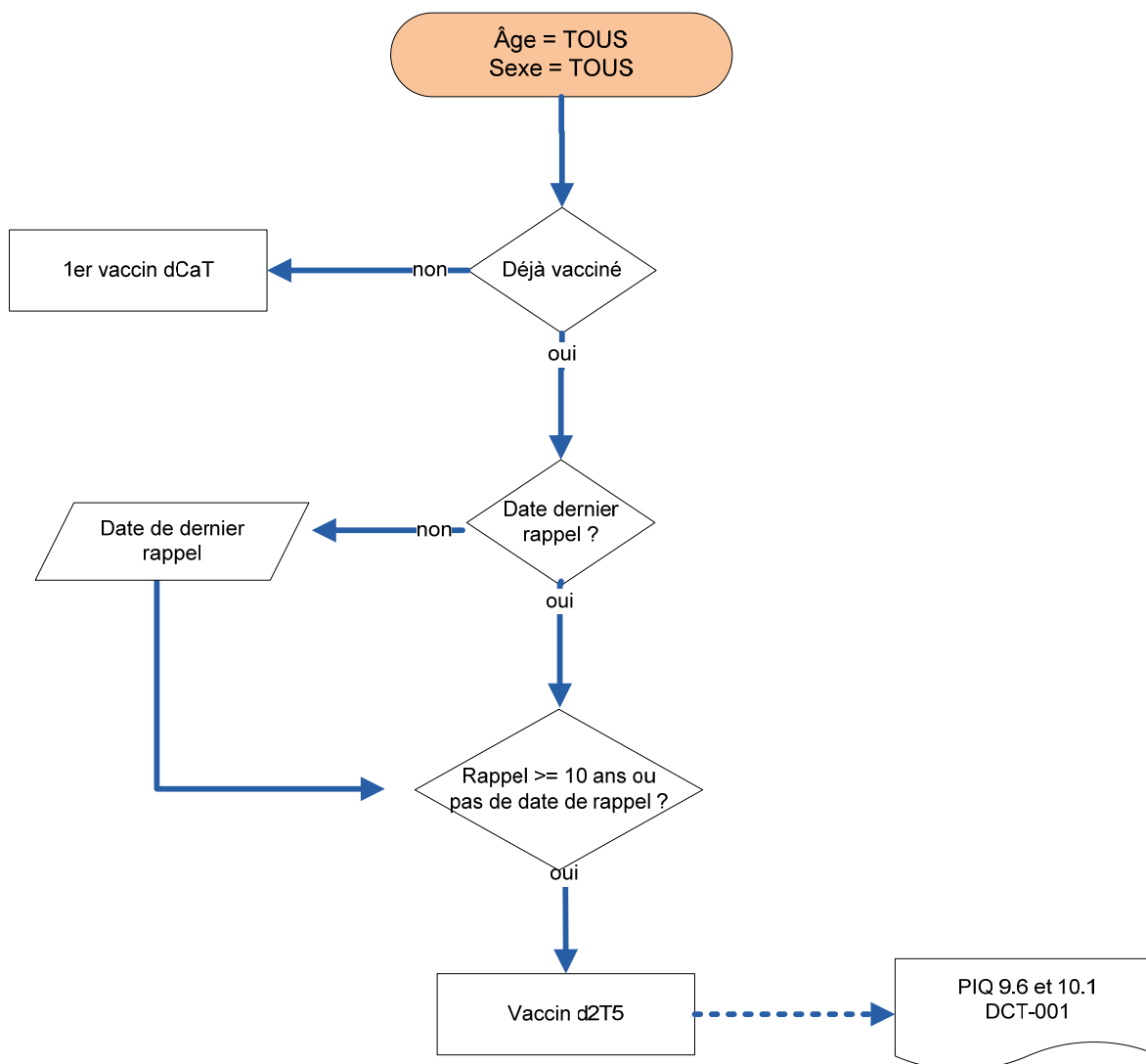


2.3 Maladies infectieuses

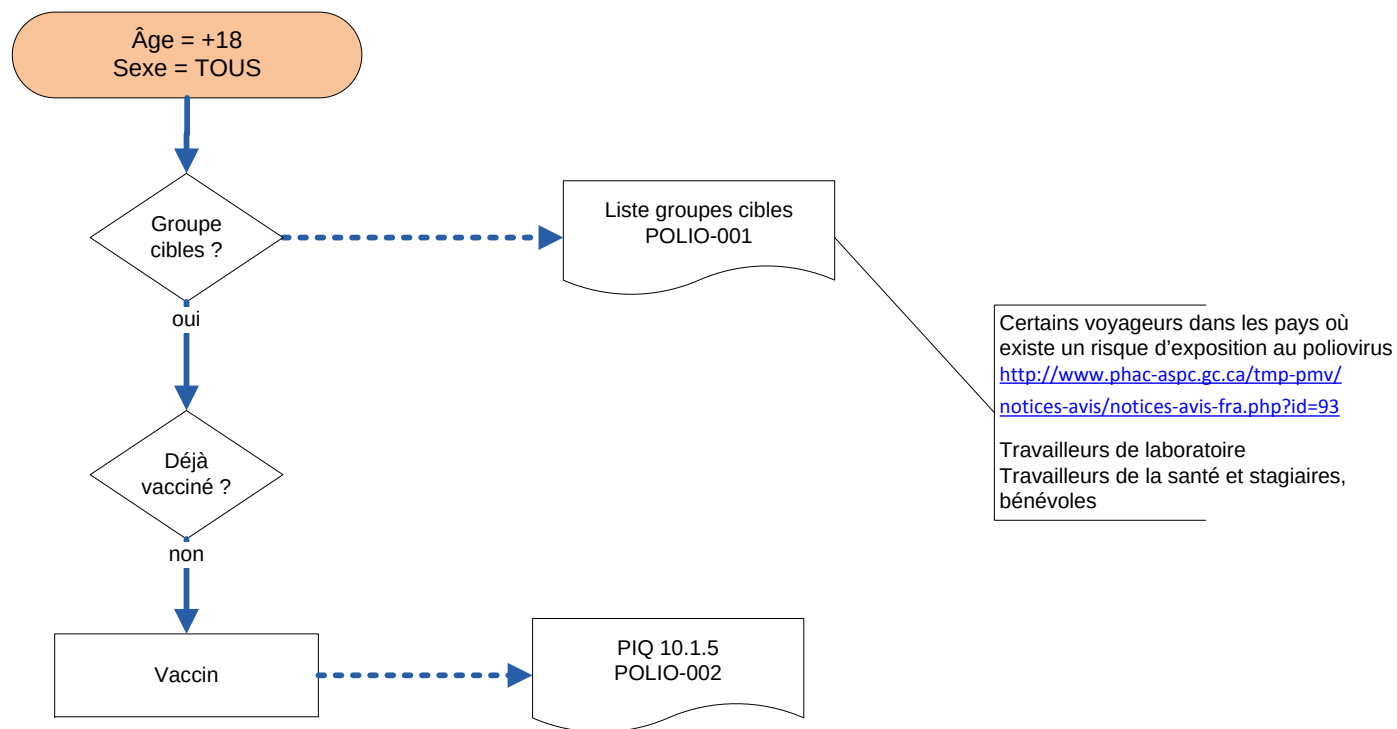
2.3.1 Vaccination des adultes



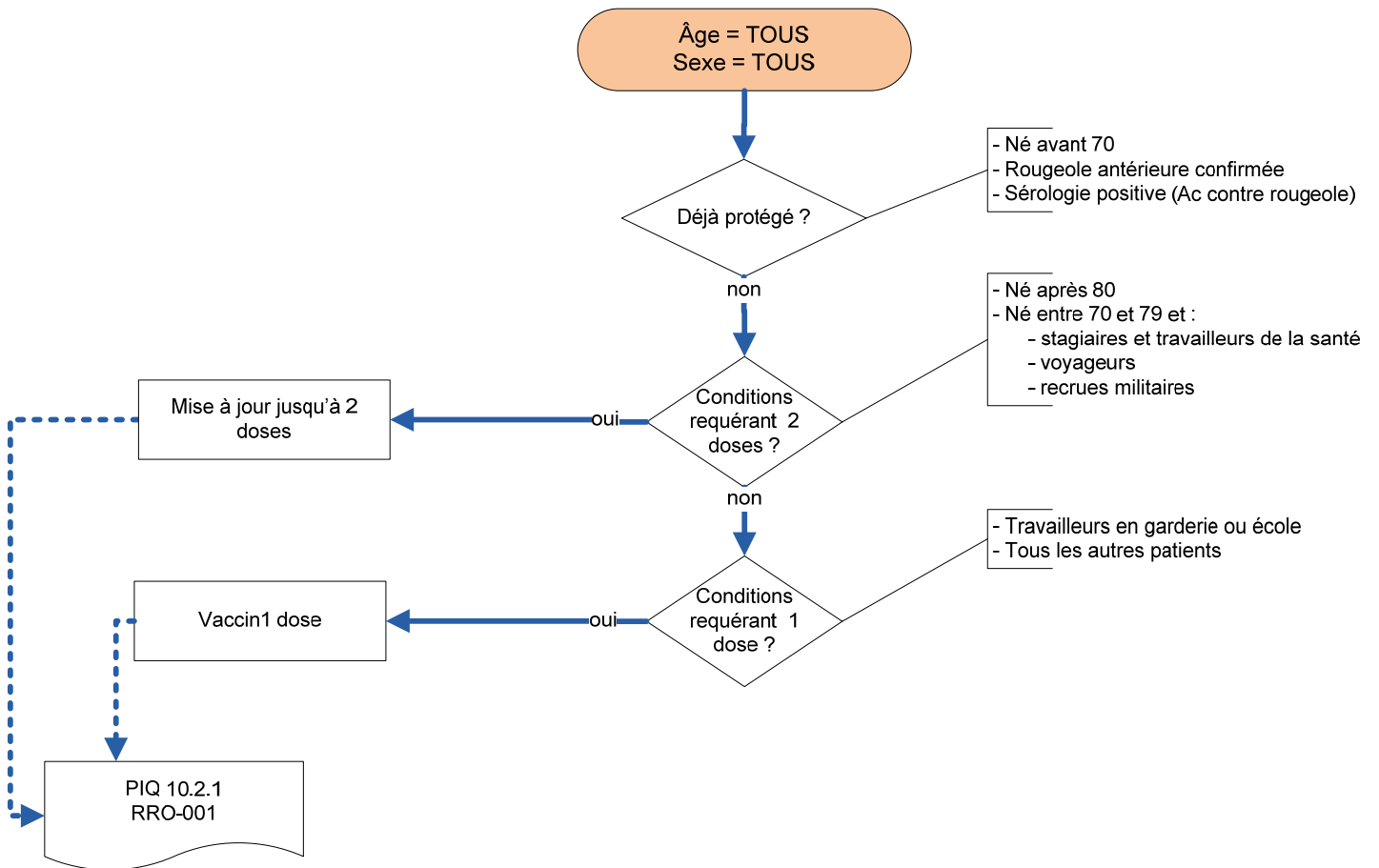
2.3.2 Vaccination Diphtérie – Tétanos – Coqueluche



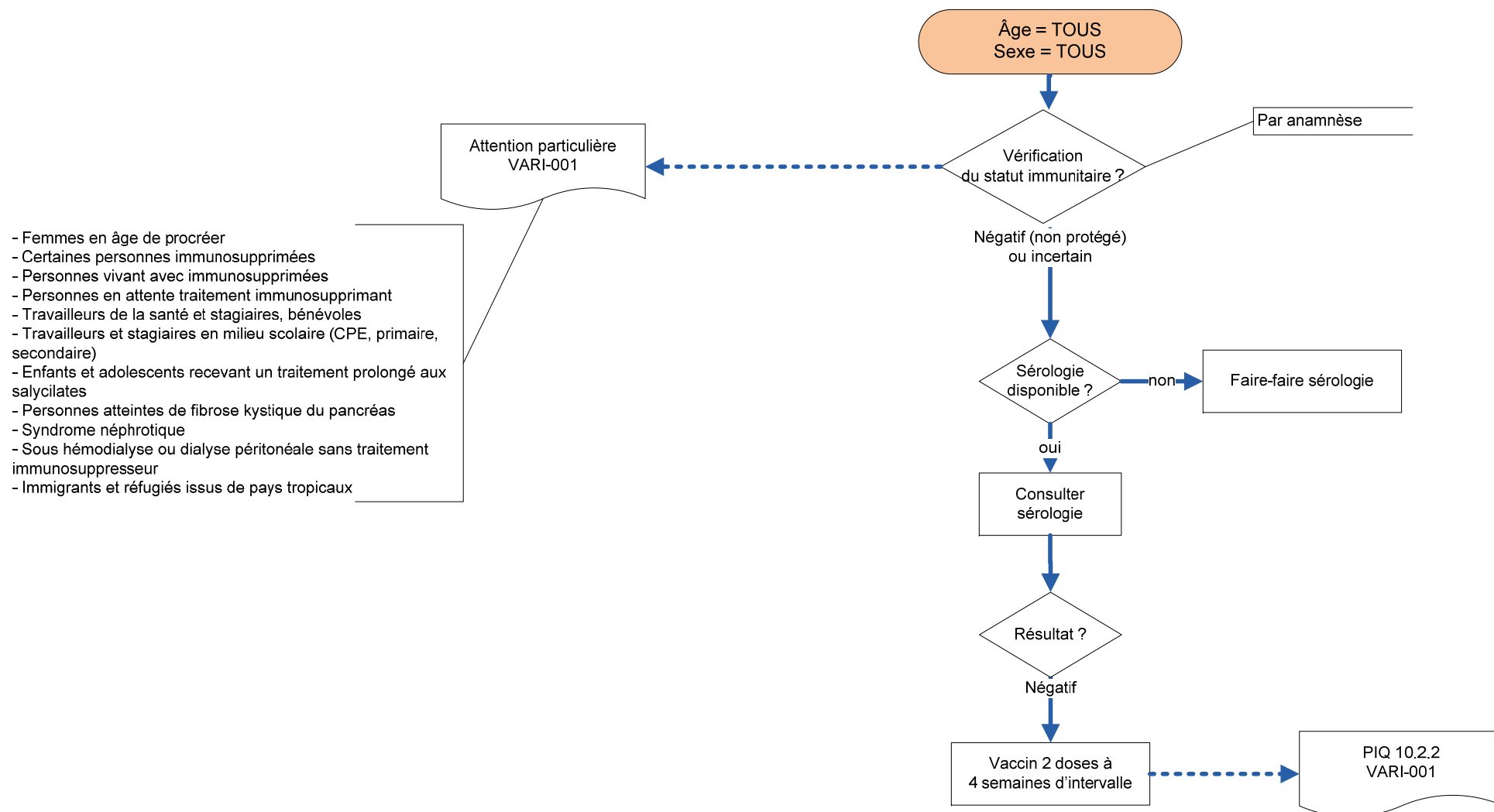
2.3.3 Vaccination poliomyélite



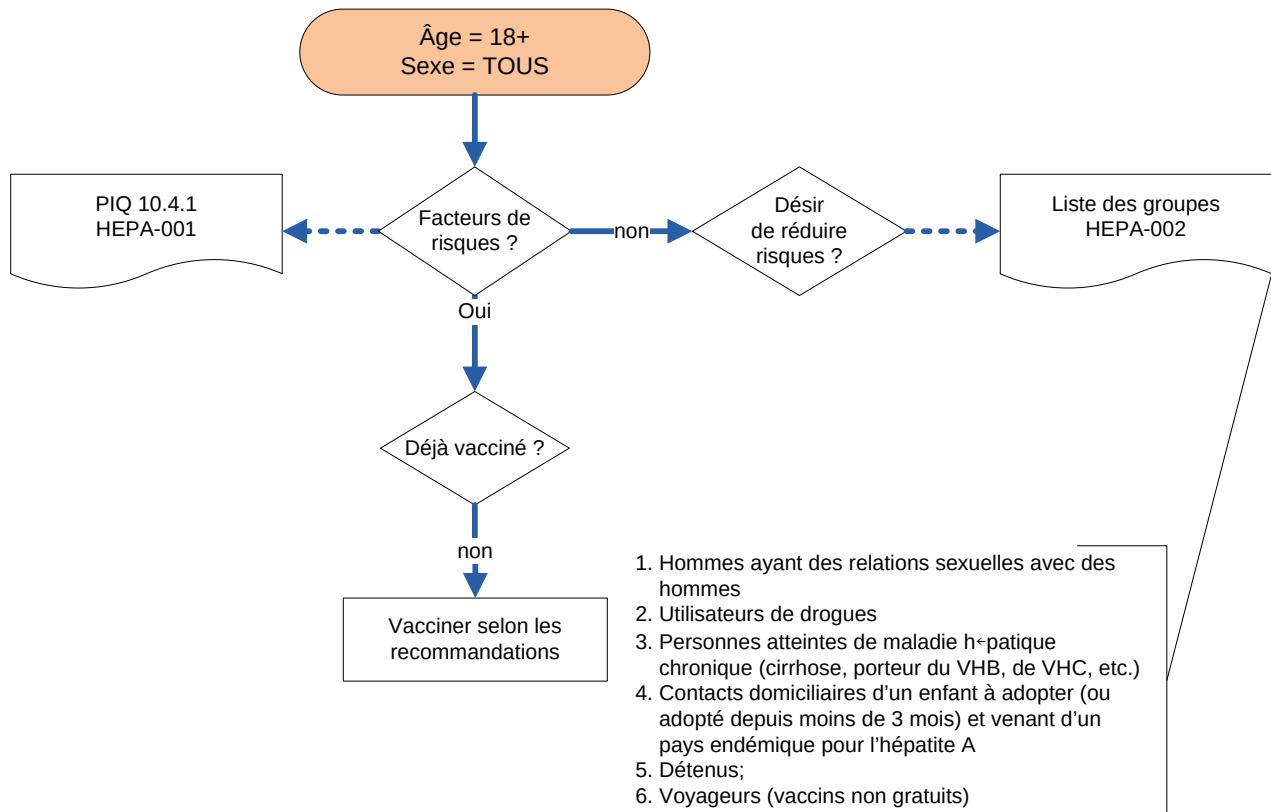
2.3.4 Vaccination RRO



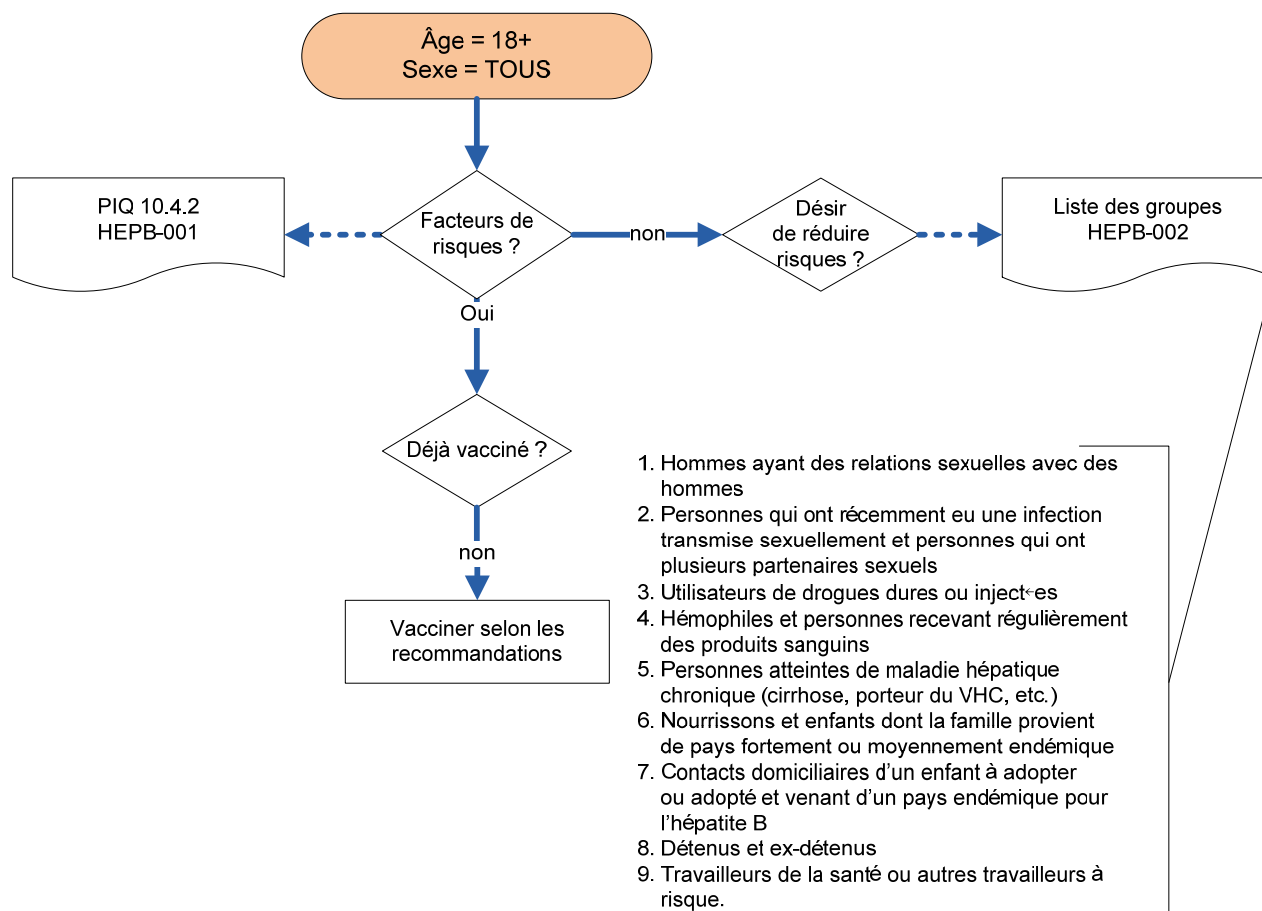
2.3.5 Vaccination varicella



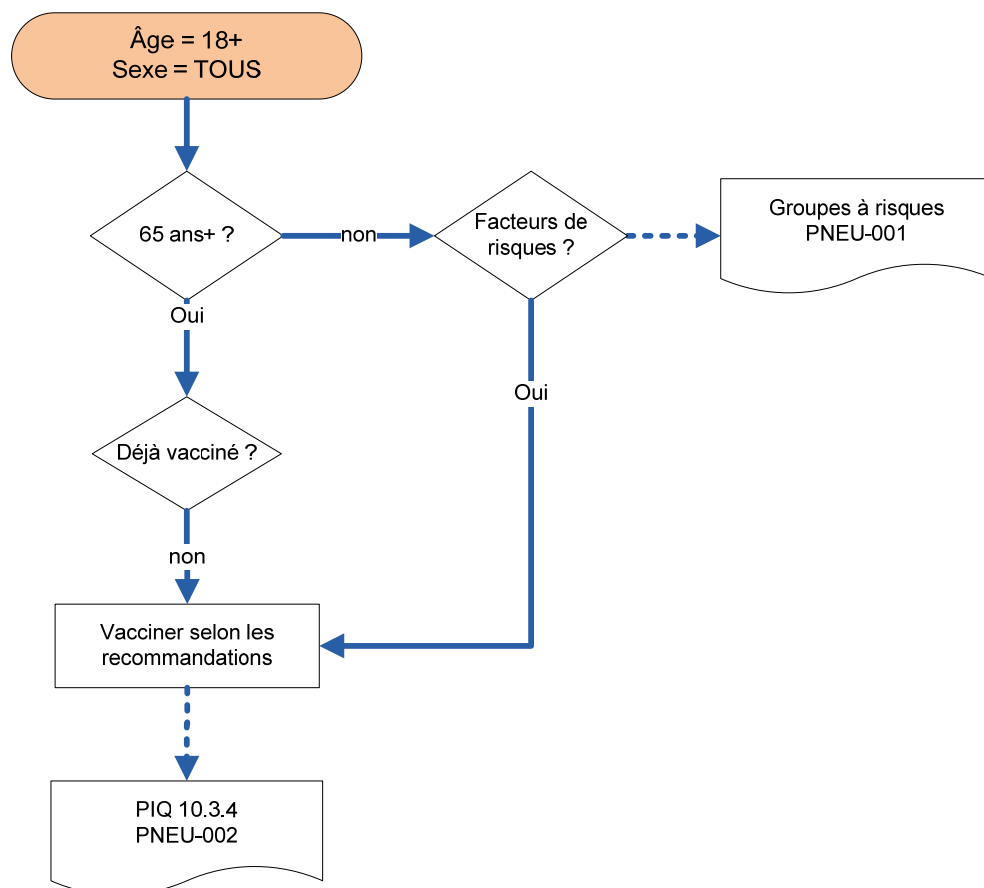
2.3.6 Vaccination hépatite A



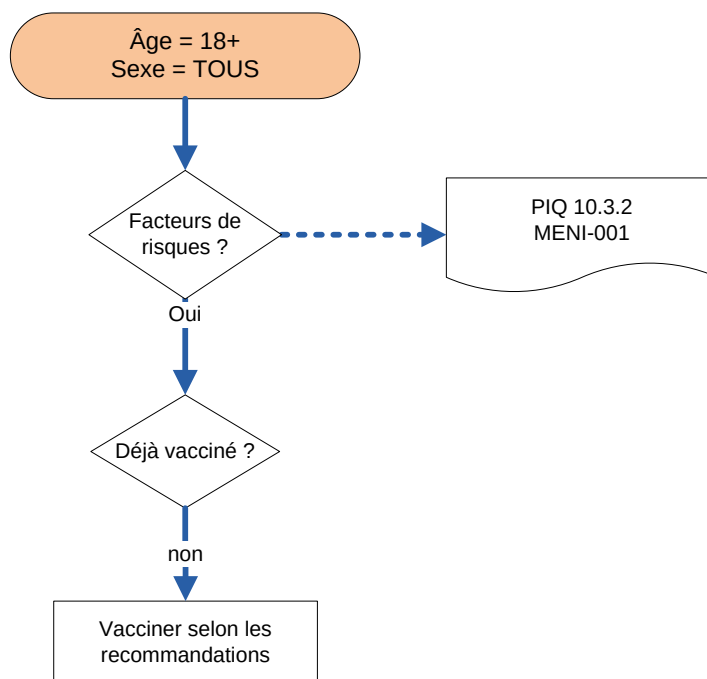
2.3.7 Vaccination hépatite B



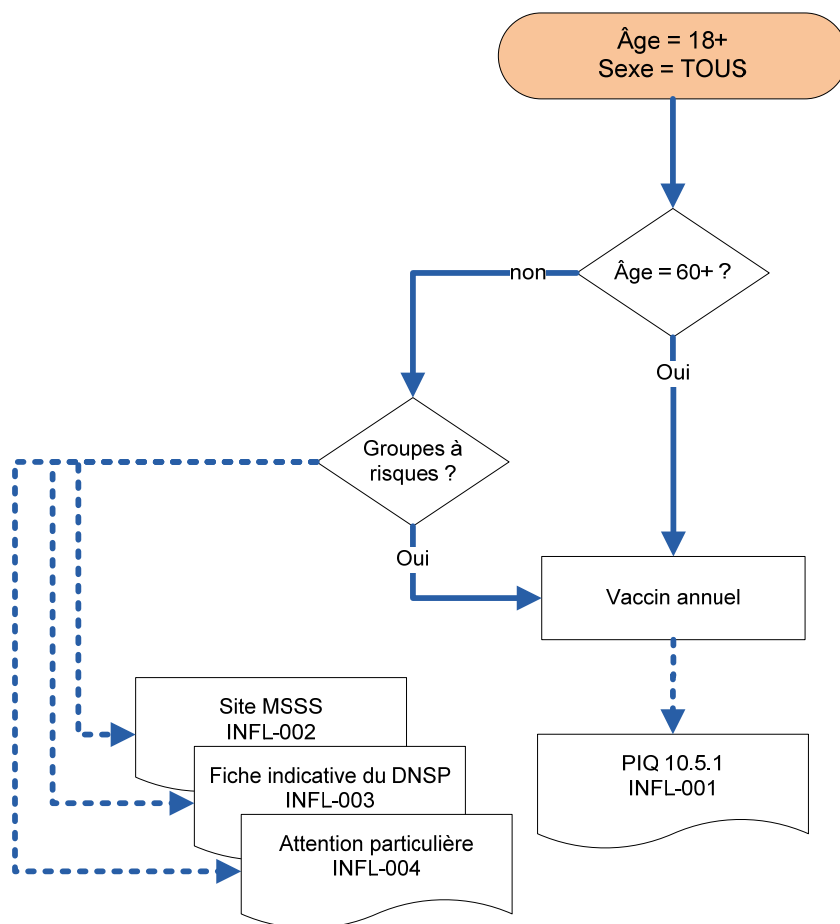
2.3.8 Vaccination pneumocoque



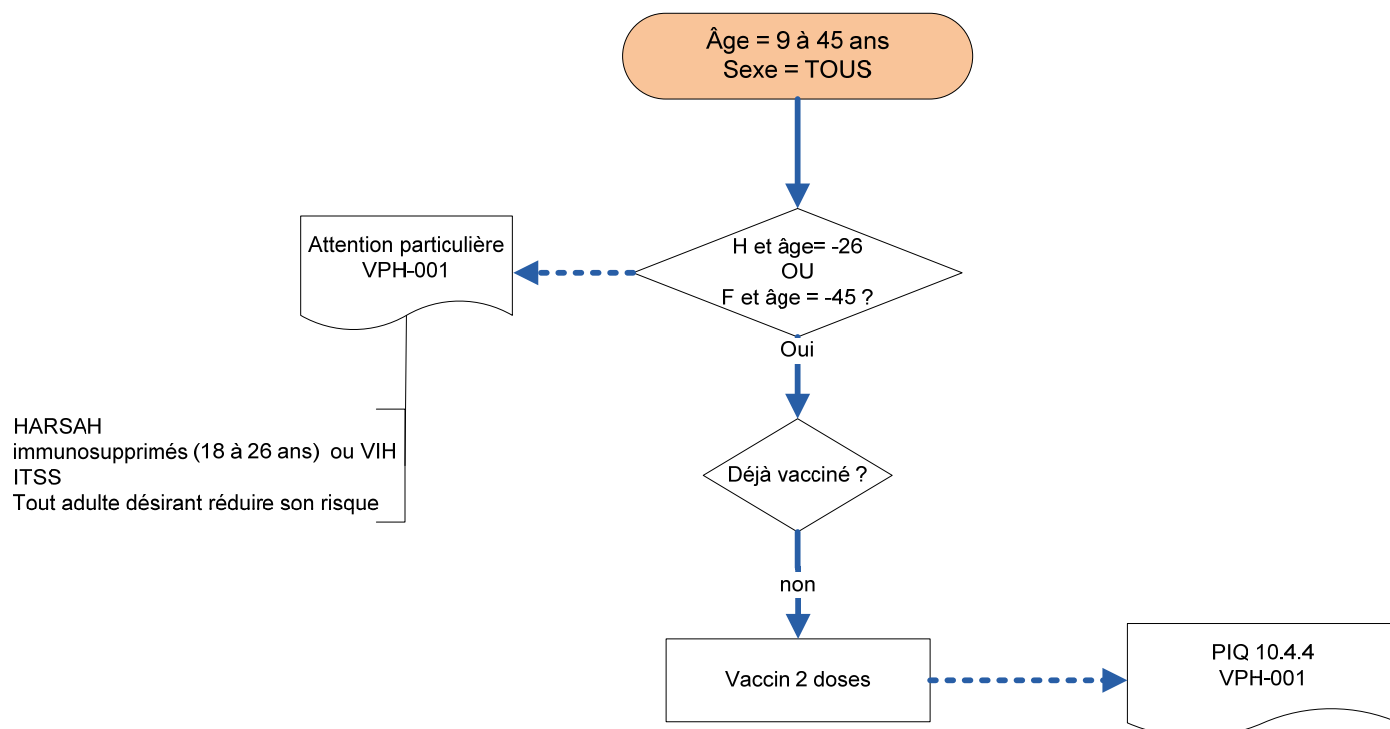
2.3.9 Vaccination méningocoque



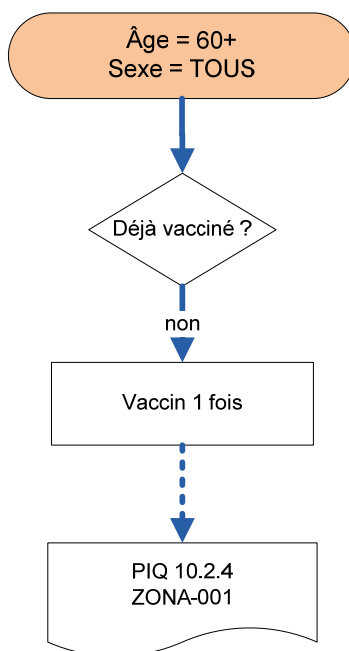
2.3.10 Vaccination Influenza



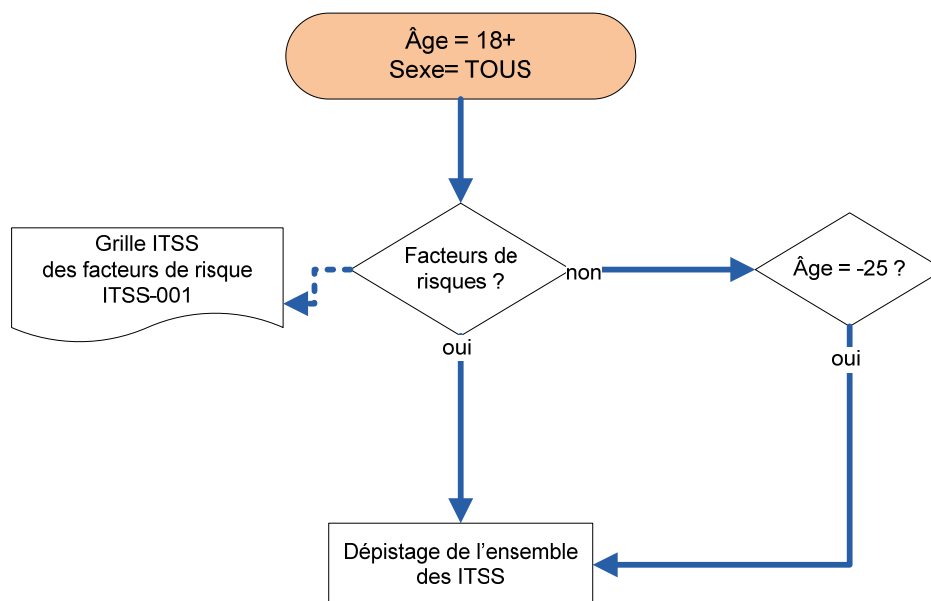
2.3.11 Vaccination Virus du papillome humain



2.3.12 Vaccination zona

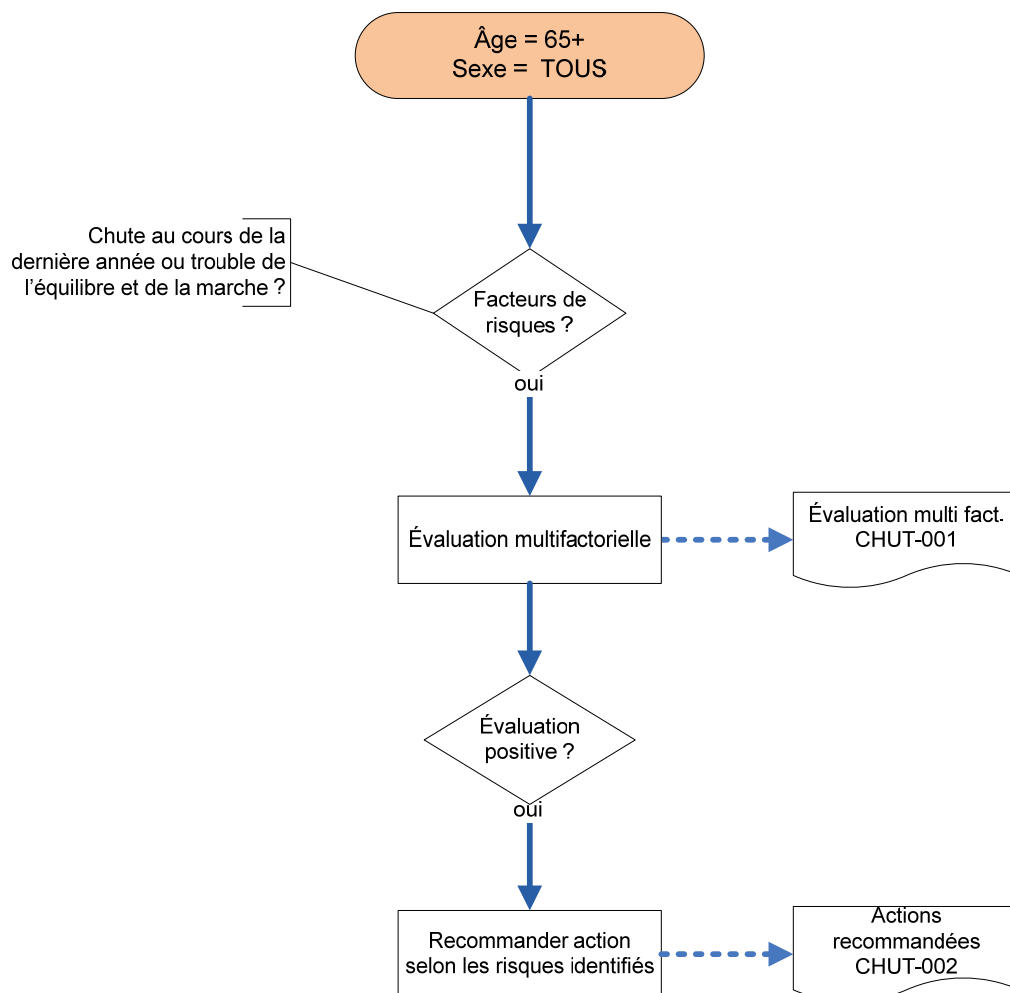


2.3.13 ITSS

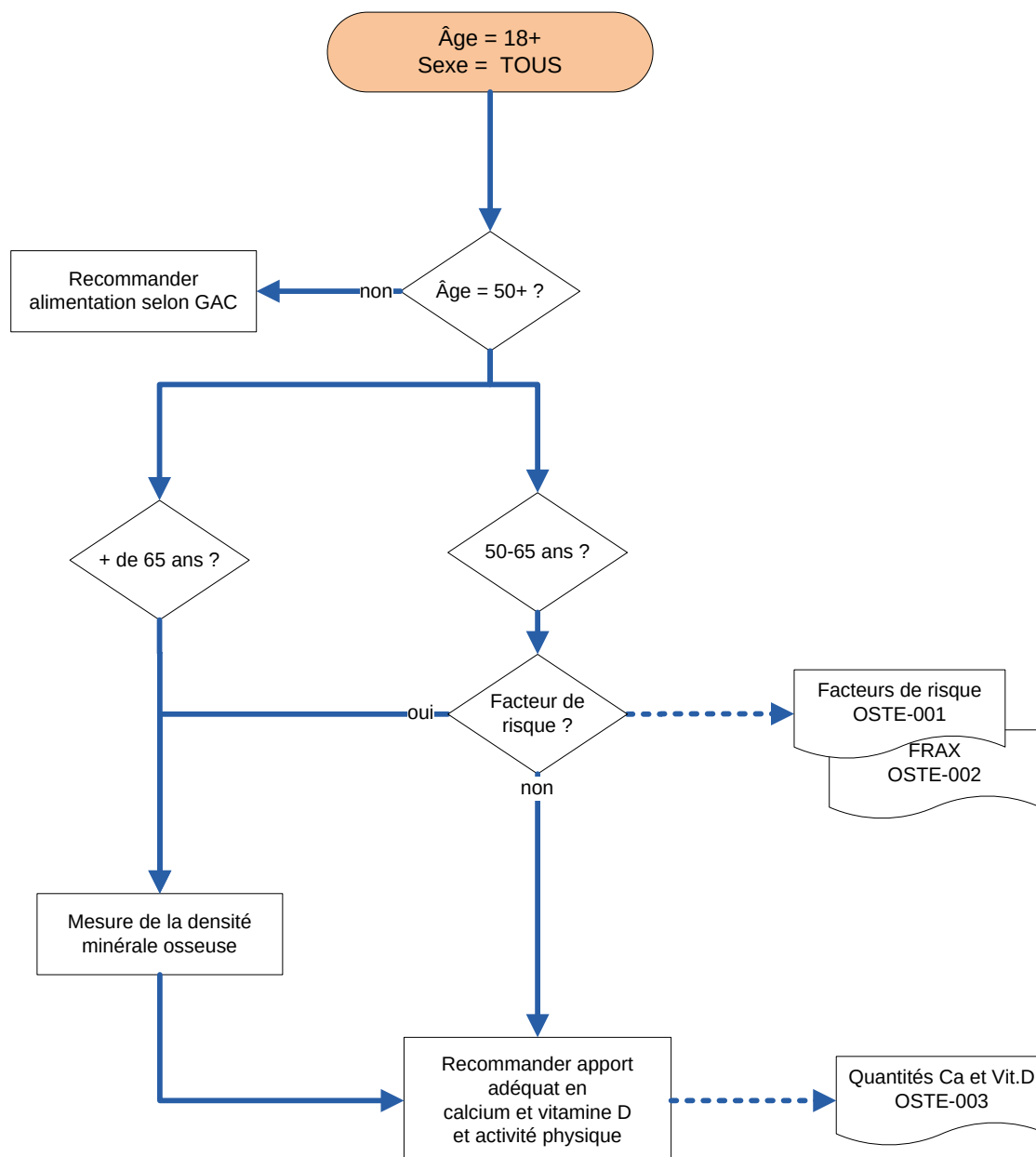


2.4 Traumatismes et déficits sensoriels

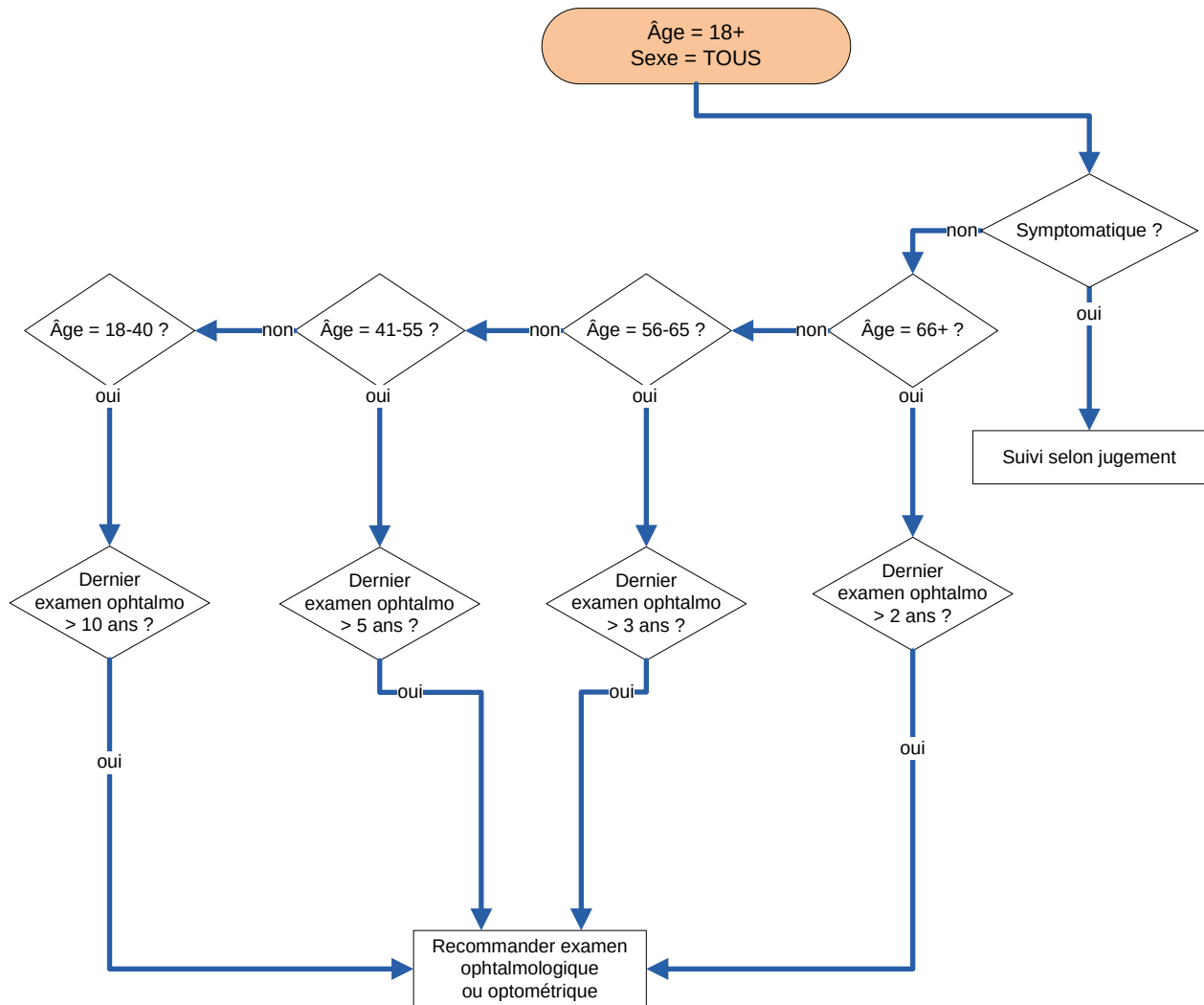
2.4.1 Prévention des chutes



2.4.2 Ostéoporose

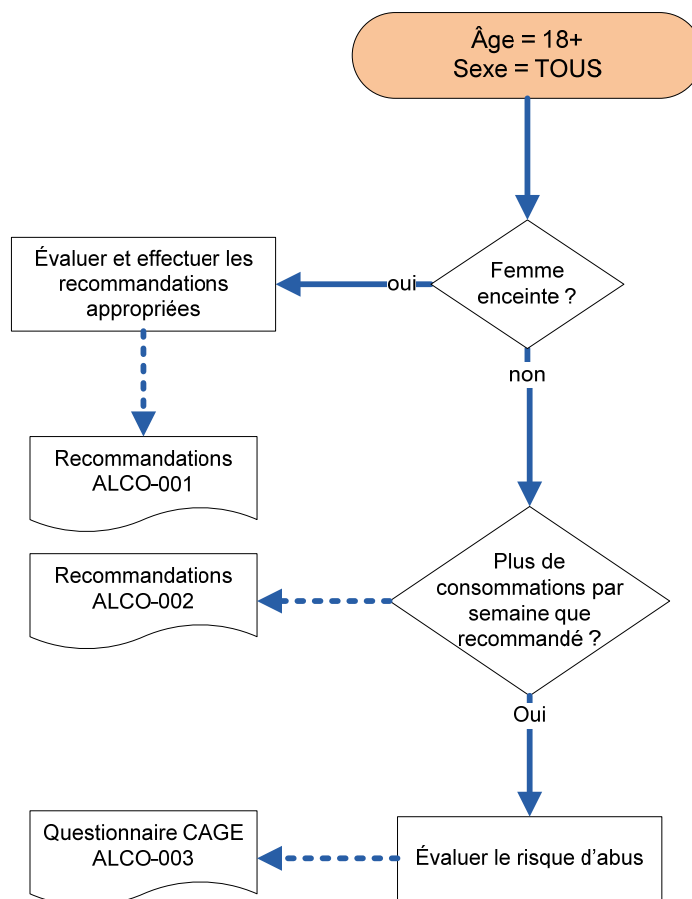


2.4.3 Acuité visuelle

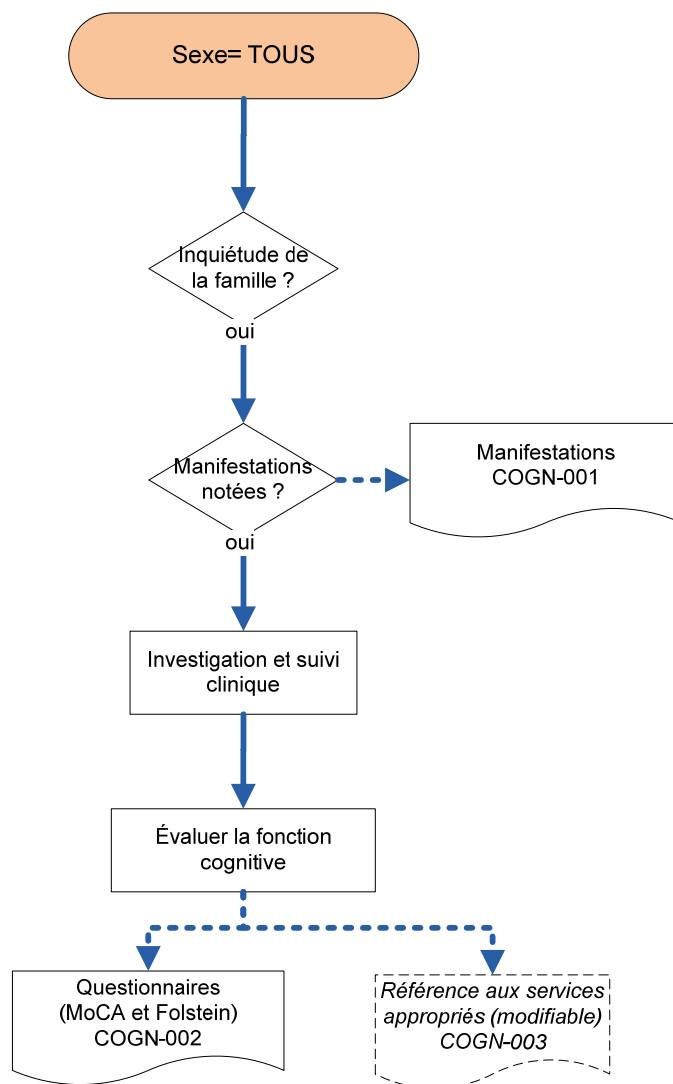


2.5 Problèmes psychosociaux

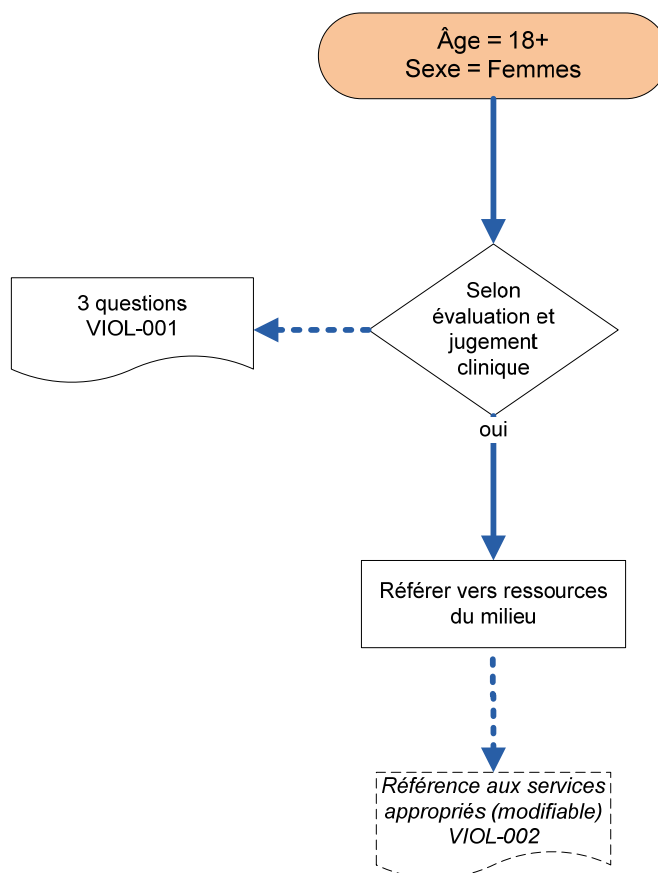
2.5.1 Abus d'alcool



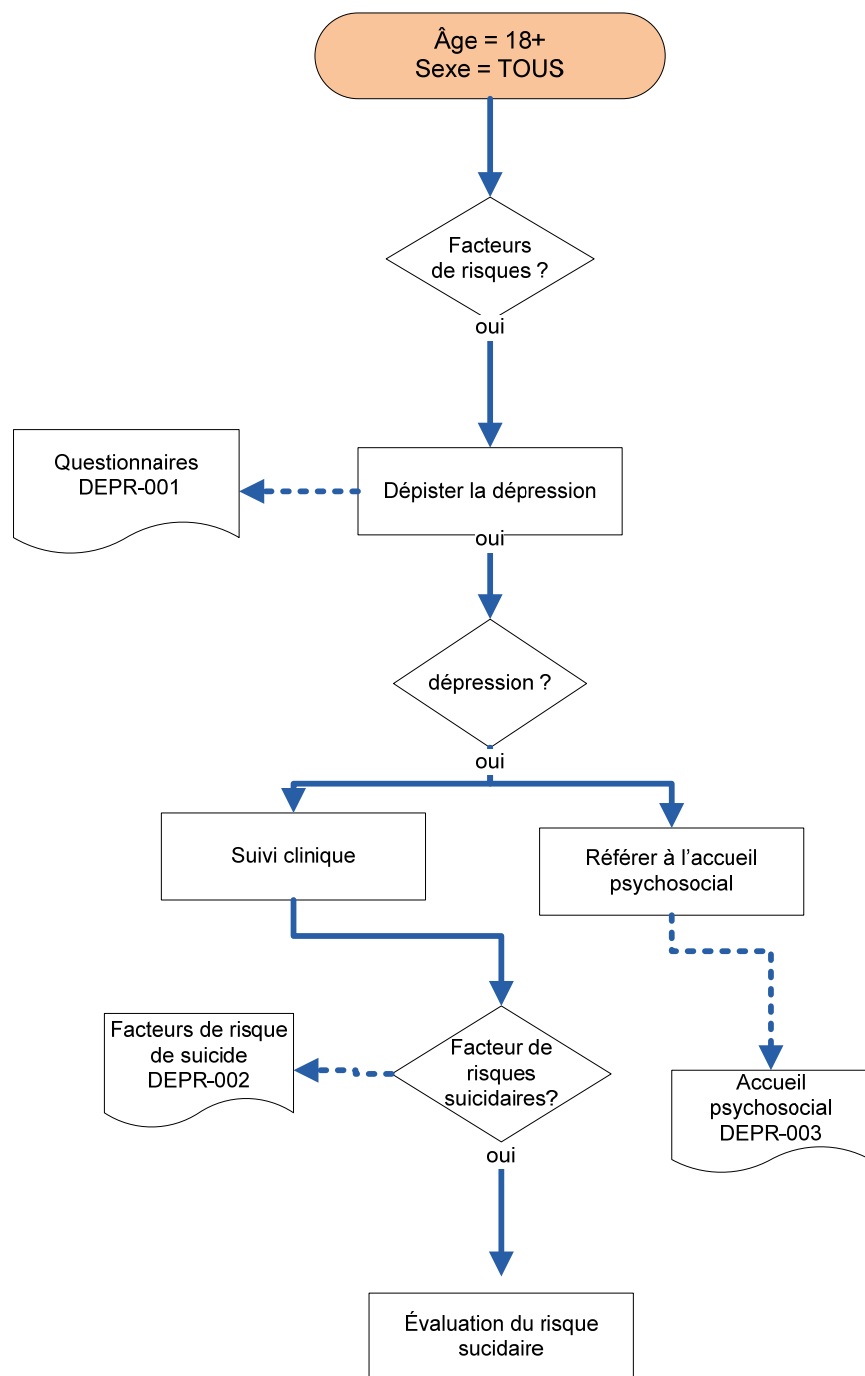
2.5.2 Déficit cognitif



2.5.3 Violence familiale



2.5.4 Dépression



ANNEXE 3

TABLEAU DES RESSOURCES D'INFORMATIONS LIÉES AUX THÉMATIQUES

Dans ce tableau sont référencées toutes les ressources d'informations pratiques pouvant être utilisées ou consulter dans le cadre des processus de préventions décrits plus haut.

Ce tableau liste ces ressources sous le format suivant :

- Thématique : le nom du processus de prévention concerné
- Code de référence : identifie de manière unique la ressource d'information
- Valeur : la ressource (adresse internet, texte, ...)
- Description : un commentaire de description de la ressource d'information

Code référence	Valeur	Description	Date dernière mise à jour
Tabagisme référence : http://can-adaptt.net/			
TABA-001	http://	Lien vers le fichier de soutien médical au tabagisme	
TABA-002	- Discuter de l'importance d'arrêter en personnalisant le message - Présenter les dangers de la fumée secondaire - D'accord pour en rediscuter ? - Offrir du matériel éducatif - Offrir soutien et rdv de relance - Référence aux ressources	Précision sur le counseling général	
TABA-003	CAT: http://www.jarrete.qc.ca/fr/centres/index.htm		
TABA-004	Ligne: 1-866-527-7383	Référence Ligne	
TABA-005	Site j'arrête : http://www.jarrete.qc.ca/	Référence JARRETE	
TABA-006	Défi	Référence DEFI	
TABA-007		Référence aux autres services appropriés	
Alimentation			
ALIM-001	Acide folique (min. 400 microgrammes / jour) 10 semaines avant la grossesse jusqu'à l'allaitement	Précision sur le counseling sur la saine alimentation (femmes – intention de grossesse)	

	Portions recommandées par jour par le guide alimentaire - Laits et produits laitiers : 2 à 3 - Viandes et substituts: 2 à 3 dont 2 de poissons par semaine - Légumes et fruits: 7 à 10 - Produits céréaliers: 6 à 8		
ALIM-002	Vitamine D et calcium Encourager via alimentation Si facteurs de risque = suppléments Portions recommandées par jour par le guide alimentaire : - Laits et produits laitiers : 2 à 3 - Viandes et substituts: 2 à 3 dont 2 de poissons par semaine - Légumes et fruits: 7 à 10 - Produits céréaliers: 6 à 8	Précision sur le counseling sur la saine alimentation (>50ans)	
TABA-003		Référence aux autres services appropriés (intention de grossesse)	
TABA-004		Référence aux autres services appropriés (+50 ans)	
Dyslipidémies			
DYSL-001	www.scorecanada.ca www.framinghamheartstudy.org www.reynoldsriskscore.org	Aide sur l'évaluation multi-factorielle	
DYSL-002	Diabète, tabagisme, hypertension artérielle, dyslipidémies, obésité, sédentarité, antécédents familiaux précoces de maladie cardiovasculaire	Facteurs de risque prédéfinis	
DYSL-003	Avec facteurs de risque chaque année Au jugement clinique aux 3 à 5 ans	Fréquence bilan avec facteur de risque	
DYSL-004	http://www.onlinecjc.ca/	Détail du counseling alimentation	
DYSL-005		Détail counseling saines habitudes de vie	
DYSL-006		Référence aux services appropriés (modifiable)	
DYSL-007		Référence aux services appropriés (modifiable)	
Obésité Référence : http://www.onlinecjc.ca/			
OBES-001		Calculateur IMC	
OBES-002	Normes nord-américaines - Hommes: 102 cm - Femmes: 88 cm	Normes spécifiques de tours de taille	

	Normes européennes - Hommes: 94 cm - Femmes: 80 cm		
OBES-003	Évaluer la motivation à modifier comportement et obstacles à perte de poids Réduction de l'apport calorique (500 à 1000 kcal/jour)	Counseling spécifique obésité	
OBES-004	30 à 60 min/jour activité aérobie intensité modérée (pour 1 an)	Counseling activité physique	
OBES-005	Bilan lipidique Enzymes hépatiques Hémoglobine glyquée ou glycémie à jeun Analyse d'urine	Analyses laboratoires obésités	
OBES-006		Détail du counseling alimentation	
OBES-007		Référence aux services appropriés (modifiable)	
OBES-008		Référence aux services appropriés (modifiable)	
Hypertension artérielle			
HYPE-001	3 méthodes (standardisée au cabinet (140/90 mmHg); monitoring ambulatoire, automesure à domicile (2 x matin, 2x soir pour 7 jours, moyenne excluant jour 1, 135/85 mmHg) Mesures répétées recommandées	Aide sur la prise de tension Au moins 3 mesures additionnelles différentes ou journal d'une semaine	
HYPE-002	Cessation tabagique Activité physique Réduction de poids Réduction consommation alcool	Counseling habitudes de vie	
HYPE-003	Alimentation: diète DASH et réduction sodium (1500 à 3000 mg/jour)	Counseling alimentation	
HYPE-004		Référence aux services appropriés (modifiable) counseling	
HYPE-005		Référence aux services appropriés (modifiable) investigation et suivi	
HYPE-006	http://www.hypertension.ca/fr/pech-lignes-directrices	PECH	
Activité physique Référence : http://www.csep.ca			
ACTI-001	Activité physique Adultes jusqu'à 64 ans : Minimum 150 min activité aérobie d'intensité	Aide sur encouragement à l'activité physique	

	moyenne (léger essoufflement) par semaine Séances minimum 10 min, idéal 30 min Exercices de musculation: minimum 2 x / sem. Plus de 65 ans: Ajouter des exercices d'équilibre		
ACTI-002		Counseling activité physique	
ACTI-003		Référence aux services appropriés (modifiable)	
Diabète type 2 Références : http://diabetes.ca/			
DIAB-001		Facteurs de risque	
DIAB-002	cessation tabagique Activité physique Réduction de poids Réduction consommation alcool	Counseling habitudes de vie Aide	
DIAB-003	Centre d'enseignement diabète ...	Référence aux services appropriés (modifiable)	
DIAB-004	Centre d'enseignement diabète ...	Référence aux services appropriés (modifiable)	
Anévrisme aorte abdominale Référence : http://www.inesss.qc.ca			
ANEV-001	· histoire familiale positive · antécédents personnels ou familiaux de maladie cardiovasculaire	Facteurs de risque	
Cancer colorectal Référence : "CANADIAN JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY" sur le site http://www.pulsus.com			
COLO-001	Histoire familiale de cancer colorectal ou polypes	Facteurs de risque	
COLO-002	Immunochimie (2 ans) ou coloscopie (10 ans) ou sigmo. (5 ans)	Dépistage	
COLO-003	Sigmoidoscopie > 5ans Coloscopie > 10 ans	Dépistage	
Cancer du sein			
SEIN-001	Plusieurs cancers et mère ou soeur porteuse BRAC	Facteurs de risque	
SEIN-002	Liste des CDD au niveau provincial (site web)	Liste des CDD (PQDCS)	
Cancer du col utérin			
UTER-001	En révision	Facteurs de risques (hystérectomisée)	

UTER-002	+ de 30 ans avec atypies probablement bénignes (ASCUS) au PAP précédent : test VPH avec test PAP	Facteurs de risques (résultats) Source : INSPQ (XXXX)	
Cancer du poumon et MPOC			
MPOC-001	toux, toux et expectoration fréquentes, essoufflement facile, respiration sifflante, infection des voies respiratoires fréquentes ou plus longtemps que les autres	Symptômes	
MPOC-002		Référence aux services appropriés (modifiable)	
Cancer de la prostate			
PROS-001	Parent 1er degré atteint ou origine afro-américaine	Facteurs de risques	
PROS-002			
Vaccination des adultes			
VACC-001	DCT Polio RRO Varicelle Zona Influenza Pneumocoque	Liste des vaccins de base	
VACC-002	http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/09-283-02.pdf - PIQ 9.7 tableau page 173-174 - PIQ 10.1.6 (haemophilus influenzae type B) - PIQ 10.3.2 (méningocoques) - PIQ 10.3.3 (pneumocoques) - PIQ 10.4.(1,2,3) (hépatites A ou B) - PIQ 10.5.1 (influenza) - PIQ 10.4.4 (VPH)	Références PIQ conditions médicales et autres risques	
VACC-003	http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1441_GuideSanteVoyage.pdf	Guide santé voyage	
ITSS			
ITSS-001	www.msss.gouv.qc.ca/itss		
Prévention des chutes			
CHUT-001		Évaluation multi-factorielle	
CHUT-002		Actions recommandées	

Ostéoporose			
OSTE-001	Facteurs de risque 1. âge > 65 ans; 2. fracture vertébrale par écrasement (rechercher par une radiographie si perte staturale de > 2 cm récente ou > 6 cm à vie, cyphose ou douleur dorsale incapacitante); 3. fracture de fragilisation après l'âge de 40 ans; 4. antécédents familiaux de fractures ostéoporotiques (surtout fracture de la hanche chez la mère); 5. thérapie systémique aux glucocorticoïdes pour plus de 3 mois; 6. autres : syndrome de malabsorption; hyperparathyroïdie primaire; tendance aux chutes; ostéopénie apparente sur un cliché radiographique; hypogonadisme; ménopause précoce (<45 ans); 7. arthrite rhumatoïde; antécédents d'hyperthyroïdie clinique; thérapie chronique aux anticonvulsivants ou à l'héparine; faible apport alimentaire en calcium; tabagisme; consommation excessive d'alcool (3 verres et plus par jour) ou de caféine; poids corporel < 60 kg; perte pondérale > 10 % du poids corporel depuis l'âge de 25 ans.	Facteurs de risques	
OSTE-002	http://www.osteoporosecanada.ca/	FRAX	
OSTE-003	La Société canadienne d'ostéoporose (SCO, 2010) recommande aux plus de 50 ans qui n'ont pas d'ostéoporose documentée un apport adéquat de calcium (1200 mg/j) et de vitamine D (800 – 1000 UI/j) pour prévenir les fractures ostéoporotiques. Un supplément quotidien peut être envisagé pour le calcium (500 mg) et pour la vitamine D (800 UI). Il existe des préparations combinées ou unidose hebdomadaire. Pour les moins de 50 ans, une alimentation selon le Guide alimentaire canadien devrait suffire. En période hivernale, de faible exposition au soleil, un supplément de vitamine D est à considérer.	Recommandation Ca et Vitamine D	
Acuité visuelle Référence : http://www.canadianjournalofophthalmology.ca/			

Alcool			
ALCO-001	Évaluation et recommandations grossesse	Recommandations	
ALCO-002	Quantités recommandées pour adultes hommes et femmes Une réponse positive à la consommation de plus de 14 consommations par semaine chez l'homme (9 chez la femme). http://educalcool.qc.ca/	Recommandations	
ALCO-003	1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? 2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ? 3. Avez déjà eu l'impression que vous buviez trop? 4. Avez-vous eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme?	Questionnaire CAGE	
Déficit cognitif			
COGN-001	Manifestations notées : - atteinte des activités de la vie quotidienne - par le patient - par un aidant naturel - par un intervenant proche	Manifestations	
COGN-002	Questionnaire MOCA : www.mocatest.org Questionnaire Folstein : http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/916d2fbac5d9512485256ec10063b234/\$FILE/AH-107_DT9088%20%2804-10%29.pdf	Questionnaires (MoCA et Folstein)	
COGN-003		Référence aux services appropriés (modifiable)	
Violence familiale			
VIOL-001	3 questions simples peuvent être posées : 1- Un partenaire vous a-t-il déjà blessé(e), poussé(e) ou maltraité(e) ? 2- Vous arrive-t-il de ne pas vous sentir en sécurité ou d'avoir peur de votre partenaire? 3- Votre partenaire vous traite-t-il de tous les noms ou essaie-t-il de dicter vos moindres gestes?		

<i>VIOL-002</i>	- Thérapie individuelle - ou - Refuge		
Dépression			
<i>DEPR-001</i>	Question 1 : Durant le mois écoulé, avez-vous été perturbé par un cafard, une déprime, une perte d'espoir ? Question 2 : Durant le mois écoulé, avez-vous été souvent perturbé par peu d'intérêt ou de plaisir dans vos activités ? Question 3 : Désirez-vous être aidé ? Site MSSS avec questionnaire : ladepressionfaitmal.ca	Questionnaire	
<i>DEPR-002</i>	Idéation ou - Histoire de maladie psychiatrique, d'abus de substance, de maladie chronique, s'il y a présence d'histoire familiale de suicide ou s'il s'agit d'un immigrant ou d'un jeune homme autochtone	Facteurs de risques de suicide	
<i>DEPR-003</i>	(insérez le numéro de téléphone pour l'accueil psychosocial)	Accueil psychosocial	

ANNEXE 4

TABLEAU DES VARIABLES

Code	Valeurs possibles	Description	Thématiques (présence)
Sexe		Sexe du patient	Alimentation Dyslipidémie Vaccination de base
Age	Numérique	Âge du patient	TOUTES
Derniere_Visite	Date	Utilisé pour la périodicité d'évaluation	TOUTES
Tabac_30jr	Oui/Non	Utilisation d'un produit du tabac dans les 30 derniers jours	Tabagisme
Tabac_30jr_Date	Date	Date de dernière saisie du champ précédent	Tabagisme
Tabac_stop_6m	Oui/Non	Cessation depuis moins de 6 mois	Tabagisme
Tabac_stop_6m_Date	Date	Date de dernière saisie du champ précédent	Tabagisme
Fumeur_Regulier	Oui/Non	Cigarettes à l'occasion	Tabagisme
Fumeur_Regulier_Date	Date		
Nb_Cigarettes_Jour	Numérique	Si fumeur régulier, nb de cigarettes/jour	Tabagisme
Nb_Cigarettes_Jour_Date			Tabagisme
Cigarette_30mn	Oui/Non	1ere cigarette 30 min après réveil	Tabagisme
Cigarette_30mn_Date			Tabagisme
Intention_Arreter	Oui/Non	Intention d'arrêter de fumer	Tabagisme
Dici_1mois	Oui/Non	Intention d'arrêter de fumer d'ici 1 mois	Tabagisme
Intention_Grossesse	Oui/Non	Intention de grossesse	Alimentation
FR_Tabac	Oui/Non	Facteur de risque tabagisme, ce facteur de risque devrait être inscrit lors de la thématique TABAC	Dyslipidémie Tabagisme
FR_Hypertension	Oui/Non	Facteur de risque hypertension	
FR_Dyslipidémie	Oui/Non	Facteur de risque dyslipidémie	
FR_Obesite	Oui/Non	Facteur de risque obésité	
FR_Sedentarite	Oui/Non	Facteur de risque sédentarité	
FR_AntecedentsFamiliauxMCV	Oui/Non	Facteur de risque antécédents familiaux MCV	

FR_Mcv	Oui/Non	Facteur de risque MCV	Dyslipidémie Diabète type 2
FR_Diabete	Oui/Non	Facteur de risque diabète	Dyslipidémie Diabète type 2
FR_autre	Texte	Autre facteur de risque	Dyslipidémie Diabète type 2
Poids	Numérique		Obésité
Taille	Numérique		Obésité
Taille_unite	(à définir)	Pieds ou mètres	
Tour_De_Taille	Numérique		Obésité
Tension	Numérique		Hypertension artérielle
Diagnostic_Hypertension	Oui/Non	Diagnostic d'hypertension	Hypertension artérielle
Niveau_Act_Physique	Sédentaire / Modérément / Très actif	Niveau d'activité physique incluant travail/loisirs/entraînement	Activité physique
Dernier_Labo	Date	Date de dernière glycémie	Diabète type 2
Ror_Vacc_Date	Date	Date de vaccination ROR	Vaccination de base
Polio_Vacc_Date	Date	Date de vaccination Poliomyélite	Vaccination de base
Varicelle_Vacc_Date	Date	Date de vaccination Varicelle	Vaccination de base
Vph_Vacc_Date	Date	Date de vaccination VPH	Vaccination de base
Flu_Vacc_Date	Date	Date de vaccination Influenza	Vaccination de base
Zona_Vacc_Date	Date	Date de vaccination Zona	Vaccination de base
Pneumo_Vacc_Date	Date	Date de vaccination Pneumocoque	Vaccination de base
			Vaccination à risque
			Alcool

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec

