



Titre du projet :

Système d'information géronto-gériatrique interdisciplinaire et interétablissements: utilité perçue et utilisation en temps réel

Chercheurs(res) :

A. Tourigny, L. Bonin, D. Morin, M. Buteau, L. Mathieu, L. Robichaud, A. Vézina, P.-J. Durand, R. Hébert,

Objectif(s) du projet :

Déterminer si l'utilisation du dossier clinique informatisé (DCI) est une stratégie efficace pour soutenir le travail interdisciplinaire en réseau intégré de services (interétablissement) dans l'optique d'une meilleure réponse aux besoins des personnes âgées

Hypothèses ou questions de recherche :

Les personnes âgées et leurs aidants perçoivent que l'utilisation du DCI ne modifie pas négativement leur relation avec l'intervenant ou encore qu'elle offre des avantages.

Les caractéristiques des clientèles visées (personnes âgées et leurs aidants; y compris niveau d'autonomie, exposition antérieure) mettent en évidence que le DCI est davantage utilisé pour des problématiques complexes requérant plusieurs intervenants et plusieurs services.

Les caractéristiques des utilisateurs visés (intervenants et gestionnaires en fonction de leur expérience, habiletés, etc.) qui expliquent l'utilisation du DCI sont modifiables et ne remettent pas en cause la pertinence du DCI.

Les caractéristiques de l'environnement informatique (organisation physique, équipements, support, formation) à l'intérieur des milieux de soins qui expliquent l'utilisation du DCI sont modifiables et ne remettent pas en cause la pertinence du DCI.

Les facteurs liés au processus d'intervention identifiés comme pouvant contraindre l'utilisation du DCI sont modifiables, de sorte qu'ils ne remettent pas en cause la pertinence du DCI.

Le recours au DCI est perçu comme contribuant à améliorer la continuité, la coordination et la globalité des soins, ainsi que la productivité (économie de temps, moins de duplication) et assure une meilleure standardisation des outils d'évaluation utilisés en pratique clinique, une meilleure qualité de l'information (concordance, accès en temps réel, précision), et à prendre des décisions cliniques mieux éclairées.

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

Le territoire des Bois-Francs est semi-urbain et comprend 90 530 personnes dont près de 13 % de personnes âgées de 65 ans et plus. Un Réseau de services intégré (RSI) y a été implanté en février 1997. Il compte un hôpital de 170 lits, un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), un Centre local de services communautaire (CLSC), un CLSC fusionné à un CHSLD, 45 médecins de première ligne, des pharmacies privées et organismes communautaires. Le RSI a entraîné de nombreux changements dont beaucoup d'échanges d'information entre les

différents services aux aînés en perte d'autonomie. Cet échange a débuté sous forme papier (télécopie) et les intervenants et gestionnaires ont rapidement constaté le besoin de se doter d'un meilleur moyen d'échange. C'est ainsi qu'une première version d'un dossier clinique informatisé interdisciplinaire et interétablissements a été mise en fonction à l'automne 1998.

Tous les services reliés à ces unités : Réseau de la télécommunication de la santé et des services sociaux (RTSSS), CLSC, Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), Service ambulatoire gériatrique (SAG), Unité de courte durée gériatrique (UCDG), Centre de jour, unités hospitalière) sont branchés et ont accès au Système d'Information Géroto-Gériatrique maintenant connu sous l'appellation SIGG. Malgré une intention claire dès le départ et de nombreux efforts, les médecins de première ligne, sauf deux cliniques, n'ont pas eu accès au SIGG.

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

Perspective d'évaluation à la demande des gestionnaires et intervenants. Le cadre conceptuel adopté pour notre lecture de l'aspect informatisation en contexte clinique s'inspire du modèle de DeLone & McLean (1992) et des contributions de Seddon (1997) ainsi que de Kurian (2000) dans l'analyse des systèmes d'information.

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 services versus santé etc.*)

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.*)

Ressources

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

2. Niveau (*quantité, répartition*)

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

Pratiques

1. Multidisciplinarité/interdisciplinarité

2. Processus de collaboration interprofessionnelle, interorganisationnelle

3. Services offerts (*étendue, gamme*)

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

Le SIGG été conçu en concertation avec l'ensemble des professionnels du continuum de services afin de déterminer le contenu des données cliniques utiles au suivi en interdisciplinaire et en interétablissements. Le SIGG est actuellement utilisé par plus de 200 intervenants et il demeure la propriété du réseau de la santé et des services sociaux.

Cette application basée sur le logiciel Lotus Notes supporte les échanges cliniques en temps réel et le cheminement clinique des personnes en perte d'autonomie entre les divers services, en soutien au travail en réseau intégré de services. Il s'agit d'un dossier pour les clients qui ont besoin d'une approche interdisciplinaire, utilisant plusieurs services du continuum de services (soins et services du CLSC, centre de jour, services ambulatoires gériatriques, URFI, centre hospitalier, UCDG et autres unités), organismes communautaires et ressources d'hébergement).

Le DCI se compose d'outils cliniques d'évaluation communs à tous les intervenants et reconnus par l'ensemble des services (ex. Évaluation multi-clientèle, SMAF, ...). On note qu'il est facilement adaptable à d'autres clientèles et transférable aux autres régions. Il peut également fournir diverses statistiques sans imposer aux professionnels de coder des interventions avec un autre outil administratif. Le logiciel est sur l'inforoute et permet tous les échanges clinico-administratifs entre les services, unités et bientôt avec les cliniques médicales. Il se distingue d'autres outils informatisés décrits dans la littérature scientifique qui sont davantage spécifiques à une discipline donnée (ex : médecine, soins infirmiers) ou une catégorie d'établissements donnée (ex : pratique médicale hospitalière). En effet, il a été conçu afin qu'il puisse évoluer avec les besoins des clients et des professionnels et s'adapter à divers contextes cliniques, soit au domicile du client, sur les unités de soins, à l'urgence, au cabinet du médecin et aux organismes communautaires.

L'information suivante est intégrée au SIGG d'un usager sous forme de multiples formulaires :

- L'identification du client des aidants naturels et le consentement du client ;
- Les demandes de services inter-établissements ;
- La décision et priorité d'intervention du service ayant reçu une demande de services;
- La mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) continue dans le temps (il peut y avoir un ou plusieurs formulaires) ;
- L'évaluation globale de besoins de services : évaluation multiclientèle ;
- Le profil médicamenteux actuel et l'historique de la médication ;
- Le PSI ou plan de services individualisé de l'intervenant-pivot ;
- Les plans d'interventions (PI) de tous les services uni et interdisciplinaires ;
- Les notes évolutives ;
- Le profil évolutif de la personne concernant l'autonomie fonctionnelle et ce, depuis le début des interventions interservices ;

Éventuellement, des guides cliniques utilisés sur mode papier seront informatisés de même que des outils diagnostiques spécifiques requis selon l'évolution du client. L'évolution de l'autonomie fonctionnelle du client et les révisions du PSI (plan de services individualisé) et des PI (plan d'intervention) de chacun des services sont accessibles en temps réel par les différents intervenants concernés. Toute cette information était auparavant consignée au dossier de la personne aînée dans chaque établissement ou service et rarement accessible aux intervenants d'autres établissements ou services. Cette contrainte n'existe plus grâce au SIGG. En effet, les intervenants, à domicile ou en établissement, ayant accès à un ordinateur (ordinateur portable pour les visites à domicile) peuvent inscrire ou consulter directement l'information au dossier en présence ou non de la personne aînée elle-même. Les documents cliniques sont archivés dans un serveur commun et ne

voyagent pas entre les divers services mais sont accessibles en tout temps aux intervenants de tous les services qui ont un code d'accès. Les intervenants s'avisent mutuellement par courriel de consulter le dossier d'un client lors d'une demande de services, d'un changement clinique ou d'orientation.

Les décisions clinico-administratives, notamment la gestion de l'accès aux données cliniques, les règles de confidentialité et d'archivage, les procédures pour le consentement des clients etc., sont gérées par un comité interétablissements où siègent des cadres cliniques du réseau public et communautaire. Deux cadres cliniques ont le statut de gestionnaire clinique de la base de données et actualisent les décisions du comité. Ce sont eux qui assurent la surveillance de l'utilisation du logiciel et la liste de professionnels avec leurs divers codes d'accès, en concertation avec les chefs de services. Ces différents codes sont : (i) le code « auteur » permettant d'éditer et de lire l'ensemble des dossiers ou bien une partie des dossiers, à titre d'exemple, les responsables en hébergement ont accès aux dossiers ayant le statut de dossiers en attente d'hébergement ; (ii) le code « lecteur » permettant de consulter certaines données (selon le niveau d'accès) sans jamais pouvoir en inscrire. Ce logiciel offre aussi l'avantage d'être compatible avec Lotus Notes, l'intranet du réseau de la santé québécois, ce qui facilite l'échange d'information par courriel entre les professionnels intra et interétablissements.

Le Dossier Clinique Informatisé s'inscrit donc dans une démarche supportant un réseau intégré de services et le travail entre les professionnels appelés à intervenir auprès d'une même clientèle tout au long du continuum de services.

Effets

1. Profil d'utilisation

2. Continuité, globalité, accessibilité, réactivité

3. Santé

Stratégie de recherche:

Analyse de processus et des effets perçus

Variables à l'étude :

qualité du système d'information, qualité de l'information, utilité perçue, satisfaction, interactions avec le système, effets perçus

Type de devis

Échantillon (type d'échantillon, taille des effectifs)

30 aînés exposés à l'ordinateur, 85 utilisateurs du SIGG (questionnaire), 21 intervenants et gestionnaires lors de trois entrevues de groupe, banque des 7485 dossiers informatisés (tous créés depuis l'implantation du SIGG)

Instruments de mesure, outils de collecte et sources de données

Plusieurs méthodes ont été mises à profit pour vérifier les hypothèses (triangulation par des approches quantitatives et qualitatives) soit : l'analyse de contenu de 30 entrevues auprès d'aînés inscrits au SIGG et trois entrevues de groupe auprès d'utilisateurs appartenant aux différents groupes professionnels et milieux de travail. Un inventaire des postes de travail informatique a été dressé et des observations terrain ont été effectuées pour cerner les conditions d'utilisation (ergonomiques et organisationnelles). Par ailleurs, un questionnaire postal a été acheminé à l'ensemble des utilisateurs pour mettre en évidence leurs caractéristiques, leur utilisation et perceptions des effets du SIGG. L'extraction des fichiers de

journalisation, i.e. toutes les entrées de tous les utilisateurs du SIGG depuis sa mise en fonction, a donné lieu à des analyses pour décrire l'utilisation (dossiers et formulaires accédés en mode écriture/modification, lecture/consultation) et les utilisateurs, en fonction des différentes professions, services et établissements agissant conjointement dans les dossiers.

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

qualitative, quantitative et triangulation

Période de temps sur laquelle porte l'étude :

1998-2002

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

Les aînés consultés témoignent que l'utilisation d'un ordinateur et du SIGG ne les inquiète pas et qu'ils font confiance aux intervenants, i.e. que toutes les mesures sont prises pour assurer la sécurité des renseignements personnels. Ils se montrent confiants d'avoir émis un consentement libre et éclairé; que leur relation aux intervenants n'est pas affectée négativement par le SIGG et qu'ils peuvent voir différents avantages à l'utilisation d'un tel système et même se sentir valorisés qu'on utilise une telle technologie pour répondre à leurs besoins.

L'utilisation du SIGG connaît une progression continue, tant par le nombre de dossiers enregistrés au SIGG que par la création des différents formulaires. Il est davantage utilisé pour les aînés plus âgés et en plus grande perte d'autonomie. Les utilisateurs, se qualifiant eux-mêmes de niveau intermédiaire ou avancé d'expertise, apprécient plus favorablement le SIGG en termes de coordination. L'utilisation croissante des différentes composantes du SIGG n'est cependant pas uniforme et certaines distinctions apparaissent dans l'utilisation du SIGG (ex. SMAF) particulièrement entre 1^{ère} et 2^{ème} lignes de services où le SIGG semble moins bien répondre aux besoins de ces intervenants. Les divergences, tant dans l'utilisation que dans l'appréciation du SIGG, se rapportent spécialement à la qualité de l'information disponible et transmise en réponse à des préoccupations cliniques différentes. Les critiques du SIGG, nombreuses mais plutôt constructives, suggèrent des améliorations, une intégration et une adaptation croissantes des outils cliniques disponibles et de rendre le SIGG accessible à d'autres professions, partenaires et établissements.

Nombre de critiques portent sur la performance du système informatique, dans ses aspects matériels ou techniques (rapidité, modifications et convivialité de certaines fonctionnalités, etc.) et affectent la satisfaction face au SIGG. Ces aspects sont modifiables, mais nécessitent une attention marquée des développeurs aux besoins des cliniciens, ainsi qu'un soutien continu aux ressources allouées à la formation et à l'intégration des apprentissages sur le terrain.

Selon les milieux et les fonctions exercées, cela signifie des avantages différents pour les uns et les autres quant à l'utilisation du SIGG et de ses différents formulaires. Certains professionnels émettent des réserves quant à l'utilisation de l'ordinateur en présence d'un client ou encore que le SIGG présente des contraintes techniques et pratiques (encombrant avec le reste du matériel à transporter) sur le terrain. Il ne s'agit pas là d'un rejet du SIGG mais plutôt de contraintes à l'usage de l'ordinateur et de certains formulaires dans leur forme actuelle.

Les données recueillies auprès des intervenants témoignent que le SIGG a une influence positive sur la qualité de l'information, le travail interservices et la collaboration interdisciplinaire. Il contribue au développement d'une perspective globale de soins et à la standardisation des outils. Les effets mitigés face à la productivité et à l'efficacité peuvent être en partie attribués aux nombreux problèmes techniques rencontrés, ainsi qu'à la lenteur du système. Les attentes

des usagers du SIGG demeurent importantes et posent le défi constant de l'adéquation des développements technologiques et leur intégration dans le milieu de travail par une formation et un soutien adéquats. À la lumière des résultats, nous pouvons conclure que les hypothèses sont suffisamment vérifiées et affirmer que le SIGG est une stratégie efficace pour soutenir le travail interdisciplinaire en réseau de services intégrés dans l'optique d'une meilleure réponse aux besoins des personnes âgées.

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 :				
• Le devis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La taille de l'échantillon (<i>puissance statistique</i>)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 checked="" 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 :				
• La taille de la population de référence, diversité des cas étudiés	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décrivez les éléments contraignants : un seul type de dossier clinique informatisé dans un contexte de réseau intégré				
Décrivez les éléments facilitants : développé par les intervenants, utilisant des outils recommandés maintenant dans la province, présentations aux tables, contexte de réseau intégré qui est présent ailleurs de plus en plus				

*S. O. : Sans objet

Sources de financement :

Institut de recherche en santé du Canada (IRSC)

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

présentations aux tables de concertation, colloque PRISMA, Association canadienne de gérontologie, sommaire et rapport

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)	<p>Montre que les personnes âgées interrogées n'ont pas beaucoup de crainte face au partage informatisé de l'information sur leur état de santé.</p> <p>Montre qu'une aberration du réseau est de n'avoir pu brancher les médecins de première ligne qui sont pourtant un acteur majeur en réseau intégré pour aînés en perte d'autonomie.</p> <p>Montre que la productivité et l'efficacité d'un système comme le SIGG tient à la performance du système qui n'a jamais été au rendez-vous.</p>
Gestionnaires des organisations (CH, CLSC, GMF, CMA, etc.)	<p>Besoins d'adapter le contenu du SIGG pour aussi répondre aux besoins des intervenants de deuxième ligne.</p> <p>L'extraction des données permet de quantifier et qualifier les échanges entre services de différents établissements.</p> <p>La production d'un extracteur de données au cours de la recherche permet d'exercer un monitoring plus serré de la charge de cas (case load) et du recours aux outils cliniques recommandés.</p>
Associations / ordres professionnels	
Groupes communautaires	

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

Validation d'un questionnaire sur les effets perçus pour appliquer à d'autres régions implantant le SIGG.

Principaux mots-clés :

système d'information, clientèle vulnérable, réseau de services intégré