



# Pratiques exemplaires canadiennes pour l'élaboration de systèmes d'aide à la décision clinique efficaces en matière de gestion de la douleur chronique dans les soins primaires

Le 28 mars 2024

## **Katie Hagel**

Vice-présidente, Centre for Effective Practice  
400, avenue University, bureau 2100  
Toronto (Canada) M5G 1S5  
[katie.hagel@cep.health](mailto:katie.hagel@cep.health)

# Table des matières

---

<b>Résumé.....</b>	<b>2</b>
<b>Remerciements .....</b>	<b>5</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>7</b>
<b>Facteurs clés à prendre en compte pour l'élaboration d'un SADC .....</b>	<b>9</b>
<b>Pratiques exemplaires pour l'élaboration d'un SADC concernant la DCNC.....</b>	<b>10</b>
1. Pratique exemplaire : Répondre aux besoins en matière d'information au point d'intervention des cliniciens .....	12
2. Pratique exemplaire : Favoriser une approche axée sur le patient .....	15
3. Pratique exemplaire : Faire participer les utilisateurs finaux ciblés tout au long du processus d'élaboration .....	18
<b>Conclusion .....</b>	<b>20</b>
<b>Références .....</b>	<b>21</b>
<b>Annexe 1 : Stratégie de recherche concernant les SADC existants pour la DCNC.....</b>	<b>23</b>
<b>Annexe 2 : Processus de conception de l'outil .....</b>	<b>24</b>
<b>Annexe 3 : Application dans la pratique .....</b>	<b>25</b>

# Résumé

---

## Contexte

La douleur chronique non cancéreuse (DCNC) touche, selon les estimations, 20 % des Canadiens et, si elle n'est pas correctement traitée, peut entraîner d'importantes souffrances, une perte fonctionnelle, un recours accru aux soins de santé et d'autres complications, dont des troubles liés à l'usage d'opioïdes et d'autres substances.<sup>1,2</sup> Pour les Canadiens atteints de douleur chronique non cancéreuse, il peut être extrêmement difficile d'avoir accès à des soins de spécialiste; on estime qu'environ 50 % des patients souffrant de douleur chronique ont dû patienter six mois ou plus pour être traités.<sup>1,3</sup>

Du fait de cette urgence et de l'absence d'un accès généralisé et rapide à des centres antidouleur et à des spécialistes, il incombe souvent aux fournisseurs de soins primaires (FSP) de gérer des cas complexes de patients atteints de DCNC. Les guides de pratique clinique relatifs au traitement de tels patients, bien qu'importants, ne suffisent pas à eux seuls, car ils ne sont pas souvent élaborés en pensant à la mise en œuvre au point d'intervention et ils ciblent rarement les fournisseurs de soins primaires comme utilisateurs finaux. Des solutions numériques en matière de santé, telles que des outils intégrés aux dossiers médicaux électroniques (DME) des fournisseurs de soins primaires, sont par conséquent cruciales pour améliorer la prévention, l'évaluation et le traitement chez les patients souffrant de DCNC, dans le cadre des soins primaires.

## Objectifs

Pour contribuer à soutenir les FSP canadiens dans les soins qu'ils prodiguent aux patients atteints de DCNC, le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances (PUDS) de Santé Canada a fait appel au Centre for Effective Practice (CEP) pour mettre en place le projet de pratiques exemplaires canadiennes pour l'élaboration de systèmes d'aide à la décision clinique (SADC) efficaces en matière de gestion de la douleur chronique.

Le but de ce projet était de définir et de formuler clairement des pratiques exemplaires nationales pour l'élaboration de SADC, en particulier des outils de gestion de la DCNC intégrés aux DME à utiliser dans le cadre des soins primaires, par le biais d'un processus itératif consistant à synthétiser les données probantes clés, à s'appuyer sur un comité consultatif national composé d'experts cliniques, de parties prenantes et d'usagers des soins primaires, et à appliquer, tester et affiner les principes fondamentaux dans la pratique.

Afin de tester et d'affiner les pratiques exemplaires ainsi définies, un outil existant de gestion de la DCNC intégré aux DME de la plateforme Telus PS Suite a été adapté pour aider les fournisseurs de soins primaires en ce qui concerne les évaluations, le diagnostic, le traitement et la gestion de la douleur chronique.

Les pratiques exemplaires nationales élaborées grâce à ce projet donnent des principes pratiques, adaptables et exploitables à appliquer et à prendre en compte lors de la mise sur pied d'outils de SADC au point d'intervention intégrés aux DME, conçus pour aider les cliniciens en soins primaires à prendre en charge les patients aux prises avec de la DCNC.

## **Application des pratiques exemplaires**

Pour l'application de ces pratiques exemplaires, un outil de dossier médical électronique (DME) au point d'intervention pour la DCNC a été adapté en utilisant un processus itératif de conception d'outil. Ce processus comprenait une recherche bibliographique ciblée visant à déceler les actualisations de contenu clinique fondées sur des données probantes de grande qualité, la participation d'un comité consultatif national, deux phases de tests d'utilisabilité par des cliniciens et un essai pilote sur place avec six cliniciens. Des suggestions et commentaires ont été recueillis tout au long du processus de conception, en mettant l'accent sur les possibilités d'améliorer et d'affiner le contenu de l'outil, sur les fonctionnalités, sur l'harmonisation avec le flux de travail clinique en soins primaires et sur les améliorations apportées aux soins reçus par les patients. Au cours de l'essai pilote, l'efficacité de l'outil a été mesurée par le biais d'enquêtes et d'entrevues individuelles afin d'évaluer s'il était prêt à être mis en œuvre.

Le but ultime du SADC actualisé est d'aider les FSP à offrir plus rapidement des soins de grande qualité contre la douleur chronique, d'améliorer leur taux de prescriptions appropriées d'opioïdes, d'atténuer les problèmes liés à l'accès limité à des spécialistes, de réduire l'incidence des tensions et de l'épuisement professionnel chez les FSP, de faire baisser la pression exercée sur le système de soins de santé et de contribuer à des améliorations durables des résultats pour les patients.

## **Principales conclusions**

Les principes fondamentaux qui devraient guider l'élaboration d'un outil électronique intégré en matière de DCNC sont notamment les suivants :

1. Donner la bonne information au bon moment. Des ressources fondées sur des données probantes et dignes de confiance devraient être à la base du contenu clinique exploitable dans des contextes de soins primaires.
2. Appuyer une approche multimodale des soins en offrant un contenu complet sur l'évaluation, les options pharmacologiques et non pharmacologiques de prise en charge, ainsi que des outils et ressources pour aider l'autogestion par les patients.
3. Créer un outil pratique et fonctionnel en intégrant des caractéristiques techniques de conception et des fonctionnalités qui peuvent être adaptées pour répondre aux besoins des utilisateurs et prendre en compte le flux de travail clinique.

4. Reconnaître les difficultés qui touchent les soins primaires en termes de temps et d'accès aux ressources, en s'assurant que l'outil n'ajoute pas à la charge clinique, mais réduit plutôt les obstacles qui empêchent des soins de meilleure qualité et freinent la mobilisation.
5. Encourager une participation précoce et durable des cliniciens et des personnes ayant une expérience passée ou présente dans l'élaboration de l'outil, et appliquer les principes de la coconception clinique.

## **Recommandations pour la mise en œuvre des pratiques exemplaires**

### **1. Répondre aux besoins en matière d'information au point d'intervention des cliniciens**

- Organiser l'information pour qu'elle soit facile à utiliser et encourager une mobilisation souple à l'égard de l'outil
- Assurer un accès facile aux antécédents médicaux et aux détails des rencontres cliniques antérieures
- Prévoir des champs appropriés pour saisir l'information et pouvoir prendre en compte les situations complexes

### **2. Favoriser une approche axée sur le patient**

- Intégrer des éléments qui renforcent la relation thérapeutique et la communication entre le patient et le fournisseur
- Fournir des occasions de définir, d'enregistrer et de faire un suivi des objectifs et des préférences du patient
- Intégrer du matériel pédagogique pour les patients, des outils et des ressources faciles à partager

### **3. Faire participer les utilisateurs finaux ciblés tout au long du processus d'élaboration**

- Intégrer les avis des utilisateurs issus des tests d'utilisabilité et de l'essai pilote

## Remerciements

---

### À propos du CEP

Le Centre for Effective Practice (CEP) est l'un des plus importants organismes indépendants de transfert des connaissances en matière de soins primaires au Canada. Il réunit des connaissances, des données probantes, des compétences spécialisées et des ressources pour aider les FSP à offrir des soins de grande qualité et à améliorer les résultats sur la santé des patients.

Rien qu'en Ontario, le travail du CEP touche plus de 16 000 FSP chaque année grâce à des relations bien établies avec des organismes et des établissements clés en ce qui concerne l'enseignement relatif à la santé et à la médecine.

La mission du CEP consiste à combler le fossé qui existe entre les données probantes et la pratique des soins de santé.

### À propos du PUDS

Ce projet est financé par le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances (PUDS) de Santé Canada. Le PUDS soutient un large éventail de projets innovants et fondés sur des données probantes concernant la prévention, la réduction des méfaits et le traitement relatifs à la consommation de substances partout au Canada, à l'échelle communautaire, régionale et nationale.

### Partenariats

Le projet est conduit par deux responsables cliniques, le D<sup>r</sup> Arun Radhakrishnan et le D<sup>r</sup> Cameron Ross. Il est également piloté par le comité consultatif national, composé de 13 membres. Les membres du comité ont été choisis en fonction de leur zone géographique, de leur spécialité (p. ex. soins primaires, DCNC, usage de substances), de leur contexte de pratique (p. ex. pratique individuelle, en groupe, interprofessionnelle), de l'approbation de leur organisme (le cas échéant), de leur expérience vécue et de leur expérience de travail avec des populations autochtones, entre autres. Un aperçu des membres du comité et de leur profession/rôle figure dans le tableau ci-dessous\* :

Nom	Province	Profession/rôle
D <sup>r</sup> Arun Radhakrishnan	Ont.	Médecin de famille
D <sup>r</sup> Cameron Ross	C.-B.	Médecin de famille
D <sup>r</sup> Samir Gupta	Ont.	Pneumologue
D <sup>re</sup> Lori Montgomery	Alb.	Médecin de famille
Jennifer Daly-Cyr	Ont.	Conseillère en expérience vécue

D <sup>r</sup> Peter Selby	Ont.	Médecin de famille
D <sup>re</sup> Virginia McEwen	Ont.	Médecin de famille
Ibrahim Omar	Ont.	Infirmier praticien
Dwayne Patmore	C.-B.	Conseiller en expérience vécue
Owen Adams	Ont.	Conseiller principal, AMC
D <sup>re</sup> Maureen Allen	N.-É.	Médecin de famille
D <sup>r</sup> Norm Buckley	Ont.	Anesthésiste
Barbara Eddy	C.-B.	Infirmière praticienne

\* La participation de ces personnes dans un rôle consultatif ne veut pas forcément dire qu'elles approuvent le rapport des pratiques exemplaires.

Le D<sup>r</sup> Radhakrishnan et le D<sup>r</sup> Ross, conjointement au comité consultatif national, ont apporté de précieux conseils tout au long du projet, notamment des avis sur les pratiques exemplaires et des commentaires et suggestions sur les prototypes et les cas d'usage potentiels, qui ont tous servi à affiner et à améliorer l'outil clinique.

Ce projet a été mené en partenariat avec le eHealth Centre of Excellence (eCE) et le Michael G. DeGroot National Pain Centre de l'Université McMaster (McMaster NPC). Le eCE a apporté son soutien par la conception technique, le développement et la mise en œuvre de l'outil de DME. Le McMaster NPC a appuyé ce projet conjointement aux efforts qu'il a déployés pour la mise à jour de 2024 des lignes directrices nationales sur l'utilisation des opioïdes. Cette mise à jour met l'accent sur l'affinage de la formulation du contenu concernant la prescription d'opioïdes, et les équipes ont collaboré pour s'assurer qu'aucun contenu obsolète ne figure dans l'outil de DME. La mise à jour des lignes directrices est aussi un projet financé par le PUDS et elle encourage la collaboration avec d'autres projets semblables pour promouvoir la durabilité et la longévité de l'outil.

# Introduction

---

## Contexte

La douleur chronique non cancéreuse (DCNC) est complexe par nature sur le plan clinique et son traitement nécessite beaucoup de temps et de ressources des soins primaires. Les outils d'aide à la décision au point d'intervention pour la DCNC sont susceptibles de favoriser des soins fondés sur des données probantes, d'alléger la charge cognitive qui pèse sur les cliniciens et d'améliorer l'expérience en matière de soins reçus par les patients ainsi que les résultats pour les patients.<sup>4</sup>

Un outil de DME intégré aide les fournisseurs de soins primaires à offrir rapidement des soins de grande qualité contre la douleur chronique et à contribuer au bout du compte à des améliorations durables des résultats pour les patients. Il épaulé également les fournisseurs et les utilisateurs en leur apportant des recommandations au point d'intervention fondées sur des données probantes, en plus de les aider dans les évaluations.

Les systèmes d'aide à la décision clinique (SADC) sont des outils qui peuvent offrir une assistance aux cliniciens pour gérer des cas complexes et améliorer les résultats pour les patients. Les SADC facilitent le transfert des connaissances en intégrant les données probantes récentes et les pratiques exemplaires pour éclairer la prise de décisions et améliorer les soins prodigués aux patients.

Les pratiques exemplaires pour l'élaboration d'un SADC utile comprennent des recommandations visant à développer un outil complet, accessible et collaboratif. En 2020, Harle et coll. ont établi la nécessité « de rapidité du système, de présence de l'information en temps voulu, de simplicité, d'utilisabilité et d'harmonisation avec le flux de travail clinique » en insistant sur le fait qu'il fallait donner « la bonne information aux bonnes personnes dans le bon format par les voies appropriées aux bons endroits dans le flux de travail clinique ».

## Méthodologie

L'objectif principal de ce projet était de mettre en place un ensemble de pratiques exemplaires nationales conçues pour guider l'élaboration de solutions efficaces de gestion de la DCNC intégrées aux DME afin d'aider les fournisseurs de soins primaires à traiter les patients atteints de DCNC avec efficacité et compassion.

Cette tâche a été accomplie en s'appuyant sur les activités clés suivantes :

1. **Mobiliser des intervenants clés** de partout au Canada, qui ont fait la preuve de leurs compétences sur les thèmes de la DCNC, du transfert et de la mise en œuvre des connaissances dans les soins primaires ou du développement d'outils au point d'intervention et de DME. Des personnes ayant une expérience passée ou présente de DCNC et des parties prenantes dans des programmes complémentaires sur la DCNC

ou l'usage de substances ont été expressément ciblées en vue d'une possible collaboration et d'une contribution au projet. Des renseignements supplémentaires sur les experts ayant participé à l'ensemble du projet figurent dans la partie Remerciements.

2. **Réaliser une recherche bibliographique ciblée et une analyse du contexte dans la documentation parallèle** pour développer une meilleure compréhension des solutions numériques existantes en matière de santé et des pratiques exemplaires pour l'élaboration d'outils au point d'intervention concernant la DCNC dans les soins primaires. Il s'agissait notamment d'identifier :
  1. les outils existants intégrés aux DME, conçus pour aider au traitement des patients souffrant de DCNC, dans le cadre des soins primaires;
  2. les articles traitant du processus de conception, des caractéristiques fondamentales, de l'utilisation ou de l'utilisabilité de ces aides électroniques propres à un sujet;
  3. les besoins particuliers en matière d'information et les aides au point d'intervention requises par les cliniciens en soins primaires qui prennent en charge les patients aux prises avec la DCNC.
3. Appliquer et tester de manière itérative les pratiques exemplaires potentielles en **adaptant un outil de gestion existant intégré aux DME** à la DCNC.
4. **Effectuer un essai pilote de l'outil adapté de gestion de la DCNC** dans des sites de soins primaires offrant divers modèles de pratique afin d'évaluer son utilisabilité et la satisfaction des fournisseurs de soins, ainsi que de valider plus avant les pratiques exemplaires.

Des renseignements supplémentaires concernant la recherche bibliographique pour les outils existants de gestion de la DCNC et le processus de conception d'outil peuvent être consultés aux annexes 1 et 2.

Les pratiques exemplaires décrites dans le présent document comprennent des recommandations clés et des points à prendre en considération pour l'élaboration d'un SADC visant à favoriser une prise en charge appropriée, efficace et compatissante des patients souffrant de DCNC, dans le cadre des soins primaires.

# Facteurs clés à prendre en compte pour l'élaboration d'un SADC

---

Ce document est principalement axé sur les pratiques exemplaires qui devraient être prises en compte dans l'élaboration d'un outil de SADC pour la DCNC, ce qui n'empêche cependant pas qu'il existe des principes fondamentaux qui devraient être étudiés pour développer et mettre en œuvre des aides efficaces au point d'intervention, quel que soit le sujet concerné.

Des outils comme la liste de vérification GUIDES ont été mis au point pour souligner les facteurs clés qui devraient être pris en compte pour l'élaboration d'un SADC, peu importe le thème <sup>5</sup>. Il est important d'intégrer ces principes généraux et ces éléments indépendants du thème dans la mise sur pied de tout projet réussi de SADC.

Ces facteurs clés de réussite sont notamment les suivants<sup>5</sup> :

Domaine 1 : Contexte de l'aide informatisée à la décision

- 1.1 L'aide informatisée à la décision peut atteindre les objectifs de qualité définis.
- 1.2 La qualité des données sur les patients est adéquate.
- 1.3 Les intervenants et les utilisateurs acceptent l'aide informatisée à la décision.
- 1.4 L'aide informatisée à la décision peut être ajoutée à la charge de travail, aux flux de travail et aux systèmes existants.

Domaine 2 : Contenu de l'aide informatisée à la décision

- 2.1 Le contenu fournit de l'information fondée sur des données probantes et digne de confiance.
- 2.2 L'aide à la décision est pertinente et exacte.
- 2.3 L'aide à la décision offre un appel à l'action approprié.
- 2.4 Le volume d'aide à la décision est gérable pour l'utilisateur ciblé.

Domaine 3 : Système d'aide informatisée à la décision

- 3.1 Le système est facile à utiliser.
- 3.2 L'aide à la décision est offerte correctement.
- 3.3 Le système offre l'aide à la décision à la bonne personne qui a été ciblée.
- 3.4 L'aide à la décision est disponible au bon moment.

Domaine 4 : Mise en œuvre de l'aide informatisée à la décision

- 4.1 L'information donnée aux utilisateurs à propos du système d'aide informatisée à la décision et de ses fonctions est appropriée.
- 4.2 Les autres éléments qui entravent ou qui facilitent l'observation des conseils de l'aide à la décision sont évalués/traités.
- 4.3 La mise en œuvre est progressive et les améliorations du système d'aide informatisée à la décision sont continues.
- 4.4 La gestion de la mise en œuvre de l'aide informatisée à la décision est appropriée

# Pratiques exemplaires pour l'élaboration d'un SADC concernant la DCNC

---

Sachant que la DCNC est un domaine particulièrement complexe pour ce qui est des soins, des pratiques exemplaires clés liées au sujet ont été définies pour guider l'élaboration et l'adaptation d'outils de gestion de la DCNC au point d'intervention intégrés aux DME, dans le cadre des soins primaires.

Il existe un large éventail de fonctionnalités qui peuvent être intégrées à un SADC, notamment des alertes et aide-mémoire automatisés, des ensembles de modèles d'ordonnances, des feuilles de soins, des outils de gestion de flux de travail clinique, des modèles de documentation, des outils et des ressources optimales pour les patients, ainsi que des guides informatisés et d'autres éléments cliniques clés. Le but de ce projet était de définir quels sont les éléments et fonctions les plus utiles aux cliniciens en soins primaires qui traitent des patients atteints de DCNC, et d'apporter des recommandations sur la façon d'intégrer ces éléments à l'élaboration d'un SADC pour aider à la prise en charge de cette population.

## Principes directeurs clés pour élaborer un SADC

1. **Donner la bonne information au bon moment** : S'assurer que l'outil est fondé sur des données probantes de grande qualité qui répondent aux besoins des cliniciens en soins primaires dans leur contexte de pratique.
2. **Appuyer une approche multimodale des soins** : Prévoir un contenu complet sur l'évaluation, les options pharmacologiques et non pharmacologiques de prise en charge, ainsi que les outils et ressources pour aider l'autogestion de la DCNC par les patients.
3. **Créer un outil pratique et fonctionnel** : Intégrer des caractéristiques de conception et des fonctionnalités techniques qui prennent en compte le flux de travail clinique et répondent aux besoins des cliniciens en soins primaires.
4. **S'assurer que l'outil n'ajoute pas de charge clinique supplémentaire** : Sachant les difficultés qui touchent les soins primaires en matière de temps et d'accès aux ressources, l'outil devrait être commode à utiliser dans la pratique.
5. **Faire participer les intervenants tout au long du processus** : Solliciter l'avis d'un échantillon représentatif d'utilisateurs finaux ciblés œuvrant dans le domaine des soins primaires et de personnes ayant une expérience passée ou présente dans l'élaboration de l'outil afin de s'assurer qu'il est utile et qu'il répond à leurs besoins dans la pratique.

## Recommandations pour la mise en œuvre des pratiques exemplaires

Répondre aux besoins en matière d'information au point d'intervention des cliniciens	
Organiser l'information pour qu'elle soit facile à utiliser et encourage une mobilisation souple à l'égard de l'outil	Regrouper l'information essentielle sur un seul écran ou tableau de bord
	Utiliser des repères visuels et des invites
	Intégrer des éléments de conception qui permettent de trouver facilement l'information, comme des sections qui peuvent être élargies ou réduites
	Ne pas imposer l'utilisation de champs obligatoires
Assurer un accès facile aux antécédents médicaux et aux données des rencontres cliniques antérieures	Afficher les données essentielles des visites antérieures
	Fournir des mesures pertinentes qui permettent les comparaisons au fil du temps
	Permettre de copier les données des rencontres antérieures
Prévoir des champs appropriés pour saisir l'information	Prévoir des champs variables, comme des zones de texte libre pour la documentation
Favoriser une approche axée sur le patient	
Renforcer la relation thérapeutique	Faire participer des personnes ayant une expérience passée ou présente lors de l'élaboration du SADC
	Fournir de l'information et des outils comme des invites ou des « conseils d'expression orale » pour favoriser une communication efficace dans les domaines suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation d'un langage centré sur la personne</li> <li>• Techniques d'entrevue motivationnelle</li> <li>• Collaboration et discussion sur les options de prise en charge</li> </ul>
Fournir des occasions de définir, d'enregistrer et de faire un suivi des objectifs et préférences du patient	Favoriser l'établissement et la documentation d'objectifs SMART (spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporel)
	Prévoir de la souplesse dans la documentation d'un plan de traitement personnalisé, de mesures clés et de résultats
	Intégrer une fonction d'exportation pour partager les détails concernant le plan de soins avec le patient et les autres personnes prenant en charge ses soins
Inclure des ressources et des outils qui peuvent être partagés à l'intention des patients	Intégrer du matériel pédagogique, des outils et des ressources pour les patients
	S'assurer que les renseignements pertinents peuvent être partagés sous forme de documents imprimés, de courriels, etc.
Faire participer les utilisateurs finaux ciblés tout au long du processus d'élaboration	
Effectuer des tests d'utilisabilité et un essai pilote	Faire participer au processus un échantillon représentatif d'utilisateurs œuvrant dans le domaine des soins primaires (p. ex. des personnes évoluant dans des contextes de pratique différents, de différentes zones géographiques, et des médecins et infirmiers praticiens ayant différents niveaux de connaissance et d'expérience en matière de DCNC dans la pratique)
	Obtenir des commentaires et suggestions précoces sur le contenu et les fonctionnalités de l'outil grâce aux tests d'utilisabilité
	Réaliser un essai pilote pour mieux comprendre comment l'outil sera employé dans la pratique et déterminer les éléments susceptibles d'entraver ou de faciliter l'utilisation

# 1. Pratique exemplaire : Répondre aux besoins en matière d'information au point d'intervention des cliniciens

## 1.1 Organiser l'information pour qu'elle soit facile à utiliser et encourage une mobilisation souple à l'égard de l'outil

Un facteur clé de réussite de la gestion de la douleur chronique par un SADC est l'harmonisation avec le flux de travail clinique, car un décalage avec l'environnement d'information du clinicien augmentera la charge cognitive et nuira à la prise de décisions.<sup>6,7</sup> Parmi les éléments de conception qui devraient être intégrés à l'outil figurent le regroupement des données liées à la douleur, l'utilisation de repères visuels pour concentrer l'attention et le recours à une organisation hiérarchisée de l'information<sup>7</sup>. Intégrer les meilleures données probantes actuelles ainsi que des invites pour alerter les utilisateurs sur les domaines à prendre en considération peut également aider au traitement de la DCNC dans les soins primaires.<sup>6,7</sup>

La DCNC est très complexe à gérer dans un contexte de soins primaires et les rencontres cliniques peuvent varier considérablement d'un patient à l'autre, ainsi qu'avec un même patient au fil du temps. Pour assurer des soins complets appropriés aux patients atteints de DCNC, il faut un outil intégré qui est suffisamment souple pour prendre en charge divers cas d'usage et qui peut être adapté à la granularité convenant au clinicien au cours de chaque rencontre.

Les utilisateurs devraient clairement savoir que l'outil est conçu pour les aider dans la pratique et qu'ils peuvent choisir d'utiliser diverses fonctionnalités pour répondre à leurs besoins. Il ne devrait y avoir aucun élément de l'outil qu'il est obligatoire de remplir lors d'une rencontre et il est important de noter que les champs vides ne reflètent en aucun cas le fait que quelque chose « manque ». Il ne faut pas présumer que tous les éléments de l'outil seront pertinents ou applicables à tous les patients souffrant de DCNC, et les utilisateurs s'appuieront sur leur jugement clinique pour déterminer quels points les aideront le mieux, eux et leurs patients, à chaque visite.

Il est important de reconnaître qu'il peut exister un éventail de différentes aides et technologies en service dans le cadre d'une pratique, en dehors du DME. L'outil doit être assez adaptatif pour être complémentaire de ces autres éléments, en permettant par exemple aux questionnaires de dépistage et aux formulaires remplis par le patient ou par d'autres membres de l'équipe de soins d'y être correctement intégrés.

### Application dans la pratique

Pour s'aligner sur les pratiques exemplaires trouvées dans la bibliographie, l'outil de DME concernant la DCNC a rationalisé la collecte de données en mettant en place un tableau de bord avec un résumé relatif à la douleur, les antécédents médicaux pertinents et les examens/consultations liés à la douleur (annexe 3a). Le tableau de bord sert de point central à l'outil, regroupant et organisant l'information essentielle sur un seul écran, sans submerger l'utilisateur de trop de données à la fois.

Dans le résumé relatif à la douleur, une tabulation verticale volumineuse à onglets qui s'élargissent et se réduisent a été évitée au profit d'une tabulation horizontale condensée, qui permet de naviguer aisément entre les évaluations, la gestion, les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques, et les ressources pour les patients. Des repères de signalisation jaunes sont intégrés pour indiquer les endroits où des renseignements supplémentaires ou des recommandations sont disponibles. Ils peuvent être élargis ou réduits en fonction des besoins de chaque patient, clinique ou clinicien. L'aspect et le rendu de l'outil s'en trouvent simplifiés sans avoir à sacrifier un contenu clinique important. Le cas échéant, l'équipe de conception a choisi d'ajouter des renseignements supplémentaires extérieurs à la structure elle-même du formulaire, grâce à des liens facilement accessibles vers des ressources complémentaires appropriées. Pour les posologies et les prescriptions, les fournisseurs de soins reçoivent des conseils d'expression orale et une aide à la décision. La prescription d'opioïdes comprend des aides à la décision uniques avec des fenêtres contextuelles détaillant les prescriptions d'opioïdes du patient, des tables de conversion, des protocoles de réduction des doses de médicaments, etc. Ces aides sont personnalisées en fonction du statut du patient en matière d'opioïdes.

Les cliniciens qui ont participé à l'essai pilote de l'outil ont émis des commentaires positifs sur l'organisation de l'information, disant notamment qu'elle aidait à ordonner les réflexions cliniques, que les repères de signalisation jaunes tactiles réduisaient la charge de mémorisation et que le tableau de bord était utile. Les points à améliorer s'inscrivaient dans une critique constructive et se sont avérés cohérents par rapport à la bibliographie existante sur les difficultés d'élaboration d'un SADC pour la douleur chronique, définissant (entre autres) la complexité de l'information et la nécessité de rencontrer plusieurs fois le patient comme des obstacles potentiels.

## **1.2 Assurer un accès facile aux antécédents médicaux et aux données des rencontres cliniques antérieures**

Pour gérer le niveau de détail et la complexité de l'information requise lors de la prise en charge des patients atteints de douleur chronique, il est important de s'assurer que les cliniciens peuvent facilement accéder aux antécédents médicaux pertinents et sont en mesure d'extraire les détails clés des visites antérieures.<sup>6,8</sup> Regrouper l'information essentielle, comme les médicaments pris par le passé et actuellement, l'historique des consultations, les résultats d'exams, les approches passées de prise en charge et les discussions autour de la gestion et des objectifs des soins, peut réduire la charge qui pèse sur les fournisseurs de soins.<sup>4</sup>

Le SADC devrait faire émerger les données pertinentes du DME et présenter les mesures clés d'une manière qui permette les comparaisons au fil du temps afin de réduire encore la corvée de récupération de données qui peuvent être disséminées à travers tout le dossier d'un patient.<sup>4,6</sup> Prévoir cette fonctionnalité dans l'outil peut faire économiser à l'utilisateur beaucoup de temps lors d'une visite et permet au clinicien de voir les variations cumulées et les tendances au cours du temps.

## Application dans la pratique

Au vu des commentaires et suggestions des utilisateurs et des besoins indiqués dans la bibliographie, des fonctions ont été ajoutées à l'outil de SADC pour permettre aux utilisateurs de copier les données des visites antérieures, comme lorsqu'ils documentent la « raison principale de la visite », les objectifs du patient et les plans de traitements pharmacologiques et non pharmacologiques. De nouvelles fonctionnalités ont été ajoutées pour pouvoir extraire les mesures pertinentes du tableau de bord et en faire une représentation graphique au cours du temps, dont des données issues du score de gravité de la douleur du patient, du Questionnaire concis de la douleur (QCD), de l'Échelle de dépistage du trouble anxieux généralisé en sept questions (échelle GAD-7) et du Questionnaire sur la santé du patient (QSP-9). Cela aide les fournisseurs de soins à analyser plus facilement les tendances d'évolution des scores durant les visites de suivi. Les évaluations permettant d'intégrer ces mesures au dossier, comme le QCD, le QSP-9, l'échelle GAD-7 et le dépistage de drogue dans l'urine (test UDS), s'ouvrent dans une fenêtre distincte en un clic. Cela incite à saisir des données discrètes et consultables avec des zones de texte libre selon le besoin pour retrouver plus facilement les données historiques.

### 1.3 Prévoir des champs appropriés pour saisir l'information et documenter les situations complexes

La difficulté de traiter la DCNC dans le cadre des soins primaires est due en partie à la quantité importante d'information qui doit être saisie, analysée et traitée lors d'une seule visite. S'il n'est pas élaboré judicieusement, un SADC est susceptible d'imposer un cadre de travail trop rigide qui ne permet pas au clinicien de saisir correctement les données nécessaires concernant l'expérience d'un patient.<sup>9</sup> Le SADC doit comprendre des champs variables pour enregistrer des détails qui n'entrent pas forcément facilement dans un cadre de travail, sans toutefois devenir trop complexes à remplir. Des zones de texte libre appropriées sont importantes pour saisir des données relatives aux facteurs socioéconomiques qui peuvent influencer sur les soins. Ces zones de texte devraient être mises à la disposition des utilisateurs pour documenter adéquatement la réaction personnelle des patients aux traitements, qui est souvent assez nuancée.

## Application dans la pratique

Le SADC a été conçu avec des zones de texte libre pour que les fournisseurs de soins primaires documentent l'information en fonction de leurs besoins. Une fonction supplémentaire permet aux utilisateurs de naviguer facilement grâce aux onglets pour sélectionner le « texte automatique » approprié, des blocs formatés de texte prérédigé qui sont couramment saisis dans des champs, par exemple des données subjectives sur la douleur. Cette fonction peut faire gagner du temps en évitant d'avoir à saisir des blocs de texte répétitif et elle assure aussi l'uniformité entre utilisateurs. S'il faut plus d'espace pour rédiger des notes, il y a des zones de texte supplémentaires au bas de chaque section.

## 2. Pratique exemplaire : Favoriser une approche axée sur le patient

### 2.1 Renforcer la relation thérapeutique

Un aspect essentiel des soins contre la douleur axés sur le patient est l'établissement d'une relation thérapeutique positive, coopérative et respectueuse, appelée aussi « alliance thérapeutique ». <sup>10</sup> L'expérience et la réaction à la douleur chronique peuvent être différentes chez chaque patient, et le respect et la reconnaissance de l'expérience de chacun sont un élément clé des soins. Faire participer des personnes ayant une expérience passée ou présente au processus d'élaboration de l'outil peut aider à assurer que leur expérience contribue à déterminer le contenu du SADC et la façon dont l'outil est utilisé durant une rencontre clinique.

Reconnaître l'expérience du patient dans les stades précoces de prise en charge de la douleur peut l'inciter à se conformer à un plan de traitement proposé et l'aider à atteindre ses objectifs thérapeutiques. <sup>11</sup> Cette reconnaissance de l'exposé des faits et de l'expérience unique d'un patient est une partie importante du processus, et les personnes souffrant de douleur chronique ont exprimé le besoin que leurs expériences soient reconnues, crues et prises en compte. <sup>11</sup> Lors de l'élaboration d'un SADC, il est important de ne pas oublier qu'une communication efficace entre les patients et les fournisseurs de soins de santé est cruciale et l'utilisation de l'outil ne devrait pas porter atteinte à cette relation. L'outil devrait intégrer des éléments qui favorisent la relation thérapeutique et la communication entre les patients et les fournisseurs de soins, comme des conseils pour dialoguer avec les patients à propos de leur expérience et pour formuler les options de prise en charge.

#### Application dans la pratique

Pour aider à promouvoir une communication appropriée et respectueuse, nous avons déterminé qu'il y avait besoin d'information et d'outils pour faciliter les conversations entre fournisseurs de soins et patients. Le SADC comprend des éléments qui visent à contribuer à une meilleure communication avec les patients en encourageant la tenue de conversations qui reposent sur l'échange, le soutien et la collaboration. Il y a notamment des conseils d'expression orale intégrés sur lesquels il est possible de cliquer pour les visualiser selon le besoin. Dans ses commentaires et suggestions, le conseil consultatif a souligné l'importance de l'utilisation d'un langage centré sur la personne au cours d'une rencontre et a jugé qu'il fallait offrir un soutien supplémentaire aux cliniciens en ce qui concerne les techniques d'entrevue motivationnelle.

## 2.2 Fournir des occasions de définir, d'enregistrer et de faire un suivi des objectifs et préférences du patient

Un SADC utile en matière de DCNC devrait favoriser et permettre la prise de décisions conjointe entre les cliniciens et les patients, ce qui peut se concrétiser grâce à des choix de conception judicieux qui contribuent à placer le patient au centre des soins qu'il reçoit et à intégrer des aides à l'autogestion par les patients.<sup>6</sup> Pour aider à stimuler une approche axée sur le patient de la prise en charge de la douleur chronique, les préférences du patient, les priorités et les circonstances particulières devraient être faciles à documenter et simples à consulter lors des visites suivantes.

Les fournisseurs de soins devraient collaborer avec les patients afin d'établir des objectifs spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporels (SMART) pour la prise en charge de la douleur et afin de revoir régulièrement ces objectifs ensemble. Un SADC utile pour la DCNC peut aider les fournisseurs de soins à définir et à classer par ordre de priorité les objectifs de traitement et les préférences des patients, et inciter l'utilisateur à les documenter clairement dans le dossier médical du patient.<sup>12</sup>

Une approche sur mesure de la prise en charge de la DCNC devrait être fondée sur les besoins et les objectifs de la personne qui vit avec la douleur. Un SADC devrait pouvoir être personnalisé de sorte à documenter et à faire un suivi des mesures et des résultats qui sont importants à la fois pour le patient et pour le clinicien, comme les améliorations fonctionnelles, l'intensité de la douleur ainsi que les scores d'évaluation de la douleur.<sup>7</sup>

Le SADC devrait aussi aider les patients souffrant de DCNC à se prendre en charge pour participer activement aux soins, en offrant des possibilités au FSP de documenter un plan de traitement adapté aux besoins et aux objectifs individuels de chaque patient. Pour veiller à ce que tout le monde ait une compréhension commune des objectifs du patient, le SADC devrait comprendre une fonction d'exportation pour partager l'information directement avec les patients et les autres personnes prenant en charge leurs soins. Les soins axés sur le patient devraient être renforcés en intégrant des invites et des conseils pour une communication efficace, ainsi que des outils pour présenter, enregistrer et partager les résultats.

### Application dans la pratique

Pour favoriser la prise de décisions conjointe, l'onglet « gestion : généralités » de l'outil incite les fournisseurs de soins à facilement documenter et consulter les objectifs de traitement SMART (annexe 3b). Cette fonction encourage la discussion avec les patients et peut contribuer à soutenir une collaboration plus efficace entre les patients et les fournisseurs de soins. L'outil comprend également des orientations pertinentes, des invites et des conseils pour faciliter l'autogestion par les patients.

## 2.3 Inclure du matériel pédagogique, des ressources et des outils qui peuvent être partagés à l'intention des patients

Les personnes ayant une expérience vécue ont besoin d'outils et de ressources pour aider au traitement de leur douleur chronique.<sup>13</sup> Un outil efficace de gestion de la DCNC devrait doter les cliniciens de ressources en matière d'autogestion qu'ils peuvent prévisualiser puis examiner ensemble avec leurs patients, et ensuite partager s'ils le souhaitent.<sup>4</sup>

Pour permettre cette mise en commun de ressources pédagogiques et relatives à l'autogestion avec les patients, il faut que l'outil de gestion de la DCNC donne la possibilité à l'utilisateur d'analyser facilement le matériel pertinent avec le patient, puis de partager les documents choisis sous forme imprimée ou par courriel. Fournir aux patients du matériel pédagogique et des renseignements sur leur plan et leurs objectifs de soins peut les aider et leur donner les moyens de prendre une part active aux soins qu'ils reçoivent.

### Application dans la pratique

Les commentaires issus des tests d'utilisabilité ont mis en lumière le besoin de ressources à l'intention des patients pouvant leur être envoyées par courriel ou distribuées sous forme imprimée. L'onglet « ressources pour les patients » présente le matériel pertinent à examiner et permet au fournisseur de soins de cocher facilement les ressources qu'il souhaite imprimer ou envoyer par courriel aux patients (annexe 3c). Les utilisateurs ont aussi la possibilité de voir et de passer en revue les ressources choisies précédemment. Une fonction d'impression a également été intégrée à d'autres aspects d'une visite, par exemple quand un clinicien remplit un formulaire et veut le partager avec le patient pour que celui-ci puisse le consulter, ou avec d'autres membres de son équipe de soins.

### 3. Pratique exemplaire : Faire participer les utilisateurs finaux ciblés tout au long du processus d'élaboration

#### 3.1 Effectuer des tests d'utilisabilité et un essai pilote

Il est important de collaborer avec les utilisateurs finaux ciblés tout au long du processus d'élaboration de l'outil. S'appuyer sur un modèle de développement d'outil axé sur l'utilisateur améliore la pertinence, l'objectivité et la fonctionnalité de l'outil dans la pratique.<sup>12</sup> Les tests d'utilisabilité et l'essai pilote constituent pour les utilisateurs des occasions importantes de donner leur avis sur l'agencement général et la conception de l'outil, la pertinence et le caractère approprié du contenu, les facteurs favorables et les obstacles à la mise en œuvre de l'outil dans la pratique, et de faire part de leurs idées pour améliorer l'acceptation de l'outil.

Faire participer aux tests d'utilisabilité et à l'essai pilote un échantillon représentatif de cliniciens en soins primaires susceptibles d'être, dans le cadre de leur pratique, au contact de patients atteints de douleur chronique peut aider à s'assurer que l'outil de gestion de la DCNC<sup>6,12,14,15</sup> :

1. Répond à leurs besoins particuliers en matière d'information et comble les lacunes dans les soins;
2. Aide les cliniciens sans difficulté dans la pratique;
3. Est utile dans diverses rencontres avec les patients;
4. Reflète le contexte clinique approprié et les besoins des patients;
5. Peut être intégré sans encombre dans le flux de travail des fournisseurs de soins

Plusieurs phases de tests d'utilisabilité devraient être réalisées avant de mettre en œuvre un SADC.<sup>15</sup> L'absence de tests préalables rigoureux peut conduire à une mauvaise acceptation du SADC et constituer une occasion manquée de mettre en lumière ses avantages pour aider en matière de soins reçus par les patients et améliorer les résultats pour les patients.<sup>16</sup>

L'essai pilote d'une version de l'outil qui est presque prête à être lancée permet à l'équipe de développement de mieux comprendre comment l'outil serait employé dans la pratique habituelle et de faire quelques réglages supplémentaires pour améliorer l'expérience de l'utilisateur.

#### Application dans la pratique

Deux phases de tests d'utilisabilité ont été menées avec des cliniciens en soins primaires de différents modèles de pratique pour obtenir des commentaires et suggestions sur les premières versions de l'outil. Divers points de vue ont été sollicités, certains participants représentant les cliniciens qui exercent des pratiques générales de soins primaires et sont donc susceptibles de voir des patients souffrant de DCNC, tandis que d'autres avaient un intérêt plus ciblé pour la DCNC dans leur approche analytique.

À la suite de l'examen de l'outil par les participants, des questions leur ont été posées relativement à ses fonctionnalités et à son utilisabilité, aux éléments qu'ils ont trouvés utiles et aux points qu'ils suggéraient d'améliorer. Les suggestions et commentaires ont été analysés

par l'équipe interne du projet et discutés avec les responsables cliniques et le comité consultatif, puis intégrés s'il y avait lieu dans la version suivante de l'outil.

La première phase de test d'utilisabilité s'est surtout concentrée sur le contenu et les fonctionnalités de l'outil. Deux médecins de famille et un infirmier praticien en soins primaires y ont participé. Durant cette première phase, les cliniciens ont trouvé de manière générale que l'information figurant dans l'outil était utile pour guider l'évaluation, le diagnostic, le traitement et la prise en charge. Cependant, l'étendue et la longueur de l'outil étaient constamment citées comme étant des points à améliorer.

La deuxième phase de test d'utilisabilité a fait appel à deux médecins de famille, deux infirmiers praticiens en soins primaires et un pneumologue. Lors de cette phase, l'accent a été mis sur l'agencement et le format de l'outil pour vérifier s'il était facile d'y naviguer, s'il s'harmonisait avec le flux de travail et si un langage approprié, précis et pertinent y était utilisé partout. Les commentaires ont été favorables en ce qui concerne l'utilisation d'invites et de conseils sur l'outil, l'intégration de formulaires annexes ainsi que la présence de zones de texte, de liens et de fonctions de liaison. D'autres commentaires ont été émis sur la quantité et le contexte de « texte automatique », des blocs de texte préformaté qui peuvent être insérés dans le dossier.

Après les tests d'utilisabilité, l'outil a été actualisé en vue de l'essai pilote dans un milieu réel avec trois cliniques et six fournisseurs de soins. Pour réunir un échantillon représentatif d'utilisateurs, des sites pilotes et des utilisateurs potentiels ont été sélectionnés en fonction de facteurs tels que leur région ou localisation, le nombre de fournisseurs de soins disponibles, les calendriers de participation, la population de patients ainsi que la connaissance et la pratique en matière de DCNC. Chaque participant a suivi une formation sur l'outil, a répondu à une enquête préalable à l'intervention et a dû utiliser l'outil avec au moins cinq patients durant la période d'essai. À la fin de chaque journée de l'essai pilote, les participants ont répondu à une courte enquête pour indiquer tout problème ou toute possibilité de faciliter l'utilisation de l'outil et d'améliorer ses fonctionnalités, puis d'autres suggestions et commentaires ont été obtenus grâce à des enquêtes et des entrevues réalisées après l'intervention.

Dans l'ensemble, la perception de l'outil a été très positive, les fournisseurs de soins indiquant qu'il les aide à être plus confiants en ce qui concerne les soins qu'ils prodiguent aux patients souffrant de DCNC, et affirmant que leurs patients déclarent se sentir plus engagés dans la participation aux soins qu'ils reçoivent.

Tout au long des phases de tests d'utilisabilité et d'essai pilote, leurs résultats ont été présentés aux responsables cliniques et au comité consultatif national, auxquels il a été demandé de donner leur avis sur la manière dont les modifications suggérées de l'outil pourraient potentiellement influencer sur les soins et mieux répondre aux besoins des utilisateurs finaux ciblés. Ce niveau supplémentaire de participation a contribué à assurer qu'un large éventail de points de vue étaient pris en compte durant l'élaboration du SADC.

## Conclusion

---

Les systèmes d'aide à la décision clinique fondés sur des données probantes sont susceptibles d'offrir une assistance aux cliniciens dans leur pratique et de contribuer à renforcer les capacités en soins primaires pour prodiguer avec compassion des soins de grande qualité aux patients atteints de douleur chronique non cancéreuse.

Les pratiques exemplaires décrites dans le présent document donnent des principes pratiques et exploitables à appliquer lors de la mise sur pied ou de l'adaptation d'outils de SADC pour la prise en charge de la DCNC dans le cadre des soins primaires. Ces pratiques exemplaires ont été élaborées de sorte à être fondées sur des données probantes, en s'appuyant sur une évaluation d'outils existants, des analyses bibliographiques ciblées et les compétences spécialisées de responsables cliniques et du comité consultatif national. Elles ont ensuite été appliquées dans la pratique à l'adaptation d'un SADC au point d'intervention intégré aux DME pour la DCNC en utilisant un processus itératif de coconception clinique faisant entrer en jeu des caractéristiques de conception clés et des éléments d'information pour aider à la prise en charge de la DCNC dans les soins primaires.

Les pratiques exemplaires supposent notamment de faire participer les utilisateurs finaux tout au long du processus d'élaboration, de répondre aux besoins en matière d'information au point d'intervention des FSP et d'inclure des éléments essentiels qui favorisent une approche des soins axée sur le patient. Ces principes faciliteront le développement de futurs outils de SADC visant à soutenir une prise en charge appropriée, efficace et empreinte de compassion de la DCNC.

## Références

---

1. Canadian Pain Task Force. Working together to better understand, prevent, and manage chronic pain: What we heard [Internet]. 2020 [cited 2024 Feb 7]. Available from: [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2020/sc-hc/H134-17-2020-eng.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2020/sc-hc/H134-17-2020-eng.pdf)
2. Canadian Pain Task Force. An Action Plan for Pain in Canada: Canadian Pain Task Force Report [Internet]. 2021 [cited 2024 Feb 4]. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2021.html>
3. Fischer B, Argento E. Prescription opioid related misuse, harms, diversion and interventions in Canada: a review. *Pain Physician*. 2012 Jul;15(3 Suppl):ES191-203.
4. Allen KS, Danielson EC, Downs SM, Mazurenko O, DiIulio J, Salloum RG, et al. Evaluating a Prototype Clinical Decision Support Tool for Chronic Pain Treatment in Primary Care. *Appl Clin Inform*. 2022 May;13(3):602–11.
5. Van de Velde S, Kunnamo I, Roshanov P, Kortteisto T, Aertgeerts B, Vandvik PO, et al. The GUIDES checklist: development of a tool to improve the successful use of guideline-based computerised clinical decision support. *Implement Sci*. 2018 Jun 25;13(1):86.
6. Guenter D, Abouzahra M, Schabort I, Radhakrishnan A, Nair K, Orr S, et al. Design Process and Utilization of a Novel Clinical Decision Support System for Neuropathic Pain in Primary Care: Mixed Methods Observational Study. *JMIR Med Inform*. 2019 Sep 30;7(3):e14141.
7. Harle CA, Apathy NC, Cook RL, Danielson EC, DiIulio J, Downs SM, et al. Information Needs and Requirements for Decision Support in Primary Care: An Analysis of Chronic Pain Care. *AMIA Annual Symposium Proceedings*. 2018;2018:527.
8. Harle C, Andraka-Christou B, Anders S, Cook R, Danielson E, DiIulio J, et al. Designing User-Centered Decision Support Tools for Chronic Pain in Primary Care [Internet]. 2020 [cited 2024 Feb 8]. Available from: <https://digital.ahrq.gov/ahrq-funded-projects/designing-user-centered-decision-support-tools-chronic-pain-primary-care/final-report>
9. Harle CA, DiIulio J, Downs SM, Danielson EC, Anders S, Cook RL, et al. Decision-Centered Design of Patient Information Visualizations to Support Chronic Pain Care. *Appl Clin Inform*. 2019 Aug;10(4):719–28.
10. BC Guidelines and Protocols Advisory Committee. Managing Patients with Pain in Primary Care - Part 1 [Internet]. Province of British Columbia; 2023 [cited 2024 Feb 4]. Available from: <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/managing-patients-with-pain-in-primary-care-part-1>
11. Nicola M, Correia H, Ditchburn G, Drummond PD. Defining pain-validation: The importance of validation in reducing the stresses of chronic pain. *Frontiers in Pain Research* [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 18];3. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpain.2022.884335>

12. Col N, Hull S, Springmann V, Ngo L, Merritt E, Gold S, et al. Improving patient-provider communication about chronic pain: development and feasibility testing of a shared decision-making tool. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2020 Oct 17;20(1):267.
13. Korownyk CS, Montgomery L, Young J, Moore S, Singer AG, MacDougall P, et al. PEER simplified chronic pain guideline: Management of chronic low back, osteoarthritic, and neuropathic pain in primary care. *Can Fam Physician*. 2022 Mar;68(3):179–90.
14. Apathy NC, Sanner L, Adams MCB, Mamlin BW, Grout RW, Fortin S, et al. Assessing the use of a clinical decision support tool for pain management in primary care. *JAMIA Open*. 2022 Oct;5(3):ooac074.
15. Sutton RT, Pincock D, Baumgart DC, Sadowski DC, Fedorak RN, Kroeker KI. An overview of clinical decision support systems: benefits, risks, and strategies for success. *NPJ Digit Med*. 2020;3:17.
16. Ghorayeb A, Darbyshire JL, Wronikowska MW, Watkinson PJ. Design and validation of a new Healthcare Systems Usability Scale (HSUS) for clinical decision support systems: a mixed-methods approach. *BMJ Open*. 2023 Jan 30;13(1):e065323.

# Annexe 1 : Stratégie de recherche concernant les SADC existants pour la DCNC

---

## Aperçu

Une recherche bibliographique ciblée a été effectuée en juillet 2022 et actualisée en février 2024 pour trouver les systèmes d'aide à la décision clinique (SADC) existants afin de contribuer à la prise en charge par les cliniciens en soins primaires des patients atteints de douleur chronique non cancéreuse (DCNC).

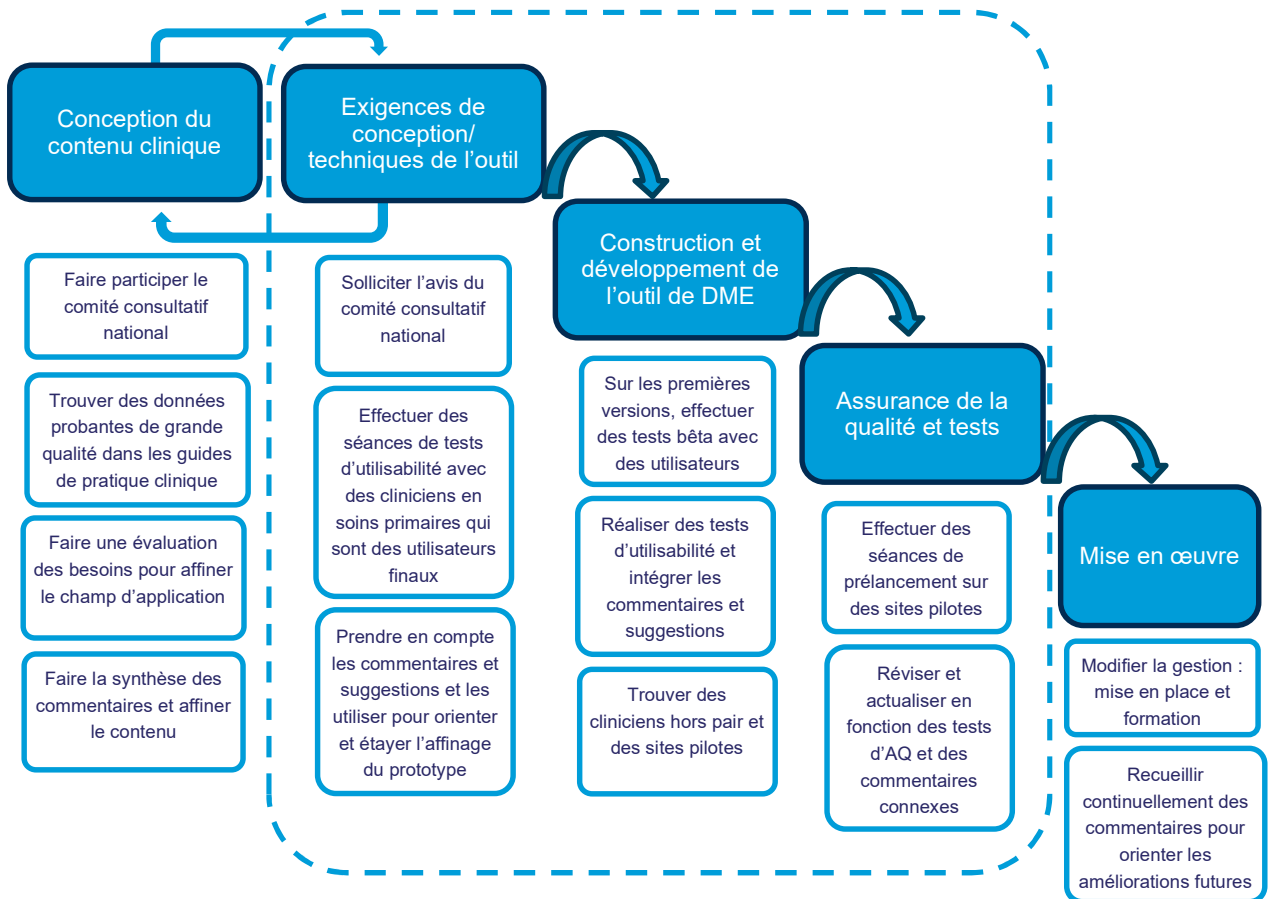
La recherche a été conçue pour déceler les outils au point d'intervention en langue anglaise destinés aux cliniciens en soins primaires, qui étaient intégrés à un dossier médical/de santé électronique et qui ont été mis au point, lancés ou évalués entre 2017 et aujourd'hui. La stratégie de recherche visait à détecter les outils qui traitaient de la douleur chronique non cancéreuse en général plutôt que ceux qui ciblaient des aspects particuliers des soins ou de la douleur.

## Résumé de la stratégie de recherche

Une approche comprenant plusieurs volets, dont les suivants, a été utilisée pour détecter les SADC pertinents :

- 1) Examiner les guides de pratique clinique de grande qualité concernant la DCNC à la recherche de tout outil qui pourrait y être cité ou présenté.
- 2) Réaliser une recherche dans la bibliographie référencée en utilisant Ovid MEDLINE pour trouver des études d'outils validés ou des publications décrivant le processus d'élaboration/de mise en œuvre des outils. La stratégie de recherche utilisée a été la suivante : (Chronic Pain/ or non\$cancer pain.m\_titl or chronic pain.m\_titl) and (Decision Support Techniques/ or Decision Support Systems, Clinical/ or ("decision support" or "management tool" or "assessment tool" or "point of care tool" or "clinical tool" or "decision aid" or algorithm or pathway or "decision rule" or "prediction rule" or "EMR tool" OR "EHR tool" or "CDSS").mp.
- 3) Réaliser une recherche dans la documentation parallèle sur Internet en utilisant Google. Les trois premières pages de résultats ont été examinées pour chaque combinaison de termes de recherche suivants : (Chronic pain OR pain OR chronic non-cancer pain) AND (Clinical decision support OR OR CDSS OR clinical decision support system OR electronic clinical decision support OR eCDS OR EMR OR Custom form OR Dashboard OR point of care tool OR tool)
- 4) Réaliser une recherche ciblée dans des ressources en ligne particulières spécialisées dans la douleur ou dans la mise en pratique comme RUIS McGill Centre of Expertise in Chronic Pain/Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique du RUIS McGill, AHRQ Clinical Decision Support, Think Research, Applied Clinical Informatics Journal, Implementation Science, Canadian Journal of Pain/Revue canadienne de la douleur, Healthcare Information and Management Systems Society, etc.

## Annexe 2 : Processus de conception de l'outil



# Annexe 3 : Application dans la pratique

## Annexe 3a : Tableau de bord

Mar 12, 2024 Chronic Non Cancer Pain Tool MG

Centre for Effective Practice

### Chronic Non-Cancer Pain Tool

Last visit: Mar 12, 2024
First visit: Jan 12, 2024
Print form

**Management of CNCP Form**

The CEP CNCP tool is based on synthesized high-quality guidelines. [For the list of evidence sources used click here.](#)

Work with your patients to identify and understand the complex bio-psycho-social elements involved in their pain and emphasize the value of a multi-modal approach to manage their pain. Management is often a process of repeated trials to determine the effects of specific treatments and can take a few months or years to optimize. Once a treatment plan is identified, initiate, adapt and evaluate how it improves daily function, pain, mood and quality of life, while assessing the risks/benefits for long-term use. It is also important to optimally manage any active underlying health issues related to a patient's pain (e.g., diabetes, inflammatory arthritis).

**Dashboard**

Pain Summary
Relevant Past Medical History
Pain Related Investigations / Consults

<input type="checkbox"/> Headaches <input type="checkbox"/> Osteoarthritis (OA) <input type="checkbox"/> Low Back Pain (LBP) <input type="checkbox"/> Myofascial Pain		<input type="checkbox"/> Fibromyalgia (FM) <input type="checkbox"/> Neuropathic Pain <input type="checkbox"/> Other	
--	--	---	--

Metrics	Latest value	Date	Frequency (months)	Update:
Pain Severity Score		due	12	<a href="#">Open BPI Tool</a>
Pain Interference Score		due	12	<a href="#">Open BPI Tool</a>
PHQ-9		due	12	<a href="#">Open PHQ-9 Tool</a>
GAD-7		due	12	<a href="#">Open GAD-7 Tool</a>
UDS		due	12	<a href="#">Open Lab Req</a>

Assessment
Management: General
Management: Non-Pharmacological
Management: Pharmacological
Patient Resources

## Annexe 3b : D'enregistrer et de faire un suivi des objectifs du patient

Assessment
Management: General
Management: Non-Pharmacological
Management: Pharmacological
Patient Resources

Pharmacotherapy is not the sole treatment option for pain. A treatment plan should be a multi-modal strategy. Consider using the PEER Decision Aid to support patients in their decision-making. [Open PEER Decision Aid site](#)

**First line treatment**

First line treatment includes the use of non-pharmacological therapy and non-opioid medications to manage pain. Medication should be adjusted as needed, minimizing polypharmacy as required. Consider using the BPI to evaluate treatment on pain, function and mood.

**Treatment goals**

Work with the patient to identify goals towards which the patient would like to work to. Use the SMART framework to help define goals. [For more SMART goals guidance click here.](#) [Copy from prior visit](#)

- 1.
- 2.
- 3.

## Annexe 3c : Inclure du matériel pédagogique, des ressources et des outils qui peuvent être partagés à l'intention des patients

Assessment	Management: General	Management: Non-Pharmacological	Management: Pharmacological	Patient Resources
<p>Select the resources below that you would like to share with the patient. You can also click the links below to open the resource to print or share via email.</p>				
<input type="checkbox"/>	Introduction to Mindfulness for Chronic Pain	<a href="#">Visit webpage</a>		
<input type="checkbox"/>	Power over pain	<a href="#">Visit webpage</a>		
<input type="checkbox"/>	Understanding and rethinking chronic pain for patients	<a href="#">Visit webpage</a>		
<input type="checkbox"/>	Exercise videos (Pain BC)	<a href="#">Visit webpage</a>		
<input type="checkbox"/>	Exercise videos (Dr Andrea Furlan)	<a href="#">Visit webpage</a>		
<input type="checkbox"/>	Understanding low back pain (Dr. Mike Evans)	<a href="#">Visit webpage</a>		
<input type="checkbox"/>	RAC LBP Exercise videos	<a href="#">Visit webpage</a>		
<input type="checkbox"/>	Ecouch	<a href="#">Visit webpage</a>		<a href="#">Copy section from prior visit</a>
<input type="checkbox"/>	Fact Sheet: Chronic Pain (PDF)	<a href="#">Visit webpage</a>		<b>Print or Email</b>
<input type="checkbox"/>	The Arthritis Society of Canada: managing Chronic Pain	<a href="#">Visit webpage</a>		
<input type="checkbox"/>	RNAO Fact Sheet: Helping people manage their pain	<a href="#">Visit webpage</a>		
<input type="checkbox"/>	Canadian Pain Coalitions- Pain Resource Centre	<a href="#">Visit webpage</a>		
<input type="checkbox"/>	Prescription opioids: What you need to know (CDC)	<a href="#">Visit webpage</a>		
<input type="checkbox"/>	Messages for patients taking opioids (McMaster University)	<a href="#">Visit webpage</a>		
<input type="checkbox"/>	Best Advice for people taking opioid medications (Mike Evans)	<a href="#">Visit webpage</a>		
<input type="checkbox"/>	Opioid Pain Medicines Information for Patients and Families (ISMP Canada Opioid Stewardship)	<a href="#">Visit webpage</a>		