Heinz Bhend

Arosa 2020 ou le dossier médical électronique – quo vadis?

Depuis bientôt 20 ans, il existe dans les cabinets médicaux suisses la possibilité de conserver des dossiers électroniques. D'après les estimations, seul un tiers des médecins ont procédé à une conversion totale ou partielle[1]. Un sentiment de perplexité règne quant à la recette miracle permettant d'atteindre une masse critique. Le parlement a refusé de mettre en place des moyens financiers[2]. Les initiés savent que tous les scénarios de cybersanté seront fortement retardés si les médecins installés ne sont pas intégrés. Mais tant que ceux-ci ne profitent pas davantage de la documentation électronique dans l'activité quotidienne au cabinet médical, la conversion continuera de traîner.

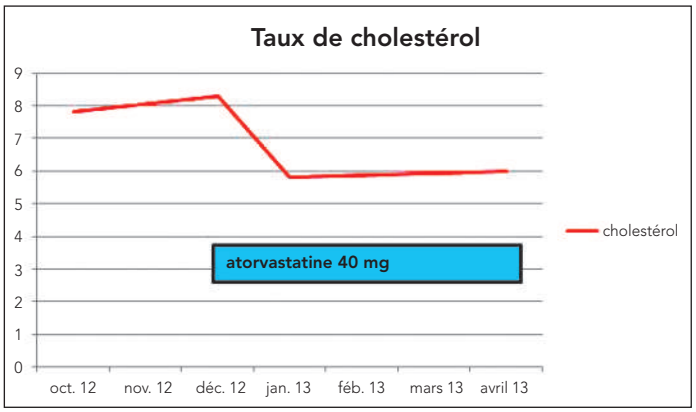
Thomas Rosemann a déclaré au congrès des médecins d'Arosa 2013 que la littérature actuelle ne permettait de démontrer aucun avantage qualitatif de la documentation électronique concernant le traitement du patient [1]. Les uniques avantages que présentent une documentation électronique, à savoir la lisibilité et la possibilité de réutiliser les informations, par ex. en cas de transfert, sont certes incontestés.
Mais étant donné qu'un transfert n'est nécessaire que dans environ 10% des cas, cet avantage est également secondaire [2].

Où est le problème?

Il y a quelques années, mon partenaire au cabinet médical a commencé avec la documentation électronique, en créant pour chaque patient une fiche de données Word qu'il a complétée au fur et à mesure. Cela représente la première étape (primitive) de la documentation électronique. Voici mon bilan quelque peu décevant: nous ne sommes pas vraiment plus avancés! Evidemment, personne n'utilise plus de fichier Word. De nos jours, nous entrons les données dans de nombreux tableaux différents. Ce qui n'est pas beaucoup plus, bien que les «apparences» avec divers masques de saisie puissent le suggérer. Les outils actuels reposent tous sur ce que l'on appelle les «bases de données relationnelles». Cela ne signifie rien de plus que: des tableaux qui ont un rapport les uns avec les autres. Exprimé plus simplement: base de données = rassemblement de tableaux, relationnelle = rapport des tableaux entre eux.
A titre d'illustration: la saisie des valeurs biologiques dans un tableau, à la main ou directement à la machine: nom de l'analyse, valeur, unité, date, etc. sont les intitulés correspondants dans les colonnes. Les valeurs peuvent être saisies et affichées clairement sous forme de tableau. Ce tableau d'analyses biologiques est en relation avec le tableau des données administratives de consultation (identification des patients, date, heure, client) et avec le tableau des positions TARMED, de sorte que le calcul se fait automatiquement. Grâce à ces liens, il peut être clairement défini que le médecin A a mesuré chez le patient B à la date X et à l'heure Y une glycémie d'une valeur de 8,6 mmol/l, qui a été calculée en position Z. Ce ne sont plus ou moins que des données administratives ou qui servent simplement à remplir les obligations de documentation, sans valeur ajoutée par rapport à la documentation sur papier. Il manque aux outils actuels la valeur ajoutée qui pourrait nous aider de manière substantielle dans notre activité clinique auprès de chaque patient.

Illustration

Récemment, j'ai remarqué que le taux de cholestérol d'un patient avait diminué. Afin de voir cette modification, je dois cliquer sur le bouton de commande «laboratoire», un deuxième clic est nécessaire pour afficher «toutes les valeurs», puis il faut chercher la ligne «cholestérol» et comparer les entrées du tableau. En effet: la valeur de janvier 2013 est meilleure que celle de novembre 2012. Une observation en principe positive, encore faut-il savoir pourquoi. Pour cela, il faut retourner sur le tableau de la médication: l'atorvastatine y figure. Depuis quand? Trois clics plus tard, je constate: lors de la consultation de décembre 2012, j'ai prescrit cet anti-cholestérol au patient.
Pourquoi cette description compliquée et détaillée? Toutes les données sont contenus dans la base de données relationnelle, mais ils sont difficiles à trouver, et je dois synthétiser moi-même l'information recherchée, à savoir le lien entre les valeurs biologiques et le médicament, à l'aide des deux tableaux (médication et laboratoire). Je préfèrerais un graphique simple:



Ceci est une première «amélioration» du rapport «médicament-analyses biologiques» existant. Selon des recherches personnelles[3] réalisées sur les principaux logiciels, aucun système ne peut représenter de cette manière les informations contenues.

[1] Les chiffres exacts font défaut, les estimations varient énormément, chiffres les plus récents d'un sondage en ligne (avec biais correspondant) – cf. baromètre cybersanté 2013 (http://www.gfsbern.ch/Neuigkeiten/tabid/177/itemid/827/amid/1151/swiss-ehealth-barometer-2013.aspx)

[2] Refus de 2 requêtes sur 3 de la motion Humbel par le Conseil des Etats: (http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20123332)

[3] Recueil non systématique des données: le graphique 1 a été envoyé par e-mail à des utilisateurs des principaux logiciels et la question leur a été posée de savoir si une représentation analogue était possible dans leur système.

A l'avenir, les outils doivent offrir beaucoup plus d'options, notamment des synthèses graphiques le long de l'axe du temps. Avec le volume croissant de données, une représentation correcte joue un rôle de plus en plus important.
Il est bien connu qu'une image en dit beaucoup plus long que mille mots, et il est ainsi possible de retenir l'essentiel: par ex. en ce qui concerne les hypertenseurs et les valeurs de pression artérielle, les antidiabétiques et l'$HbA_{1C, etc.}$
Les possibilités de valeur ajoutée pour la pratique clinique doivent être étendues à d'autres domaines, c'est-à-dire à d'autres rapports: médicaments et diagnostics, fonctions de rappel basées sur les diagnostics, rapports entre analyses biologiques, médicaments et diagnostics (par ex. transaminases en cas de traitement par méthotrexate dans le cadre d'une polyarthrite), etc.

Take-home messages

Le congrès d'Arosa 2013 a été un véritable succès: lors des 10 réunions en plénière, des 16 ateliers et d'une manifestation parallèle, de nombreuses «Take-home messages» ont été consignées[4]. Toutefois, retenir un point essentiel est une chose, le mettre en application en est une autre.
J'ai parcouru à nouveau toutes les fiches des réunions en plénière pour rechercher les informations que je souhaiterais avoir ou mettre en pratique immédiatement. J'ai retenu 20 points (cas d'utilisation/tab. 1).

A titre d'exemples:
- Pour tous les patients diabétiques, je souhaiterais pouvoir faire appel au nouveau schéma thérapeutique (ADA/EASD 2012).
- Le conférencier a référencé divers «No-Go's» du traitement du diabète.

I have a dream

A l'issue du congrès d'Arosa 2020, je peux télécharger une «app» avec des propositions de mise en pratique. Je choisis mes «Take-home messages», télécharge l'application dans mon logiciel et reçois le message suivant:
- Les patients X, Y, Z présentent une association médicamenteuse qui n'est plus recommandée.
- Les lignes directrices ADA/EASD 2020 sont consignées pour tous les patients diabétiques.
- Les patients S et M reçoivent un rappel d'analyse du taux de transaminases (car la prise du médicament XY requiert un contrôle des transaminases tous les 3 mois, ce qui n'a pas été fait depuis plus de 4 mois).
- Les patients B, C, D ont reçu une prescription de médicament qui a été retiré du marché.

4 Les présentations des réunions en plénière sont consultables en ligne sur www.aerztekongress-arosa.ch (en allemand).
5 CISP = Classification Internationale des Soins Primaires (www.icpc.ch).

Tableau 1
Souhait de mise à disposition immédiate de cas d'utilisation en consultation.

Cas d'utilisation	Rubrique	CISP[5]	Mise en application
Plan de vaccination	Prévention	<Chap>.44 A98	Lien Internet vers l'actuel plan de vaccination de l'OFSP
Médecine de voyage	Prévention	Généralités A98 Malaria A73 Hépatite D72	Lien Internet sur www.osir.ch
Mephaquin	Attention	P76	Alerte si P76 dans l'anamnèse et en cas de prescription de Mephaquin
Infection urinaire	Traitement	U70/U 71	Accès direct aux recommandations actuelles dans l'ensemble du système
Angine	Diagnostic / Traitement	R76	Accès direct aux recommandations actuelles relatives aux critères de Centor, au streptotest et aux recommandations IDSA dans l'ensemble du système
Virus EBV	Diagnostic	A75 B02	Lien Internet direct, par ex. vers les recommandations EBM
Pneumonie	Traitement Procédure	R81	Accès direct aux recommandations thérapeutiques actuelles «Pneumonia severity index» dans l'ensemble du système et «CURB-65» consigné
Erysipèle	Traitement	S76	Score LRINEX consigné
Gonorrhée	Traitement	Y71/X71	Lien Internet vers les recommandations européennes
Diabète	Gestion	T89/T90	Rappel automatique pour consultation d'un ophtalmologue, contrôle des pieds, enregistrement du taux de cholestérol, traitement par aspirine
Diabète	Traitement	T89/T90	Accès direct aux recommandations ADA/EASD 2012 dans l'ensemble du système
Diabète	Gestion	T89/T90	Valeurs HbA_{1C} corrigées pour l'âge, prise en compte de la durée du diabète et de la polymorbidité
Diabète	Traitement Gestion	T89/T90	«No-Go's»: demande si le patient est traité par une association sulfonylurées + glinide, inhibiteurs de DPP4 + analogue du GLP1, glitazone + insuline
Médicaments	Gestion		Une substance est retirée du marché, afficher tous les patients prenant actuellement ce médicament
Troubles du sommeil	Traitement	P06	Affichage des patients avec âge et la médication respectifs
Traumatisme Gestion cranio-cervical par accélération	L83		Arrêt de travail et durée pour les patients présentant un traumatisme cranio-cervical par accélération
Dépression	Gestion	P76	Fréquence de la dépression au sein de la population active

La mise en pratique technique serait relativement simple. L'informatique a encore beaucoup à offrir. Ces idées vont dans la direction d'aide à la décision clinique (CDS – Clinical Decision Support).

Après que le projet de la CTI (Commission pour la technologie et l'innovation) de l'Institut de médecine de famille de l'université de Zurich a été mis en veilleuse[6], il est d'autant plus important que nous autres «utilisateurs» prenions les choses en main. Quelques conditions sont toutefois indispensables:
- Nous devons parler d'une seule et même voix
- Nous devons savoir clairement ce que nous voulons
- Nous avons besoin d'une «unité de doctrine» minimale à la pointe de la technologie en ce qui concerne la documentation électronique

Nous ne pouvons soumettre nos exigences que si nous faisons nos devoirs.

Situation actuelle

Nous nous éloignons de plus en plus les uns des autres: en fonction du logiciel, le dossier médical électronique est utilisé de façon totalement différente. Les clients du logiciel A sont formés par des non-médecins sur la manière de consigner des données électroniquement. Ces formateurs et utilisateurs n'évoluent que dans le cadre des possibilités qu'offre le programme A. La nature de la documentation est tout aussi variée que le paysage des prestataires est hétérogène. Les conditions fondamentales pour bénéficier à l'avenir de possibilités comme celles décrites plus haut sont les suivantes:
- Documentation logique et orientée vers la résolution de problèmes
- Liste des problèmes selon la CISP
- Saisie séparée des valeurs chiffrées

Grâce à ces conditions cadres, les offres à valeur ajoutée peuvent être «tirées vers le haut». Il me faut d'abord saisir de manière routinière un code pour le diabète afin que les informations relatives au diabète enregistrées au niveau central soient directement consultables pour tous les patients diabétiques.
Le logiciel pourrait même «attribuer automatiquement» le code pour le diabète, en fonction des critères des recommandations[7]. Cependant: chaque code n'est entretenu que dans la mesure où il génère directement une valeur ajoutée.
C'est le serpent qui se mord la queue: les fabricants des logiciels dénigrent le besoin de la CISP; les collègues ont la fausse impression que la CISP sert principalement à la recherche et consignent leurs données sans liste de problèmes, ou éventuellement en utilisant un modèle individuel. Celui-ci ne sera à son tour pas compatible avec un échange des données et surtout avec des offres de valeur ajoutée dans le domaine du CDS.

Gestion des médicaments: l'avantage du médecin de famille

Un besoin d'optimisation existe également en matière de gestion des médicaments. La vérification des interactions et les avertissements de non-tolérance ne sont qu'un début. Aucun outil n'est en mesure de conseiller l'arrêt d'un médicament lorsque je passe de l'ibuprofène au diclofénac ou que je remplace un original par un générique. Ainsi, il peut rapidement arriver que, «sur le plan électronique», le patient prenne les deux médicaments. Bien évidemment, de telles données non validées ne peuvent être transmises [3, 4]. Les pharmaciens peuvent également très bien procéder à la vérification des interactions au moyen de logiciels. Tous les médecins ont sans doute déjà reçu des commentaires bienveillants. Le corps des pharmaciens s'est fortement équipé dans ce domaine. Il est toutefois peu judicieux de ne lancer la vérification des interactions qu'au moment de la remise des médicaments. L'analyse du processus de la médication met en évidence qu'il est pertinent de procéder à la vérification des interactions au moment de la prescription. Cela relève ainsi du devoir du médecin. Il est clair que ceci est impossible sans le soutien d'un logiciel. Non seulement il existe des interactions entre différents médicaments, mais également entre le diagnostic et les médicaments, entre les valeurs biologiques et les médicaments ou entre ces trois éléments à la fois.
En ce qui concerne ces informations, les médecins ont une longueur d'avance (par ex. valeurs biologiques, diagnostics), de par le simple fait qu'ils sont souvent impliqués tout au début du traitement. La vérification des interactions sur plusieurs domaines requiert, actuellement et à l'avenir, un soutien plus important par des logiciels pertinents.

Résumé

Nous ne sommes qu'au début de «l'histoire» du dossier médical électronique. Son développement futur constitue un objectif central, voire même l'objectif principal de l'Institut d'informatique au cabinet médical, récemment fondé [5]. Sans l'achèvement du dossier médical électronique avec pour but le soutien direct de l'activité clinique, nous ne pourrons relever les défis majeurs, tels que le manque de ressources et la polymorbidité.

Références:

1 Rosemann T. e-Health und Skillmix - was bringts? Available from: http://www.aerztekongress-arosa.ch/samstag/
2 Tschudi P. Power-Point-Präsentation «Ja zur Hausarztmedizin». Available from: http://www.jzh.ch/de/initiative/materialien/
3 Busato A. «Verbesserung der Datenqualität». Available from: http://www.icpc.ch/fileadmin/user_upload/symposium2012/DatenqualitaetBusato.pdf
4 Djalali S. «Herausforderung und Potenzial der FIRE-Daten» .Available from: http://www.icpc.ch/fileadmin/user_upload/symposium2012/HerausforderungFIRE_Djalali.pdf
5 Schilling G, Bhend H. Institut für Praxisinformatik (IPI) gegründet! PrimaryCare. 2012;12(13):237-238

6 Un projet de la CTI (www.kti.admin.ch) a été préparé sous la direction de l'Institut de médecine de famille de l'université de Zurich, en coopération avec l'association des spécialistes suisses pour l'informatique médicale (VSFM: www.vsfm.info), dans l'objectif d'optimiser le dossier médical électronique et surtout de l'orienter vers une fonction de soutien de l'activité clinique. Malheureusement, ce projet a échoué peu avant sa soumission. Une opportunité manquée.

7 Une valeur HbA_{1C} supérieure à 6.5 g% qualifie le patient pour le diagnostic d'un diabète sucré (http://www.who.int/cardiovascular_diseases/report-hba1c_2011_edited.pdf)

Correspondance:
Dr Heinz Bhend
Fachlicher Leiter
Insitut für Praxisinformatik (IPI)
4663 Aarburg
heinz.bhend[at]sgam.ch