



Titre du projet :

Système de communication standardisé (SCS) utilisant internet et reliant l'urgence aux médecins de première ligne (MPL) : Étude clinique randomisée mesurant la continuité des soins

Chercheurs(res) :

Lang E, Afilalo M, Boivin JF, Léger R, Colacone A, Xue X, Vandal A, Rosenthal S, Unger B

Objectif(s) du projet :

Cette étude avait pour but de déterminer l'impact d'un système de communication standardisé (SCS) sur les indicateurs de la continuité des soins.

Hypothèses ou questions de recherche :

Une communication électronique rapide, efficace et sécuritaire d'information médicale relative à la visite à l'urgence vers le médecin de famille, peut améliorer les connaissances du médecin et avoir un impact sur les soins au patient et sur les soins donnés lors de visites de retour à l'urgence.

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

Vingt-trois médecins de famille ayant des privilèges à l'Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis (HGJ-SMBD) dont les patients visitent l'urgence sur une base régulière ont participé à l'étude. L'HGJ-SMBD est un centre hospitalier communautaire universitaire de soins tertiaires, desservant une clientèle âgée, urbaine et multiculturelle.

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

Perspective théorique : Une meilleure communication entre les intervenants médicaux est le déterminant le plus important de la continuité des soins.

Cadre conceptuel : Une étude clinique randomisée en deux groupes comparant le SCS au standard de soins actuel démontrera les avantages de l'intervention.

Logique de l'intervention : Une augmentation efficace du transfert d'information médicale vers le professionnel de la santé des soins de première ligne relative à la visite à l'urgence assurera un continuum dans l'épisode de soins au patient.

Phase I : Identification des besoins

Des médecins de deux disciplines (médecine d'urgence et médecine familiale) furent recrutés à travers le Québec pour participer à un processus de consultation d'experts (*focus groups*) ayant pour but de déterminer les éléments d'information nécessaires aux urgentologues et aux médecins de famille lorsqu'un patient se présente à l'urgence. Ces données permettraient aux urgentologues d'améliorer l'efficacité de leur processus d'évaluation et de prendre des décisions de traitement mieux éclairées. D'autre part, l'information jugée importante par les médecins de famille permettra à ces derniers d'effectuer un suivi plus complet de leurs patients.

Phase II : Élaboration de l'outil de communication (SCS)

La deuxième phase du projet fut entièrement dédiée à l'élaboration d'une technologie de l'information facilitant le transfert d'information entre les urgentologues et les médecins de famille. Ce processus avait pour but de développer, grâce aux bases de données et systèmes informatiques existants, un réseau à travers lequel l'information clinique puisse circuler entre le centre hospitalier et la communauté. Cet outil se devait d'être sécuritaire, précis, d'offrir une interface conviviale, et d'être compatible avec les systèmes actuellement utilisés à l'HGJ-SMBD.

Phase III : Implantation et évaluation du SCS

Cette phase du projet visait à évaluer l'outil de communication standardisé en comparant les résultats des patients faisant partie du groupe témoin (SCS non accessible) aux patients du groupe d'intervention (SCS accessible).

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

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

Continuité des soins

Structure organisationnelle

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

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

Intégration des soins à l'intérieur du système de santé
Continuité des soins

3. Autre :

Ressources

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

Technologie de l'information

2. Niveau (*quantité, répartition*)

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

Innovation dans le transfert de l'information entre l'urgence et les fournisseurs de soins de première ligne.

4. Autre

Pratiques

1. Multidisciplinarité/interdisciplinarité

Interdisciplinaire (urgentologues/médecins de famille)

2. Processus de collaboration interprofessionnelle, interorganisationnelle

Collaboration interprofessionnelle (urgentologues /médecins de famille)

3. Services offerts (*étendue, gamme*)

Transfert d'information par internet

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

Transfert d'information par internet

5. Autre

Effets

1. Profil d'utilisation

Satisfaction et observance du médecin de famille quant à l'utilisation du SCS

2. Continuité, globalité, accessibilité, réactivité

Continuité des soins

3. Santé

4. Autre

Stratégie de recherche:

Analyse des effets

Le SCS est une application basée sur un courrier électronique de même que sur internet, permettant aux médecins de famille de recevoir des rapports détaillés concernant leurs patients ayant reçu des soins à l'urgence. Nous avons mené une étude cas-témoin randomisée sans insu avec un devis triple croisé. Les pratiques des médecins de famille participants furent stratifiées par l'âge et le volume de leur clientèle utilisant les services de l'urgence. Les médecins de famille du groupe d'intervention ont reçu des rapports via le SCS et ceux du groupe témoin ont reçu par la poste des copies des notes manuscrites du dossier de l'urgence. Les effets sur la continuité des soins, l'utilisation des ressources, et la satisfaction du médecin furent mesurés à l'aide d'un questionnaire complété par le médecin de famille trois semaines après chaque visite d'un de ses patients à l'urgence. Une analyse de modèles mixtes a été utilisée pour comparer les deux groupes.

Variables à l'étude :

Étude cas-témoin randomisée

Intervention : Le médecin de famille recevait l'information médicale se rapportant à la visite à l'urgence via le SCS.

Témoin : Le médecin de famille recevait par la poste une copie des notes de l'urgence (papier «NCR») contenant l'information médicale se rapportant à la visite du patient à l'urgence .

Continuité des soins : Suivi par le médecin de famille consécutif à une visite à l'urgence, réception de l'information, avis au médecin de famille qu'un de ses patients à utiliser les services de l'urgence, satisfaction du médecin de famille quant à la gestion du patient, action entreprise après réception de l'information et duplication des tests diagnostiques au bureau du médecin de famille.

Utilisation des ressources à l'urgence et au bureau du médecin de famille : Durée du séjour, admission, hématologie, biochimie, microbiologie, imagerie, consultation auprès d'un spécialiste et visite de retour à l'urgence dans les 28 jours suivant le congé.

Satisfaction du médecin de famille : Information utile, précise et entière, aspect clinique des soins au patient, obtention de résultats.

Type de devis

Une étude clinique randomisée en deux groupes, stratifiée par l'âge et le volume de la clientèle utilisant les services de l'urgence.
Devis triple croisé; total de 4 périodes, 2 périodes d'intervention et 2 périodes de contrôle pour chaque médecin.

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

Les patients des 23 médecins participants se présentant à l'urgence de l'HGJ-SMBD étaient admissibles à l'étude s'ils avaient 18 ans ou plus, parlaient le français ou l'anglais (ou avaient un interprète), et étaient des patients actifs de l'un des médecins de famille participants (c.-à-d. ayant visité leur médecins de famille au moins une fois au cours des deux dernières années). L'échantillon de cette étude a été constitué de 2 022 visites à l'urgence (1 616 patients).

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

Continuité des soins : Questionnaire électronique en ligne, auquel les médecins de famille répondaient 21 jours après chaque visite de leurs patients à l'urgence.

Utilisation des ressources à l'urgence et au bureau du MPL : Questionnaire électronique en ligne auquel les médecins de famille répondaient 21 jours après chaque visite de leurs patients à l'urgence; base de données administratives.

Satisfaction des MPL : Questionnaire électronique en ligne, auquel les médecins de famille répondaient 21 jours après chaque visite de leurs patients à l'urgence, questionnaire pré- et post-étude.

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

1-Continuité des soins : quantitative, qualitative.
2-Utilisation des ressources à l'urgence et au bureau du MPL : quantitative
3-Satisfaction du médecin de famille : quantitative, qualitative

Période de temps sur laquelle porte l'étude :

Le recrutement a eu lieu entre mai 2000 et juin 2001.

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

Phase 1

1-Il existe d'importantes lacunes dans le partage d'information entre les urgences et le réseau de soins de première ligne.
2-Les médecins de famille ne sont généralement pas au courant de l'utilisation de l'urgence par leurs patients.

Phase II

1-La réussite technologique du SCS reliant les urgences et les médecins de famille repose sur la participation active de tous les partenaires potentiellement appropriés : experts des technologies de l'information, personnel de soutien, et médecins aux deux extrémités du système.
2-Un outil de communication efficace possède, en outre, les caractéristiques suivantes : automatisation, précision, rapidité, transparence (intégration avec un entrepôt central de données), interface conviviale et facilité d'accès (connexion haute vitesse). L'interaction avec les bases de données existantes (équipement de laboratoires, radiologie) constitue encore un défi technologique de taille et demeure une barrière à l'implantation à grande échelle du SCS.
3-La communication bidirectionnelle entre l'urgence et les fournisseurs de soins de première ligne est presque impossible si les dossiers-patients des médecins de famille ne sont pas

informatisés.

Phase III

Continuité des soins :

1-Le SCS améliore le suivi par le médecin de famille des patients ayant reçu leur congé de l'urgence.

2-Le SCS facilite la gestion du patient, car il permet une prise de décision plus éclairée.

Satisfaction du médecin de famille :

3-Les médecins de famille apprécient le SCS et sont satisfaits de son utilisation, parce qu'il leur procure un meilleur contrôle et leur permet de s'impliquer de façon plus importante dans les soins hospitaliers.

Utilisation des ressources :

À l'urgence

4-Une plus grande disponibilité de l'information, transmise aux médecins de famille via le SCS, pourrait entraîner une augmentation subséquente de l'utilisation de l'urgence (visite de retour, examens diagnostiques).

5-Le SCS ne semble pas avoir d'impact sur l'utilisation des ressources et sur la durée du séjour à l'urgence.

Au bureau du médecin de famille

6-Le SCS ne semble pas avoir d'impact sur la duplication d'examens diagnostiques au bureau du médecin de famille.

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

	Peu	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 :				
<ul style="list-style-type: none"> Le devis Les médecins fonctionnaient de façon ouverte (sans insu), tandis que les patients n'étaient généralement pas au courant du groupe auquel ils appartenaient. 	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> La taille de l'échantillon (<i>puissance statistique</i>) Seulement 23 médecins de famille ont participé à l'étude. 	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> L'analyse de l'intervention (<i>logique/théorie de l'intervention</i>) L'analyse de groupe et le devis triple croisé a permis d'augmenter la puissance de l'étude 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> L'analyse de l'implantation (<i>synergie, antagonisme avec éléments du contexte</i>) Des barrières technologiques ont empêché de procéder à ce qui avait d'abord été prévu comme une étude multi-centrique 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Autre : 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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 :				
<ul style="list-style-type: none"> La taille de la population de référence, diversité des cas étudiés Excellente diversité des cas, mais l'impact de SCS pourrait s'avérer plus marqué lorsqu'on étudiera les effets du SCS sur des sous-groupes à risque plus élevé (personnes âgées, malades chroniques). 	<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>) Une seule institution de soins de santé a participé à l'étude. Seulement 23 médecins de famille ont participé à l'étude.	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<ul style="list-style-type: none"> L'analyse d'implantation (<i>jusqu'à quel point les conditions d'implantation peuvent se retrouver dans un autre contexte/ répliquabilité</i>) <p>Les progrès technologiques, même ceux survenus au cours des dernières années, faciliteraient l'implantation du SCS ou d'applications semblables.</p>	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Autre : 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Décrivez les éléments contraignants : Les établissements de santé utilisent différents logiciels exigeant différentes interfaces. Le développement d'interfaces avec les bases de données existantes (équipement de laboratoires, radiologie) constitue encore un défi technologique important et demeure une barrière à l'implantation du SCS à grande échelle.</p>				
<p>Décrivez les éléments facilitants : Le SCS est très convivial. Les médecins de famille ont répondu volontiers aux questionnaires</p>				
<p>*S. O. : Sans objet</p>				

Sources de financement :

Fondation Canadienne de recherche sur les services de santé, MSSS, RRSSS de Montréal-Centre, FRSQ, AMUQ

Stratégies d'échange des connaissances privilégiées dans le déroulement de votre projet:

1. Transmission des résultats aux divers co-commanditaires et gestionnaires dans un langage non technique.
2. Présentation des résultats lors de réunions scientifiques au Québec, au Canada et aux États-Unis
3. ACFAS
4. Département de médecine familiale
5. Départements de médecine d'urgence
6. Ateliers dans le cadre de congrès de médecine familiale et de médecine d'urgence (AMUQ, ACMU, CMFC, CQMF, CMQ)
7. Publication des résultats dans des revues scientifiques avec comités de révision par des pairs
8. Site internet
9. Bulletin de nouvelles destiné aux décideurs du MSSS

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

DÉCIDEURS CIBLÉS (administratifs, cliniques)	RETOMBÉES
Gestionnaires des politiques et programmes (MSSS, Agences régionales)	Un transfert d'information amélioré entre ces deux intervenants de la santé montrera aux décideurs les avantages que représentent des moyens de communication efficaces en tant que composante fondamentale du standard de soins à l'urgence.
Gestionnaires des organisations (CH, CLSC, GMF, CMA, etc.)	Un meilleur transfert de l'information entre les établissements de santé facilite la continuité des soins. Cependant, la communication bidirectionnelle entre les établissements s'avère presque impossible sans un dossier-patient médical régional et informatisé.
Associations / ordres professionnels	
Groupes communautaires	
Autre:	

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

La recherche future devrait utiliser cette expérience pour favoriser la mise en place d'une infrastructure technologique facilitant l'accès à l'information pour tous les professionnels de soins de santé. Des systèmes bidirectionnels standardisés financièrement abordables pour les hôpitaux et la communauté restent encore à être conçus et évalués.

Principaux mots-clés :

Technologies de l'information, dossier-patient informatisé, intégration des soins de santé, continuité des soins, transfert de l'information