



Titre du projet :

Dossier réseau informatisé en oncologie au Québec (DRIOQ)

Chercheurs(res) :

J.-P. Fortin, L. Lamothe

Objectif(s) du projet :

Le principal objectif du projet DRIOQ était d'améliorer la circulation de l'information clinique entre les divers intervenants qui prodiguent des soins et services à la patiente atteinte de cancer du sein, et ce, en soutien à la prestation des soins intégrés en oncologie.

Plus précisément, le DRIOQ visait l'atteinte des objectifs généraux suivants :

- démontrer la faisabilité d'introduire un dossier réseau en oncologie;
- s'assurer de l'utilité du dossier réseau et définir des conditions d'utilisation qui soient acceptables du point de vue des différents groupes d'acteurs;
- favoriser l'implantation du dossier réseau pour la prestation de soins intégrés auprès de personnes atteintes de cancer du sein;
- tirer des enseignements utiles pour diffuser l'application du dossier réseau en oncologie et en développer de nouvelles.

De façon plus particulière, l'introduction du dossier réseau informatisé visait l'atteinte des objectifs spécifiques suivants :

- favoriser l'échange d'information entre les intervenants impliqués aux différentes étapes du continuum de soins (diagnostic, choix thérapeutique, suivi du plan de soins, suivi médical, soutien psychosocial);
- favoriser l'échange d'information entre la patiente et les intervenants de la santé qu'elle consulte au cours d'une période de traitement, en fournissant aussi des guides informatisés pour celle-ci (p.ex. : bottin des ressources);
- favoriser l'échange d'information entre les intervenants de l'équipe locale et ceux de l'équipe régionale ou suprarégionale (plus spécialisée);
- favoriser l'échange d'information entre les intervenants de la santé qui œuvrent dans des régions sociosanitaires différentes;
- supporter la prise de décision clinique aux différentes étapes du continuum de soins (suivi médical, soutien, soins palliatifs) par l'introduction d'aides informatisées fournissant des connaissances utiles.

Hypothèses ou questions de recherche :

Un dossier réseau informatisé en oncologie améliore-t-il la circulation de l'information clinique entre les divers intervenants qui prodiguent des soins et services à la patiente atteinte de cancer du sein, et ce, en soutien à la prestation des soins intégrés en oncologie?
Le DRIOQ peut-il répondre aux effets escomptés à l'origine du projet (cf objectifs)?
Quelles sont les conditions associées à l'atteinte des effets observés?

Contexte sociopolitique, population à l'étude, territoire géographique :

Le projet s'est inscrit dans le développement et l'expérimentation d'une des mesures retenues dans le Programme québécois de lutte contre le cancer pour soutenir la prestation de soins intégrés en oncologie (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1998). Les régions de Québec et Chaudière-Appalaches et plus précisément les établissements qui prodiguent des soins en continuité avec la clinique du sein du pavillon du Saint-Sacrement (CHA) et du centre du cancer de l'Hôtel-Dieu de Lévis étaient visés par le projet. Il s'agit du pavillon Hôtel-Dieu du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), comme centre de référence en radio-oncologie, mais aussi de sites représentant le niveau local, tels les CLSC, les unités de médecine familiale, les cliniques ou cabinets privés de médecins ou, encore, les établissements hospitaliers dont la clientèle est référée vers l'un ou l'autre de ces centres de traitement.

Deux types de populations étaient ciblés par le projet DRIOQ :

- les patientes atteintes de cancer du sein résidentes des régions sociosanitaires visées par le projet et qui étaient traitées ou suivies dans l'un ou l'autre des deux centres d'expertise régionaux ;
- les intervenants de la santé impliqués dans le diagnostic, le traitement ou le suivi de patientes atteintes de cancer du sein. Ces professionnels sont issus des centres d'expertise régionaux et suprarégionaux en cancer du sein ainsi que de cliniques médicales privées, de centres locaux de services communautaires (CLSC) et d'unités de médecine familiale (UMF) situés dans les régions sociosanitaires visées par le projet.

Perspective théorique, cadre conceptuel, logique d'intervention etc. sur lesquels se fonde votre recherche :

En premier lieu, l'équipe de projet avait la responsabilité de la conception, planification, implantation et évaluation du projet de démonstration. L'approche privilégiée fut pluraliste et compréhensive et s'est inspirée des cadres d'innovation et de gestion de changement organisationnel, d'organisation des services et de pratiques professionnelles, de coalition, et des théories du comportement. Une stratégie d'évaluation continue de la démarche de conception et d'implantation, ainsi qu'une stratégie pour le partage des enseignements et des connaissances ont été intégrées dans la démarche d'ensemble du projet et ce dès les débuts. Elle visait à soutenir les équipes chargées du développement et de l'implantation du système à mettre en place de façon à effectuer les ajustements nécessaires et à leur fournir les premières réactions des futurs utilisateurs. Puis, une étude de la dynamique d'interaction a porté sur deux niveaux : celui de la direction de DRIOQ et celui des interventions cliniques. L'analyse de la dynamique d'interaction au niveau de la direction de DRIOQ visait à dégager une compréhension de la conduite même du changement envisagé. Par l'identification des principaux agents de changement et de leurs actions, elle cherchait à illustrer comment ils ont pu avoir une influence sur l'adoption/résistance au système. Pour sa part, l'analyse de la dynamique d'interaction entre les partenaires cliniques visait essentiellement à identifier les facteurs facilitants et contraignants à l'adoption du système. Elle a porté sur trois dimensions ayant été identifiées comme pouvant avoir un effet sur l'adoption/résistance : individuelle, professionnelle et organisationnelle.

Description des aspects particuliers de l'organisation des services de première ligne sur lesquels porte votre projet :

Vision ou culture organisationnelle (*responsabilité envers la population ou clientèle, finalité de service versus santé etc.*)

Le dossier réseau est perçu comme un des moyens privilégiés pour faciliter la mise en place d'un réseau de services intégrés de qualité en oncologie. Ensuite, il s'inscrit dans le déploiement de l'autoroute de l'information mise de l'avant par le ministère de la Santé et des Services sociaux. De plus, avec le virage ambulatoire, l'utilisation d'un tel instrument pourrait contribuer à décloisonner les organisations, à rendre l'expertise plus facilement accessible, mais aussi à soutenir la capacité des équipes de première ligne à suivre et prendre en charge les personnes atteintes de cancer du sein.

Structure organisationnelle

1. Gouverne (*professionnelle vs communautaire, relations entre acteurs découlant de règles ou lois, incitatifs comme mode de rémunération etc.*)

DRIOQ préconise une gouverne s'appuyant sur des alliances entre les partenaires concernés. Ainsi, sur le plan organisationnel, la démarche visait à s'assurer de la participation active des cliniciens et des organisations visées. Ainsi, au départ, la stratégie de partenariat s'est exprimée par la recherche de champions cliniques à l'intérieur des organisations concernées. Il s'agissait d'impliquer activement des praticiens qui sont perçus, par leurs collègues, comme des meneurs dans la lutte contre le cancer du sein de façon à favoriser l'appropriation du projet par les milieux visés. Par la suite, la stratégie de partenariat s'est exprimée par la recherche d'appui des directions des établissements concernés qui s'est concrétisée par des ententes avec les départements ou services impliqués. Cette stratégie s'est opérationnalisée également dans le cadre des conditions d'approbation des comités d'éthique des deux centres d'expertise régionaux et du centre d'expertise suprarégional. Finalement, il était prévu de réunir ces différents partenaires dans des groupes de travail multidisciplinaires et multi-organisationnels.

2. Intégration/coordination (*organisationnelle/ fonctionnelle, clinique, stratégique, systémique, externe, interne etc.*)

Intégration stratégique par une coordination fonctionnelle et clinique . Mode de fonctionnement dans une logique de réseau intégré de services pour des services de premières lignes, des services spécialisés et pour les liens de type corridor de services sur une base territoriale, régionale et interrégionale.

Ressources

1. Type (*humaines, financières, physiques, technologiques etc.*)

Équipe d'intervenants du réseau de services dans le contexte d'un continuum de soins, de gestionnaires de différents établissements, et d'équipe techniques.

Il importe cependant de préciser que ce dossier n'est ni un dossier d'établissement, ni un dossier de professionnel, pas plus qu'il ne vise à remplacer les dossiers existants. Il s'agit essentiellement d'un dossier patient accessible à distance par un réseau de télécommunications, à partir de différents points de prestations de services. Il s'appuie plus particulièrement sur le concept d'aide-mémoire informatisé au sens où il contient des renseignements que le professionnel et le patient jugent pertinents de partager avec d'autres intervenants de la santé exerçant aux niveaux local, régional et supra-régional.

2. Niveau (*quantité*)

Le terrain d'expérimentation fut celui d'une des cliniques de CHA avec contribution des autres établissements donnant le service pour la clientèle visée.

3. Substitution (*est-ce que les services de première ligne se substituent à des services spécialisés?*)

Non. Le projet le prévoyait cependant, mais n'a pu s'y rendre.

Pratiques

1. Multidisciplinarité/interdisciplinarité

Oui et ce à plusieurs niveaux: md spécialistes et omni , md, infirmières, TS.

2. Processus de collaboration interprofessionnelle, inter-organisationnelle

Interprofessionnels et inter-organisationnelle.

3. Services offerts (*étendue, gamme*)

Consultation et suivi en héματο et radio onco de femmes atteintes. Soins infirmiers notamment chimiothérapie.

4. Mécanismes pour assurer la continuité, l'accessibilité, la globalité

Mise en place d'un dossier réseau informatisé accessible à tous les intervenants concernés au niveau local, régional et supra-régional.

Effets

1. Profil d'utilisation

Utile et convivial.

2. Continuité, globalité, accessibilité, réactivité

La circulation et l'échange d'information entre les différentes équipes médicales locales, régionales et suprarégionales. Disponibilité de cette information en temps réel.

3. Santé

Non

Stratégie de recherche :

L'analyse de la dynamique d'interaction a porté sur deux niveaux : celui de la direction de DRIOQ et celui des interventions cliniques.

Direction de DRIOQ

L'analyse de la dynamique d'interaction à ce niveau visait à dégager une compréhension de la conduite même du changement envisagé. Par l'identification des principaux agents de changement et de leurs actions, elle permettait d'illustrer comment ils ont pu avoir une influence sur l'adoption/résistance au système. Cette analyse procédait en premier lieu à une reconstitution des étapes franchies dans la conduite de DRIOQ (formation des comités, présentations aux partenaires cliniques, etc.). Elle impliquait des entrevues avec les principaux agents de changement, la participation à certaines réunions et l'analyse des documents produits. Cette étape permettait d'identifier la stratégie de changement adoptée. En deuxième lieu, des entrevues auprès des partenaires cliniques permettaient d'apprécier leurs réactions à la stratégie adoptée et d'identifier comment elle a pu avoir une influence sur leur adoption/résistance au système.

Partenaires cliniques

L'analyse de la dynamique d'interaction entre les partenaires cliniques visait essentiellement à identifier les facteurs facilitants et contraignants à l'adoption du système. Elle portait sur trois dimensions ayant été identifiées comme pouvant avoir un effet sur l'adoption/résistance : individuelle, professionnelle et organisationnelle.

L'analyse des dimensions individuelles s'appuyait sur le modèle proposé par Triandis (1980) qui permet d'inclure les conditions facilitantes, les habitudes et les intentions, lesquelles sont à leur tour définies par les facteurs sociaux, l'attitude et les conséquences perçues. Comme l'étude misait sur une compréhension globale du phénomène de l'adoption et de la résistance, la richesse des données recueillies pouvait, avec Triandis, être exploitée de façon avantageuse car le modèle permet la décomposition des attitudes en sous-variables, ce qui aide à mieux saisir la complexité du phénomène.

L'analyse des dimensions professionnelles s'appuyait sur le modèle du système des professions proposé par Abbott (1988) qui avance que les domaines de juridiction des professionnels sont négociés sur les lieux de travail. Ces négociations peuvent être ouvertes ou couvertes et s'appuient entre autres sur l'expertise et une relation de confiance mutuelle. L'information est en soi un instrument de négociation très utilisé par les professionnels; son contrôle contribue à consolider son domaine de juridiction.

L'analyse des dimensions organisationnelles s'appuyait sur une analyse sociopolitique des comportements des établissements concernés. Sur la base de la théorie de la structuration (Giddens, 1987 ; Orlikowski 1992), elle s'intéressait aux stratégies et tactiques adoptées par les partenaires organisationnels à la recherche d'un positionnement satisfaisant leurs intérêts dans la formation du réseau. En étudiant la dynamique des relations entre les agents humains, la technologie et les propriétés institutionnelles, il était possible de mieux saisir le rôle de la médiation humaine dans l'utilisation de la technologie. De façon générale, l'analyse de la dynamique d'interaction entre les partenaires cliniques s'appuyait sur des entrevues, l'analyse de documents significatifs produits et la participation à certaines rencontres jugées d'importance.

Processus de la recherche

La cueillette des données a suivi la démarche suivante :

1. Reconstitution des grandes étapes franchies jusqu'à présent à partir des documents produits.
2. Identification des partenaires organisationnels concernés et des personnes-clés dans ces institutions.
3. Préparation des guides d'entrevue à partir de l'information générée. Des guides d'entrevue différents seront produits en fonction du niveau d'intervention auquel il s'adresse.
4. Entrevues et participation à des réunions.

L'analyse a été faite en continu, soit pendant le déroulement du projet DRIOQ, afin d'en dégager des réflexions pouvant être utiles aux promoteurs du projet. Elle s'est attardée en premier lieu à produire une carte du réseau formée par les partenaires cliniques avant la mise en place du système (portrait de la situation avant le changement). Cette carte nous a permis de caractériser les relations existantes entre ces partenaires et d'identifier les enjeux soulevés par l'introduction du système. Elle nous a aussi permis d'évaluer le degré de pénétration du changement à la fin du projet.

En deuxième lieu, l'analyse a porté sur une description de la dynamique de pénétration du changement auprès des partenaires avec mise en évidence des dimensions ayant eu une influence facilitante ou contraignante.

Comme il était souhaité par les promoteurs de DRIOQ d'en faire un projet d'envergure provinciale, l'analyse a tenté de faire ressortir les leçons pouvant être tirées de l'expérimentation locale.

Variables à l'étude :

Type de devis :

Échantillon (type d'échantillon, taille des effectifs) :

Patientes atteintes d'un cancer du sein résidentes des régions sociosanitaires visées par le projet et qui étaient traitées ou suivies dans l'un ou l'autre des deux centres d'expertise régionaux.

Instruments de mesure, outils de collecte et sources de données :

Revue de littérature, recension de la documentation pertinente, entrevues auprès d'intervenants, patientes et proches à différents moments, étude du « journal de transactions », questionnaire postal auprès d'intervenants et patientes, collecte de données du dossier réseau en oncologie, analyse du journal de bord.

Type d'analyse (quantitative, qualitative, triangulation) :

Qualitative et triangulation.

Période de temps sur laquelle porte l'étude :

L'étude a porté sur la période 1999-2001.

Résultats, aspects de la démarche spécialement pertinents pour les décideurs :

Le projet DRIOQ visait la mise en réseau d'établissements afin de favoriser et de faciliter l'échange d'information entre des intervenants qui pratiquent au sein d'équipes locales, régionales ou suprarégionales. Dans le cadre du projet, les activités réalisées ont permis de mettre un premier réseau en place autour d'un des deux centres d'expertise régionaux. En effet, des liens informatiques sécurisés ont été établis entre ce centre d'expertise régional et une première clinique privée et le centre d'expertise suprarégional d'une autre région.

Le projet DRIOQ fait ressortir que pour développer un dossier réseau informatisé, il importe d'avoir une bonne préhension des pratiques professionnelles de même qu'une connaissance fine des processus qui vont du recrutement de la patiente à la gestion de son dossier clinique et ce, jusqu'à l'utilisation que l'on en fait et de ses effets. Il faut aussi une vision d'ensemble de l'organisation des services de santé et de ses orientations, d'autant plus que des transformations aussi importantes que la mise en place de réseaux intégrés de services sont en cause et entraînent des modifications dans les dynamiques professionnelles et organisationnelles. De plus, le projet met en évidence les différences importantes entre les pratiques des médecins, entre les modes d'organisation des services des différents sites et, de là, la variabilité de l'information requise par les utilisateurs, notamment les médecins spécialistes et généralistes.

Défis et stratégies utilisées

Le projet a fait face à plusieurs défis, mais certains se sont avérés plus difficiles que d'autres à relever. Malgré tout, contrairement à beaucoup de projets de cette nature, le défi de mobiliser les principaux utilisateurs ne s'est pas avéré le plus difficile à surmonter. En effet, même si la démarche pouvait s'améliorer, l'intérêt des cliniciens impliqués s'est manifesté jusqu'à la fin de la phase 1 du projet (celle du financement par le FASS) et ce, même dans le centre spécialisé où le système n'a pu être mis en fonction parce que le branchement au RTSS n'a pas été complété à temps. D'ailleurs, le besoin d'une gestion des processus de changement dans les organisations touchées ainsi que l'intérêt des stratégies pluraliste et compréhensive pour ce faire se sont aussi révélés. De fait, la stratégie pluraliste auprès de ces cliniciens en a fait des partenaires précieux, notamment pour la recherche de consensus sur l'information pertinente à partager ou sa mise en forme ainsi que sur les conditions pour que ce partage soit effectif.

Cette stratégie, qui visait d'abord les utilisateurs, a été rapidement suivie par une première démarche auprès des responsables des organisations, départements et services impliqués. Celle-ci a permis d'identifier certains des facteurs qui pourraient favoriser la mise en réseau de ces utilisateurs et organisations. Des activités supplémentaires d'appropriation ont été réalisées dans les organisations, mais les délais dans le projet n'ont malheureusement pas permis que les stratégies de mise en réseau de ces établissements s'implantent.

Une autre stratégie de mobilisation s'est avérée utile, soit celle de la mise sur pied d'un comité aviseur. Ce comité a permis des échanges importants sur la nature du projet, ses conditions de réalisation, la position des organismes centraux sur les orientations du système de santé au regard des réseaux intégrés de services et de la politique sur le cancer ainsi que la perception des participants sur les stratégies choisies pour introduire cette innovation. Ce comité a aussi été un atout pour faire reconnaître l'intérêt du projet auprès des décideurs et des partenaires.

Ces stratégies de mobilisation ont aussi été centrales dans le plan d'action pour préparer les conditions de pérennité et de diffusion du projet. À celles-ci, se sont ajoutées les activités de sensibilisation et de consultation auprès d'autres responsables d'organismes centraux ou d'autres régions pour contribuer à la reconnaissance de l'importance et de la valeur d'un tel projet par d'autres milieux. Se préoccuper le plus rapidement possible des conditions de pérennité et de diffusion s'est avéré essentiel pour sa poursuite.

La technologie

Le projet a aussi fait face à des défis technologiques de taille. L'objectif ultime étant que le dossier soit utile, acceptable et faisable. De plus, ce dossier oncologique n'était qu'une partie d'un dossier réseau et il devait, pour que l'information puisse être disponible, accessible et partageable, pouvoir interfacer avec de nombreuses sources d'information provenant de sites multiples, dont le dossier d'établissement ou de professionnels de la santé.

Un autre facteur important est la reconnaissance que les systèmes d'information et les solutions que l'on peut proposer ne pourront être que partiels au regard de la dynamique de partage d'information qui existe. L'importance d'une infrastructure et d'un contexte où des conditions d'harmonisation et de normalisation minimales sont disponibles est également à considérer. De fait, des règles du jeu, des critères, des normes et des standards devront donc être établis pour assurer le développement harmonieux des systèmes d'information cliniques. Il faut aussi conclure à l'importance de viser des systèmes ouverts, souples, interopérables et surtout, qui permettent des adaptations régulières. Il ne semble pas réaliste de penser qu'une seule solution pourra répondre aux besoins de tous. En outre, il faut être prudent avant d'adopter des solutions où les adaptations sont difficiles à réaliser ou coûteuses. Pour ce faire, des orientations technologiques claires et précises sont donc essentielles.

Partenariat public-privé

Le projet fait ressortir certains enjeux d'un partenariat public-privé. Ainsi, la perception pour une entreprise d'être un fournisseur de produit plutôt qu'un partenaire de même que la perception de l'opportunité ou non de promouvoir ou de développer leur propre produit, ont joué un rôle sur la participation des acteurs en présence. Il est apparu que la propriété du produit à développer était centrale à cette perception. Ainsi, le développement d'un produit à usage universel, comme celui du projet DRIOQ, conduit à devoir redéfinir le partenariat sur d'autres bases que celles d'un produit spécifique à propriété commerciale.

Soulignons aussi que le partenariat public-privé-recherche a fait ressortir des différences de cultures fort importantes. L'approche standardisée des développeurs (normes ISO) a son utilité pour dégager les grandes étapes des processus; toutefois, pour les professionnels, elle peut sembler trop rigide pour saisir les dynamiques fines et l'informel qui caractérisent les processus

cliniques.

Néanmoins, le projet avait suffisamment évolué pour permettre que le DRIOQ soit inscrit par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans la liste des actifs informationnels d'intérêt commun et qu'il puisse recevoir une subvention additionnelle pour réaliser une phase supplémentaire. Cette phase, tout en poursuivant les objectifs fondamentaux du projet, a permis de capitaliser sur les apprentissages fournis grâce à l'évaluation de la première phase du projet.

Enfin, compte tenu de tous ces défis, il est raisonnable de penser que ce projet contribue de façon sensible à l'évolution de l'informatisation pour fins cliniques des réseaux de santé. Il fait ressortir l'importance d'associer les utilisateurs et les organisations impliqués et de tenir compte de l'ensemble des enjeux sous-jacents. Il est alors clair que cette démarche d'informatisation doit, pour une solution utile, acceptable et faisable, se faire de façon progressive et encadrée, en capitalisant sur les expertises de différentes natures et les expériences à valeur ajoutée. Cette conclusion concorde d'ailleurs avec celle d'autres projets de même nature.

Éléments importants pour la pérennité du projet et sa diffusion éventuelle

- Une vision, des orientations stratégiques et des principes directeurs qui intègrent les composantes d'organisation de services tout en permettant des adaptations selon les territoires.
- Le développement, afin de supporter des équipes au niveau local ou régional, d'un réseau d'experts multidisciplinaires reconnus autant dans la nature des services que dans le développement et la mise en œuvre du projet d'informatisation d'envergure, ayant une distance critique.
- L'évaluation compréhensive, pluraliste et formative est centrale pour mieux cerner et comprendre, pour ces changements qui sont continus et complexes, les enjeux, la dynamique des acteurs, les conditions d'émergence, d'implantation d'intégration, de diffusion et de succès. Cette évaluation doit être partie intégrante de la stratégie de partage de connaissance et de gestion de changements des innovations en cours.

En conclusion, la conception d'outils de travail informatisés doit tenir compte des finalités d'utilisation, des besoins spécifiques des utilisateurs, des modes d'organisation et de la nature des services, ainsi que de la personnalisation de ces outils et du besoin d'intégration.

Votre opinion concernant le caractère probant de vos résultats pour les décideurs :

	Pas du tout	Moyennement	Énormément	S.O.*
Validité interne : jusqu'à quel point êtes-vous sûr de la force de la relation entre vos variables en vous fondant notamment sur :				
• Le devis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La taille de l'échantillon (<i>puissance statistique</i>)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'analyse de l'intervention (<i>logique/théorie de l'intervention</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'analyse de l'implantation (<i>synergie, antagonisme avec éléments du contexte</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Validité externe : jusqu'à quel point vos résultats sont-ils généralisables à d'autres contextes en vous fondant notamment sur :				
• Taille de la population de référence, diversité des cas étudiés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'inférence statistique (<i>inférence de l'échantillon à la population échantillonnée</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'analyse d'implantation (<i>jusqu'à quel point les conditions d'implantation peuvent se retrouver dans un autre contexte-répliquabilité</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'analyse de l'intervention (<i>inférence théorique découlant du fait que l'intervention étudiée est basée sur une théorie de l'intervention explicite qui peut s'appliquer dans un autre contexte</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Applicabilité : jusqu'à quel point vos résultats peuvent-ils être utilisés par les décideurs compte tenu de ce que vous savez des contraintes ou barrières ou des éléments facilitant leur application :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décrivez les éléments contraignants :				
Décrivez les éléments facilitants :				

*S. O. : Sans objet

Sources de financement :

Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS)

Stratégies d'échange des connaissances :

L'équipe d'évaluation a pu capitaliser sur l'opportunité qui lui était offerte d'une stratégie compréhensive, pluraliste et formative qui faisait partie intégrante de la stratégie d'échange des connaissances. Elle a notamment impliqué spécifiquement les membres d'un comité avisier qui regroupaient les représentants d'organismes centraux tels le MSSS, le Collège, les ordres et les fédérations professionnels.

La diffusion des résultats du projet DRIOQ a compris plusieurs autres parties :

1. Présentation aux responsables des établissements et des régions régionales concernés.
3. Présentation au comité directeur du projet Carte Accès Santé du Québec (RAMQ).
4. Rédaction d'articles :
BEAULIEU, G., (2001) En priorité, se donner les moyens d'intégrer aux nouveaux projets ce que l'on sait déjà. Le Réseau Informatique. Québec, Vol. 13 no.1, 13-15.

DORÉ, C. (2001) Le DRIOQ, un projet plein de promesse. Le Réseau Informatique. Québec, Vol. 13, no. 2, 13-16.

5. Communication et présentations :

Carrefour de l'Innovation, novembre 2001.

LAPOINTE, L., LAMOTHE, L. et FORTIN, J.-P., (Janvier 2002) The dynamics of IT adoption in a major change process in health care delivery, Hawaii : International conference on system sciences, Healthcare Chain Workflow Management By Use of IT.

FORTIN, J.-P., (Novembre 2001) L'évaluation des technologies de l'information au service de la clinique, Montréal : Congrès annuel de l'AMSSCQ, Journées annuelles de santé publique.

FORTIN, J.-P., (Août 2001) Informatisation des dossiers de santé : un projet collectif, Québec :

Conseil d'administration du FMSQ.

FORTIN, J.-P., (Mai 2001) Dossier réseau informatisé (DRI) : la gestion des interfaces, Montréal : Colloque sur L'informatisation des dossiers de santé : enjeux de droits, enjeux de société, Commission d'accès à l'information du Québec et le Centre de bioéthique de l'Institut de recherches cliniques de Montréal.

FILLION, L., MORIN, D., et ST-LAURENT, L., (novembre 2000) Description du concept de l'intervenant pivot (IP) : Approche théorique et qualitative, Montréal : Colloque du Conseil québécois de lutte contre le cancer.

OTIS, H., (novembre 2000) Vécu de l'interdisciplinarité au centre des maladies du sein Deschênes-Fabia de l'hôpital St-Sacrement, Québec, Montréal : Colloque du Conseil québécois de lutte contre le cancer.

Finalement, l'équipe a été associée à un projet d'envergure de mobilisation des responsables de 14 projets d'informatisation des plus importants au Québec, dont le projet "CLSC du Futur", pour promouvoir le développement harmonieux de l'informatisation du secteur de la santé (Projet Harmonie (Valorisation Recherche Québec (VRQ), MSSS, Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ)) et Soqibs (Société québécoise d'informatique biomédicale et de la santé). La diffusion des résultats du projet DRIOQ a compris plusieurs parties :

Retombées anticipées ou utilité pour la planification ou la prise de décision :

DÉCIDEURS CIBLÉS (administratifs, cliniques)	RETOMBÉES
Gestionnaires des politiques et programmes (MSSS, Régies) :	enseignements sur les conditions et facteurs d'émergence, implantation et diffusion des innovations technologiques; importance de tenir compte des processus cliniques, d'associer les utilisateurs; nécessité de tenir compte de la gestion de changement et d'intégrer une stratégie d'évaluation notamment de type formative; nécessité de permettre et soutenir l'innovation.
Gestionnaires des organisations (CH, CLSC, etc.) :	enseignements sur les conditions et facteurs d'émergence et d'implantation des NTICs; enseignements sur les conditions de succès ou d'échec de l'innovation, des conditions d'adoptions des NTIC et de leur intégration dans les organisations.
Associations / ordres professionnels :	importance de s'impliquer , reconnaissance de l'impact sur les pratiques.
Groupes communautaires :	
Autres : tous	importance d'orientations, de conditions de réalisation, de la gestion des interfaces entre professionnels, gestionnaires, planificateurs, technologues; meilleure connaissance des conditions de succès des partenariats public-public et public privé.

Quelles avenues prometteuses de recherche découlent de votre projet concernant la même problématique ou une nouvelle problématique ?

Il y a différentes suites: d'abord les enseignements et leur partage pour influencer les politiques, et autres, ainsi qu'une large gamme de décisions qui peuvent se prendre à différents niveaux. Le projet fait maintenant partie d'une solution beaucoup plus large et diversifiée. Il a été retenu par un consortium pan québécois de recherche. L'étude des réseaux intégrés de services , de la gestion de changement pour les processus clinique et de gestion, de nouvelles fonctions de type Intervenant-pivot.