



Bilan régional de déploiement

Référence : Volet « Généralités », élément P17 de la trousse de déploiement RSIPA

2010-11-15

Présenté par : Valérie Guillot
Agence de la santé et des services sociaux
de Chaudière-Appalaches

Approuvé par : André Lavoie
Directeur
Direction des services sociaux et
communautaires
Agence de la santé et des services sociaux
de Chaudière-Appalaches

Bilan régional de déploiement

Référence : Volet « Généralités », élément P17 de la trousse de déploiement RSIPA

Historique des modifications

Responsable	Date	Version	Description de la modification
Valérie, Guillot	2010/08/17	No. 0.9	Version initiale
Valérie Guillot	2010/08/17	No. 0.91	Version revue par le comité de coordination régional
Valérie Guillot	2010/10/08	No. 0.92	Version ajout CSSSRT et CSSSMI
Valérie Guillot	2010/10/29 au 2010/11/12	Version 1	Relecture et corrections
Valérie Guillot	2010-11-15	Version 1.1	Relecture par M. André Lavoie

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN 978-2-89548-614-5 (version imprimée)
ISBN 978-2-89548-615-2 (version PDF)

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2010

Remerciements

Un remerciement tout spécial à l'ensemble des personnes qui ont contribué au déploiement de la livraison 1. Tout spécialement aux chargés de projet local qui ont su mettre en place les différentes composantes prescrites pour cette première étape du projet RSIPA. Ils ont réussi la mise en place de ce projet d'envergure avec brio malgré les contraintes de temps, de coordination et de mobilisations. Merci aux formatrices et formateurs pour leur implication et pour leur dévouement à la réalisation de cette première livraison. Une mention toute spéciale est destinée aux deux pilotes régionales pour leur dévouement, leur professionnalisme et leur enthousiasme. Merci aux utilisateurs de la solution informatique pour leur ouverture d'esprit, leur collaboration et leur adhésion au projet. Une reconnaissance toute spéciale est adressée aux directions des établissements et aux directrices et directeurs du programme PPALV pour leur collaboration.

Merci également aux membres de l'équipe provinciale pour leur soutien et leur encadrement dans les différentes étapes de la livraison 1. Plus spécifiquement, merci à l'équipe de la SOGIQUE pour leurs recommandations et leur support.

Finalement, un remerciement est adressé à l'Agence et à la direction des services sociaux et communautaires et à l'équipe du Technocentre pour leur précieux appui.

Table des matières

1. INTRODUCTION	1
1.1 Raison d'être du document	1
1.2 Portée du document	1
1.3 Références	1
1.4 Définitions, acronymes et abréviations	3
2. PRINCIPAUX IMPACTS DE L'IMPLANTATION DE L'OUTIL	5
2.1 Changements organisationnels	5
3. LES CONSTATS	48
3.1 La trousse de déploiement	48
3.2 Les étapes du déploiement (le déroulement en général)	58
3.3 La communication	71
3.4 L'acquisition et l'installation de matériel et de logiciels	85
3.5 La saisie initiale et la saisie des données antérieures	92
3.6 La formation	97
3.7 Le soutien applicatif aux utilisateurs	105
3.8 Le système en général	110
4. RECOMMANDATIONS	115

1. Introduction

1.1 Raison d'être du document

Ce document a comme objectif de présenter les résultats régionaux du déploiement de la livraison 1 de l'informatisation des RSIPA. De façon plus spécifique, ce document présente les résultats pour chacune des dimensions suivantes du déploiement :

- les principaux impacts de l'implantation de l'outil au niveau des changements organisationnels et des bénéfices qui en découlent;
- la trousse de déploiement;
- les étapes du déploiement;
- les communications;
- la conversion;
- l'acquisition et installation du matériel;
- la formation;
- le soutien applicatif;
- et l'appropriation du système par les utilisateurs.

Le bilan régional fait aussi état de compilation par région des résultats du déploiement concernant :

- le nombre d'utilisateurs formés;
- le nombre de postes acquis;
- le nombre d'utilisateurs pour chacun des profils;
- le nombre de formations dispensées.

1.2 Portée du document

Ce document est réalisé par les régions et dresse le bilan des activités de déploiement en relation avec celles planifiées au plan régional de déploiement (réf. élément P9 de la trousse de déploiement) déposé par chacune des régions. Il est alimenté par la consolidation de l'information recueillie dans le cadre du déploiement auprès de chacun des établissements de la région. Le document sert également d'intrant à la production du bilan global de déploiement qui sera complété par l'équipe provinciale.

1.3 Références

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE CHAUDIÈRE-APPALACHES (2007), *Données statistiques pour la région de la Chaudière-Appalaches*. [www.agencesss12.gouv.qc.ca/documents/Donneessociodemov_juin07.pdf]

- BENOÎT, Danielle, *Lignes directrices réseaux de services intégrés pour les personnes âgées*, Santé et Services Sociaux du Québec, Février 2009.
- BOUFFARD, Émilien et le réseau des services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA), *Où en sommes-nous en Chaudière-Appalaches?*, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, Octobre 2009.
- COUTURE, Julie et DROUIN, Jean. (2009) Plan global de déploiement P18 (P450S) version 1.0, MSSS, juillet 2009
- DALLAIRE, Hélène (2010) Plan de déploiement local : Ressources et répartitions (P7). CSSSB. Mars 2010
- DALLAIRE, Hélène (2010) Plan de déploiement local : Ressources et répartitions (P8). CSSSB. Mars 2010
- DROUIN, Jean. (2009), *Guide d'utilisation de la trousse de déploiement, élément G3 version 1.7.*
- DROUIN, Jean, *Exemple des rôles et responsabilités régionaux et locaux*, SOGIQUE, Février 2009.
- GAGNON, Claude (2010) Plan de déploiement local : Ressources et répartitions (P7). CSSSE. Mars 2010
- GAGNON, Claude (2010) Plan de déploiement local : Ressources et répartitions (P8). CSSSE. Mars 2010
- GUILLOT, Valérie (2010) Plan régional de déploiement, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, mars 2010.
- LABRECQUE, Isabelle (2010) Plan de déploiement local : Ressources et répartitions (P7). CSSSRT. Mars 2010
- LABRECQUE, Isabelle (2010) Plan de déploiement local : Ressources et répartitions (P8). CSSSRT. Mars 2010
- LEBLANC, Éric (2010) Plan de déploiement local : Ressources et répartitions (P7). CSSSMI. Mars. 2010
- LEBLANC, Éric (2010) Plan de déploiement local : Ressources et répartitions (P8). CSSSMI. Mars 2010
- LESSARD, Lise (2009). Exemple de « Bilan régional de déploiement » P18 version 1.0, MSSS décembre 2009.
- MSSS (2009), *Gabarit de compréhension initiale du projet*, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Février 2009.
- ST-ONGE, Céline (2010) Plan de déploiement local : Ressources et répartitions (P7). CSSSGL. Mars 2010
- ST-ONGE, Céline (2010) Plan de déploiement local : Ressources et répartitions (P8). CSSSGL. Mars 2010

Les principales références utilisées pour la complétion du présent bilan régional sont :

- le plan régional de déploiement (élément P9 de la trousse);
- les consultations réalisées auprès des chargés de projet locaux;
- les formulaires d'évaluation des formations;
- les consultations des chargés de projets régionaux auprès des formateurs et formatrices, utilisateurs et utilisatrices de leur territoire.
- le document régional OSIRSIPA.

1.4 Définitions, acronymes et abréviations

Acronymes/ abréviations	Description
AAPA	Approche adaptée à la personne âgée
AEO	Accueil, évaluation et orientation
ARH	Agent de relations humaines
ASI	Assistant en soins infirmiers
ASSS	Agence de santé et services sociaux
ASSSCA	Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches
CAIS	Couche d'Accès à l'Information de la Santé
CCA-PA	Comité clinico-administratif personnes âgées
CH	Centre hospitalier
CDD	Centre de dépistage désigné
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CORIR	Comité d'orientation des ressources informationnelles régionales
CRATCA	Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRID	Centre de référence, d'investigation et de dépistage
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSS de Beauce	Centre de santé et de services sociaux de Beauce
CSSSE	Centre de santé et de services sociaux Les Etchemins
CSSS du GL	Centre de santé et de services sociaux du Grand-Littoral
CSSS de MI	Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet
CSSS de la RT	Centre de santé et de services sociaux de la région de Thetford
DCI	Dossier client informatisé
DSIE	Demande de services inter établissement
DSQ	Dossier de santé du Québec
GMF	Groupe de médecins de famille
I-CLSC	Intégration CLSC

Acronymes/ abréviations	Description
Iso-SMAF	Organisation internationale de normalisation – système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
IPM	Index Patient Maître
MOP	Manuel d'organisation de projet
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OÉMC	Outil d'évaluation multiclientèle
OSIRSIPA	Outil de suivi de l'implantation du réseau de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie
RLS	Réseau local de services
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PI	Plan d'intervention
PPA	Personnes en perte d'autonomie
RSI	Réseau de services intégrés
PID	Plan d'intervention disciplinaire
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PRISMA-7	L'outil de repérage du programme de recherche sur l'intégration des services de maintien à l'autonomie
PSI	Plan des services individualisé
RI	Ressources intermédiaires
RLS	Réseau local de services
RPA	Résidence pour personnes âgées
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie
RSI	Réseau des services intégrés pour les personnes âgées
RTF	Ressources de type familial
SICHELD	Système d'information pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée
SIGDU	Système d'information et de gestion des départements d'urgence
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
TI	Technologies de l'information
TRP	Technicien en réadaptation physique
TS	Travailleur social
TRP	Technicien en réadaptation physique
TTS	Technicien en travail social
UCDG	Unité de courte durée gériatrique
UTRF	Unité transitoire de réadaptation fonctionnelle

2. Principaux impacts de l'implantation de l'outil

2.1 Changements organisationnels

L'objectif de cette section est de vérifier les principaux impacts de l'introduction de l'outil informatique au niveau des processus de travail.

Type d'intervenant		Nombre formés						Reste à former					
		GL	E	B	ML	RT	12	GL	E	B	ML	RT	12
Archiviste		0	1	1	0	1	3	0	0	1	0	0	1
Ergothérapeute		18	4	7	5	0	34	0	0	1	3	0	4
Infirmier(ère)	Toutes	44	50	8	44	14	160	0	18	0	13	0	31
	SAD et centre de jour	-	-	2		0	2	0		0		0	0
	Centres d'hébergement	-	-	6		6	12	0		0		0	0
	Hôpital	-	-	1		4	5	0		0		0	0
Médecin		0	0	0	1	0	1	0	18	7	0	0	25
Personnel de soutien		30	0	6	15	2	53	0	0	6	1	0	7
Pharmacien(ne)		0	1	0	0	0	1	0	1	--	0	0	1
Physiothérapeute		13	1	12	2	0	28	0	1	12 ¹	0	0	13
Pilote		0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Travailleur(se) social(e)		69	7	Voir TTS	7	10	93	0	0	32 ²	2	0	34
ARH		0	1	Voir TTS	0	1	2	0	0	--	0	0	0
Inhalothérapeute		0	1	1	2	0	4	0	0	4	0	0	4
Éducateur(trice) spécialisé(e)		5	2	7	2	2	18	0	0	--	1	0	1
Gestionnaire ou chef de programme		16	4	6	6	1	33	0	1	2	5	0	8
Assistant(e) du supérieur immédiat (ASI)		8	1	2	2	0	13	0	0	4	0	0	4
Gestionnaire de cas		0	0	2	0	0	2	0	2	0	0	0	2
Intervenant pivot		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infirmier(ère) clinicien(ne)		7	2	Voir inf.	3	0	12	0	2	0	0	0	2
Technicien(ne) en loisirs		0	0	Voir Éd. Spéc.		0	0	0	0	0		0	0
Technicien(ne) en diététique		0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Technicien(ne) en réadaptation		8	4	Voir physio	11	1	24	0	0	—	0	0	0
Psycho-éducateur		0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Commis aux archives		0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0

¹ Inclus les TRP

² Inclus les TTS

Type d'intervenant	Nombre formés						Reste à former					
	GL	E	B	ML	RT	12	GL	E	B	ML	RT	12
Secrétaire	0	2	Voir adj. adm.	7	0	9	0	2	0	1	0	3
Technicien(ne) en travail social	25	13	32 ³	19	3	92	Voir TS	1	--	7	0	8
Nutritionniste	0	2	2 ⁴	3	0	7	0	0	--	0	0	0
Éducateur(trice), récréologue, technicien(ne) en loisirs	3	0	7	3	0	13	0	0	--	2	0	2
Technicien(ne) en nutrition	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0
Neuro psychologue	2	1	0	-	0	3	0	0	1		0	1
Conseillère en milieu de vie, prévention des infections			1		1	2	0				0	0
Responsable RTF			1		2	3	0		1		0	1
SOMMAIRE	248	97	107	133	49	634	0	46	71	35	0	152

Dans le cadre du déploiement et du post-déploiement, nous estimons que les partenaires des CSSS impliqués au PI des usagers doivent être informés du langage relatif au Profil Iso-SMAF. Le CSSSB a mis sur pied une formation RSIPA-auditeur afin de faciliter la communication entre les intervenants du CSSS et les partenaires.

2.1.1 Comment a été géré le changement organisationnel ?

Au plan régional

À la demande du MSSS, un comité de coordination régional a été mis en place en mars 2008. L'Agence a alors désigné une chargée de projet régionale RSIPA. Celle-ci assumait le leadership et la coordination de ce comité.

Dans le but de réaliser la livraison 1 de la solution informatique RSIPA, les cinq établissements ont présenté un état de situation des composantes prévues dans le projet RSIPA. À partir de cette démarche, le comité s'est réuni de façon régulière à raison d'une fois par mois.

Dans cette période, plusieurs représentations au sujet du RSIPA, des composantes à mettre en place et des résultats obtenus à l'OSIRSIPA ont été faites auprès des différentes directions de l'Agence et des établissements concernés par le projet.

À l'automne 2009, l'Agence a engagé un nouveau chargé de projet régional. Après quelques mois, le chargé de projet s'est retiré. Un processus de recrutement à l'emploi a été amorcé. En février 2010 une nouvelle chargée de projet régional est entrée en poste.

³ Comprend TS et TTS

⁴ Comprend technicien en diététique

Tous les chargés de projet local ont rapidement été appelés à déposer leur Plan de déploiement local respectif avant la fin février 2010. Ces démarches étaient préalables au dépôt du Plan de déploiement régional. Ce livrable était une exigence probatoire au déploiement de la solution informatique (mode production).

En raison des livrables à déposer dans un court délai depuis février 2010, les membres du comité de coordination régional se sont réunis aux trois semaines. Un plan de communication régional a été déposé afin de faciliter la circulation de l'information. Le Lotus Notes et un forum régional « Claroline » sont les moyens utilisés afin de centraliser et diffuser l'information.

Comme prévu, le 30 mars 2010, le plan régional est déposé. Selon le plan de déploiement de chacun des établissements, des dates de mise en production ont été planifiées. Les formations préalables (OÉMC initial, Profils Iso-SMAF, mises à jour OÉMC et mise à jour profils Iso-SMAF) et les formations de la solution informatique RSIPA se sont déroulées comme prévu, à l'exception de quelques journées de tempête qui ont forcé les formatrices et les formateurs à reporter des journées de formation. La mise à jour mensuelle des tableaux de bord a permis un suivi des activités et l'atteinte des objectifs visés. Au 30 juin 2010, l'ensemble des objectifs inscrits au plan de déploiement était atteint.

Il est à préciser que préalablement au déploiement et pendant celui-ci, les rencontres des chargés de projets régionaux se sont maintenues aux 3 semaines. Ces réunions ont d'abord permis de maintenir la cadence pour atteindre les objectifs visés. Toutefois, la majorité des travaux réalisés en comité ont été la définition de processus cliniques. Ces processus, discutés en comité, étaient par la suite appliqués selon chacune des réalités locales. L'implantation des processus cliniques a facilité l'intégration de l'outil informatisé dans la pratique des utilisateurs.

Parallèlement, au plan régional, un suivi régulier avec la direction des services sociaux et communautaires (DSSC) de l'Agence a permis une concertation régionale des différentes instances impliquées directement ou indirectement par le projet RSIPA. Diverses représentations et de nombreux suivis auprès de différents comités ont facilité l'avancement des travaux. Les directions et les comités sollicités ont été : la direction générale de l'Agence, le comité d'orientation des ressources informationnelles régionales (CORIR), le comité clinico-administratif personnes âgées (CCA-PA), la direction de la santé physique (DSP), la direction des soins intensifs (DSI) et le Forum des directeurs généraux (FDG).

Pour une meilleure implantation du projet RSIPA et pour une harmonisation des pratiques impliquant d'autres outils ou d'autres pratiques, plusieurs rencontres ont eu lieu avec des équipes de projets connexes. Les équipes des projets suivants ont été rencontrées : le Dossier client informatisé (DCI), Action-Santé, ainsi que la répondante régionale de la Demande de services interétablissements (DSIE) informatisée et certains répondants locaux pour les mécanismes d'accès à l'hébergement. À cette fin, une annexe au cadre de référence régional des mécanismes a été ajoutée.

De plus, afin d'encadrer les chargés de projet local et les informer sur les orientations à prendre dans une perspective à moyen et long terme, une formation sur la gestion de cas et sur le RLS leur a été présentée. Cette formation a permis de redéfinir la livraison 1, soit le déploiement de l'outil informatisé, à l'intérieur de l'ensemble du projet global du RSIPA.

Obstacles rencontrés au processus de changement :

Dans le cadre de la communication :

L'annonce du projet a été bien réalisée. Le projet était attendu. Les directions locales ainsi que les intervenants en avaient tous entendus parler. Cependant, leur compréhension du projet et de l'outil a été surestimée, si bien que certains chefs et coordonnateurs de programmes inscrivait des intervenants aux formations alors que le projet ne les concernait pas du tout. D'autres intervenants qui étaient concernés par le projet avaient été mal informés et ils ne comprenaient pas le motif de cette formation. Par conséquent, les formateurs ont observé de la résistance de la part de certains intervenants. Les formateurs ont su recadrer les intervenants, les chefs et les coordonnateurs de programmes.

De plus, il aurait été avantageux de discuter davantage du projet avec les ressources informationnelles (RI). Bien que le projet ait été annoncé comme un projet de nature clinique avec toutes ses composantes, le fait d'introduire le RSIPA avec un outil informatisé a biaisé la compréhension de certains acteurs. L'incompréhension de quelques employés du soutien informatique s'est traduite par des comportements de résistance. La communication a pu être difficile entre les RI et le chargé de projet de certains CSSS. Des interventions du représentant régional des RI, auprès des RI locales ainsi que des représentations de la chargée de projet régional au CORIR, ont été facilitantes.

Dans le cadre de la formation :

La pénurie de personnel a fait en sorte que certains CSSS n'ont pu libérer les formateurs de leurs tâches régulières. Les intervenants ont dû composer avec leur rôle clinique et leurs tâches supplémentaires de formateur. Même phénomène du côté des pilotes, ceux-ci devaient assurer une réponse pour les demandes de soutien à travers leurs tâches cliniques régulières. Ce sont les intervenants qui ont composé avec la situation pour atteindre les objectifs prévus.

Les salles de formations de certains CSSS étaient plutôt exigües et en nombre restreint. De plus, les conditions d'aération n'étaient pas optimales. Par conséquent, les formations devaient se faire en petits groupes dans des conditions n'aidant pas la concentration et la participation des futurs utilisateurs.

Au plan local

Les chargés de projet local RSIPA ont su diriger des comités tant à vocation organisationnelle, stratégique et tactique afin d'implanter l'outil informatisé RSIPA. Ils ont réussi à influencer leur direction pour la réalisation des formations et la mobilisation du personnel requis. Ils se sont procuré le matériel informatique requis et ils ont réussi à mobiliser les équipes de soutien nécessaires pour mettre en place les installations informatiques. Les plans de communication locaux bien définis et les plans de processus de demandes de soutien ont été essentiels à la gestion du changement dans chacun des établissements.

Le CSSSE

Premièrement, la taille réduite de ce centre de santé a joué en sa faveur, la communication s'est bien passée et le fait d'avoir eu l'adhésion de la direction et des intervenants a été facilitant pour le changement organisationnel. La tenue de réunions de façon régulière et continue avec la direction (comité stratégique) et les intervenants terrains (comité opérationnel) a permis de maintenir l'information à jour sur l'avancement du projet. Le plan de communication a aidé aussi à faire en sorte que l'ensemble des employés du CSSSE puisse être à jour sur l'avancement des travaux. Le choix des pilotes cliniques et des formateurs a été considéré comme un élément stratégique dans la réussite de l'implantation. Les intervenants choisis devaient adhérer au projet, être convaincus et convaincants et avoir une bonne connaissance de l'informatique et du programme PPALV. Le choix des intervenants a été juste. Les pilotes et les formateurs ont joué un très grand rôle dans l'implantation de l'outil et la réussite du déploiement.

Le CSSSGL

Au CSSSGL, le projet a été confié à la directrice adjointe au SAD-SP. Cette dernière a été secondée par une agente administrative embauchée à temps complet pour la durée du projet. Différents comités (4) ont été mis en place pour supporter le changement, et ce, tant à un niveau stratégique, tactique qu'opérationnel. Le défi était de taille pour les deux établissements comprenant le CSSSGL et le CHAU HDL. Le déploiement se traduisait par 258 employés à former, soit 3529,75 heures de formation ainsi qu'une période pour s'habiller aux nouveaux outils RSIPA et cela dans une période de temps limité de 4 mois. On comprendra que la marge de manœuvre dans la planification de ce projet était quasi nulle. Le contexte de pénurie importante, la mobilité difficile de la main-d'œuvre et le fait que d'autres projets étaient en cours dans les organisations monopolisaient déjà nos intervenants pour des formations ce qui ne venaient pas faciliter la planification de ce projet. La formation intensive a été réalisée par quatre intervenants du milieu. Cette stratégie s'est avérée gagnante dans la mobilisation des intervenants terrains, qui avaient confiance en leurs confrères ou consœurs de travail et elle a aussi été très motivante pour les formateurs du milieu. Cette vague de mobilisation a permis aux intervenants de nous proposer des solutions novatrices pour bien supporter la démarche. Ainsi, lors du déploiement intensif, une équipe « SWAT » a vu le jour. Cette équipe permettait d'offrir un support individualisé aux intervenants en difficultés. Des conférences téléphoniques régulières ont été réalisées, par la

chargée de projet, pour être en lien avec l'équipe SWAT qui était déployée à la grandeur du territoire. Ces conférences permettaient de mettre rapidement en place les solutions aux irritants rencontrés lors de la période de déploiement. Au CSSSGL, le déploiement de la phase 1 du projet RSIPA s'est déroulé par la mise en place d'une période de formation intensive qui s'est tenue du 15 février 2010 au début juin 2010. Un groupe témoin a été suivi de près lors du déploiement de la fin mai au début juin. Le projet s'est déroulé tel qu'il avait planifié, et ce, sans retard.

Le CSSSMI

Au CSSSMI, au plan stratégique, le changement organisationnel a été géré par la directrice du PALV, entre autres lors des comités de direction et par des présentations Powerpoint à différents comités. Le chargé de projet local a géré le changement au niveau tactique et organisationnel par la diffusion de communiqués dédiés à l'implantation du RSIPA et de son outil informatique. Deux comités ont été mis en place. Le comité stratégique, composé des décideurs de programmes pivots impliqués dans le projet et un comité de déploiement, composé des formatrices superutilisatrices, se sont avérées être de réels agents de changement auprès de leurs pairs cliniciens et utilisateurs de l'outil informatisé.

Notre principale stratégie de changement a été le contact de personne à personne par notre chargé de projet avec les différents acteurs impliqués tels que le département informatique, les ressources financières, la direction des soins infirmiers et autres.

Un processus de soutien a été mis en place afin de soutenir nos utilisateurs de l'outil dans le changement que cela implique dans leur quotidien. Les bénéfices qu'apporte l'OEMC informatisé imposent un suivi pour certains changements organisationnels, entre autres, avec notre comité du mécanisme d'accès à l'hébergement.

Le CSSSRT

Au CSSSRT la directrice PPALV et le chef de programme PPALV ont présenté le projet au comité de direction du CSSSRT pour entériner le projet RSIPA comme une priorité d'organisation. Le RSIPA étant devenu un projet d'organisation devant être déployé avec ses composantes pour le 31 mars 2011, une chargée de projet local a été nommée.

Au plan stratégique, une mobilisation des différentes directions du centre de santé et de services sociaux au sein d'un comité stratégique a été réalisée. Les instances sollicitées sont : la direction de la santé physique, la direction PPALV, la direction des ressources informationnelles, les médecins de cabinet privé, la direction des soins infirmiers et à la qualité, la direction des services professionnels et les médecins en gériatrie. Le comité avait à s'approprier les différentes composantes standardisées du RSIPA, clarifier les rôles et responsabilités attendues des différents intervenants, principalement ceux des médecins, identifier, définir, élaborer et planifier les différentes composantes du déploiement RSIPA. De ce

comité découlait des sous-comités de travail qui étaient formés pour traiter et analyser les différents éléments RSIPA en lien avec notre réalité organisationnelle et de présenter des recommandations au comité stratégique. Le comité stratégique se réunissait 1 fois/mois. Au plan organisationnel, un comité tactique se réunissait au besoin pour prendre des décisions concernant les adaptations à faire afin d'optimiser le continuum de services selon les recommandations du comité stratégique, assurer le suivi de la coordination clinique et le soutien à la prise de décision au niveau stratégique, définir, élaborer et planifier les différentes étapes du déploiement RSIPA. Lorsqu'une décision ou orientation organisationnelle devait être prise, le comité tactique faisait rapport au comité stratégique. Au plan opérationnel, un comité de formateurs était en place pour implanter la phase de livraison 1, tant au plan des formations que des processus cliniques. Tout au long du processus d'implantation, il a été judicieux d'agir en concertation auprès des différents projets du centre de santé tant Action santé, DCI, IPM, Médicheld etc. Cette tactique a permis d'adapter et de faire évoluer le projet RSIPA. Le défi reste de taille puisque le développement et l'optimisation de l'outil clinique (informatisation) ne peuvent se réaliser en ignorant les autres composantes puisqu'elles sont toutes interreliées et ont des impacts les unes sur les autres. C'est pourquoi le CSSSRT a choisi de développer le RSIPA de façon restreinte, mais développer l'ensemble du RSIPA tout en gérant les impacts organisationnels, cliniques et techniques. Le CSSSRT croit au projet RSIPA, il suffit de le maintenir inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement et de demeurer actif dans le maillage avec les autres programmes développés par le ministère tels : Vieillir en santé, approche adaptée auprès de la personne âgée (AAPA) en milieu hospitalier, etc.

Le CSSSB

En Beauce, des rencontres d'informations et de sensibilisation ont été réalisées. Toutefois, la réalisation du document P7 Ressources et Répartitions dans une optique plus élargie du RSIPA a permis de situer les objectifs du projet spécifique d'informatisation de la livraison 1 dans le contexte global de déploiement de toutes les composantes du RSIPA. Une présentation Powerpoint sur le RSIPA a été réalisée avec la chargée de projet régionale, ce qui a permis d'appuyer davantage la présentation du projet auprès des principaux décideurs ou acteurs, au fur et à mesure des besoins : comité de direction du CSSSB, comité de direction PPA, intervenants du programme et de diverses directions.

Un effort collectif a été fourni car des personnes des autres directions concernées ont été identifiées pour s'associer au projet :

- ✓ DSSSA (services administratifs) : soutien pour la planification et le suivi budgétaire du projet;
- ✓ DRI (ressources informationnelles): soutien pour la planification des mises à jour et achats d'ordinateurs, de la planification et des installations selon les sites et les utilisateurs, soutien à l'application. Analyse des processus et soutien de la pilote de systèmes et de l'archiviste;
- ✓ DRH (ressources humaines volet formation) : soutien à la planification des formations et la logistique;

- ✓ DSPSG (services courants) : planification de l'implantation (guichet d'accès et repérage avec le Prisma-7) et des formations requises avec l'équipe de l'AEO (incluant TS urgence).

Une fois l'adhésion du comité de direction du CSSSB et de la direction PPA confirmée, la stratégie choisie par la chargée de projet a été de travailler avec les groupes de personnes en temps opportun, selon les besoins spécifiques du projet au fil de son évolution, plutôt que de faire un comité « central ». Ainsi, chacun voyait la plus-value de son implication et les rencontres « ainsi concentrées » s'avéraient plus efficaces.

Les rôles et les responsabilités de chacun ont été définis et par la suite, des rencontres statutaires se sont réalisées plus régulièrement avec l'équipe des formatrices et pilotes, ainsi qu'avec les ressources informationnelles.

Plusieurs rencontres d'information (préparatoires et de suivi) ont été réalisées auprès des diverses équipes concernées.

Des communications dans l'Info-CSSSB, deux parutions spécifiques RSIPA destinées au CSSSB et des Info-SAD RSIPA ont été publiées pour informer les acteurs de la nature et de l'évolution du projet et faire quelques rappels nécessaires. Les coordonnateurs professionnels du programme ont également été informés et mis à contribution pour faire le lien auprès de leurs équipes.

Une présentation du RSIPA et des profils Iso-SMAF est planifiée à l'automne 2010 à l'hôpital, avec les gestionnaires de la santé physique, de même qu'avec le DSP et la directrice adjointe au DSP. Le déploiement a été plus intensif pour la première ligne, plus restreint en hébergement et il reste à bonifier à l'hôpital.

Le CSSE est un partenaire important qui transige avec l'Hôpital de Saint-Georges. Des trajectoires de liaison au plan clinique sont établies. Cependant, à l'automne 2010, des arrimages avec le CSSS des Etchemins devront être envisagés pour explorer une utilisation plus optimale du système d'information en place.

Enfin, l'établissement voit déjà des défis à relever et des liens entre le RSIPA et l'implantation de l'approche gériatrique en milieu hospitalier, de même que la saine gestion de l'urgence. Un comité « interdépendance » a été mis en place pour faire un état de situation et créer des solutions pour augmenter l'efficacité notamment entre la 1^{re} ligne et la 2^e ligne.

Le tableau qui suit présente les différentes mesures mises en place par l'Agence et les établissements pour gérer les changements organisationnels, les résultats constatés et les pistes d'améliorations à envisager pour un prochain déploiement.

	Mesures mises en place	Résultats constatés	✓ Pistes d'améliorations
Agence 12	• Chargé de projet régional nommé • Comité de coordination régional • Concertation des directions régionales • Représentation auprès d'équipes de projets connexes • Plan de communication RSIPA • Plan de processus de demandes de soutien régional • Forum Claroline	✓ Plan de déploiement déposé dans les délais convenus ✓ Déploiement livraison 1 effectué dans les délais convenus ✓ Meilleure coordination des étapes d'implantation ✓ Harmonisation régionale dans la formation ✓ Harmonisation régionale dans les orientations et directives ✓ Potentiel du forum réel, mais peu exploité	✓ Faire en sorte que la prise en charge du comité de coordination soit par le même chargé de projet régional dès mars 2008 jusqu'à aujourd'hui ✓ Établir le Plan de communication régional plus rapidement ✓ Identifier des stratégies de communications ✓ Faire des représentations auprès des directions de l'Agence plus hâtives ou en rappel sur la solution informatique mais aussi sur le RSIPA dans son ensemble ✓ Mettre en place le Forum « Claroline » plus tôt dans le processus et présentation de cet outil comme moyen de communication principal ✓ Offrir les formations des préalables (mise à jour et profils Iso-SMAF) et de la solution informatique aux chargés de projet local ✓ Offrir la formation gestion de cas et RLS (familiarisation plus accrue de l'ensemble des composantes) aux directions régionales d'établissement et programmes PPALV ✓ Établir un meilleur arrimage avec les RI ✓ Insister davantage auprès des CSSS de la mise en place de comité organisationnel, stratégique et tactique plus rapidement dans le

	Mesures mises en place	Résultats constatés	✓ Pistes d'améliorations
			projet RSIPA ✓ Mieux s'arrimer avec les différents projets commandés du MSSS (ex. : DCI) ✓ Mieux s'arrimer avec les projets commander au plan régional (ex. : Action Santé) ✓ Insister davantage sur les processus cliniques à développer. ✓ Formation des gestionnaires de cas à planifier lors de la livraison 2 et 3 pour un meilleur arrimage avec le processus de repérage finalisé, le guichet unique et le RLS ✓ Réaliser l'OSIRSIPA avant et après le déploiement pour faciliter la mobilisation et définir des cibles à atteindre en fonction de la prise de données de décembre 2007
CSSSE	• Mise en place de comités stratégique et opérationnel afin de maintenir l'adhésion ainsi que la connaissance de l'avancement du projet	✓ Quand la directive provenait de la Direction, l'impact était différent. En combinant l'adhésion de la direction ainsi que celle des intervenants terrain, l'instauration est plus facile	✓ Le choix des participants aux différents comités est important. Il faut vraiment prendre le temps de s'assurer de la disponibilité des gens et de s'assurer de leur connaissance face au projet en lien avec leurs responsabilités. ✓ Faire le lien le plus tôt possible avec les autres projets en cours dans l'établissement
CSSGL et CHAUD HDL	• Chargé de projet local nommé • Embauche d'une agente administrative • Comité stratégique conjoint entre le CSSSGL et le CHAU HDL • Comités tactiques (2) : un conjoint entre le	✓ Plan de déploiement et structure du projet, incluant la répartition budgétaire, déposés dans les délais convenus ✓ Déploiement de la livraison 1 effectué dans les délais convenus ✓ Bonne coordination des étapes d'implantation dans les deux établissements ✓ Directions, directeurs et intervenants	✓ Il aurait été intéressant que les directeurs et les dirigeants puissent bénéficier d'informations plus précises sur l'ampleur de la phase 1 du déploiement avant d'officialiser sa mise en œuvre, ce qui aurait aidé aux chargés de projet et aux directions ✓ Il aurait été aidant de mieux cibler l'objectif final à atteindre dès le départ, savoir jusqu'où nous

	Mesures mises en place	Résultats constatés	✓ Pistes d'améliorations
	CSSSGL et le CHAU HDL et l'autre avec les directeurs des secteurs visés au CSSSGL • Comité opérationnel • Équipe SWAT lors du déploiement massif • Plan de communication RSIPA auprès des directions et de tous les intervenants formés • Plan des processus de demandes de soutien clinique et informatique • Définition des rôles de chacun	informés de l'évolution des travaux et de leurs mandats respectifs au moment opportun ✓ Lien de collaboration étroit dans ce dossier avec le CHAU HDL ✓ Ententes entre le CHAU HDL et le CSSSGL (répartition des budgets et de sa gestion, accès aux dossiers des usagers) ✓ Processus de demandes de soutien clinique et informatique remis aux intervenants lors de leur formation ✓ Processus cliniques qui expliquent l'utilisation des outils RSIPA remis aux intervenants lors de leur formation ✓ Disponibilité du matériel informatique au temps opportun par les intervenants du CSSSGL ✓ Le projet a été réalisé dans les délais prévus ✓ Excellente qualité du support des intervenants lors de la période de déploiement	devions aller ? (ex : md ou non, hébergement ou non, DI-DP ou non, quels partenaires, etc.) ✓ À titre de chargé de projet, avoir plus facilement accès à l'information. Il n'est pas facile de trouver l'information précise sur le Forum. Le projet comportait plusieurs fascicules et il était difficile de s'y retrouver ✓ Mise en place du forum Claroline plus hâtivement dans le projet. Ce nouvel outil en cours de déploiement n'a pas été optimal ✓ Pouvoir avoir des rencontres individuelles avec la chargée de projet régional à l'occasion pour discuter de nos réalités respectives ✓ Avoir la formation de la solution informatique dès le début du projet ✓ Former la chargée de projet et les directeurs à la journalisation afin d'être en mesure d'aller chercher les rapports administratifs au temps opportun avant le déploiement
CSSSMI	• Chargé de projet local • Comité stratégique • Comité de déploiement (tactique et organisationnel) • Diffusion de communiqués • Gestion de changement par contact personnel avec les personnes pivots • Personnel de soutien	✓ Déploiement en gestion de projet ✓ Déploiement de la livraison (complété selon les délais présents par l'urgence) ✓ Employés formés à l'utilisation de l'OEMC informatique ✓ Mise en place d'une équipe de formatrices superutilitrices qui sont des leaders de changement auprès de leurs pairs ✓ Les personnes qui ont pris connaissance des communiqués se sont dites mieux informées sur la	✓ Ne pas éluder l'étape de la signature de la charte de projet afin de s'assurer à tout le moins la sensibilisation de chacune des directions de l'établissement au déploiement du projet ✓ Éviter les contretemps tels que connus en début de projet qui ont à débiter le déploiement en janvier pour une date butoir en juin. (Confirmation du MSSS, Grippe A-H1N1, changement de chargé régional) ✓ Un encadrement plus régulier du

	Mesures mises en place	Résultats constatés	✓ Pistes d'améliorations
		teneur du projet ✓ Grande sensibilisation et une meilleure implication des personnes pivots dans le projet ✓ Poursuite du support aux utilisateurs	comité de déploiement local aurait été bénéfique ✓ Diffusion autre que par courriel afin de rejoindre un bassin plus large de personnes de l'établissement
CSSSRT	• Nomination d'une chargée de projet locale • Chargée de projet local nommée formatrice régionale sur la solution informatique • Projet entériné par le comité de direction • Nomination d'un comité stratégique par le comité de direction • Comité tactique • Comité opérationnel • Comité régional (implication du chef de programme PPALV) • Communiqué périodique pour les différents profils lié à la solution informatique • Déploiement RSIPA restreint à la trajectoire PPALV • Déploiement des 6 composantes	✓ Identification des éléments de consolidation et d'optimisation des ressources ✓ Identification des conditions de réalisations ✓ Engagement des différentes directions au projet RSIPA ✓ Meilleure appropriation du projet RSIPA par la chargée de projet en étant formatrice régionale ✓ Bon niveau de compréhension du projet RSIPA par le chef de programme PPALV en participant aux rencontres régionales ✓ Moyens de communication efficaces ✓ Bon contrôle des impacts du déploiement en ayant restreint le déploiement à la trajectoire PPALV ✓ Déploiement inter relié des différentes composantes	✓ Rencontres plus fréquentes lors du démarrage du projet au sein du comité opérationnel et tactique ✓ Suivi auprès des formateurs pour le maintien et l'enrichissement de leurs connaissances ✓ Augmenter la fréquence des communiqués périodiques afin de permettre aux gens impliqués de suivre le déploiement ✓ Augmenter le travail en sous-comité stratégique afin de favoriser l'adhésion au projet RSIPA des employés des différentes directions impliquées ✓ Mieux harmoniser les outils cliniques utilisés ✓ S'associer plus tôt aux différents projets du CSSS tels : Action santé, approche adaptée, Vieillir en santé, etc. ✓ Rencontres de travail régional adapté au niveau d'avancement local
CSSSB	• Identification d'une chargée de projet local • Comité régional et chargée régional RSIPA • La connaissance du	✓ Importance du comité régional obligeant une réflexion collective sur les composantes du RSIPA facilitant le partage de la réflexion et de décision et aussi pouvoir combiner nos réalisations, forces et question-	✓ Mettre un chargé de projet à temps plein surtout avec un délai de réalisation très court (moins de 6 mois). Le déploiement à plus grande échelle (hébergement, hôpital) aurait pu être envisagé

	Mesures mises en place	Résultats constatés	✓ Pistes d'améliorations
	RSIPA par la chargée de projet local a été un atout	nements ✓ Très important d'avoir eu des échanges et des réponses rapides et efficaces de la part de la chargée de projet régional. La troisième personne ayant déjà des connaissances importantes sur le RSIPA nous a généralement aidés. Parfois, il a fallu se recentrer sur les objectifs à court terme	
	Élaboration du document P7 : document de base qui définit le projet dans le contexte global RSIPA	✓ Important de situer la vision du projet et les diverses étapes, et prévoir plus d'un mode de communication de cette information, selon les acteurs à rencontrer et les objectifs poursuivis	
	Présentations aux diverses équipes à l'aide du Powerpoint et autres documents en appui: comités de direction, intervenants, autres programmes	✓ L'accent a davantage été mis sur les formations et le volet clinique	✓ Informer, former et obtenir l'adhésion plus tôt dans le processus avec les décideurs p/r au RSIPA dans son ensemble ✓ Arrimage plus serré avec les gestionnaires du programme SAD, hôpital et hébergement
	Mise en place de comités : DRH, DSSA, DRI, DSGSPS, équipe de formatrices	✓ Bon fonctionnement avec l'équipe DRI avec des rencontres préparées, documents à l'appui et prise de décision. Approche plus technique requise ✓ Initiative, responsabilisation et engagement des formatrices et pilote ont permis de dégager la chargée de projet ✓ Les « formatrices » et même la chargée de projet ont constaté, en cours de route, toute l'ampleur du projet et des responsabilités, allant très au-delà d'une simple démarche de formation	✓ Mettre en lien le technicien et la pilote plus rapidement et établir le mode de communication ✓ Mieux clarifier le rôle plus élargi des formatrices vs pilotes cliniques et pilotes de système ✓ Faire une planification statutaire de rencontres pour la durée du projet avec les formatrices et pilotes. Donner des suites plus rapidement vu le délai serré ✓ Planifier le besoin de soutien et organiser la tâche des formatrices et pilotes en conséquence

	Mesures mises en place	Résultats constatés	✓ Pistes d'améliorations
		✓ Même si un effort a été fait pour alléger la tâche des trois formatrices et pilotes pour la période d'implantation, ce soutien ne fut peut-être pas optimal ✓ La personne-ressource des services financiers a dû offrir un support important en raison d'une connaissance limitée de la chargée de projet des processus reliés à l'administration budgétaire (ex. : codes de sous-services non actualisés en temps opportun d'où récupération à faire donc charge de travail supplémentaire)	✓ Arrimage plus précoce avec le service des finances ✓ Dans le meilleur des mondes, un déploiement au départ avec le RLS, mais difficile dans le contexte où l'accent était mis sur l'informatisation et que nous n'étions pas en Livraison 2. Donc, aurait été intéressant que la Livraison 2 soit annoncée et suive rapidement
	• Stratégie de déploiement plus axée en 1^{re} ligne qu'en hébergement et à l'hôpital	✓ Déployer en 1^{re} ligne et bâtir une 1^{re} ligne forte avant de déployer aux autres milieux demeure une option réaliste dans le contexte actuel du CSSSB (ex. : réorganisation de l'AEO santé et social en branle, situation particulière à l'hôpital) ✓ La visite de la DNU, les recommandations qui en ont découlé, de même que l'arrivée de l'implantation de l'approche gériatrique en milieu hospitalier a sensibilisé et engagé les décideurs à accentuer le repérage (Prisma-7) et l'implantation des profils Iso-SMAF à l'hôpital ✓ Toutefois en hébergement, le déploiement est à son minimum. Par contre, l'intérêt suscité lors des formations a conduit à une démarche d'appropriation du tableau de soins pour les PAB en centre d'hébergement	✓ Accorder une présence plus significative en hébergement. Relancer à l'automne pour les profils Iso-SMAF ✓ Planifier plus formellement les étapes d'implantation à l'hôpital et en RLS même si le déploiement ne pouvait se faire dans le cadre de la Livraison 1 (juin 2010) ✓ Permettre aux intervenants auteurs d'être en mode production immédiatement après leur formation

	Mesures mises en place	Résultats constatés	✓ Pistes d'améliorations
	Acquisition d'ordinateurs « fixes » pour donner un ordinateur dédié pour chaque intervenant auteur	✓ A suscité une plus grande mobilisation des intervenants à réaliser des OÉMC et faciliter leur travail et leur intégration de la solution	✓ Avoir la solution mobile. La couverture cellulaire actuelle ne garantissait pas la réception du signal partout sur le territoire, et ce, après vérifications de la DRI. Donc, sans mallette et sans assurance de réception de signal, nous avons dû abandonner la solution mobile ✓ Symo ayant été déployé avec les infirmières au cours de la dernière année, les intervenants auraient été prêts à faire le pas en intervention avec la solution mobile
	Plan de soutien par l'élaboration de processus de soutien et processus cliniques	✓ Précise les rôles et l'offre de soutien mais « le naturel revient au galop » et les utilisateurs se réfèrent dans un premier temps aux personnes significatives	✓ Prendre connaissance au tout début du bilan des projets pilotes provinciaux (P18) ✓ Communiquer plus explicitement nos processus de soutien lors des formations, puis lors des demandes de soutien ✓ Rappeler le plan de communication local et les processus de soutien en rencontres d'équipe
	Les personnes	✓ Malgré une planification de base, il a fallu fonctionner souvent en mode réaction et régler au fur et à mesure. Les personnes qui croyaient au projet, de par leur éthique, leur patience et leur engagement ont su faire toute la différence	✓ Plus de temps et planifier plus exhaustivement, au départ, en englobant l'ensemble du déploiement des composante RSIPA, et non seulement le volet informatisation livraison 1

2.1.2 L'intégration aux processus de travail s'est-elle bien déroulée ?

En général, le nouvel outil informatisé a été accueilli positivement et avec enthousiasme par l'ensemble des intervenants, particulièrement par les intervenants du soutien à domicile. L'intégration de l'outil informatisé a d'abord été facilitée par l'attitude positive des intervenants à s'approprier l'outil et à l'utiliser. De plus, la motivation des intervenants est possiblement attribuable à la conviction des formateurs et formatrices en ce qui a trait aux bénéfices découlant de l'outil informatisé RSIPA. Cependant, il demeure que pour tout changement dans la pratique, il y a une période d'adaptation. Pour l'ensemble des CSSS du territoire, l'intégration s'est bien déroulée. Même si certains utilisateurs mal informés ont eu quelques réticences lors de la formation, en général le RSIPA informatisé a eu un bon accueil.

Toutefois, cette nouvelle façon de faire est perçue par certains intervenants comme un surplus de travail. Ceci s'explique par le fait que la période d'appropriation de l'outil n'est pas tout à fait terminée. Par conséquent, certains utilisateurs ne sont pas en position pour constater les gains engendrés par cet outil, tel que le gain de temps à la réévaluation, la qualité de saisie d'informations, une meilleure communication et une continuité de services optimisée, etc. Cependant, on observe que lorsque l'utilisateur devient habile dans l'utilisation de l'outil, il est convaincu de sa plus-value.

Malgré toute la planification en période de prédéploiement et les ajustements lors du déploiement, l'organisation est toujours en période de changements. Des efforts sont encore en cours afin de faire en sorte que le langage commun initié par l'outil soit utilisé, que les trajectoires soient revues ainsi que les critères d'admissibilité à certains services. Ces efforts sont en fonction de l'utilisation des profils Iso-SMAF.

À cet effet, la mise en place de processus cliniques par les chargés de projet a facilité l'intégration de l'outil dans la pratique clinique. Des échanges, lors des rencontres du comité de coordination régional et à l'intérieur des comités locaux, ont contribué à la définition de ceux-ci. Les chargés de projet local ont d'ailleurs sollicités les formatrices et les pilotes cliniques à cet effet. La remise des processus cliniques a été réalisée lors des formations, ce qui a permis un échange constructif avec les intervenants et les formateurs et en a facilité leurs intégrations. Au CSSSRT les processus cliniques ont été remis lors d'une rencontre des intervenants sociaux ce qui a permis d'échanger avec les intervenants tout en s'assurant de la compréhension de tous les processus.

Les pilotes ayant un profil clinique ont également contribué de façon positive à l'implantation de l'OÉMC. Au CSSSGL, la libération des pilotes (équipe « SWAT »), lors de la période de déploiement, a facilité le suivi de l'intégration des outils par les intervenants sur le terrain. L'équipe « SWAT » avait pour mandat de solutionner rapidement les irritants rencontrés par les intervenants pour faciliter la transition et ainsi, faciliter la création d'un lien de confiance envers le nouvel outil. De plus, l'équipe « SWAT » a assuré un suivi individualisé pour les personnes moins

familiales avec l'informatique, ce qui a contribué à diminuer les appréhensions au cours de la période de déploiement. L'intégration des pilotes et des formateurs aux outils, aux différentes notions, aux fonctions et au vocabulaire particulier relié au monde informatique a été rapide et facile. Ainsi, rapidement convaincus, ils ont été en mesure de transmettre leur enthousiasme.

Au CSSSRT, deux pilotes cliniques ont été mandatés, secondés du comité opérationnel pour la phase d'implantation de l'outil informatique. L'équipe a assuré un support clinique et technique tout au long de cette phase ce qui a permis aux intervenants de s'approprier l'outil et favoriser la transition du papier à l'informatique. Nous avons dû aménager des suivis individualisés pour les utilisateurs moins familiers avec l'informatique, ce qui a permis de prévenir le découragement et de faire un plan de support individualisé pour ces utilisateurs. Le fait d'avoir impliqué le comité opérationnel dans la phase de déploiement a permis aux pilotes, tout comme aux formateurs, de s'approprier et d'augmenter leur niveau d'aisance avec l'outil informatique.

Cependant, dans certains CSSS, les intervenants peu familiers avec le monde informatique ont manifesté une certaine réfraction à l'utilisation de l'outil. La stratégie de donner la formation par deux formateurs a été facilitante. Une des deux formatrices assistait de façon individuelle les personnes ayant besoin plus d'encadrement dans l'utilisation de l'informatique.

La solution informatique dans les UTRF questionnée

Bien que les orientations ministérielles soient claires à l'effet que l'OÉMC doit être complété à l'admission et à la sortie de l'UTRF, les intervenants questionnent la pertinence de compléter l'outil à l'admission. Au départ du client, on perçoit la plus-value de l'utilisation de l'OÉMC vers le SAD. L'URFI et l'UCDG ont également eu la même réflexion. Les réalités de chacune des organisations locales sont différentes. Certains chargés de projets ont dû composer avec les intervenants en place. Cependant, les chargés de projet ont remis à plus tard l'étape de déploiement de l'implantation de l'outil informatisé dans ces unités.

Par ailleurs, au CSSSB, la direction du programme PPA travaille à la réalisation d'une unité transitoire de réadaptation fonctionnelle ou l'équivalent, et ce, avant la construction du Centre Intégré gériatrique. Ce projet repose sur le constat des grands besoins de la clientèle et de l'harmonisation qui s'impose entre les composantes du continuum de services (dont l'hôpital et la 1^{re} ligne). Bien que les orientations ministérielles soient claires à l'effet que l'OÉMC doit être complété à l'admission et à la sortie de l'UTRF, le CSSSB procède par étapes et insiste toutefois sur la complétion de l'OÉMC à la sortie. Il en va de même pour l'UCDG. La planification des formations diverses requises est à finaliser. Le défi au plan clinique semble réaliste et comme la solution est en mode établissement, la démarche se concrétisera plus facilement.

De son côté, le CSSSRT n'a pas d'UTRF. Toutefois la direction PPALV exploite une unité de 8 lits dans la communauté (RPA) qui a une vocation de transition-observation de la clientèle PPALV. La structure actuelle ne permet pas l'évaluation

de la clientèle par OÉMC. Toutefois, une TS visite l'unité 1 fois/sem. ce qui permet d'évaluer la clientèle pour la sortie de l'unité.

Dans un avenir rapproché, il sera de mise d'intégrer des centres à fonction régionale tel que le CRDP. Il faut savoir que les URFI de la région de la Chaudière-Appalaches sont administrées et opérées par le CRDP. Une démarche régionale et locale sera entreprise avec le CRDP pour son volet URFI afin de les entretenir du RSIPA et des composantes cliniques qui s'y rattachent.

La solution informatique et les intervenants en CHSLD: quelques réticences

Des outils sont déjà bien implantés et appréciés, tels que SICHELD, Médicheld ou le E-SMAF (uniquement dans le CSSSGL) ont fait en sorte que les intervenants des CHSLD ne voyaient pas la pertinence d'introduire l'OÉMC dans leur pratique. À l'exception du CSSSGL, le calcul d'heures soins au plan d'intervention des infirmières versus les profils Iso-SMAF a soulevé plusieurs questionnements. Finalement, les intervenants des milieux d'hébergement de la plupart des CHSLD de la région ont adopté l'outil, considérant la récupération du temps estimé et anticipé pour la réévaluation de l'outil pour un usager afin d'assurer une bonne communication avec le SAD en préadmission. Par contre, dans les CHSLD du CSSSGL, nous avons constaté que l'intégration aux processus de travail est plus difficile dans le secteur de l'hébergement qu'au SAD. La surcharge de travail, la pénurie de ressources et le recours à de la main-d'œuvre indépendante sont tous des facteurs qui expliquent la plus grande difficulté d'intégration dans ce secteur.

Le CSSSE révèle que l'informatisation des outils sur les unités CHSLD est colossale considérant le nombre de résidents et le manque de temps du personnel infirmier.

Pour ce qui est du CSSS de Beauce, les centres d'hébergement ont toujours utilisé l'OÉMC seulement au moment de l'admission et non pour suivre l'évolution de l'autonomie chez les résidents. De plus, des outils sont déjà bien implantés et appréciés, notamment SICHELD. Finalement, les intervenants des milieux d'hébergement voient à ce moment-ci l'utilité de l'outil principalement pour des raisons de communication avec le SAD ou l'hôpital en préadmission.

On pourrait craindre une difficulté de développer un langage commun notamment en lien avec les profils Iso-SMAF. Toutefois, la conseillère milieu de vie et un groupe de préposés aux bénéficiaires se sont montrés plus qu'intéressés au tableau de soins, qui, de fil en aiguille, peut être un outil et une tactique facilitant le processus d'implantation.

Par ailleurs, la direction du programme PPA évalue à ce moment-ci l'utilisation potentielle des profils Iso-SMAF pour des fins de gestion (dotation du personnel et coûts). Somme toute, la direction PPA réalise le potentiel clinique des profils Iso-SMAF en centre d'hébergement.

Au CSSSRT, les CHSLD utilisent l'OÉMC pour l'admission du client en hébergement. En ce qui a trait à la réévaluation, ils ne fonctionnent pas tous de la même façon. Certains utilisent le profil évolutif pour les réévaluations annuelles, d'autres, utilisent SICHELD qui deviendra Médicheld. Par conséquent,

l'harmonisation de l'outil de communication, d'évaluation et de réévaluation se doit d'être le même dans le continuum de services. Il y a ici un enjeu relevable. La direction PPALV arrêtera une décision sur un outil de communication commun cet automne. L'arrivée du tableau de soin SMAF ainsi que l'application des profils Iso-SMAF sont espérées afin d'avoir un impact direct sur l'admission du client en CHSLD. Ceux-ci sont estimés pour apporter une plus-value dans la gestion clinique, opérationnelle et financière en CHSLD.

À cet effet, en appui aux initiatives locales, des représentations par la chargée de projet régional auprès des directions des CHSLD ont été réalisées afin d'informer les gestionnaires sur l'utilité de l'outil, spécifiquement des rapports de gestion à des fins de dotation du personnel et d'évaluation des coûts.

La solution informatique et les intervenants en centre hospitalier : plus complexe

Le Prisma 7

D'abord, le Prisma 7 dans les urgences n'a pas été accueilli sans préoccupation. Les intervenants de l'urgence ont un souci d'efficience dans les actes posés. En fait, les intervenants de l'urgence travaillent dans un contexte spécifique et doivent avoir un souci d'efficience très adapté au contexte, ce qui implique que le repérage, qui réfère plus à la prévention qu'au curatif, s'intègre plus difficilement dans la philosophie et dans la pratique. Chacune des urgences de la région possède déjà un outil d'accueil et d'évaluation des besoins (par exemple : MEDURGE, SIURGE). Puisqu'il n'existe pas d'interface entre l'outil informatisé RSIPA et les outils en place pour le moment, les intervenants des milieux où la question a été abordée ont immédiatement perçu une perte de temps rattachée à la consultation de deux environnements. Différentes stratégies ont été proposées, soit de compléter le Prisma 7 format papier à l'accueil ou lors de l'attente sur les civières et que la saisie des données soit ensuite réalisée par une agente administrative ou l'intervenante au dossier. L'implantation du Prisma 7 dans les urgences des hôpitaux de la région est encore, à ce jour, au stade de réflexion.

La chargée de projet du CSSSRT a procédé à différents essais pour la mise en place du Prisma 7. Elle a testé l'outil et elle a exploré les différents scénarios d'intégration du Prisma 7 dans la pratique des intervenants du guichet d'accès dans la mission CLSC et centre hospitalier. Nous devons revoir le traitement du Prisma-7 dans la trajectoire intrahospitalière et CLSC en tenant compte des outils informatiques déjà en place, et ce, tout en maximisant le potentiel de chacun et en évitant tout doublage.

Au CHAU HDL, le Prisma 7 est réalisé auprès de la clientèle cible uniquement par des travailleurs sociaux qui sont sollicités pour aller à l'urgence. De plus, il faudra prévoir les trajectoires de services et l'impact de sa mise en place massive à cause du volume anticipé des demandes. Une augmentation significative du nombre de demandes est envisagée, ce qui engendrerait une pression sur les suivis que nous devons assurer auprès des usagers repérés positifs (coté 4 et plus) au Prisma 7.

En Beauce, la cible pour 2010-2011 était de déployer le repérage avec le Prisma 7 à l'accueil social et à l'urgence, par la travailleuse sociale de l'urgence. Ce repérage a

débuté en juin 2010 pour les personnes de 75 ans et plus faisant l'objet d'une référence ou d'une demande. La réception de la clientèle est bonne, mais ce sont les intervenants qui s'inquiètent du résultat et de la plus-value : comment le client ayant un Prisma 7 positif est-il pris en charge? Est-ce que le client est desservi plus rapidement? Est-il mis sur une liste d'attente? A-t-il l'intensité de services requise?

L'OÉMC

Au plan régional et des directions des centres hospitaliers, on a questionné l'Agence sur la pertinence de l'OÉMC sur les unités. Bien qu'il soit spécifié que l'OÉMC est à compléter que dans des circonstances particulières, soit une fois que l'état du client est stable, lorsqu'un retour à domicile engage une coordination de services ou dans le cas d'une réorientation vers des ressources d'hébergement, il reste que les directions demeurent réticentes. Cette réticence s'explique en partie par la perception d'une tâche cléricale supplémentaire et par une réorganisation du travail et une redéfinition des rôles. Par exemple, des pratiques étaient déjà en place et exécutées par les infirmières de liaison, dont la complétion du DSIE et la planification du retour à domicile. À ce propos, le DSIE est informatisé depuis quelques temps et cet outil plaît bien au personnel infirmier, donc l'arrivée de l'OÉMC pour organiser le départ est perçue comme étant non convivial et n'est pas bienvenue. Il faudra bien discerner les situations où l'OÉMC est indiqué et qui doit le compléter et la même chose pour le DSIE qui devrait toutefois garder une certaine utilité.

En ce qui concerne le CSSSE, il n'y pas de CH, alors il n'y a aucune prise de position de leur part en CHSLD.

À cet effet, au CHAU HDL, une révision de l'organisation du travail a été requise. Cette réorganisation du travail a permis de clarifier les rôles de chacun des professionnels qui réalisaient des OÉMC.

Au CSSSB, l'OÉMC informatisé a suscité un engouement majeur de la part des intervenants sociaux de même que de l'infirmière gériatrique et les ergothérapeutes de l'UCDG. Les intervenants en milieu hospitalier saisissent bien la plus-value pour la continuité dans l'intervention et le bien-être du client. Toutefois, le personnel qui travaille sur les étages vit une réalité quotidienne qui s'agence peu à l'utilisation de la solution informatique et même de l'OÉMC. Présentement, la perception générale est plus à l'effet que l'OÉMC est l'affaire des intervenants sociaux et plus précisément dans le cadre des demandes d'hébergement. À la lumière de la réaction de certains acteurs du milieu face au projet de l'OÉMC informatisé, il y aurait une réticence évidente à cette utilisation ne serait-ce qu'en mode "lecteur" dans la solution informatique. L'arrivée de ce nouvel outil, qu'il soit papier ou informatisé, serait perçue comme une tâche cléricale supplémentaire.

Beaucoup d'étapes sont à franchir pour cette implantation : approche gériatrique dans l'hôpital en général et pas seulement l'affaire de l'UCDG, clarification des rôles (TS, GPS), équipe interdisciplinaire par étage, etc. Présentement, l'intérêt revient aux TS qui peuvent consulter en temps réel une évaluation et qui gagnent du temps à réaliser les réévaluations lorsque requises. La mise en place du RSIPA encourage

donc de consolider peu à peu nos trajectoires de communication entre la 2^e ligne et la 1^{re} ligne et vice et versa.

Au CSSSRT, en ce qui a trait à la mission hôpital, les intervenants sociaux sont enthousiastes devant l'outil informatique et sur la facilité de consulter en temps réel l'OÉMC. L'infirmière de liaison en gériatrie apprécie l'outil en mode consultation. Toutefois, elle voit difficilement la plus-value pour l'instant, puisque le volume d'intrants n'a pas d'impact sur son travail. Par contre, elle mentionne que lorsque l'OÉMC informatique est complété, il y a un gain de temps au niveau de la cueillette de données qu'elle ne doit pas refaire. Il faut spécifier que l'OÉMC en milieu hospitalier doit être complété par la bonne personne, au bon moment et au bon endroit. Donc le questionnement est soulevé : Par qui, quand et où l'OÉMC doit être fait dans la trajectoire intra hospitalière? L'UCDG est un élément de la réponse. Tant au plan de la préparation de sorties pour la clientèle stable et les demandes d'hébergement, la réorganisation de l'UCDG dans la mission hospitalière offre une occasion pour exercer une redéfinition du rôle de chacun et par le fait même introduire l'OÉMC au coeur des discussions.

La section 5 de l'OÉMC « médicaments » questionnée

Plusieurs irritants relatifs à la complétion de la section « médicaments » de l'OÉMC sont relevés. Ces irritants sont : le temps important requis afin de saisir la liste complète des médicaments; le risque d'erreurs de saisie malgré les menus déroulants; l'utilité réelle de la saisie de tous les médicaments et de la posologie dans le cadre de l'évaluation avec l'OÉMC; l'expertise requise en pharmacologie pour une bonne compréhension de l'information, non acquise par la majorité des intervenants complétant l'outil RSIPA informatisé. Il faut également souligner qu'il a été difficile de changer la pratique des intervenants qui avaient pris l'habitude d'inscrire certaines informations sur l'observance médicamenteuse des clients et de mettre en annexe la liste des médicaments. Cette façon de faire leur faisait sauver beaucoup de temps.

À ce propos, les pharmaciens communautaires de la région déplorent le nombre de demandes de listes médicamenteuses réquisitionnées par les différents intervenants du réseau. Les pharmaciens communautaires dénoncent le temps important requis pour la tâche de diffusion de la liste des médicaments. De plus, ils ont une réticence à ce que la liste soit diffusée à des intervenants n'ayant pas les connaissances pour en faire une bonne interprétation et une utilisation adéquate. Des pourparlers ont eu lieu dans les différents CSSS à ce propos. Le CSSSGL était au fait que, dans le cadre de l'Agrément, les installations doivent déployer le bilan comparatif des médicaments pour assurer un suivi sécuritaire de la prise de la médication par les usagers. Ainsi, les risques d'erreurs au niveau de la saisie de la section 5 de l'OÉMC « médicaments » sont importants et il y a risque de confusion entre les listes. Conséquemment, le CSSSGL était inquiet pour la sécurité des usagers en lien avec les suivis qui seraient réalisés par les intervenants face à de l'information sur la médication en provenance de plusieurs sources.

À la lumière des irritants mentionnés par les différentes parties précédemment cités, l'Agence a dû prendre position et donner des orientations régionales pour la

complétion de la section 5 : « médication ». L'Agence s'est appuyée sur les directives du MSSS ainsi que sur l'objectif visé par cette section de l'OÉMC. Les principales orientations régionales sont que l'intervenant n'inscrit que le type de médicaments mentionnés par le client, l'observance que celui-ci en fait et il inscrit si des produits naturels sont consommés. En cas de doute dans l'observance médicamenteuse, s'il y a nécessité de consulter la liste de médicaments, l'intervenant peut demander la liste à jour que possède le client, de consulter l'entête du DISPIL ou demander à une personne désignée dans l'équipe de faire la demande de la liste de médicaments. Dans certains CSSS, la nécessité d'avoir une liste à jour est incluse dans le cadre de l'admission en CHSLD ou au centre de jour. Il n'y a donc que quelques intervenants ayant la possibilité de faire la demande aux pharmaciens. Les CSSS ont appuyé la position régionale et ont ajusté leurs processus cliniques à leur réalité locale. Le CSSSB a toutefois planifié le retrait complet du profil pharmacologique même lors d'une demande d'hébergement.

Branchement au I-CLSC et les processus à mettre en place

Chacun des CSSS a dû discuter avec les archivistes de leurs installations et les pilotes I-CLSC pour mettre en place des procédures afin d'harmoniser les pratiques. Ces procédures prenaient en considération la charge de travail supplémentaire engendrée par le RSIPA informatisé envers les pilotes I-CLSC et les archivistes. Des mesures afin d'assurer la protection de l'information ont dû être définies et appliquées.

Au CSSSGL, le branchement du RSIPA sur l'I-CLSC a eu comme impact de revoir les processus de travail et de saisies des données dans le RSIPA. Ainsi pour éviter les doublons, considérant qu'il y a des normes de saisies pour le I-CLSC très précises, les façons de faire ont été revues. Maintenant, l'information sur les données sociodémographiques de l'utilisateur est basculée de la base I-CLSC, après que les intervenants des archives aient ouvert le dossier sur l'I-CLSC, vers la fiche d'identification du RSIPA.

Au CSSSRT le branchement du RSIPA sur le I-CLSC s'est inspiré des procédures de l'établissement tant dans les droits des utilisateurs que dans le respect des matrices. Lorsqu'une fiche est créée dans la solution informatique, l'agente administrative ouvre automatiquement le numéro de dossier attaché au centre hospitalier afin de faciliter la recherche d'informations sur l'utilisateur au sein de l'hôpital.

Au CSSSB, un arrimage a été fait avec les responsables des archives et la procédure a été reconduite, dont l'ouverture du dossier par l'agente administrative des archives via l'adjointe administrative du SAD.

Pour ce qui est du CSSSE, il y a un lien direct avec l'I-CLSC et la recherche se fait au CSSS étant donné qu'il n'y a pas de CH.

Au CSSSMI, le branchement du RSIPA s'est aussi inspiré des procédures de l'établissement. Toute création d'un nouveau dossier d'utilisateur doit être faite par une personne désignée aux archives. Les fiches sont créées par les utilisateurs. Des procédures ont été mises en place à ce sujet.

Le branchement au I-CLSC plutôt qu'à l'IPM

Au cours des deux dernières années, l'orientation régionale émise a été que tous nouveaux outils informatisés soient branchés à l'Index patient maître (IPM). Cette mesure a été adoptée dans l'optique d'uniformiser et de centraliser la consultation des informations des dossiers des clients. Certaines équipes informatiques locales et certains archivistes se sont montrés réfractaires au branchement à l'I-CLSC.

Il aurait fallu s'arrimer dès le début avec ce volet des ressources informationnelles pour adapter le projet et faire de meilleurs choix. Les chargés de projet locaux ont dû mettre du temps pour clarifier la situation, comprendre les enjeux et convenir d'un fonctionnement avec les pilotes de systèmes. Ces démarches se poursuivront.

L'équipe de RI du CSSSMI a manifesté son désaccord avec le branchement à la base de données I-CLSC. Cette équipe souhaite que le branchement à l'IPM soit réalisé dans les plus brefs délais. Une conférence téléphonique avec la SOGIQUE, la direction du CSSSMI, la direction du PPALV, le chargé de projet local et la chargée de projet régional a permis d'expliquer les motifs qui ont poussé le MSSS et la SOGIQUE à faire un premier branchement au I-CLSC. Chacune des parties a bien compris la réalité provinciale expliquant ce choix. Cependant, il a été convenu que l'Agence allait appuyer les RI du CSSSMI pour une soumission de projet pilote régional pour le branchement à l'IPM.

L'accueil, l'impression, la signature et l'archivage des OÉMC papier

Une orchestration a été nécessaire entre l'accueil au CLSC, les agentes administratives, les archivistes et les auteurs afin d'arrimer les opérations de repérage par le PRISMA 7, de complétion de la fiche d'identité, de complétion de l'OÉMC, d'impression, de signature et d'archivage. Des processus cliniques, au plan local, ont dû être établis afin de faciliter la collaboration de plusieurs acteurs.

Le CSSSB a dû organiser l'impression avec des imprimantes permettant le recto-verso pour éviter d'utiliser trop de papier. Enfin, le CSSSB retient l'idée de la chargée de projet de la région de Thetford Mines à l'effet de plastifier un exemplaire d'un OÉMC afin d'en venir à éliminer l'outil papier et de faciliter le travail des intervenants.

Afin de réduire la multiplicité de formulaires et de maximiser l'utilisation de la solution informatique RSIPA, le CSSSB a procédé à l'abolition de la prise de contact OÉMC (formulaire vert), en donnant des indications précises dans nos processus cliniques afin de retrouver toutes les informations de la prise de contact dans la solution. Cette procédure a été accueillie avec enthousiasme. Il ne reste qu'à s'assurer que le défi est bien relevé, ce que la mise à jour en octobre pourra permettre d'évaluer.

Toujours dans le cadre de l'élaboration des processus cliniques, le CSSSB a mis en place un formulaire de consentement afin d'assurer l'application de la loi sur la confidentialité et l'accès à l'information en attendant la venue du formulaire électronique du MSSS et de la SOGIQUE.

La signature électronique aurait également été facilitante pour les étapes d'archivage.

2.1.3 Quelle est votre évaluation du temps d'appropriation de l'outil par les intervenants ?

Au plan régional tout comme pour les chargés de projet locaux, il est difficile à ce moment-ci d'estimer la période d'appropriation pour plusieurs raisons :

- Courte période depuis la mise en production;
- Contexte de période estivale et des vacances;
- Plan de déploiement différent entre les CSSS.

Il faut considérer que la mise en production a été autorisée entre le 5 mai et le 19 juin 2010 selon les CSSS. Cette période précédait de très près la période des vacances. Les départs en vacances n'ont pas permis une appropriation sur plusieurs semaines continues. Le contexte de déploiement a été différent dans chacun des territoires. Certains avaient un déploiement plus large et un nombre plus important d'intervenants à former, d'autres ont opté pour un déploiement plus étroit. Le mode d'encadrement n'est pas le même selon les deux contextes ainsi que la diversité des intervenants impliqués. Le rythme de déploiement a également été différent d'un territoire à l'autre. De plus, il faut considérer que les intervenants ne sont pas appelés à compléter des OÉMC à tous les jours. Il se peut que certains utilisateurs soient encore dans la période d'appropriation de l'outil.

Pour toutes les raisons précédemment mentionnées, il est donc difficile de connaître le nombre de semaines requis pour l'appropriation de l'outil par les intervenants. Les utilisateurs sont plutôt en mesure de répondre en fonction du nombre d'OÉMC complétés ou lus. Voici approximativement les délais requis pour l'appropriation de l'outil :

- Pour les intervenants de profil « auteur » le consensus régional qui se dégage est que 2 à 4 semaines sont nécessaires à une bonne appropriation de l'outil informatique;
- Pour les intervenants de profil « lecteur », le consensus régional est que 2 à 4 semaines sont nécessaires à une bonne appropriation de l'outil informatique;
- Pour les intervenants de profil « personnel de soutien », le consensus régional est que 2 à 4 semaines sont nécessaires à une bonne appropriation de l'outil informatique;
- Pour les intervenants de profil « pilote », le consensus régional est que 2 à 4 semaines sont nécessaires à une bonne appropriation de l'outil informatique.

CSSSMI

Les auteurs se sont approprié l'outil en quelques semaines (2 à 4). Les utilisateurs lecteurs n'ont pas encore le réflexe de consulter le RSIPA informatisé. Un plan de

relance est prévu à cette fin. Celui-ci débutera avec les infirmières de CHSLD qui reçoivent des usagers avec des outils complétés informatisés. Le personnel de soutien recevra les codes d'accès dans la première semaine d'octobre. Les entrées de codes ont été faites par une « superutilisatrice » supportée par une adjointe administrative.

CSSSGL

- Pour les intervenants de profil « auteur » le consensus local qui se dégage est que plus ou moins 4 semaines sont nécessaires à une bonne appropriation de l'outil informatique;
- Pour les intervenants de profil « lecteur », le consensus local est que plus ou moins une semaine est nécessaire à une bonne appropriation de l'outil informatique;
- Pour les intervenants de profil « personnel de soutien », le consensus local est que plus ou moins une semaine est nécessaire à une bonne appropriation de l'outil informatique;
- Pour les intervenants de profil « pilote », le consensus local est que plus ou moins 4 semaines sont nécessaires à une bonne appropriation de l'outil informatique.

CSSSE

- Pour les intervenants de profil « auteur » le consensus local qui se dégage est que 4 semaines sont nécessaires à une bonne appropriation de l'outil informatique;
- Pour les intervenants de profil « lecteur », le consensus local est que 2 semaines sont nécessaires à une bonne appropriation de l'outil informatique;
- Pour les intervenants de profil « personnel de soutien », le consensus local est que 2 semaines sont nécessaires à une bonne appropriation de l'outil informatique;
- Pour les intervenants de profil « pilote », le consensus local est que 6 semaines sont nécessaires à une bonne appropriation de l'outil informatique.

CSSSB

- Pour les intervenants de profil « auteur » le consensus local qui se dégage est que 2 à 4 semaines (10 OÉMC complétés) sont nécessaires à une bonne appropriation de l'outil informatique. L'appropriation par les auteurs ne devrait pas excéder trois mois, à raison d'un OÉMC par semaine;
- Pour les intervenants de profil « lecteur » le consensus local est que 2 à 4 semaines (au moins 4 consultations de l'OÉMC) sont nécessaires à une bonne appropriation de l'outil informatique;
- Pour les intervenants de profil « personnel de soutien », le consensus local est que 2 à 4 semaines (au moins 4 consultations de l'OÉMC) sont nécessaires à une bonne appropriation de l'outil informatique;

- Pour les intervenants de profil « pilote », le consensus local est que 2 à 4 semaines (au moins 4 consultations de l'OÉMC) sont nécessaires à une bonne appropriation de l'outil informatique.

Pour les lecteurs, un « rafraîchissement ou un rappel » sera nécessaire vu le décalage entre la réalisation de OÉMC par les auteurs depuis la mise en production et aujourd'hui. La période estivale, les vacances, le nombre limité d'OÉMC complétés requis expliquent le faible taux de consultation par les intervenants « lecteurs ». Cependant, outre les oublis de mots de passe et quelques rappels techniques, nous pouvons estimer qu'après plus ou moins 4 consultations, le lecteur devient efficace, donc au plus 1 mois. La situation est similaire pour le profil « personnel de soutien » et les pilotes.

CSSSRT

- Pour les intervenants de profil « auteur » le consensus local qui se dégage est que 2 à 3 semaines sont nécessaires à une bonne appropriation de l'outil informatique. Cela diffère selon le niveau de connaissance de l'informatique, mais on peut dire qu'avec une habilité moyenne en informatique, après 5 ou 6 outils complétés, le niveau d'aisance est bon;
- Pour les intervenants de profil « lecteur », le consensus local qui se dégage est que 2 à 3 semaines sont nécessaires à une bonne appropriation de l'outil informatique. Cela diffère selon le niveau de connaissance de l'informatique, mais on peut dire qu'avec une habilité moyenne en informatique, après 3 ou 4 consultations d'outils le niveau d'aisance est bon;
- Pour les intervenants de profil « personnel de soutien », le consensus local qui se dégage est que 2 à 3 semaines sont nécessaires à une bonne appropriation de l'outil informatique. Cela diffère selon le niveau de connaissance de l'informatique, mais on peut dire qu'avec une habilité moyenne en informatique, après 3 ou 4 fiches complétées et 2 Prisma-7 complétés le niveau d'aisance est bon.
- Pour les intervenants de profil « pilote », le consensus local qui se dégage est que 2 à 3 semaines sont nécessaires à une bonne appropriation de l'outil informatique. Cela diffère selon le niveau de connaissance de l'informatique, mais on peut dire qu'avec une habilité moyenne en informatique, après 4 ou 5 manœuvres similaires (complétion forcée, acceptation de doublon, suivi des demandes, rapports, etc.) le niveau d'aisance est bon.

2.1.4 Quels sont les impacts constatés sur le travail ?

Les impacts positifs

Augmentation substantielle de la qualité des informations contenues dans un OÉMC;

Augmentation de la concordance dans les éléments en lien avec les commentaires de l'OÉMC;

Mise à jour des connaissances de l'OÉMC et harmonisation de la complétion;

Uniformité au plan de l'évaluation;

Meilleure rigueur dans la complétion de l'OÉMC;

Meilleur soutien à la complétion et à la compréhension de l'outil par le bouton aide;

Lecture améliorée des informations, commentaires plus lisibles;

Accessibilité plus rapide à l'information avec l'informatique (Fiche identité, Prisma 7, OÉMC et notes évolutives);

Accès rapide à des données cliniques entre installations;

Accès rapide à propos de l'évolution du profil d'autonomie du client;

Langage commun interdisciplinaire, uniformisation du discours (avoir le même vocabulaire);

Portrait commun, permet une intervention interdisciplinaire plus harmonisée et avec un meilleur consensus, même que le tableau de soin a pu être intégré dans certaines équipes interdisciplinaires (CHSLD);

Amélioration du travail interdisciplinaire;

Gain de temps à la réévaluation;

Gain de temps lors de bascule d'information de l'I-CLSC à RSIPA;

Meilleure connaissance de la population aînée et perte d'autonomie modérée à sévère, par le Prima 7 et l'évaluation OÉMC-profil-Iso-SMAF;

Continuité améliorée dans le suivi du client. Par exemple, dans la trajectoire hospitalisation vers le mécanisme d'accès à l'hébergement et le CHSLD;

Plan d'intervention est rattaché (répondre aux besoins);

Avantages perçus par les gestionnaires dans le rapport de gestion. (Ex. : une meilleure gestion des charges de cas des intervenants ainsi que les services comme le centre de jour);

Journalisation permettant un suivi du déploiement dans chacun des territoires et pour l'ensemble de la région;

Meilleure utilisation de l'outil OÉMC sur les unités (une fois complétée, plus facile de faire l'évaluation);

Possibilité d'un suivi serré de l'Agence, rapport de gestion et journalisation;

Permet de revoir la trajectoire SAD;

Les Profils Iso-SMAF constituent un outil facilitant l'implantation. Une fois les formations effectuées sur les profils Iso-SMAF, c'est tout le potentiel d'utilisation de ces profils qu'il a fallu mettre en évidence et qu'il faut continuer à activer et alimenter, et ce, au cœur des installations de toutes nos missions et avec les partenaires du réseau privé et communautaire. La livraison 2 sera un levier majeur, que nous attendons impatiemment ainsi que l'amélioration des rapports de gestion. Le défi demeure : déployer ce langage à l'hôpital et en hébergement dans son ensemble.

Les irritants

La solution informatique

Absence de la prise de contact (ou une partie de celle-ci) dans la solution informatique. La solution apportée par le CSSSB est de s'assurer que l'information inscrite dans la prise de contact papier (cahier vert) se retrouvait dans l'OÉMC. Des processus cliniques ont été élaborés à cet effet.

L'implantation rapide en surplus du travail actuel. Les chargés de projet tout comme les formatrices et formateurs ainsi que les pilotes n'ont pas tous eu la possibilité d'être libérés de la tâche professionnelle habituelle. Certains CSSS ont réussi à les libérer ou faire des aménagements d'horaire pour les aider.

Les environnements RSIPA distincts du CHAU HDL et du CSSSGL. La fusion de ces deux établissements est prévue pour avril 2011. Il n'était donc pas possible pour l'instant de faire communiquer les deux environnements RSIPA ou de les fusionner en un seul environnement. Il fallait donc trouver un moyen afin que les intervenants de l'un et l'autre des établissements puissent avoir accès à chacun des environnements. Les deux instances se sont entendues, au plan légal, pour le consentement au partage de l'information. À la suite de quoi, la pilote a donné accès aux utilisateurs du CHAU HDL dans l'environnement CSSSGL. Une installation non utilisée, soit le Centre Mimosa, a été désignée comme l'installation dans laquelle les intervenants du CHAU HDL s'inscrivent.

Le déploiement dans chacune des régions du Québec ne se fait pas au même rythme. Certains OÉMC provenant des autres régions sont toujours selon la version papier et révèlent un manque d'informations, si bien que la saisie de l'information ne permet pas une complétion d'un OÉMC informatisé. Par exemple, en raison de la proximité du territoire du CSSSGL de la région de la Capitale Nationale, plusieurs demandes d'hébergement provenant de la région voisine sont adressées aux responsables des mécanismes d'hébergement du CSSSGL. Considérant que le déploiement au SAD n'est pas tout à fait terminé et que les centres hospitaliers de la région 03 ne font pas partie du déploiement de la livraison 1, les demandes acheminées comprennent des OÉMC papier ou informatisés qui sont généralement incomplets. Par conséquent, cette situation a un impact important sur le temps que nos professionnels doivent accorder à la retranscription des outils informatisés, de même qu'à la recherche des informations manquantes par des échanges téléphoniques avec l'intervenant demandeur. Les enjeux d'efficacité et d'accessibilité sont encore à considérer. Il ne faudrait pas tarder à ouvrir les accès interrégionaux.

Les dossiers des clients résidant sur le territoire du CSSSE dans l'environnement de l'Hôpital de St-Georges (CSSSB). Des ententes interétablissements devront être prises. De plus, on devra attendre une prochaine livraison pour que ces environnements puissent communiquer;

Un manque de convivialité du programme informatique RSIPA est à souligner. Peu d'interfaces ont été mises en place dans cette première livraison. Le transfert ou l'importation de données. Une vue bidirectionnelle du RSIPA vers d'autres

environnements est quasi-nulle. L'efficacité au plan des ressources humaines, dans un contexte de pénurie et considérant la croissance des demandes de services en lien avec le vieillissement de la population, est un enjeu majeur pour l'accessibilité de nos services. Il faut absolument éviter la redondance des informations à transcrire par les professionnels. À ce propos, au plan régional, il a fallu organiser plusieurs rencontres, de nombreuses présentations et échanges avec différents comités ayant des projets connexes tels que le DCI. Ces rencontres avaient pour but de faciliter l'implantation du RSIPA informatisé. Celui-ci était perçu par plusieurs équipes d'informaticiens comme étant un outil peu convivial et forçant les doublons de saisies et difficile à intégrer aux projets en cours. Cette situation a été soulignée lors d'une rencontre des chargés de projet régional.

L'outil informatique aurait eu à gagner d'avoir un correcteur d'orthographe à même sa base de données. Il aurait également été intéressant de faciliter les possibilités d'utiliser les copier/coller. Sachant fort bien que l'outil est en processus continu de développement et en voie d'intégrer les PID-PII et PSI à la solution informatique, il aurait été intéressant d'avoir la possibilité temporaire de joindre les PI ou PII ou PSI locaux en fichier attaché afin de permettre la consultation. Cette mesure transitoire aurait pu maximiser l'efficacité de la solution informatique en attendant le déploiement du PSI informatique intégré dans la solution. Il demeure que les PID, PSI et PII peuvent être copier-coller dans le nouvel espace des notes évolutives. Cependant plusieurs précautions sont à prendre dans la mise en page (pas de gras, pas d'italique ni soulignement ou surlignement, etc.). La démarche demeure ardue. De nouveaux processus cliniques sont à venir.

Fiche d'identification

Basculer des informations dans I-CLSC uniquement. Les intervenants auraient aimé avoir une vue sur l'IPM.

Les intervenants du CSSSGL déplorent le fait qu'il n'y ait aucun espace pour inscrire le numéro d'appartement, le statut civil et le statut d'aptitude de l'utilisateur. Plusieurs personnes âgées vivent dans de gros immeubles où il y a plusieurs appartements.

Lors de mise à jour des fiches d'identification, on ne peut pas réimporter les informations du I-CLSC vers la solution informatique ou vice et versa.

Prisma 7

Manque de temps aux urgences. Le personnel voudrait le compléter à l'intérieur de MEDURGE ou SIURGE vu l'absence d'interface entre ces derniers et l'environnement RSIPA.

Repérage des Prisma 7 positifs amenant une augmentation de la demande. Difficulté d'y répondre d'où problème de crédibilité sur la plus-value de cet « effort » ou démarche notamment pour le personnel infirmier et les médecins.

Clarification nécessaire des rôles (Qui fait quoi ?) et du suivi d'un repérage.

Le CSSSGL, pour l'efficacité de l'implantation du projet, il a été nécessaire de préparer un outil papier Prisma 7. Il s'est avéré impossible de mettre à la disposition des intervenants cette version du Prisma 7 au même moment que le déploiement en raison de l'attente de l'autorisation d'utilisation du Centre d'expertise de Sherbrooke et à cause du court délai de déploiement. Ces autorisations, pour la reproduction papier, auraient pu être réglées comme préalable au lancement du projet.

Un manque de consignes claires pour déployer le Prisma 7. Considérant que le déploiement de cet outil dépend de la capacité de nos équipes à répondre à la demande, une planification plus rigoureuse aurait dû être appliquée. Le déploiement « essai-erreur » du Prisma 7 est donc de mise mais il crée beaucoup d'inquiétude sur le terrain.

Chacun des CSSS s'est approprié le Prisma 7 selon sa réalité et sa lecture pour connaître la population de personnes âgées en perte d'autonomie modérée à sévère ou repérage pour orienter les demandes. Ainsi, chaque territoire de CSSS déploie différemment le Prisma 7. La lecture de l'outil et son utilité ainsi que la réalité différente de chacun dans sa capacité de répondre à la hausse des demandes a influencé le mode de déploiement. Par conséquent, il y a un risque de créer de la confusion auprès des intervenants et de la population. Une orientation régionale devra être prise à cet effet dans les prochaines semaines.

Plusieurs CSSS ont décidé de suspendre l'implantation du Prisma 7. Ceux-ci considèrent le Prisma-7 comme étant une composante de l'outil commun. Toutefois il est relié et a un impact immédiat sur le guichet d'accès. Il a été jugé impossible d'implanter le Prisma-7 sans revoir la trajectoire de la demande à même le guichet d'accès, puisqu'un Prisma-7 n'ayant pas de trajectoire de suivi de repérage donne le seul avantage de connaître l'existence de personnes en perte d'autonomie modérée à grave, soit la clientèle vulnérable. Il est estimé que le Prisma 7 entraîne une charge additionnelle aux urgences et aux AEO pour connaître et non traiter. Des zones de décisions seront à prévoir afin de gérer l'impact du Prisma-7 dans le guichet d'accès.

Par ailleurs, la plupart des CSSS fonctionnent présentement avec un AEO social et santé et n'ont pas nécessairement de guichet d'accès PALV, lequel devient de plus en plus nécessaire dans un contexte de RSIPA, et ce, toujours en complémentarité avec l'AEO.

OÉMC

Complétion ardue en début d'utilisation. Au fil du temps, les utilisateurs se sont familiarisés avec l'outil et trouvent la tâche moins longue.

Adaptation à l'informatique, les gens finissent par se familiariser et devenir plus habiles.

Changement dans la pratique

Les intervenants introduisent progressivement le RSIPA informatisé dans leur pratique et l'apprécie de plus en plus.

Lisibilité de l'outil OÉMC imprimé

Au CSSSGL les intervenants déplorent le fait que la lecture des copies papiers de l'OÉMC de la solution informatique est plus difficile. Il y a peu d'espace entre les données, il n'y a aucun changement de caractère ou de couleur qui permet de différencier la question de la réponse et sa lecture prend donc plus de temps.

Nombre limité de lignes pour les parties « synthèse » et « histoire sociale ».

Fragmentation impossible du SMAF et de l'aide-mémoire. La fragmentation du SMAF du reste de l'OÉMC (partie aide-mémoire) aurait facilité la continuité d'évaluation entre l'accueil, le guichet unique, l'orientation et la prise en charge par l'intervenant.

Perte d'informations lors des changements dans le SMAF.

Un changement du niveau de l'incapacité de l'utilisateur occasionne l'effacement des commentaires.

La section 5 « médicaments » : La saisie de chacun des médicaments avec le menu déroulant est très longue. Le risque d'erreur est accru vu le manque d'expertise en pharmacologie des intervenants. Difficultés de comprendre toutes les abréviations rattachées à la posologie.

L'utilisation de la note évolutive et l'archivage: L'impression de chaque note évolutive par page et la signature à apposer demande un effort important d'impression, d'archivage et beaucoup de papier. Considérant ces difficultés des consignes de non-utilisation de la note évolutive et une intégration moins complète de la solution ont été émises. L'intervenant doit donc écrire ses notes au dossier papier comme auparavant.

Pas de correcteur d'orthographe.

L'impossibilité d'attacher dans la note d'évolution un PI, PII ou PSI ou autre plan de travail utile lors du déploiement.

Impression plus volumineuse à contenir et consignes à donner pour une pratique restreinte de l'impression. Le CSSSGL a pris la décision de ne pas utiliser la note évolutive à cause des désavantages importants associés à son utilisation. Ces désavantages sont l'impression d'une page pour chaque note. De plus, une note par page engendre beaucoup de manipulation de la part des archivistes, ce qui a soulevé des inquiétudes importantes face à l'entreposage de tous ces documents. Enfin, il aurait été plus difficile de s'y retrouver lors de la consultation du dossier.

Le responsable des archives au CSSSGL mentionne qu'il est évident que l'espace d'archivage sera de plus en plus sollicité considérant le nombre de pages imposant que l'outil informatique OÉMC implique. Il est inquiet, à plus long terme, face à l'impact sur l'espace d'entreposage.

De plus, sachant qu'avec le DCI, qui est une composante du RSIPA, nous aurons une partie "notes d'évolution" et comme nous avons des technologies différentes de développement et que l'interface n'est pas développée, le CSSSRT a choisi d'adhérer aux notes d'évolution via la solution DCI. Le CSSSMI a adopté un statu quo sur ce sujet, donc les intervenants de ce territoire poursuivent avec les notes évolutives papier.

Au CSSSE, le mode papier est conservé pour les notes évolutives, l'informatisation est à prévoir sous peu.

La signature

Dans le cas où l'OÉMC est complété à l'hôpital, l'intervenant pivot au dossier complète la demande d'hébergement et l'OÉMC. Le responsable du comité des mécanismes d'accès est donc en mesure de consulter l'OÉMC complété. Une décision est prise et une orientation vers un CHSLD est faite. À l'admission, un intervenant du CHSLD imprime et archive l'OÉMC. Cet OÉMC n'a donc pas la signature de l'intervenant évaluateur, ce qui ne répond pas aux normes professionnelles de l'intervenant et aux directives du MSSS en ce qui a trait à l'archivage des OÉMC informatisés.

Le formulaire de consentement à la diffusion de l'information

L'arrivée tardive du formulaire de consentement et de révocation du consentement. Nos équipes ont travaillé à développer des formulaires de consentement puisqu'il était difficile de connaître les développements du MSSS et de la SOGIQUE à ce propos.

Le rapport de gestion

Le rapport de gestion ne permet pas d'isoler les résidents d'un CHSLD et d'en connaître le profil si les réévaluations n'ont pas été faites à l'intérieur de l'installation.

La liste d'installations étant basée sur le M02, les installations y sont inscrites selon l'adresse civile. Les CHSLD sont quelques fois fusionnés à une installation comme un CLSC (ex. CHSLD-CLSC Beauceville). Il est impossible alors de cibler les clientèles selon le service requis. L'introduction du volet programme service dans le système sera fort utile pour isoler les usagers selon le type de services demandés.

Les rapports ne permettent pas de lister les OÉMC complétés par intervenants.

La journalisation est restrictive au niveau du nombre d'interventions

Les rapports de gestion ne sont pas paramétrés avec la date de la dernière évaluation. Autrement dit, si le client a été évalué en installation CLSC et a été réévalué en hébergement il comptera pour 2.

Les limites du rapport de gestion précédemment mentionnées ont altéré la promotion de l'outil et la motivation des gestionnaires. À prime abord, les gestionnaires trouvent intéressant de connaître les profils de leur clientèle sur les différentes unités ainsi que l'évolution de ces profils. Ils en voient l'avantage de pouvoir calculer les coûts rattachés aux profils ainsi que la dotation du personnel et l'organisation du travail. Cependant l'outil ne permet pas de cibler les usagers d'une unité uniquement. L'adoption de l'outil RSIPA informatisé par les gestionnaires s'est donc vue ralentie.

Dans le cadre du projet RSIPA global

Le délai entre la livraison 1 et la livraison 2 et conséquemment les argents s'y rattachant a eu un effet démobilisant et démotivant sur nos équipes. Au lendemain du déploiement de la livraison 1, les intervenants et les gestionnaires étaient mobilisés et motivés à poursuivre l'implantation des autres composantes, comme la gestion de cas, le guichet d'accès et le RLS. Cependant, sans financement et sans réseautage de l'outil informatisé en RLS les troupes se sont résignées.

Les conférences téléphoniques ne sont pas pratiques lors d'un déploiement. Elles ne facilitent pas l'échange d'informations qu'il soit papier ou autre.

Les rapports à produire (Tableaux de bord, P7, plan de déploiement local, le bilan) nombreux et fastidieux.

Finalement, afin de faciliter le travail des intervenants du mécanisme d'accès à l'hébergement pour les demandes interrégionales, il a été convenu avec notre région voisine, la région 03, d'uniformiser les pratiques et d'explorer les processus cliniques interrégional.

2.1.5 Avez-vous constaté des préoccupations de la part des utilisateurs et, le cas échéant, comment ont-elles été gérées ?

La plupart des irritants précédemment mentionnés sont la traduction des préoccupations relatées par les utilisateurs et transmises aux chargés de projet local et à la chargée de projet régionale. Le chapitre qui suit reprend la majorité des irritants et fait l'illustration des solutions appliquées.

Difficultés techniques dans la navigation

Pour l'ensemble des difficultés techniques rencontrées dans la navigation à l'intérieur de l'outil informatisé, la chargée de projet régionale en a fait état à la SOGIQUE par le service de soutien (00 SOG centre de service). Voici quelques exemples de préoccupations rapportées à la SOGIQUE :

- Le curseur ne demeure pas positionné à la section de la page en cours de rédaction au moment où l'on enregistre notre travail. Il se repositionne alors au début de la page, l'intervenant est alors obligé de retrouver l'endroit où il était rendu;
- Rendre « backspace » sécuritaire, plusieurs intervenants bloquent leurs applications et les pilotes sont régulièrement sollicités pour ce motif;
- Manque d'espace pour commentaires à certains endroits;
- Manque d'informations de type sociodémographiques (proche significatif, provenance de la demande, statut séparé, etc);
- Correcteur d'orthographe à même l'outil;
- Augmenter le délai de sauvegarde et de déconnexion;
- Modifier l'apparence de l'impression en noir et blanc;
- Calligraphie distincte entre le formulaire et les informations saisies;

- Donner la possibilité de copier/coller;
- Plusieurs notes évolutives sur une même page imprimée;
- Avoir la possibilité de rechercher l'ensemble des OÉMC complétés par un intervenant spécifique avec profil client;
- Avoir la possibilité de mettre des fichiers attachés dans les notes d'évolution afin d'annexer le PI, PII, PSI;
- Mettre la possibilité de résolution en 800/600;
- Fragmenter le SMAF de l'aide-mémoire;
- Créer un profil infirmier;
- Créer un profil gestionnaire (accès rapport uniquement);
- Ajouter la signature électronique;
- Formulaire de consentement intégré;
- Créer l'interface avec le DCI;
- Brancher l'importation des données sociodémographiques à l'IPM.

À la fin de septembre dernier, la SOGIQUE annonçait 65 modifications apportées à l'outil en réponse aux difficultés techniques déclarées.

Pour l'irritant des environnements distincts entre le CHAU HDL et le CSSSGL

Afin de préserver le droit d'accès aux informations et à la protection des informations des ententes ont été convenues entre les deux installations. Les modalités de transmission des informations confidentielles ont aussi été convenues afin de respecter la confidentialité. Techniquement, le pilote régional inscrit les intervenants du CHAU HDL dans une installation non utilisée du CSSSGL. Ainsi, il sera possible de consulter les dossiers des clients du CSSSGL ainsi que ceux du CHAU HDL sans barrière architecturale informatique.

Pour l'irritant relié aux demandes d'hébergement hors région incomplète (non informatisée)

Plusieurs demandes d'hébergement proviennent de la région 03. Les hôpitaux de la région 03 ne font pas partie du plan de déploiement de la livraison 1. Par conséquent, les outils OÉMC papier sont acheminés aux responsables des mécanismes d'accès à l'hébergement des territoires de notre région. L'évaluation des demandes d'hébergement se fait en partie à partir des profils Iso-SMAF, ceux-ci obtenus après la complétion de l'OÉMC informatisé. Donc, une saisie des données du formulaire papier de la demande est réalisée par la responsable du mécanisme d'accès. Les intervenants du CSSSGL ont constaté que les OÉMC provenant de la région voisine étaient souvent incomplets, ce qui implique qu'ils ne sont pas capables de compléter l'OÉMC sur la solution informatique sans solliciter les intervenants de l'autre région pour obtenir ces renseignements manquants. Les intervenants déplorent la perte de temps encourue, et ce, pour les intervenants des deux régions. Des démarches ont été entreprises avec les répondants de l'ASSS de la Capitale-Nationale pour éviter ces irritants.

D'ailleurs, une annexe sera ajoutée au cadre de référence régional des mécanismes d'accès à l'hébergement afin de bien définir les modalités d'utilisation de l'OÉMC

informatisé et les profils Iso-SMAF dans le cadre d'évaluation de demandes d'hébergement intraterritoriales, intrarégionales et hors région.

Le branchement à l'IPM

En raison de la recommandation régionale de brancher le plus de systèmes possibles à l'IPM pour une meilleure centralisation des données, nous avons convenu, avec nos équipes locales RI, qu'une proposition de projet pilote régional serait soumise au MSSS à cet effet. Pour l'instant le branchement est fait à la base de données I-CLSC.

L'attribution de la tâche de complétion de l'OÉMC lors d'une hospitalisation dans le cas d'un retour à domicile ou une réorientation

La venue de l'outil informatisé dans les centres hospitaliers engendre un changement dans les pratiques et l'approche. Il a été convenu que la meilleure personne pour compléter l'OÉMC est celle qui est le mieux placée, au bon moment, au bon endroit. Cependant, des ententes doivent être prises pour harmoniser les pratiques. L'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier servira de levier à cet effet. Cela pose aussi tout l'enjeu de la liaison 1^{re} ligne 2^e ligne et du leadership de la 1^{re} ligne en lien avec l'épisode de soins en milieu hospitalier.

Le repérage du PRISMA 7 et la demande engendrée

Depuis l'implantation de l'outil informatisé RSIPA, nous avons eu certaines réserves face à l'implantation du Prisma 7 dans les AEO et les urgences. Cette attitude frileuse est relative à la crainte d'engendrer une pression sur nos effectifs par le repérage de nombreuses personnes âgées positives (4 et plus) par le Prisma 7. La façon de gérer ou de percevoir les personnes repérées devra être définie. Cependant, à la suite d'une conférence téléphonique avec M. Michel Raïche et d'autres interlocuteurs de l'Estrie et des Laurentides, il faudra peut-être revoir notre perception du repérage, c'est-à-dire que tous les gens repérés ne soient pas nécessairement à prendre en charge mais qu'ils soient considérés comme une personne connue. L'application du Prisma 7 sera revue en fonction des outils disponibles pour filtrer les cas repérés positifs et les traiter.

Le CSSS des Etchemins et le centre hospitalier de Beauce

Tout comme la problématique rencontrée, entre le CSSSGL et le CHAU HDL, des ententes doivent être prises entre le CSSS des Etchemins et le Centre hospitalier de Beauce pour l'autorisation du partage d'informations au dossier des clients, dans une perspective d'utilisation plus optimale de la solution, et ce, même si elle n'est qu'en mode établissement. Ces précautions sont prises dans l'optique d'un éventuel fonctionnement de l'outil RSIPA en mode RLS.

L'impossibilité d'attacher dans la note d'évolution un PI, PII ou PSI ou autre plan de travail utile lors du déploiement

Avec l'arrivée de l'espace supplémentaire dans les notes évolutives et la proposition de procédures de la région de l'Estrie, une possibilité d'introduire le PI est envisagée jusqu'à l'informatisation du PI-PID-PII.

Saisie des OÉMC antérieurs dans le secteur de l'hébergement

Au CSSSGL l'outil E-SMAF était déjà déployé dans le secteur de l'hébergement et les intervenants de ce milieu ne voulaient pas travailler avec deux systèmes en parallèle. De plus, le temps de saisie était un enjeu, considérant ne pas avoir les ressources pour suffire à la tâche. Ainsi, une stratégie a été mise en place en mettant les intervenants du SAD à contribution pour aider à la saisie des OÉMC sur la solution informatique. Nous avons aussi misé sur les réévaluations pour transférer, au fur et à mesure, les informations sur la solution.

Inquiétudes des intervenants peu habilités avec les outils informatiques

Certains intervenants exprimaient leur inquiétude face à l'utilisation d'un outil informatisé. Les chargés de projet local ont répondu à cet obstacle de différentes façons. Du côté du CSSSGL, la mise en place d'une équipe SWAT a permis à ces derniers d'avoir une supervision individualisée d'une journée pour chacun des intervenants qui exprimait cette difficulté. Pour le CSSS de Thetford, les intervenants ayant un niveau d'habileté faible en informatique ont été repérés dès la formation. Un plan individualisé leur a été offert par le comité opérationnel de même qu'un suivi personnalisé. Une particularité s'est présentée au CSSSRT, la solution informatique pour les employés ayant des problèmes visuels n'a pas de configuration disponible en 800/600. Un aménagement du poste de travail a été fait pour remédier à la situation.

Vision régionale commune et à long terme pour les formateurs

Les formateurs s'inquiétaient du fait de ne pouvoir conserver une orientation et une vision régionale des outils RSIPA, de la formation, de la qualité de complétion et des processus cliniques. Un support a été apporté par notre chargée de projet régional. Ainsi, les formateurs pourront bénéficier de rencontres de suivis régionales pour s'assurer d'une harmonisation et d'orientations régionales sur les mises à niveau et le maintien des pratiques adéquates.

Utilisation du langage commun

Une des préoccupations majeures de certains utilisateurs du CSSSE et de d'autres CSSS est celle que les intervenants n'arrivent pas à passer du langage en heures soins vers le vocabulaire Profils Iso-SMAF. Cet aspect du projet est également un souci important au sein de l'organisation de l'Agence. Par conséquent, des démarches et des représentations de l'outil informatisé, en particulier des profils Iso-SMAF, ont été réalisées auprès des différentes directions régionales et locales afin d'intégrer ce langage commun. Le tableau de soins a également été présenté. Un intérêt a été particulièrement signalé par les équipes des soins en lien avec les tableaux de soins tant au plan des directeurs que des équipes locales. L'Agence souhaite une harmonisation du discours et du langage utilisés pour la clientèle âgée et autres usagers en perte d'autonomie. Il est à signaler qu'un langage commun favorisant la continuité d'intervention et de services est un des objectifs principaux de l'implantation de l'outil RSIPA.

Mentionnons une certaine inquiétude à passer facilement des heures-soins aux Profils Iso-SMAF du fait que les heures-soins sont encore demandées par le MSSS dans certaines situations (logiciels, reddition de compte).

Le rapport de gestion et ses limites fonctionnelles

Le rapport de gestion suscite l'intérêt des chefs d'équipes, directeurs de programmes et gestionnaires. Le rapport de gestion est perçu comme un outil de gestion ayant un fort potentiel d'exploitation à des fins de dotation du personnel, de calculs des coûts, d'organisation du travail et du réseau. Pour l'instant le rapport de gestion se traduit par un outil promotionnel auprès des gestionnaires et facilite l'implantation de la livraison 1 et de l'ensemble du RSIPA. Afin de faire une utilisation juste des rapports de gestion. Les formatrices régionales ont mis sur pied une formation « pilote gestionnaire ». Cette formation a été présentée à la SOGIQUE et acceptée.

2.1.6 Bénéfices tangibles

À cette étape d'avancement dans le déploiement de la livraison 1, il est difficile de quantifier les gains observés. Il faut considérer que la cueillette de données s'est effectuée en août alors que la mise en production a démarré entre mai et juin. Le temps d'observation est très court, soit de 2 à 3 mois. Cette fenêtre d'observation est dans des circonstances d'adaptation et de familiarisation. Il faut également tenir en compte l'orientation stratégique suivie par les CSSS lors du démarrage du mode production. Les CSSS avaient choisi de faire une mise en production progressive incluant des périodes prétest et test. Les premières semaines de fonctionnement en mode production se sont déroulées à petite échelle. Il faut également considérer que la période d'observation coïncidait avec la période estivale. Les intervenants ont connu des périodes de pauses au cours de la familiarisation de cette nouvelle pratique. Considérant toutes ces conditions de déploiement, les données observables et les mesures sont plutôt limitées. Pour cette raison, des informations sur les gains estimés dans une projection de déploiement à court et moyen termes ont été indiquées dans le prochain tableau.

Le tableau qui suit présente les bénéfices tangibles associés à l'implantation de l'outil informatique répertorié par la région. En résumé des gains de temps sont observés dans la bascule d'information de l'I-CLSC vers la fiche d'identification RSIPA et dans la consultation en ligne plutôt que de recourir aux archives. D'autres gains de temps sont observés dans la complétion d'une première évaluation chez les utilisateurs familiers avec le clavier et l'informatique et ayant eu une pratique régulière durant la période d'observation. De plus, un gain de temps est mesurable et observé dans la tâche de réévaluation avec l'outil informatisé.

Composante	Bénéfice tangible	Estimation (en minutes)	Fréquence / mois	Commentaire
PRISMA-7	Temps évité au niveau des démarches requises pour accéder à l'information	N/A	N/A	Puisque le Prisma 7 n'était pas un outil utilisé avant la livraison 1 du RSIPA, aucun des CSSS ne calcule de gains de temps
	Projection à moyen et long termes			Il est estimé qu'un repérage de la clientèle permettra des relais plus rapides entre les centres hospitaliers et les CSSS ainsi que les partenaires du RLS. Cependant, l'état d'avancement de l'implantation ne permet pas en ce moment d'observer ces gains estimés
Outil d'évaluation globale	Gain de temps moyen lors d'une première évaluation	CSSSGL 0	1 à 2/ mois	CSSSGL
		CSSSE	3 / mois	Aucun gain de temps observé
		CSSSRT		CSSSE, CSSSRT et CSSSMI
Outil d'évaluation globale	Gain de temps moyen lors d'une première évaluation	CSSSMI	1 à 2 / mois	Les intervenants habiles sur le clavier disent prendre le même temps que l'outil papier. Par contre ceux qui ont de la difficulté avec le clavier, prennent beaucoup plus de temps
		Utilisateurs habiles : 20 minutes	1 à 2 /mois	CSSSB
		Utilisateurs non habiles et irréguliers +30 minutes	2 à 3/ mois	Après moins de deux mois d'implantation et le ralentissement de l'intensité en période de vacances où les professionnels ne sont pas remplacés, aucun gain n'est observé. Toutefois, au retour de la période de vacances et dans un contexte de pratique normal, on peut estimer un gain d'au moins 30 minutes à court terme
		CSSSB		
		0		
		CSSSB 30 minutes	Projection 2à 3/mois	
Outil d'évaluation globale	Gain de temps moyen lors d'une réévaluation	CSSSGL 0 à 10 min	1/mois	CSSSGL Les réponses ici sont variables. Certains disent non et d'autres disent 10 minutes au

Composante	Bénéfice tangible	Estimation (en minutes)	Fréquence / mois	Commentaire
		CSSSE CSSSMI N/A CSSSB 60 minutes	1/mois	plus CSSSE – CSSSMI- Il n'y a pas eu de réévaluation CSSSB Gain estimé à environ 1 heure
		CSSSRT 15 à 35 minutes	1/mois	CSSSRT Gain estimé entre 15 à 35minutes
	Temps évité au niveau des démarches requises pour accéder à une évaluation dans un contexte de consultation ou de réévaluation	CSSSGL 0	1 à 2/mois	CSSSGL Aucun gain observé
		CSSSB 30 minutes	2 à 3 /mois	
		CSSSRT 10 minutes	2 à 3 mois	CSSSRT Temps sauvé car pas de demande I-CLSC, pas déplacements aux archives
	Si applicable, temps évité pour la vérification des évaluations/ réévaluations	CSSSE CSSSMI 10 minutes	1/mois	CSSSE et CSSSMI Économie de temps car pas besoin d'aller chercher le dossier aux archives et au plan de la simplicité à la réévaluation
		CSSSE 10 minutes	2/mois	CSSSE Économie de temps car pas besoin d'aller chercher le dossier aux archives
Profils Iso-SMAF	N/A trop tôt, non observable	CSSSMI Observé- non mesuré	1/mois	CSSSMI Gain de temps considérant la complexité pour utiliser les réévaluations Non applicable pour les autres CSSS
	Projection à court et moyen termes	estimé	estimé	Cependant, à court et moyen terme des gains de gain sont estimés dans la communication et les transferts CH-SAD-CHSLD.

Composante	Bénéfice tangible	Estimation (en minutes)	Fréquence / mois	Commentaire
				Les gestionnaires comptent beaucoup sur les rapports de gestion pour une meilleure dotation du personnel et gestion des coûts. Un gain de temps est estimé dans la tâche de planification
Notes d'évolution	Gain de temps moyen au niveau de l'inscription de notes	Tous les CSSS aucun		Tous les CSSS Non utilisé
	Temps évité au niveau des démarches requises pour accéder à l'information	Tous les CSSS aucun		Tous les CSSS Non utilisé
Rapports	N/A	N/A	N/A	Considérant l'état fonctionnel des rapports de gestion avec ses limites, la consigne donnée fut de suspendre l'utilisation. Si les rapports sont utilisés ils le sont par les pilotes à des fins limitées et bien précises CSSSE Actuellement, les rapports sont de plus en plus utilisés au mécanisme d'accès à l'hébergement. Gain observable non mesurable pour l'instant
	Journalisation permettant de suivre les opérations	CSSSRT Pas évalué	Pas évalué	CSSSRT Utilisé seulement par la chargée de projet qui transmet les rapports aux gestionnaires au besoin CSSSE Les gestionnaires n'utilisent pas les rapports de gestion CSSSMI – N/A

2.1.7 Bénéfices intangibles

Pour les mêmes raisons énumérées au point suivant, l'observation des bénéfices tant tangibles qu'intangibles est plutôt limitée en raison des circonstances de la période d'observation. Des estimées dans une projection d'utilisation des outils à court et moyen termes sont indiquées dans le prochain tableau.

Le tableau qui suit présente les bénéfices intangibles associés à l'implantation de l'outil informatique répertorié par la région :

Composante	Contexte d'utilisation	Bénéfice intangible
PRISMA-7	Implantation AEO-Social et urgence	Force la définition des trajectoires de la clientèle
	Implantation AEO-Social et urgence	Incite à la mise en place de processus de priorisation de la liste d'attente au SAD
	Dans 1 ou 2 ans	Dans le futur, permet de connaître l'ensemble de la population en perte d'autonomie modérée et sévère pris en charge et non
	Implantation AEO-Social	Force la mise en place ou la redéfinition de guichet unique
	CH versus CLSC	Favorise la communication entre les organisations afin d'offrir un continuum de soins et de services à une personne identifiée comme vulnérable
	Une fois implantée à l'urgence et AEO)-Social	Meilleur repérage de la clientèle vulnérable, donc un meilleur suivi et support auprès de ces derniers
	Repérage par l'AEO-Social	Introduit un volet prévention et d'intervention proactive plus grand
Outil d'évaluation globale	A la saisie par auteur	Amélioration de la qualité d'informations recueillies dans l'outil
	Lors de la formation et aide (?) intégré dans l'outil lors de la complétion	Meilleur encadrement des intervenants pour la complétion
	Lors de la formation et aide (?) intégré dans l'outil lors de la complétion	Amélioration notable de la qualité des informations contenues dans l'OÉMC du fait que le logiciel précise les informations requises
	En travail d'équipe multidisciplinaire (AEO-hébergement, SAD et UCDG, URFI)	Suscite et stimule le travail en interdisciplinarité et le langage commun

Composante	Contexte d'utilisation	Bénéfice intangible
	Lors d'une évaluation avec OÉMC	Renforce le développement d'une approche évaluative plus que de dispensation de services. Renforce l'intervention dans une perspective d'analyse gériatrique
Profils Iso-SMAF	Lors de l'implantation (campagne marketing régionale)	Mobilisation des gestionnaires
	Une fois implantée	Langage commun et uniforme
	Dans l'utilisation	Meilleure fidélité des profils considérant l'amélioration de la qualité des OÉMC.
	Mécanisme d'accès	Permet de cibler un milieu qui correspond mieux aux besoins de l'utilisateur
	Centre de jour, aide à domicile	Permet une photo globale de la clientèle desservie, permet d'harmoniser les services offerts selon le profil de clientèle
	Globalement	Permet d'atteindre le but ciblé par le RSIPA : donner le bon service, par la bonne personne au bon moment
Notes d'évolution	Non utilisé	Mais les CSSS estiment que celles-ci pourraient permettre une accessibilité plus pratique aux notes évolutives et inclure des informations clés comme : - indiquer un avis de problème en lien avec la distance euclidienne - indiquer l'admissibilité en gestion de cas
Rapports (spécifier lequel) ⁵	Rapport de gestion Lors de l'implantation (campagne marketing régionale)	Mobilisation des gestionnaires
	Rapport de gestion Dans un an (voir l'amélioration des rapports)	Obtention du portrait de la population en perte d'autonomie
	Rapport de gestion dans un an	Dans un an, portrait plus complet de l'ensemble des usagers RSIPA à partir des profils ISO-SMAFF, donc réflexion possible sur le RLS et son développement
	Rapport de gestion Lors de l'implantation (campagne marketing régionale) Dans un an (voir l'amélioration des rapports)	Réflexion à l'établissement des RLS et développement des paniers de services en fonction du portrait et des besoins de la clientèle à desservir
	Rapport de gestion Lors de l'implantation (campagne marketing	Aide à l'organisation du travail (dotation du personnel) et partage et distribution des tâches

⁵ L'utilisation des rapports n'est pas en cours dans la région, car limite dans les données dans les rapports et la fidélité des données.

Composante	Contexte d'utilisation	Bénéfice intangible
	régionale). Dans un an (voir l'amélioration des rapports)	
	Rapport de gestion et journalisation Dans un an (voir l'amélioration des rapports)	Apport des informations utiles pour les gestionnaires
	Rapport de journalisation	Appropriation du potentiel des rapports à venir, potentiel perçu de l'outil au plan du suivi des opérations Certains éléments pertinents absents (en lien avec la journalisation, nombre OÉMC complétés par intervenant, etc.)

3. Les constats

Cette section présente les principaux constats réalisés au niveau du déploiement, tant au niveau du déroulement régional et local qu'au niveau du support provincial offert, et ce, pour chacune des dimensions suivantes de la livraison 1 :

- la trousse de déploiement (section 3.1);
- les étapes du déploiement (section 3.2);
- les communications (section 3.3);
- l'acquisition et l'installation du matériel et du logiciel (section 3.4);
- la saisie des données initiales et antérieures (section 3.5);
- la formation (section 3.6);
- le soutien applicatif aux utilisateurs (section 3.7);
- le système en général (section 3.8).

3.1 La trousse de déploiement

3.1.1 Synthèse de l'utilisation/consultation régionale et locale des éléments de la trousse

Évaluation du support provincial				
Insatisfait	Peu	Satisfait	Très	Autre*
		X		
*Autre :				

Au plan régional, la trousse de déploiement a été grandement utile afin d'assurer un suivi du dossier RSIPA entre chacun des chargés de projet régional. Par la lecture des différents documents de la trousse, le chargé de projet régional pouvait se faire une tête sur l'essence du projet et plus précisément sur les éléments à mettre en place et les objectifs à atteindre dans le cadre de la livraison 1. Cependant, il faut admettre qu'il y a eu une multitude de documents insérés à la trousse et certains se sont trouvés moins utiles ou non utilisés. Il aurait été bien de spécifier les documents essentiels à la compréhension du projet, afin de faciliter l'assimilation de la matière et d'intégrer le projet.

Un point fort est à souligner, les outils de communications ont permis de faire la promotion du projet et la concertation des instances impliquées et des partenaires. Le visuel uniforme avec le logo du RSIPA permettait une association rapide des documents au projet. Ces outils permettaient également d'initier le changement. Les documents du plan de communication et du processus de demandes de soutien ont aidé la gestion du changement et la concertation des parties impliquées.

Le tableau de bord, bien que la tâche semblait répétitive et s'inscrivait à travers une gestion exhaustive du changement, a aidé à un meilleur suivi et à une prise de conscience de l'avancement des travaux ainsi qu'une visualisation des cibles à atteindre dans un échéancier donné.

De plus, il a été fort apprécié que cette trousse soit déposée sur le forum RSIPA. L'accessibilité était excellente.

Voici différents commentaires des CSSS :

CSSSE

À la lecture de la trousse, les étapes étaient cohérentes et faciles à suivre. Pour un nouveau chargé de projet local arrivant en cours de projet, les documents étaient aidants. La trousse était bien détaillée mais il était parfois difficile de s'y retrouver. La trousse était très documentée et par conséquent engendrait beaucoup de lecture.

CSSSB

Le chargé de projet régional a transmis, au besoin, les éléments de la trousse qui pouvaient s'avérer utiles, selon l'étape où nous étions au plan local. Cependant, le langage utilisé et l'ampleur des documents n'en facilitaient pas l'utilisation. Les documents étaient imposants et engendraient beaucoup de lecture. Dans un contexte où les délais sont restreints il a été difficile de s'approprier l'ensemble du contenu. Il aurait été plus avantageux de bien vulgariser certains termes, surtout les éléments informatiques, afin d'avoir une bonne compréhension. Nous aurions pu avoir une rencontre où on aurait parcouru l'ensemble de la trousse de déploiement ensemble et alimenter ainsi notre réflexion pour convenir des éléments les plus pertinents à utiliser. Le délai d'implantation a vraiment limité la planification et ces aspects d'apparence plus hermétique ont été escamotés alors qu'ils auraient pu nous aider. Il faut également considérer que le délai entre la remise de la trousse au chargé de projet régional et le démarrage réel du projet n'a pas aidé le suivi.

En général, la trousse a été très utile. Il aurait été possible d'optimiser davantage l'utilisation afin d'en tirer plus de bénéfices. Vous trouverez dans le prochain tableau l'utilisation faite de chacun des documents de la trousse ainsi que quelques commentaires relatifs à ceux-ci.

3.1.2 Support provincial

Le questionnaire qui suit dresse le bilan régional de l'utilisation ou de la consultation des différents éléments de la trousse de déploiement rendue disponible par l'équipe provinciale.

Évaluation du support provincial				
Insatisfait	Peu	Satisfait	Très	Autre*
			x	
*Autre :				

Élément de la trousse	Utilisé / consulté ? (inscrire un X)			Motif* (a à f)	Suggestions d'améliorations	Éléments appréciés (si utilisé/consulté)
Volet « Généralités (G) »						
G1- Lettre de présentation de la trousse	Oui	X	Non*			Permet d'expliquer l'utilité
G2- Contenu de la trousse de déploiement	Oui	X	Non*			Permet de voir les étapes et les éléments à mettre en place dans le cadre du projet
G3- Guide d'utilisation de la trousse de déploiement	Oui	X	Non*			Permet de savoir ce que la lettre signifie et à quel élément se rattache le document (ex. C = communication) surtout sur le forum
Volet « Communications (C) »						
C1- Répondants de l'équipe provinciale RSIPA	Oui	X	Non*			Permet de transmettre l'information aux directions le nom des porteurs de dossier au provincial
C2- Gabarit de saisie des répondants de l'agence pour le déploiement RSIPA	Oui	X	Non*	X	b	Permet de transmettre l'information au MSSS, et ce, à chaque changement Document modèle pour communication à l'interne
C3- Gabarit de saisie des répondants de l'établissement pour le déploiement RSIPA	Oui	X	Non*	X	b	L'Agence a utilisé le C3 pour communiquer avec le MSSS L'Agence avait un document à cet effet pour les communications à l'interne <u>CSSSB</u> : Personnes reconnues et mécanismes de liaison établis <u>CSSSRT</u> : Facilite l'élaboration des répondants locaux et les communiquer au MSSS

Élément de la trousse		Utilisé / consulté ? (inscrire un X)				Motif* (a à f)	Suggestions d'améliorations	Éléments appréciés (si utilisé/consulté)
C4-	Présentation du projet RSIPA et de la Livraison 1	Oui	X	Non*		f	Il aurait été intéressant d'avoir une diapositive présentant les enjeux dans ce dossier et des difficultés susceptibles d'être rencontrées en cours de déploiement	Ce document fut fort utile pour a présentation tant au plan régional que local <u>CSSSGL</u> : Les informations étaient clairement expliquées. L'aide de ces documents m'a été très utile <u>CSSSB</u> : Important de savoir sur quoi porte l'engagement
C5-	Plan global de déploiement	Oui	X	Non*				Utilisé lors de la prise en charge du dossier par la chargée de projet régionale Utilisé lors de présentation du projet auprès de diverses instances dont les CORIR, le comité de travail du DCI
C7-	Plan de communication provincial du déploiement	Oui	X	Non*	X	f	Les CSSS et l'Agence auraient apprécié une campagne de publicité plus grande du projet car essoufflement dans le temps et gens peu informés dans le réseau La majorité du contenu est dans le C4	Le dernier tableau « Moyens et activités de communication » fut très utile pour se situer lors de la prise en charge du projet pour la répondante à l'Agence
C8-	Gabarit de plan de communication régional du déploiement	Oui	X	Non*	X	e		Avec le changement de chargés de projet régional utilisation non optimale et pas assez tôt dans l'avancement du projet <u>CSSSB</u> : Difficile d'arrimer un plan régional prenant en compte toutes les particularités des territoires
C9-	Gabarit de plan de communication local du déploiement	Oui	X	Non*	X	f		Ce ne sont pas tous les CSSS qui en ont fait l'utilisation

Élément de la trousse	Utilisé / consulté ? (inscrire un X)				Motif* (a à f)	Suggestions d'améliorations	Éléments appréciés (si utilisé/consulté)
							<u>CSSSB - CSSSMI</u> : Toutefois, le document « maison » des processus de soutien a été davantage utilisé
C10- Gabarit d'identification visuelle	Oui	X	Non*	X	f		Très apprécié, a été utilisé dans toutes les correspondances de l'Agence dans le cadre du RSIPA Les CSSS n'ont pas tous utilisés ce gabarit ou l'ont utilisé pour une partie des correspondances
C11- Gabarit de présentation Powerpoint et instructions	Oui	X	Non*				Soutien très apprécié pour les présentations élaborées par la chargée de projet régional pour réaliser un Powerpoint. Présentation du RSIPA, des profils Iso-SMAF, Prisma 7, etc. Les chargés de projet local en ont également bénéficié
C12- Gabarit de projet d'ordre du jour	Oui	X	Non*	X	b		Utilisé et très apprécié. Cependant, directives d'uniformité de la documentation de l'Agence en mai 2010
C13- Gabarit de projet de compte-rendu	Oui	X	Non*	X	b		Utilisé et très apprécié. Cependant, directives d'uniformité de la documentation de l'Agence en mai 2010
Volet « Gestion de projet (P) »							
P1- Exemple de rôles et responsabilités régionaux et locaux	Oui	X	Non*				Utilisé par la première chargée de projet, consulté pour élaborer P7
P2- Gabarit de compréhension initiale de projet	Oui	X	Non*				Utilisé dans P7
P3- Gabarit de manuel d'organisation de projet	Oui		Non*	X	e		Peut-être consulté par la 1 ^{re} chargée de projet
P4- Gabarit de planification détaillée - agence	Oui		Non*	X	e		Peut-être consulté par la 1 ^{re} chargée de projet
P5- Gabarit de planification détaillée – établissement	Oui	X	Non*				L'Agence a exigé ce tableau complété par les CSSS pour planification et suivi

Élément de la trousse	Utilisé / consulté ? (inscrire un X)				Motif* (a à f)	Suggestions d'améliorations	Éléments appréciés (si utilisé/consulté)
							<u>CSSSGL</u> : Ce document m'a été très utile. Il m'a aidé à produire mon document.
P6- Gabarit d'horaires d'ateliers de projet	Oui		Non*	x	e		
P7- Gabarit de ressources et répartition – établissement (obligatoire)	Oui	X	Non*				<u>CSSSGL</u> : Ce document m'a aussi été très utile. Une chance que je l'ai eu <u>CSSSB</u> : Complexe et long à compléter mais servant de guide, très utile
P8- Exemple de document – Ressources et répartition – établissement	Oui	X	Non*				Aussi, très utile, clarifiait la vision et les étapes et très utile auprès du comité de direction et du bureau de projet de l'établissement
P9- Gabarit de plan régional de déploiement (obligatoire)	Oui	X	Non*				Dans un contexte de planification dans un délai limité : Très long et trop détaillé
P10- Exemple de plan régional de déploiement	Oui	X	Non*				Très apprécié
P11- Gabarit d'état de situation	Oui		Non*				Très aidant d'avoir un exemple quoique le projet diffèrait du nôtre en certains points
P12- Tableau de bord de suivi d'avancement (obligatoire)	Oui	X	Non*			Éviter d'acheminer une nouvelle grille à compléter alors que nous sommes à terminer le déploiement pour la fin juin	Aidait à suivre le projet et à se structurer. Rappels non nécessaires une fois le projet fermé
P13- Liste de vérification du chargé de projet régional	Oui	X	Non*				Apprécié
P14- Liste de vérification du chargé de projet local	Oui	X	Non*				Concret et visuellement accessible. Aurait pu être plus utilisé plus tôt dans le projet (changement de chargé de projet)
P15- Liste de vérification du répondant RI régional	Oui	X	Non*				Apprécié
P16- Liste de vérification du répondant RI local	Oui	X	Non*				Utilisé par la chargée de projet pour planification avec la DRI du projet et des

Élément de la trousse	Utilisé / consulté ? (inscrire un X)				Motif* (a à f)	Suggestions d'améliorations	Éléments appréciés (si utilisé/consulté)
							rencontres. Utilisé par certains CSSS, aurait été apprécié plus tôt dans le projet (changement de chargé de projet)
P17- Gabarit de bilan régional de déploiement (obligatoire)	Oui	X	Non*			Cependant, malgré l'importance de faire un bilan, processus demandé est beaucoup trop détaillé et complexe pour le bilan local. Certains éléments en deviennent redondants et d'autres sont peu pertinents. Simplifier svp lors de prochains projets	Utile pour cibler les informations à colliger Implication, soutien et encouragements de la chargée régionale faits dans une approche constructive et positive aident
P18- Exemple de bilan régional de déploiement	Oui	X	Non*				Très aidant. Aurait même dû être consulté en début de projet pour une planification plus éclairée de certains aspects
P19- Gabarit – Analyse du contexte organisationnel	Oui		Non*	X	e		Sera utilisé dans les prochaines étapes, aurait dû être utilisé avant
P20- Gabarit de stratégie et de plan de changement	Oui		Non*	x	e		Sera utilisé dans les prochaines étapes, aurait dû être utilisé avant
P21- Sensibilisation à la gestion du changement	Oui	X	Non*				Document connu dans un autre contexte mais trop peu de temps pour appliquer en profondeur tous les aspects soulevés. A guidé au début. À revoir avant les prochaines étapes.
P21- Sensibilisation à la gestion du changement	Oui		Non*	X	e		À revoir avant les prochaines étapes
Volet « Soutien (S) »							
S2- Aide-mémoire de soutien applicatif	Oui	X	Non*				Utilisé par les formatrices et remis aux intervenants formés
S3- Gabarit de processus de demandes de soutien	Oui	X	Non*				Utilisé par la chargée de projet régional Processus de soutien fait localement, inspiré du modèle de la chargée régionale

Élément de la trousse	Utilisé / consulté ? (inscrire un X)			Motif* (a à f)	Suggestions d'améliorations	Éléments appréciés (si utilisé/consulté)
S4- Mesures de sécurité de l'information préconisées	Oui	X	Non*			Information s'y retrouvant transmise lors des formations
Volet « Utilisateur »						
U1- Matériel de formation	Oui	X	Non*			Utile et bien organisé
U2- Questionnaires d'appréciation de la formation	Oui	X	Non*			Complet comme information recueillie
U3- Cahier du formateur	Oui	X	Non*			Volumineux, mais bien fait
U4- Exemples de consignes particulières destinées aux utilisateurs	Oui	X	Non*			Utile et concret
U5- Fiche de saisie initiale	Oui	X	Non*			Très apprécié, très orientant
U6- Profil de compétence « pilote local »	Oui	X	Non*			Utile pour faire « l'appel d'offre » initial ou cibler l'intervenant adéquat
U7- Document de référence sur la gestion des formulaires	Oui	x	Non*		Confusion avec les configurations initiale demandée (Windows 2000 et XP)	Apprécié des RI
Volet « Technologies (T) »						
T1- Configuration requise	Oui	X	Non*		Confusion avec les configurations T1 vs U7	
T2- Architecture technologique de la livraison 1	Oui	X	Non*			Surtout auprès des RI et autre comité (DCI)
T3- Fiche synthèse de démarrage de l'outil	Oui	X	Non*			Surtout auprès des RI et autre comité (DCI)

* *Motifs de non-utilisation :*

- a) *N'a pas été jugé utile*
- b) *Équivalent déjà existant*
- c) *Manque de temps*
- d) *Difficulté d'utilisation*
- e) *Présence inconnue / oubliée*
- f) *Autre: Inscrire le motif dans la colonne « Suggestions d'améliorations »*

3.1.3 Forces et améliorations

La majorité des documents de la trousse ont été utiles. La vitesse de déploiement, les courts délais et les changements de chargés de projet tant au plan local que régional ont fait en sorte que certains documents ont été oubliés, pas suffisamment exploités ou utilisés trop tard dans les étapes de déploiement.

Il aurait été bien de préciser les outils les plus utiles et de faire des rappels à cet effet.

La complétion des outils tels que le plan de déploiement, les tableaux de bord et le bilan de déploiement a été fastidieuse. Un allègement de ces documents et des exigences rattachées serait apprécié.

Le tableau qui suit dresse le bilan régional des forces et des points à améliorer au niveau de la trousse de déploiement.

Forces	Points à améliorer	
	Points	Correctifs suggérés
✓ Bien détaillé	✓ Trop détaillé pour certains fascicules	✓ Baisser les exigences pour les rapports (tableau de bord, P7, plan et bilan)
✓ Étapes logiques	✓ Les étapes étaient logiques mais trousse difficile d'accès, plusieurs fascicules que nous devons chercher un à la fois ✓ Incongruité dans les indications entre les documents à propos de la configuration Windows	✓ Assembler en un seul document toute l'information requise. Suggérons une table des matières avec l'utilité associée de chacun des fascicules ✓ S'assurer que les informations sont les mêmes à l'intérieur des documents ✓ Lors de changements des indications faire des avis de mise à jour dans chacun des documents en ligne plus un avis courriel ou sur la page d'ouverture
✓ Les informations étaient clairement détaillées. Les explications étaient claires	✓ L'accès aux fascicules était difficile à repérer	✓ Les chargés de projet auraient pu recevoir les trousseaux au début du projet soit par courriel ou par courrier en indiquant la procédure pour les consulter en ligne : l'adresse, le code d'accès le mot de passe
✓ Approche conviviale et non « coercitive » des chargés de projet régional ✓ Le fait qu'il a eu des changements, le suivi de la trousse a été apprécié, mais difficile.	✓ Chargée de projet régionale	✓ « On fait ce qu'on peut » mais le suivi de ces éléments auraient été facilités si ça avait été toujours la même personne au régional
✓ Complétion faite et proposée par le régional	✓ Trousse de déploiement (plan, bilan?)	✓ Présenter et discuter avec les chargés de projet local et identifier les documents à utiliser
✓ Complétion faite par les chargés de projet local et proposés aux collègues	✓ Trousse de déploiement (plan, bilan?)	✓ Utiliser pour cueillette de données auprès des pilotes et formateurs
✓ Bon support pour la rédaction du plan et bilan de déploiement	✓ Trop détaillé et long même redondant	✓ Circonscrire

3.2 Les étapes du déploiement (le déroulement en général)

3.2.1 Synthèse du déroulement général au niveau régional

Évaluation du support provincial				
Insatisfait	Peu	Satisfait	Très	Autre*
		X		
*Autre :				

À la demande du MSSS, un comité de coordination régional a été mis en place en mars 2008. L'Agence a alors désigné une chargée de projet régional RSIPA. Celle-ci assumait le leadership et la coordination de ce comité.

Dans le but de réaliser la livraison 1 de la solution informatique RSIPA, les cinq établissements ont présenté un état de situation des composantes prévues dans le projet RSIPA. À partir de cette démarche, le comité s'est réuni de façon régulière en raison d'une fois par mois.

Durant cette période, plusieurs représentations au sujet du RSIPA, des composantes à mettre en place et des résultats obtenus à l'OSIRSIPA ont été effectuées auprès des différentes directions de l'Agence et des établissements concernées par le projet.

À l'automne 2009, l'Agence a engagé un nouveau chargé de projet régional. Après quelques mois, le chargé de projet s'est retiré. Un processus de recrutement à l'emploi a été amorcé. C'est donc en février 2010 qu'une nouvelle chargée de projet régional est entrée en poste.

Tous les chargés de projet local ont rapidement été appelés à déposer leur Plan de déploiement local respectif avant la fin du mois de février 2010. Ces démarches étaient préalables au dépôt du Plan de déploiement régional. Ce livrable était une exigence probatoire au déploiement de la solution informatique (mode production).

En raison des livrables à déposer dans un court délai, depuis février 2010, les membres du comité de coordination régional se sont réunis aux trois semaines. Un plan de communication régional a été déposé afin de faciliter la circulation de l'information. Le Lotus Note et un forum régional « Claroline » sont les moyens utilisés afin de centraliser et diffuser l'information.

Comme prévu, le 30 mars 2010, le plan régional est déposé. Selon le plan de déploiement de chacun des établissements, des dates de mise en production ont été planifiées. Les formations préalables (OÉMC initial, Profils Iso-SMAF, mises à jour OÉMC et mise à jour profils Iso-SMAF) et les formations de la solution informatique RSIPA se sont déroulées comme prévu à l'exception de quelques journées de tempête qui ont forcé les formatrices et les formateurs à reporter des journées de formation. La mise à jour mensuelle des tableaux de bord a permis un suivi des activités et l'atteinte des objectifs visés. Les dates prévues au plan de déploiement pour le passage au mode production ont été respectées à deux ou trois semaines près. Le démarrage en mode production a nécessité, pour chacun des CSSS, une période prétest à petite échelle. Cette période préliminaire a été fort utile pour mettre à l'épreuve l'outil et le plan de processus de demande de soutien. Pendant ce temps de prétest, les codes d'accès ont été attribués. Par la suite, la mise en production générale a été réalisée.

par déploiement en cascades. Au 30 juin 2010, l'ensemble des objectifs inscrits au plan de déploiement était atteint.

Il est à préciser que préalablement au déploiement et pendant celui-ci, les rencontres des chargés de projets régionaux se sont maintenues aux 3 semaines. Ces réunions ont d'abord permis de maintenir la cadence pour atteindre les objectifs visés. Toutefois, la majorité des travaux réalisés en comité se sont limités à la définition de processus cliniques. Ces processus discutés en comité étaient par la suite appliqués selon chacune des réalités locales. L'implantation des processus cliniques a facilité l'intégration de l'outil informatisé dans la pratique des utilisateurs.

Parallèlement au plan régional, un suivi régulier avec la direction des services sociaux et communautaires (DSSC) de l'Agence a permis une concertation régionale de différentes instances impliquées directement ou indirectement par le projet RSIPA. Diverses représentations et de nombreux suivis auprès de différents comités ont facilité l'avancement des travaux. Les directions et les comités sollicités sont: la direction de l'Agence, le comité d'orientation des ressources informationnelles régionales (CORIR), le comité clinico-administratif personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (CCA-PA), la direction de la santé physique (DSP), la direction des soins intensifs (DSI) et le Forum des directeurs généraux (FDG).

Pour une meilleure implantation du projet RSIPA et pour une harmonisation des pratiques impliquant d'autres outils ou d'autres pratiques, plusieurs rencontres ont eu lieu avec des équipes de projets connexes. Les équipes des projets suivants ont été rencontrées : le Dossier client informatisé (DCI), Action-Santé, ainsi que la répondante régionale de la Demande de services interétablissements (DSIE) informatisée et certains répondants locaux pour les mécanismes d'accès à l'hébergement. À cette fin, une annexe au cadre de référence régional des mécanismes a été ajoutée.

De plus, afin d'encadrer les chargés de projet local et les informer sur les orientations à prendre dans une perspective à moyen et long terme, une formation sur la gestion de cas et sur le RLS leur a été présentée. Cette formation a permis de redéfinir la livraison 1, soit le déploiement de l'outil informatisé, à l'intérieur de l'ensemble du projet global du RSIPA.

Soulignons que plusieurs heures ont été consacrées à la rédaction du plan de déploiement et du bilan par chacun des chargés de projet local ainsi que par la chargée de projet régional. En plus de ces heures de rédaction, la chargée de projet régional a réservé beaucoup de temps pour la planification stratégique, pour l'implantation du RSIPA et de la solution informatique, ainsi que pour le maintien des opérations d'implantation et de fonctionnement. Plusieurs représentations ont dû être faites en cours de déploiement et par la suite. Ces représentations étaient des séances d'information sur le projet RSIPA, l'outil, les profils Iso-SMAF auprès des différentes directions, des coordonnateurs cliniques des différents secteurs touchés par le projet RSIPA. Bien que le projet RSIPA et les différentes composantes aient été présentées au démarrage (mars 2008), un rappel fut essentiel afin de rafraîchir la mémoire de certains, de motiver d'autres et de convaincre d'aucun de la plus-value.

De plus, la chargée de projet a consacré beaucoup d'énergie à présenter le RSIPA et la solution informatique à différents comités ayant des projets connexes. Elle a également approché plusieurs personnes pour arrimer l'outil RSIPA informatisé à d'autres outils cliniques afin d'éviter les doublons.

Dates historiques en Chaudière-Appalaches:

- 1^{er} février 2010 : Première journée en poste de la chargée de projet RSIPA Valérie Guillot;
- 31 mars 2010 : Dépôt du plan de déploiement régional;
- 21 avril 2010 : Plan de déploiement régional par la SOGIQUE et le MSSS accepte et approuve;
- 5 mai 2010 : Mise en production du CSSS de la région de Thetford;
- 19 mai 2010 : Mise en production du CSSS du Grand Littoral et de l'Hôtel-Dieu de Lévis;
- 26 mai 2010 : Mise en production du CSSS de Beauce;
- 2 juin 2010 : Mise en production du CSSS de Montmagny-L'Islet et du CSSS des Etchemins;
- 30 juin 2010 : Fin du déploiement régional;
- 30 octobre 2010 : Dépôt du bilan régional.

Constats du déroulement du déploiement au plan régional

L'Agence tient à remercier le travail acharné des chargés de projet local et de leurs équipes pour la réalisation de cette première étape d'implantation du RSIPA, ainsi que le dévouement des formatrices régionales. Il est important de souligner que la planification et la réalisation du déploiement ont été effectuées dans des circonstances particulières. Tout d'abord, les délais imposés étaient très courts. La libération des intervenants de leur charge de travail régulière, pour les tâches rattachées à la réalisation des différentes étapes, n'a pu être possible dans tous les CSSS. De plus, le changement de chargé de projet régional, en février 2010, a entraîné une période d'adaptation dans une phase charnière du projet, soit la planification du déploiement, la planification de la gestion du changement au régional et au local, la mise en place de mesures de communication et la concertation avant démarrage. Par conséquent, il y a quelques embûches rencontrées par les chargés de projet qui auraient pu être minimisées par une meilleure planification et une concertation plus définie, dont la résistance de certains directeurs, coordonnateurs et intervenants. Toujours en raison d'un déploiement précipité, à quelques reprises, les chargés de projet local ont dû revoir certains éléments de leur planification, dont l'implantation du Prisma 7. Il faut savoir que tous les intervenants en formation ont été formés pour le Prisma 7. Cependant, le repérage n'a pu être effectif en raison de l'organisation variable des guichets d'accès, la capacité de réponse aux personnes repérées et la définition des trajectoires. Les chargés de projet ont très bien su composer avec les différents obstacles. Il est à préciser que la mise en place d'une équipe tactique de déploiement par les chargés de projet local était une stratégie efficace pour composer avec les situations problématiques. De plus, la définition des processus clinique et de soutien,

en préalable à la mise en production, était la mesure ayant le meilleur impact sur le déroulement des opérations de déploiement tant sur les responsables du projet, les pilotes et les intervenants impliqués.

L'atteinte des objectifs, dans le respect de l'échéancier, est grandement attribuable au travail, au professionnalisme et à la conviction en ce projet des chargés de projet et de leur équipe. L'ouverture de la direction de l'Agence et tout spécialement de la DSSC a également contribué à ce succès.

CSSSE

Au CSSSE, la direction a choisi de donner le mandat au gestionnaire du soutien à domicile afin d'agir comme chargé de projet. Aucune embauche n'a été faite à ce sujet.

Des comités stratégique et opérationnel ont été créés dès le départ afin de répartir les rôles de chacun. Nous avons fait l'inventaire des systèmes informatiques, identifié les personnes à former, établi un plan de communication et des rencontres ont eu lieu avec le CSSSB dans le but d'harmoniser le lien CH-CSSS.

De plus, un comité de suivi a été créé dans l'optique de maintenir les gens à jour au sujet des changements, de continuer les formations et de faire en sorte de maintenir l'intérêt des personnes dans l'utilisation des profils.

CSSSGL - CHAU HDL

Planification initiale du projet

Le CSSSGL a confié le mandat à la directrice adjointe du SAD-SP, elle a donc été la chargée de projet pour le RSIPA. Une agente administrative a été embauchée pour la supporter dans la réalisation de son mandat. Le document ressources et répartition a été produit et déposé à l'Agence le 5 février 2010. Deux personnes à raison de 4 jours / semaine ont travaillé durant 3 semaines à la réalisation de ce document. Pour sa réalisation, plusieurs personnes du CSSSGL ont été sollicitées pour donner l'information et/ou la valider (ex : service des finances, services informatiques, chefs de programme, coordonnateurs, directeurs). La réalisation de ce document impliquait :

- Que des ententes de fonctionnement entre le CSSSGL et le CHAU HDL quant à la distribution budgétaire et la gestion du projet en soi, entre les deux organisations, soient établies;
- Que le montage financier soit conforme au budget alloué;
- Que les ressources à former soient ciblées;
- Que les secteurs ciblés par le déploiement des composantes soient déterminés.

Des comités stratégique, tactique et opérationnel ont rapidement été mis en place. Les rôles et responsabilités de chacun ont été clairement définis.

Planification de la réservation de toutes les salles de formation

Une secrétaire a travaillé durant 2 jours pour planifier et réserver toutes les salles requises.

Planification de la réservation de tout le matériel nécessaire pour prodiguer la formation

Une agente administrative a travaillé à temps complet du début février à la fin juin 2010. Elle avait comme rôle de préparer le matériel nécessaire pour prodiguer la formation, de préparer les certificats, d'inscrire les personnes à la formation et de faire le suivi avec leur supérieur, de commander les repas dans les salles respectives de formation, d'assurer le suivi des présences, de distribuer et de compiler les résultats de l'appréciation de la formation offerte, de supporter les formateurs avec le matériel informatique et de faire les photocopies requises pour les formateurs.

Planification du déploiement des formations

Un calendrier a été réalisé pour détailler toutes les activités à réaliser à chaque semaine, et ce, à partir du 1^{er} février pour se terminer le 30 juin 2010. Toutes les formations ont été planifiées ainsi que les activités de corrections essentielles à la certification OÉMC des intervenants.

Planification d'un plan de communication

Au tout début du projet, la chargée de projet a rencontré tous les gestionnaires du CSSSGL pour présenter le projet et expliquer les étapes à venir. Ils ont été informés de l'objectif à atteindre et des modalités de fonctionnement pour réaliser cette période de formation intensive.

Par la suite, deux rencontres ont été réalisées avec le service des communications pour déterminer quelle serait la meilleure façon de rejoindre les intervenants visés par ce projet. Finalement, il a été convenu que la meilleure façon était de rejoindre tous les intervenants, les chefs et les directeurs par Lotus Notes. Des groupes ont été formés pour aider à la diffusion massive de l'information. Pour ce faire, une secrétaire a travaillé une journée complète à constituer les groupes en fonction des personnes interpellées par le projet.

Trois rencontres ont été tenues avec les chefs de programme pour les informer de l'évolution des travaux et leur communiquer nos attentes. Trois rencontres ont été tenues avec les directeurs visés pour les mêmes motifs. La chargée de projet a travaillé trois jours pour établir le plan de communication.

Planification de la mise en disponibilité du matériel informatique requis

Quatre rencontres ont été nécessaires avec la responsable du service informatique. Dans un premier temps, un recensement du matériel disponible a été réalisé pour établir les manques à combler. Pour réaliser ces tâches, un technicien a travaillé à temps complet durant quinze jours environ.

Une fois les besoins identifiés, les commandes ont été effectuées et le matériel a été installé. L'installation du nouveau matériel a monopolisé un technicien en informatique durant une semaine, mais la mise à niveau des appareils existants a pris trois semaines de son temps.

Le service informatique a également monté une salle pour répondre à nos besoins de formation intensive et nous permettre ainsi d'arriver à respecter l'échéancier. Dix postes informatiques en surplus ont été mis à la disposition des formateurs. Un technicien en informatique a travaillé durant une semaine complète pour installer les postes et le service de maintenance a travaillé deux jours complets pour monter la salle.

Planification d'une stratégie de déploiement sur le terrain

Deux rencontres du comité tactique avec les pilotes et deux rencontres du comité tactique avec les directeurs ont été consacrées à la planification du déploiement. Il a été convenu qu'une équipe SWAT composée de cinq formateurs et de pilotes soient libérés à temps complet pour la période du 25 mai au 30 juin 2010 afin de supporter les personnes lors du déploiement intensif de la solution informatique. Cette équipe a d'abord supporté un groupe témoin de 25 personnes durant quinze jours, par la suite, elle a supervisé le reste des intervenants formés. Des conférences téléphoniques avec la chargée de projet ont été tenues à chaque semaine pour connaître l'évolution de la situation et apporter les correctifs le plus rapidement possible. Les personnes de cette équipe étaient joignables en tout temps et elles pouvaient également joindre la chargée de projet en tout temps.

Planification des outils cliniques et des trajectoires

La chargée de projet a travaillé à raison d'une journée par semaine durant la quasi-totalité du projet, afin de préparer les outils cliniques requis sur le terrain et établir des trajectoires efficaces. Pour cette réalisation, plusieurs personnes ont été sollicitées (chefs des archives, chefs de programme, intervenants terrains, formateurs, pilotes et directeurs). Il fallait réfléchir aux modalités d'application selon notre contexte, et ce, pour les deux établissements. De plus, les outils devaient répondre aux besoins des intervenants.

Planification de la gestion financière du projet

Trois rencontres ont été nécessaires avec le directeur adjoint du service des finances pour établir la répartition financière globale du projet et préparer les suivis requis. Une nouvelle unité financière a été créée afin d'avoir la possibilité de suivre adéquatement le budget.

Fin de la période de déploiement

Le déploiement s'est terminé comme prévue le 30 juin 2010. Notre projet n'a connu aucun retard, tout s'est déroulé comme prévu.

Le respect des échéanciers et la réussite de ce projet sont attribuables à l'engagement de toutes les personnes qui se sont mobilisées pour en faire une réussite.

CSSSMI

Au CSSSMI le déploiement a débuté par la mise en place du comité directeur de déploiement. Nous avons planifié le projet, rédigé le manuel d'organisation du projet, fait l'inventaire des personnes à former et établi le calendrier des formations. Plus de 150 personnes ont été formées entre les mois de mars et juin.

Un plan de communication a accompagné le déploiement avec la parution de 2 communiqués centrés sur la compréhension de l'outil informatique et le déploiement qu'il impose.

CSSSRT

Déploiement initial (Marketing)

La directrice PPALV accompagnée du chef de programme PPALV ont présenté le projet RSIPA au comité de direction du CSSS afin d'avoir l'adhésion des différentes directions, mais également de créer un comité stratégique ayant un mandat décisionnel.

- Rencontre explicative RSIPA intervenants sociaux CLSC, hôpital et centre de jour;
- Rencontre explicative RSIPA ASI CHSLD;
- Point statutaire RSIPA à toutes les rencontres d'équipe PPALV.

À souligner que le CSSSRT s'est donné comme mandat de développer les 6 composantes RSIPA pour le 31 mars 2011.

Planification financière

Le chef de programme PPALV a fait le montage financier qui comprenait :

- Les budgets alloués aux technologies (changement de poste de travail, acquisition de 7 portables);
- Les budgets alloués aux formations et au remplacement de personnel;
- Le budget dédié à la libération de la chargée de projet.

Le chef de programme PPALV a fait le suivi du montage financier tout au long du projet à l'aide des différents codes budgétaires alloués au projet RSIPA.

Planification stratégique

Au plan de la planification stratégique, nous avons pu nous approprier les différentes composantes du RSIPA pouvant ainsi mieux voir l'ampleur et l'interrelation de ces composantes les unes envers les autres. Nous avons également clarifié les rôles et responsabilités attendues des différentes directions.

- Mise en place des différents comités tels : Comités stratégique, tactique et opérationnel (février 2010);
- Élaboration des mandats de chacun des comités (février 2010);
- Planification du calendrier de déploiement (février 2010);
- Planification des formations des ressources opérationnelles à la solution informatique (mars 2010);
- Planification de la trajectoire PPALV en lien avec les 6 composantes RSIPA;
- Planification des formations et libération des formateurs (mars à avril 2010);

- Planification et réservation de local de formation (mars 2010);
- Planification des ressources informatiques (février à mai 2010).

Planification tactique

Cette étape visait l'optimisation du continuum de services. L'équipe impliquée était le chef de programme PPALV, la coordonnatrice clinique PPALV, un intervenant de l'hôpital et la chargée de projet RSIPA. Dans cette phase de planification, cette équipe dite tactique, gérait les impacts du déploiement au plan clinique et faisait le suivi des échéanciers de déploiement. Les rencontres étaient 1 fois/mois et nous formions des sous-comités de travail afin de maximiser le temps.

- Planification soutien clinique en cours de déploiement de la livraison 1 (mai à juillet 2010);
- Élaboration de plan de communication (avril 2010);
- Réviser la trajectoire du continuum de service (décembre 2009 à mai 2010).

Planification opérationnelle

Un comité formé de formateur OÉMC, profil Iso-SMAF, solution informatique, pilote clinique et chargée de projet local assurait cette planification. Des rencontres étaient planifiées au besoin. Ce niveau de planification est très déterminant dans son élaboration puisqu'il a un impact direct sur l'équipe de travail et des utilisateurs tant dans l'élaboration de processus que du support.

- Élaboration de processus clinique (avril à mai 2010);
- Élaboration de processus de soutien (avril 2010);
- Élaboration de processus de soutien individualisé (mai à juillet 2010);
- Élaboration de calendrier de formation continu (août 2010).

Une contrainte de remplacement dû au manque d'effectif est survenue. Les intervenants du comité opérationnel ont bien voulu ajouter ce mandat RSIPA en plus de leur tâche régulière. La réussite de cette étape leur est attribuable doublement, puisqu'ils y croyaient ardemment.

Fin de la période de déploiement

Le déploiement s'est terminé comme prévue le 11 juin 2010. Notre projet a connu 1 semaine de retard lors du déploiement des profils lecteur dû à une situation clinique. Toutefois, une latitude à l'horaire avait été prévue pour une telle éventualité.

Développement

Cet automne, une relance au plan de la communication est prévue auprès des utilisateurs pour que le RSIPA demeure d'actualité avec toutes ses composantes. Nous devons étendre notre déploiement à la direction de la santé communautaire (programme DI-TED, DP, santé mentale) de même que la direction de la santé physique (l'UCDG). Des décisions devront être prises au sein de l'hébergement au niveau de l'utilisation de l'OÉMC. De plus, un travail colossal au niveau de l'implantation du Prisma-7, gestionnaire de cas et des autres composantes demeurent à instaurer au sein de notre CSSS.

CSSSB

Les courts délais et les « improvisations » nécessaires en temps réel ne sont pas venus à bout du projet qui somme toute, peut être considéré comme satisfaisant. L'avancement du projet a toujours été habité par la nécessité de construire la vision régionale et locale du RSIPA en même temps que la réalisation du projet plus spécifique d'informatisation de la solution informatique RSIPA-livraison 1. Cela a demandé du temps et de l'énergie, mais le comité régional d'implantation a été très pertinent dans ce contexte et doit poursuivre même après cette phase d'informatisation. Il reste tant à faire.

Au plan local, les comités de travail créés et le soutien de l'établissement à libérer des gens, selon les besoins, sont des éléments qui ont permis un soutien nécessaire à la chargée de projet et garant du succès actuel. Encore là, beaucoup reste à faire. L'équipe des formatrices et de pilotage du système demeure active.

Au plan informatique, afin de stimuler l'intérêt à compléter des OÉMC et à se mobiliser dans l'apprentissage et l'utilisation de la solution en « outillant » les intervenants, l'achat de postes dédiés (un par intervenant) du moins pour les auteurs, constituait un choix très éclairé et grandement apprécié. Il reste maintenant à l'établissement la responsabilité de poursuivre la mise à jour du parc informatique.

Les responsables des archives et pilotes de systèmes ont fait preuve d'une grande lucidité et ils ont permis d'aborder certains éléments en lien avec la gestion du dossier client (IPM, DCI) et avec le RSIPA. Cet aspect a été négligé tant au niveau provincial, au régional qu'au niveau local et il a été plus difficile de faire des liens et de comprendre tous les impacts. Encore là, l'ouverture des personnes concernées a maximisé les échanges et les décisions.

À l'hôpital, beaucoup de changements sont actuellement en cours, notamment les recommandations de la DNU, ce qui fait qu'initialement, au moment de la planification et du démarrage du projet, la préoccupation « RSIPA » était plus isolée et moins active pour le centre hospitalier. Il faudra constituer une équipe de base intrahospitalière, incluant des gestionnaires, pour amorcer une réflexion plus approfondie en regard des besoins et des interventions auprès des aînés, et ce, tant à l'urgence que sur les unités de soin. Ce travail en sera un de longue haleine, car les pas à faire doivent être calculés et concertés. Par contre, le déploiement à l'UCDG pourra s'amorcer plus rapidement.

Il a été dommage de ne pouvoir procéder à la formation des infirmières au SAD, au printemps. La charge associée à l'intégration de SYMO, le climat de travail et le contexte de rareté des ressources humaines obligeaient à une certaine souplesse et le report de l'opération RSIPA à l'automne.

Par ailleurs, la restructuration en cours de « l'AEO santé et social », le changement de gestionnaire et les délais encourus de toute sorte ont rendu difficile la construction de la vision et des processus pour le repérage. Encore là, dans ce projet, l'humain, les personnes, leur enthousiasme, leur coopération et leur engagement ont permis un certain avancement.

Les nombreux enjeux actuels au SAD et en 1^{re} ligne ont limité la mobilisation des gestionnaires concernés. Il sera important de bonifier le travail d'équipe et la prise de décision pour les prochaines étapes, notamment le guichet d'accès et la gestion de cas. La situation actuelle au CSSSB au niveau du plan d'équilibre budgétaire, n'offre pas un contexte favorable et facilitant pour un déploiement optimal et rapide.

Afin de s'assurer d'un meilleur succès et de poursuivre sur la même lancée, il faut cet automne relancer, soutenir le changement, finaliser les formations au SAD, planifier à court terme le déploiement à l'intérieur de l'hôpital. De plus, il faudra aussi déterminer des processus entre l'hôpital et le CSSS voisin, soit le CSSS des Etchemins. Il faudra également bonifier le déploiement avec les CHSLD, les RI et l'ensemble du RLS.

3.2.2 Support provincial

Le support provincial par le MSSS

Le forum a été très aidant et utile. En raison du changement de chargé de projet régional à plusieurs reprises, le dépôt des comptes rendus, des ordres du jour et des documents présentés à chaque rencontre a été très utile afin de connaître l'avancement des travaux et les décisions prises depuis le démarrage. La trousse de déploiement est très complète et aidante à prendre connaissance de l'ensemble du projet. Par contre, la multitude de documents amenait beaucoup de lecture. Il aurait été apprécié que la chargée de projet provincial mette en évidence les documents essentiels à lire pour l'appropriation du projet et identifie les autres documents comme étant complémentaires.

Les rencontres des chargés de projet régional ont été très utiles. Cependant, les conférences téléphoniques qui ont eu lieu de février 2010 à septembre 2010 étaient plutôt condensées et même précipitées. Il y avait beaucoup de contenu et peu de place était réservée aux échanges entre les chargés de projets régionaux sur des questions stratégiques pour l'implantation du projet et la réalité du terrain. Les réponses aux différentes demandes étaient données après de longs délais. Dans de telles circonstances, il était difficile pour une nouvelle chargée de projet de s'informer lors des rencontres ou tirer profits de l'expérience des régions plus avancées. Un support visuel par la visioconférence aurait été apprécié dans cette période. Une seule rencontre en personne, un peu avant le déploiement en mode production, aurait été grandement appréciée.

Au printemps et à l'été 2010, la chargée de projet provincial a occupé des fonctions supplémentaires par intérim. Par conséquent, les suivis aux questions par courriels ou par téléphone ont été décausés, même avec de longs délais. L'intégration au projet pour une nouvelle chargée de projet régional aurait été facilitée avec plus de soutien. La situation s'est quelque peu améliorée dès septembre.

Le soutien de la Sogique

La SOGIQUE a toutefois agit comme soutien lors de la période de surcharge de tâche de la responsable provinciale. La SOGIQUE a reçu la nouvelle chargée de projet en formation afin de la familiariser avec la solution informatique RSIPA. De plus, ils ont offert leur support en tant que conseiller pour différentes difficultés rencontrées dans notre région dont les environnements indépendants du CHAU HDL et du CSSSGL et dans la demande des ressources informatiques du territoire du CSSSMI pour un projet de branchement sur l'IPM plutôt que sur le I-CLSC.

Toutes les demandes au service 00 SOG ont été rapidement prises en charge et répondues. Cependant, vu l'information divergente dans les documents de la trousse à propos de la configuration sur Windows, il aurait été apprécié de recevoir plus de soutien à nos pilotes qui se sont retrouvés avec des systèmes qui inadéquats, ne pouvant répondre aux exigences du besoin.

On se doit de souligner que les pilotes régionaux ont grandement apprécié la formation de la solution informatique, l'écoute offerte par les formateurs de la SOGIQUE et leur soutien en cours de formation et de déploiement.

Le soutien du CESS

Le soutien des experts du CESS a été très apprécié et éclairant tant pour les formations que pour leur expertise et leur expérience d'implantation des composantes cliniques autour de l'OÉMC et des profils Iso-SMAF. Leur soutien a été grandement apprécié tant par la chargée de projet régional, les chargés de projets locaux que par les formateurs.

En général, le fait que les allocations budgétaires ont été émises en fonction de l'implantation d'un outil informatisé, a laissé une impression que le projet RSIPA est un projet informatique. La solution informatique est le centre de l'attention alors que l'implantation de celui-ci provoque énormément de remous au plan de l'organisation des équipes de soins, au plan de la pratique et de la communication. Il semble que les enjeux d'un tel outil n'ont pas été mesurés ou annoncés suffisamment. Un encadrement et un appui de la part de MSSS auraient été pertinents. Des lignes directrices précises sur l'impact de l'implantation de l'outil et des mesures à prévoir ont été manquantes. Les futures livraisons reposent sur le développement de l'outil informatisé, il semble que les composantes cliniques n'y soient pas attachées autant que cela puisse être requis.

3.2.3 Forces et améliorations

Le tableau qui suit dresse le bilan régional des forces et des points à améliorer au niveau de la démarche de déploiement.

Forces	Points à améliorer	
	Points	Correctifs suggérés
✓ L'esprit et le travail d'équipe à tous les niveaux	✓ Projet avec échéancier très court qui ne tient pas compte du nombre important d'intervenants que nous avons à former et de l'étendue de notre CSSS	✓ Évaluer, selon le nombre d'intervenants à former, les échéanciers
✓ La conviction, la motivation, la collaboration et le dévouement des chargés de projet local	✓ Saisie de la médication : Sur le terrain, les intervenants vivaient l'obligation d'exécuter une tâche qui apportait un risque important pour la sécurité de l'utilisateur. Ils auraient apprécié avoir une réponse et une position plus rapide au niveau du provincial	✓ Améliorer le délai de réponse aux intervenants sur le terrain, surtout lorsque la sécurité des usagers est compromise
✓ Les personnes constituant les comités de travail (comité clinique ou opérationnel) : leur ouverture et leur professionnalisme, leur engagement	✓ Adhésion plus « éclairée » et exhaustive des décideurs : comité de direction de certains CSSS et équipe des gestionnaires du programme PPA	✓ Planification globale du RSIPA par le programme PPA sur plusieurs années
✓ L'ouverture des utilisateurs formés	✓ Accent mis sur le développement de l'outil informatisé et sur son implantation. Impression que les autres composantes du RSIPA ne sont pas prises en compte lors du déploiement de la livraison 1	✓ Recadrer la livraison 1 dans le RSIPA global
✓ Les engagements antérieurs de l'établissement et du programme pour la complétion de l'OÉMC et l'intégration à la pratique, de même que l'orientation appuyée du plan d'intervention et de travail en interdisciplinarité	✓ Accent mis sur l'outil informatisé a fait en sorte que les ressources informatiques ont questionné que ce soit les chargés de projet issus du clinique et de l'administratif	✓ Meilleure communication de la part du régional et du local afin de bien définir la livraison 1 dans le projet global du RSIPA
✓ Rencontres aux 3 semaines pour un meilleur suivi dans les mois qui ont précédé le déploiement	✓ Mobilisation des directions PPALV des CSSS et d'autres directions touchées par le projet	✓ Plan de communication régional mieux défini au départ et à maintenir malgré le changement des chargés de projet

Forces	Points à améliorer	
	Points	Correctifs suggérés
✓ Désignation de 2 formatrices régionales qui ont vu à la planification et à la motivation des formateurs locaux	✓ Collaboration, concertation et arrimage avec d'autres projets en cours	✓ Plan de communication régional mieux défini au départ et à maintenir malgré le changement des chargés de projet et intégration plus importante des ressources informatiques
✓ Période de prétests au plan local	✓ Lecture des enjeux rattachés à l'implantation de l'outil	✓ Prendre plus de temps à évaluer les conséquences sur les équipes et de mettre en place des processus cliniques par la chargée de projet régional. La chargée de projet régional aurait dû être libérée de ses tâches usuelles et se consacrer à 100% au projet RSIPA de février à septembre 2010
✓ Déploiement mode production en cascade	✓	✓

3.3 La communication

3.3.1 Bilan des activités de communication réalisées au niveau régional et au niveau local

RÉGIONAL

L'objectif principal du plan de communication pour la livraison 1, tel que recommandé par le MSSS, était d'informer l'ensemble de la région sur le déploiement des composantes prioritaires en mode établissement et de susciter un mouvement d'adhésion auprès des différents groupes d'acteurs concernés par l'implantation de ces composantes prioritaires. Les objectifs de communication visaient principalement à :

1. Informer de façon générale la région sur la mise en œuvre des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées et le projet d'informatisation;
2. Annoncer le déploiement des composantes prioritaires en mode établissement;
3. Expliquer en quoi consiste le déploiement des composantes prioritaires :
 - Objectifs poursuivis;
 - Portée du déploiement;
 - Durée du déploiement;
 - Stratégies et activités retenues (information, gestion du changement, formation, soutien, etc.);
 - Étapes;
 - Rôles des divers acteurs (équipe provinciale, ASSS, établissements).
4. Faire valoir les bénéfices apportés par l'informatisation des composantes prioritaires en mode établissement;
5. Sensibiliser les acteurs concernés aux impacts de l'informatisation sur les processus de travail;
6. Outiller et soutenir les acteurs concernés dans toutes les étapes du déploiement (pré, per et post déploiement);
7. Faire connaître au fur et à mesure le niveau de progression du déploiement;
8. Faire connaître les résultats du déploiement.

Afin d'atteindre les objectifs visés, le plan de communication devait impliquer différents acteurs sur différents niveaux. D'abord les intervenants concernés à l'Agence étaient :

- Présidents-directeurs généraux;
- Directions de l'organisation des services;
- Directeurs des affaires médicales;
- Chargés de projet régional;
- Responsables des communications;
- Directions des ressources informationnelles (incluant les TCR);
- Pilotes régionaux (informatique et clinique);

- Formateurs régionaux.

Les intervenants cibles dans les établissements étaient :

- Directeurs généraux;
- Directeurs des services professionnels;
- Gestionnaires concernés;
- Chargés de projet RSIPA;
- Responsables des communications;
- Pilotes locaux;
- Intervenants concernés;
- Formateurs locaux;
- Archivistes.

Différents moyens ont été pris. Vous trouverez la liste de ceux en ordre chronologique dans le tableau suivant.

Les moyens et les activités de communication sont présentés par ordre chronologique et par plan d'action

#	Instance responsable	Objectifs de communication (réf. section 7)	Résultats attendus	Clientèles cibles	Moyens / Activités	Échéancier
1	Agence de la santé et des services sociaux	7.6 Outiller et soutenir les acteurs concernés dans toutes les étapes du déploiement (pré, per et post)	Produire et diffuser une présentation du déploiement	Personnel concerné des agences Chargés de projet local	Présentation à la DSSC Présentation au DCC Présentation au CORIR Présentation au comité régional PPALV	Printemps 2009 Automne 2009 Été 2010
2	Agence de la santé et des services sociaux	7.6 Outiller et soutenir les acteurs concernés dans toutes les étapes du déploiement (pré, per et post)	Rédiger et diffuser une lettre d'annonce du déploiement	Personnel concerné des agences Établissements de la région	Rédaction d'une correspondance par la personne concernée à l'Agence et entérinement par la DSSC Diffusion d'une correspondance au comité des chargés de projet régional	Printemps 2009 Automne 2009
3	Chargé de projet régional	7.6 Outiller et soutenir les acteurs concernés dans toutes les étapes du déploiement (pré, per et post)	Mettre en place les mécanismes de partage de l'information d'intérêt commun à portée provinciale, régionale et locale	Personnel concerné des agences Établissements de la région	Rencontres régulières avec la DSSC Rencontres mensuelles avec le comité de coordination régional RSIPA Création d'un forum sur Claroline (<i>base de document-partage</i>)	Printemps 2009 à été 2010
4	Chargé de projet régional	7.3 Expliquer en quoi consiste le déploiement des composantes prioritaires en mode établissement 7.4 Faire valoir les bénéfices apportés par l'informatisation des composantes prioritaires en mode établissement 7.5 Sensibiliser les acteurs concernés sur les impacts de l'informatisation et sur les processus de travail 7.6 Outiller et soutenir les acteurs concernés dans toutes les étapes du	Informier et outiller les chargés de projet local pour les aider dans leurs responsabilités de coordination locale du déploiement	Chargés de projet local	Rencontres mensuelles avec le comité des chargés de projet régional, aux 3 semaines en préparation du déploiement. Forum Claroline Suivi évolutif des tableaux de bord individuellement (courriel et téléphone) Partage et discussion entre les chargés de projet local Visite terrain au besoin par la chargée de projet régional dans les équipes locales	Printemps 2009 à été 2010

#	Instance responsable	Objectifs de communication (réf. section 7)	Résultats attendus	Clientèles cibles	Moyens / Activités	Échéancier
		déploiement (pré, per et post)				
5	Chargé de projet régional	7.6 Outiller et soutenir les acteurs concernés dans toutes les étapes du déploiement (pré, per et post)	Informier et soutenir les chargés de projet local tout au long du déploiement (pré, per et post)	Directions RI Directions PPALV Chargés de projet local Autres comités connexe (DCI, Action Santé, Approche adaptée)	Suivis à la DSSC Suivis au DCC Suivis au CORIR Suivis comité régional PPALV Suivis comité CCA-SP Rencontres mensuelles avec le comité de coordination régional RSIPA Forum Claroline	Printemps 2009 à automne 2010
6	Chargé de projet régional	7.8 Faire connaître les résultats du déploiement	Faire connaître au fur et à mesure les résultats du suivi du déploiement régional	MSSS Équipe provinciale RSIPA Établissements de la région	Dépôt du bilan au MSSS CORIR Chargés de projet CCA-PPALV	Automne 2010
7	Chargé de projet régional	7.8 Faire connaître les résultats du déploiement	Évaluer les activités et le matériel de communication	Chargés de projet local	Suivi des tableaux de bord	Printemps 2009 à été 2010
8	Agence de la santé et des services sociaux	7.8 Faire connaître les résultats du déploiement	Produire et faire connaître le Bilan régional du déploiement	Équipe provinciale RSIPA Personnel de l'Agence Établissements de la région	Collaboration des chargés de projet local à la production du bilan régional Production du bilan régional par la chargée de projet à l'Agence Transmission du bilan de déploiement aux personnes concernées à l'Agence (DSSC-DCC-CORIR)	Automne 2010

#	Instance responsable	Objectifs de communication (réf. section 7)	Résultats attendus	Clientèles cibles	Moyens / Activités	Échéancier
	Chargé de projet régional Formatrice régionale solution informatique	7.3 Expliquer en quoi consiste le déploiement des composantes prioritaires en mode établissement 7.4 Faire valoir les bénéfices apportés par l'informatisation des composantes prioritaires en mode établissement 7.5 Sensibiliser les acteurs concernés sur les impacts de l'informatisation sur les processus de travail	Informé et soutenir les chargés de projet local tout au long du déploiement (pré, per et post)	DSP-DSI régional DG Agence et CSSS	Présentation Powerpoint : comité régional DSP-DSI Forum des DG CCA-SP CCA-PPALV	Été et automne 2010

Les communications : les constats

À la lecture du tableau précédent, plusieurs mesures, moyens et interventions ont été réalisés au plan régional afin d'assurer la réalisation de la livraison 1. Il est donc possible de conclure que le volet communication a été suffisamment développé afin d'arriver aux fins du projet. Or, le plan de communication n'a pas été optimal. En raison des différents changements du chargé de projet régional, de la longue période entre l'annonce du projet en février 2008, incluant les orientations précises pour l'actualisation concrète du projet à l'automne 2009, ainsi que l'activation du plan de déploiement provincial impliquant des délais d'implantation très courts, le projet a connu un manque dans le continuum de la communication.

Dans les faits, la lenteur de l'avancement des travaux en début de projet, suivi de mesures précipitées, a fait en sorte que la chargée de projet régional a été en mesure de gérer de façon autonome le volet communication. Donc, peu d'implication de l'équipe de communication de l'Agence. Cependant, lors de l'annonce du plan de déploiement provincial et des mesures à prendre rapidement, l'arrimage avec l'équipe des communications n'était pas très bien défini afin d'assurer une gestion de communication précipitée.

La chargée de projet a dû redoubler d'ardeur afin de joindre les différents joueurs régionaux pour mettre en branle les différents préalables et éléments du projet, dont les ressources informationnelles, les communications, les équipes de projets connexes, les directeurs des établissements, etc. Un plan de communication (version révisée) avec organigramme a été déposé à la direction du DSSC et au comité de coordination régional RSIPA. Malgré tout, la courte période préliminaire au déploiement n'a pas permis de mettre en place des mesures de communication de façon optimale afin que l'information dans son intégrité soit diffusée à temps entre les directeurs de chacun des CSSS et le terrain. Une utilisation des services de communication régionale plus optimale et davantage en amont à la période de déploiement aurait facilité davantage le travail des chargés de projet local.

Il faut souligner que les chargés de projet local et les formateurs ont grandement contribué à la diffusion de l'information. À ce jour, ils sont les agents multiplicateurs et motivateurs les plus significatifs du projet.

Depuis juillet, la participation plus régulière de la chargée de projet au CCA-PPALV et au CORIR, permet une circulation de l'information plus efficace et une meilleure concertation régionale. L'arrivée de l'Approche Adaptée à la personne âgée en centre hospitalier facilite la concertation et sert de levier et de tribune à la chargée de projet régional RSIPA afin de poursuivre la diffusion des orientations pour l'implantation de l'outil informatisé et les composantes du RSIPA, et ce, dans le cadre d'autres projets dont le désencombrement des urgences, l'Agrément et le DCI.

CSSSE

- Réunions régulières des comités;
- Utilisation régulière de Lotus Notes;
- Articles parus dans le journal du CSSS;
- **Par contre**, bien que rares, les conférences téléphoniques n'étaient pas appréciées.

Afin de maintenir le flux des communications, nous avons tenu plusieurs réunions aux niveaux des opérations et de la direction. L'utilisation des courriers électroniques a été grandement appréciée. De plus, nous avons utilisé le journal du CSSSE dans le but d'informer les employés de l'avancement des travaux. Sans une régularité des communications, l'implantation n'aurait pas été rondement. Il y a avait une préoccupation de chacun à se tenir informé de toute évolution.

CSSSGL – CHAU HDL

Planification d'un plan de communication

Au tout début du projet, la chargée de projet a rencontré tous les gestionnaires du CSSSGL pour présenter le projet et expliquer les étapes à venir. Ils ont été informés de l'objectif à atteindre et des modalités de fonctionnement pour réaliser cette période de formation intensive. Cette rencontre a été très importante et donné le ton et la cadence, dès le départ du projet, pour les gestionnaires à l'interne.

Par la suite, deux rencontres ont été nécessaires avec le service des communications pour déterminer quelle serait la meilleure façon de rejoindre les intervenants visés par ce projet. Finalement, il a été convenu que la meilleure façon était de rejoindre tous les intervenants, les chefs et les directeurs par Lotus Notes. Des groupes ont été formés pour aider à la diffusion massive de l'information. Ce mode de communication a été apprécié des intervenants, des chefs et des directeurs.

Trois rencontres ont été tenues avec les chefs de programme pour les informer de l'évolution des travaux et leur communiquer nos attentes. Trois rencontres ont été tenues avec les directeurs visés pour les mêmes motifs. Ces rencontres permettaient de suivre le déploiement de près et d'assurer rapidement les suivis auprès de leurs équipes. D'ailleurs, les chefs de programme ont intégré un point RSIPA à chaque ordre du jour lors des rencontres avec leurs équipes.

Des organigrammes communicationnels, la planification du plan de déploiement intensif, les processus d'application de la solution informatique, les rôles de chaque personne assignée au support des intervenants, les trajectoires clientèles avec la mise en place des outils RSIPA et les consignes d'utilisation du Prisma 7 ont été réalisés et transmis en main propre à chaque intervenant. Ces derniers savaient, en fonction des difficultés rencontrées, quels intervenants supports contacter, comment les joindre, les étapes à venir, les outils à utiliser et les rôles des personnes responsables du projet.

Les intervenants ciblés pour faire partie du groupe témoin se sont vus remettre un document qui expliquait le pourquoi de la démarche, nos attentes face à eux, à titre de témoin, les modalités de fonctionnement et le support dont ils pourraient bénéficier.

CSSSMI

Un plan de communication a été mis en place, des stratégies de communication ont été élaborées. Le plan de communication a été appliqué et les équipes de travail ont été impliquées.

L'un des fruits de ce plan de communication est le journal RSIPA diffusé localement. À ce jour, deux communiqués ont été émis et un troisième sera diffusé dans les prochains jours. Les communiqués visent à informer les utilisateurs et les personnes concernés de l'avancement du déploiement. Des points d'information ont été mis à l'ordre du jour des rencontres des gestionnaires et des intervenants sociaux.

CSSSRT

Marketing

La directrice PPALV, accompagnée du chef de programme PPALV ont présenté le projet RSIPA au comité de direction du CSSS afin d'avoir l'adhésion des différentes directions. Ce sont ajoutés :

- Rencontre explicative RSIPA intervenant sociaux CLSC, hôpital et centre de jour;
- Rencontre explicative RSIPA ASI CHSLD;
- Point statutaire RSIPA à toutes les rencontres d'équipe PPALV.

Cette phase est primordiale afin de s'assurer de l'adhésion et de la compréhension des différents professionnels au projet RSIPA. Cette présentation amorce le changement.

Communication comité stratégique, tactique et opérationnel

La courroie de transmission se fait via Lotus Notes par le biais de communiqué, travaux déposé etc. La chargée de projet siège sur les 3 comités ce qui facilite les communications.

Communication avec les utilisateurs

Des groupes d'utilisateurs par profil sont formés dans Lotus Notes. Des communications via un journal dédié au RSIPA leur sont envoyées via lotus. Des rencontres d'équipes se font régulièrement, par conséquent un point statutaire fait état de la situation du RSIPA.

CSSSB

Les documents réalisés du rôle et responsabilités dans le P8 de même que celui des « Processus de soutien » sont la base de notre fonctionnement au plan des communications. On a fait des réajustements et on s'aperçoit qu'il faut faire un rappel à certains mais c'est relativement fonctionnel.

Par ailleurs, l'intensité qu'il a fallu donner dans la planification et dans l'action a laissé peu de temps pour le volet suivi et marketing du projet auprès de l'établissement et principalement des utilisateurs. Des communications dans l'Info-CSSSB, dans l'Info-SAD et deux feuillets spécifiques RSIPA, de même que des rencontres d'information et

de suivi dans les équipes résumant ce qui a pu être fait. Les délaissés du volet communication, par contre, sont les centres d'hébergement et l'hôpital. Il faudra faire du rattrapage à ce niveau à l'automne.

À noter le fait que les intervenants n'ont pas tous accès à une adresse courriel (lotus), nuit à une saine communication tant pour la transmission d'informations, de mises à jour, que de rappels et d'encouragements qui serviraient à alimenter la mobilisation et la qualité.

3.3.2 Support provincial

Les communications : soutien du MSSS

Les moyens de communication utilisés par l'équipe provinciale, comme le Forum, le Lotus Notes, les rencontres en visioconférence ont été adéquats. Cependant, les conférences téléphoniques ont été plus ou moins intéressantes et adéquates pour encadrer les chargés de projet régional en période pré-déploiement. De plus, il a été très difficile de joindre la chargée de projet au cours de la période de février à août 2010. Une assistante ou la nomination par intérim aurait pu aider.

Un plan de communication provincial mieux défini et son application sur un meilleur continuum, auprès de la direction des Agences pour l'ensemble du réseau, auraient été appréciés, bien que les services de communication provinciale aient informé les Agences et d'autres instances à l'effet que des budgets étaient réservés pour la livraison 1. Il aurait été aidant que l'on profite du momentum pour annoncer la demande de mise en place des plans de déploiement à la grandeur de la province, du démarrage du projet et des impacts possibles à tous les niveaux au plan régional. De plus, il aurait été facilitant qu'à l'intérieur du MSSS cette même information soit diffusée afin d'assurer une certaine cohésion entre tous les projets provinciaux en cours.

Dans certains CSSS, les intervenants impliqués ont mentionné qu'ils auraient apprécié qu'une campagne d'information soit réalisée par le MSSS auprès des équipes cliniques PPALV. Ils auraient aimé avoir l'assurance, de l'équipe provinciale, que toutes les autres régions vivaient le déploiement. Dans les faits, lorsqu'ils échangeaient avec des intervenants des autres régions, en particulier avec la région de la Capitale Nationale, ils se faisaient dire que ceux-ci n'avaient entendu parler de ce projet. Alors, cette information venait nuire à la crédibilité du projet et à la motivation des équipes de la région de la Chaudière-Appalaches. Cette information était contraire à l'information diffusée par la chargée de projet. Les chargés de projet considèrent qu'ils ont eu le support requis au niveau régional. De plus, les directions ont été sensibilisées et informées du projet, ce qui était facilitant. Lors des rencontres du comité de coordination régional, ils considèrent avoir été informés de ce qui se passait partout au Québec. Ils croient avoir eu l'information et les conseils adéquats pour nous aider dans la réalisation de notre mandat.

Évaluation du support provincial				
Insatisfait	Peu	Satisfait	Très	Autre*
			x	
*Autre :				

Les communications : soutien de la SOGIQUE

Les moyens utilisés tels que le Lotus Notes et le Forum ont été adéquats. Leur présence au rencontre du comité des chargés de projet régional a été très aidante. La chargée de projet régional, les formateurs et pilotes ont grandement apprécié la disponibilité de l'équipe SOGIQUE ainsi que la facilité de joindre chacun des membres de celle-ci.

Les communications : soutien CESS

Les communications téléphoniques, Lotus Notes auprès de chargée de projet régional ont été très efficaces et très appréciées.

Les formatrices impliquées dans le projet RSIPA apprécie grandement le Forum du CESS et la continuité d'information offerte par Madame Morier de l'équipe de formation du CESS.

Le sondage qui suit dresse l'appréciation régionale des mesures de communications mises en place par l'équipe provinciale au niveau des chargés de projet régional :

Questions	Choix de réponses	
1. Par rapport à l'ensemble des communications relatives au déploiement réalisées par l'équipe provinciale, diriez-vous que vous êtes : (inscrire un « X » vis-à-vis la réponse la plus pertinente)	Satisfait Moyennement satisfait Insatisfait	x
2. Le contenu de l'information communiquée était-il ? (inscrire « Oui » ou « Non » vis-à-vis chacun des choix de réponse) Oui, à l'exception de l'information sur Windows	Pertinent Clair et précis Compréhensible	Oui Oui Oui
3. Comment évaluez-vous la pertinence des mesures de communications suivantes : (inscrire un « X » vis-à-vis la réponse la plus pertinente)		
a) Rencontres de la table des chargés de projet régional	Très pertinentes Pertinentes Inadéquates	x
b) Le forum des chargés de projet régional	Très pertinent Pertinent Inadéquat	x
c) La mise en place d'une adresse de courriel destinée aux chargés de projet régional (00 SOG RSIPA Déploiement)	Très pertinente Pertinente Inadéquate	x
d) La mise en place d'une foire aux questions Commentaires : Pas assez utilisée en cours de déploiement	Très pertinente Pertinente Inadéquate	x
e) Les gabarits de plan de communication régionale et locale (éléments C8 et C9 de la trousse) Commentaire : Peu utilisés. Par contre, les pilotes locaux ont retenu le nom des deux pilotes régionaux à contacter au besoin. Important pour la chargée de projet de le savoir, mais après, dans l'opérationnel, on se concentrait sur la personne qu'on était autorisé à contacter.	Très pertinents Pertinents Inadéquats	x
f) La présentation Powerpoint du projet RSIPA et de la livraison 1 (élément C4 de la trousse) C'est le Powerpoint final fait avec la chargée de projet régional qui a été utilisé et modifié au besoin, selon les présentations locales à faire	Très pertinente Pertinente Inadéquate	X
g) Le CD de présentation de l'application expérimentée	Très pertinent	

Questions	Choix de réponses	
Commentaires : inconnu	Pertinent Inadéquat	
4. La fréquence à laquelle vous avez été informée était-elle adéquate? (inscrire un « X » vis à vis le choix de réponse le plus pertinent)	Oui Non	x
5. Jugez-vous que les informations vous ont été diffusées au bon moment? (inscrire un « X » vis à vis le choix de réponse le plus pertinent)	Tout le temps Occasionnellement Rarement	x
6. Les communications vous ont-elles aidé à bien comprendre les consignes qui vous étaient destinées? (inscrire un « X » vis à vis le choix de réponse le plus pertinent)	Oui Non	x

3.3.3 Forces et améliorations

Le tableau qui suit dresse le bilan régional des forces et des points à améliorer au niveau de la démarche de déploiement régional, local et provincial.

Forces	Points à améliorer	
	Points	Correctifs suggérés
Au plan provincial		
✓ Rencontre des chargés de projet régional	✓ Manque de disponibilité de la chargée de projet provincial	✓ Assistante ou chargée de projet par interim
✓ Forum ✓ Plusieurs fascicules de la trousse de déploiement étaient des outils très supportant. L'information était claire et guidait bien les chargés de projet	✓ Manque de continuum dans communication	✓ Pas juste au début en février 2008, mais faire des rappels surtout en février 2010

Forces	Points à améliorer	
	Points	Correctifs suggérés
✓ Lotus Notes	✓ Manque de marketing dans le réseau Il n'y a pas eu de publicité au niveau provincial pour donner le ton et informer, ne serait-ce que tous les intervenants des établissements de santé, que ce projet de déploiement massif était en cours. Cette publicité aurait facilité la transmission de l'information par les chargés de projet à l'interne	✓ Campagne d'information auprès des médecins, hôpitaux, SAD, population, etc. Dans des projets de si grande envergure, publiciser davantage les travaux en cours et/ou à venir
✓ Visioconférence	✓ Manque de circulation d'information intra MSSS	✓ Diffusion information auprès de toute personne impliquée dans PPALV au MSSS

Au plan régional

✓ Rencontre de chargés de projet local	✓ Conférence téléphonique	✓ Ne plus en faire lors d'une période de planification et pendant la réalisation de projet
✓ Lotus Notes	✓ Planifier des relances plus spécifiques et selon les équipes. Un contact de personne à personne plus que des documents	✓ Implication plus terrain à partir de l'automne et à travers l'AAPA
✓ Forum Claroline	✓ Prévoir aussi des relances écrites : rappels, suivi de l'atteinte de résultats (ex. : Bravo... « x » OÉMC informatisés de fait, etc.)	✓ Relances à faire par Lotus
✓ Documentation donnée	✓ Peu de communication en hébergement et à l'hôpital	✓ A faire à l'automne 2010 ✓ Constituer une équipe interne à l'hôpital et planifier le déploiement et les changements, à travers le projet AAPA
✓ Disponibilité de la chargée de projet régional	✓ Application continue du plan de communication régional	✓ Concertation à améliorer avec services de communication et présence continue aux comités régionaux (CCA-PPALV, CCA-Santé physique, DCI, DSP-DSI, CORIR)
✓ Disponibilité et motivation des chargés de projet local	✓	✓
✓ Document de processus de soutien régional	✓	✓
✓ Feuillet RSIPA	✓	✓

Forces	Points à améliorer	
	Points	Correctifs suggérés
✓ Rencontre dans les équipes	✓ .	✓

Au plan local

✓ Lotus Notes	✓ Certains CSSS n'avaient pas bien défini les comités et les trajectoires de diffusion d'information	✓ À définir (si besoin)
✓ Journaux- communiqués	✓ Communiqué un peu tard et collaborateur oublié	✓ Revoir l'ensemble des partenaires
✓ Formateurs	✓ Approche du milieu hospitalier plus en amont	✓ Tactique par l'offre d'outil dans projet de désencombrement des urgences ou l'Agrément.
✓ Rencontres avec les directions et équipes sous mode de comité stratégique, opérationnel et tactique	✓	✓

3.4 L'acquisition et l'installation de matériel et de logiciels

3.4.1 Bilan régional relatif à l'acquisition et à l'installation de matériel et de logiciels

Au plan régional

Déroulement

L'information de l'équipe provinciale était transmise par la chargée de projet régional lors des rencontres du comité de coordination régional. Les documents de la trousse ont été bien utiles à cet effet. De plus, un membre de l'équipe régionale des ressources informationnelles s'est joint au comité afin de planifier, conseiller et répondre aux différentes questions en ce qui a trait au matériel requis.

L'information requise sur le matériel, la mise à jour des postes, les décisions prises au comité de coordination régional étaient diffusées et quelque fois discutées au Comité organisationnel régional des ressources informationnelles (CORIR).

Une salle de formation était mise à la disposition des CSSS pour les formations des formateurs à la solution informatique. L'installation d'icône mode formation a bel et bien été faite. À ce sujet, il semble que les chargés de projet local ont pu connaître quelques embûches. Les techniciens informatiques, n'étant pas tous au courant de l'existence de la solution informatique RSIPA, effaçaient les icônes entre les formations.

Les chargés de projet local étaient responsables de vérifier, auprès de leurs équipes informationnelles respectives, l'état du parc informatique afin de déterminer les besoins. Il avait été suggéré en comité régional de mettre en commun la liste du matériel requis afin de profiter des rabais lors d'achat de masse. Cependant, chacun a préféré faire ses démarches à l'intérieur de son organisation. Les achats de matériels figurent dans le tableau suivant. Aucune difficulté d'acquisition n'a été signalée.

Les chargés de projet local étaient également responsables de la gestion des coûts pour le matériel et la formation selon le budget annoncé. Il avait été convenu que l'excédent des coûts ne pouvait être défrayé par l'Agence et que la responsabilité revenait alors au CSSS concerné.

Il faut spécifier que le comité de coordination régional a pris la décision de ne pas fonctionner en mode cellulaire puisque la couverture cellulaire de notre région est très partielle. Les coûts rattachés à l'acquisition de matériel se limitèrent à l'achat de postes informatiques et de portables ainsi qu'aux opérations de mise à jour de postes.

Évaluation du support provincial				
Insatisfait	Peu	Satisfait	Très	Autre*
		X		
*Autre :				

Quelques problèmes rencontrés

Problème information sur Windows 2000 et XP variables d'un document à l'autre sur le Forum. Dans certains documents les deux types de Windows étaient conseillés et dans le T1, un seul était accepté. Plusieurs installations de poste se sont faites sur Windows 2000. Il y a eu quelques problèmes lors de la mise en production lorsque la bascule d'information de l'I-CLSC vers le RSIPA était demandée.

Les coûts récurrents des jetons et frais cellulaires, ainsi que la faible couverture cellulaire de la région ont été pris en compte et les orientations régionales ont été claires à ce propos. Considérant la faible couverture cellulaire de notre région, il était peu efficient de se procurer les jetons et les portables pour les intervenants au SAD. Cependant, il sera intéressant d'intégrer les portables si la couverture cellulaire s'améliore ou de le rendre disponible aux intervenants agissant dans les villes. De plus, il faudra prévoir un fonctionnement Wi-Fi dans les hôpitaux dès l'automne 2010. Le mode mallette aurait été bien utile dans la région de la Chaudière-Appalaches.

Au plan local

CSSSGL

Au CSSSGL, la chargée de projet a travaillé en étroite collaboration avec la chef des ressources informationnelles et du transport. Cette dernière s'est occupée de faire évaluer le parc d'équipement pour s'assurer que nous pouvions installer l'application. Une fois les écarts et les besoins connus, elle s'est assurée de placer les commandes et de faire installer le matériel requis par les techniciens de son équipe. De notre côté, nous n'avons pas privilégié l'utilisation des portables. Les coûts récurrents importants des jetons, qui devaient être attribués à chacun des intervenants, de même que l'accès aux services déficient dans certaines parties de notre territoire, sont les principales motivations de notre décision. L'équipe informatique au CSSSGL a été en mesure de mettre à la disposition des intervenants tout le matériel informatique requis au moment prévu du déploiement. Au CHAU HDL, le service informatique a assuré le même suivi et les délais ont aussi été respectés.

CSSSE

Les ressources informationnelles avaient dernièrement mis à jour le parc informatique de notre Centre. Peu de modifications ont été effectuées et nous avons fait quelques achats comme un portable et des écrans.

CSSSMI

Nous avons dû modifier de nombreux écrans 15" pour des 17". Vingt nouveaux postes informatiques ont été installés afin de rendre l'outil accessible aux cliniciens. Considérant la promiscuité de certains bureaux, nous avons dû prévoir l'achat de 4 bras télescopiques pour installer des écrans.

CSSSRT

Dans la région de Thetford, la direction des services techniques et services informatiques était déjà en processus de mise à jour du parc informatique, ce qui a grandement facilité notre travail et n'a pas amputé la majeure partie de notre budget.

Nous avons fait l'acquisition de 7 portables puisque les travailleurs sociaux qui se rendent en milieu d'hébergement n'ont pas de bureau fixe. Lors de la 2^e phase de déploiement des utilisateurs, nous avons eu un problème majeur lors d'importation des données I-CLSC à la solution informatique, étant donné que certains postes étaient configurés en Windows 2000, tel que stipulé par le document C4 de la trousse de déploiement, contrairement au T1 qui indiquait Windows XP. Nous avons géré la situation avec les portables en attendant l'installation des nouveaux postes. La solution mobile n'est pas envisagée à court terme.

CSSSB

En Beauce, la direction des ressources informationnelles était déjà en processus de mise à jour du parc informatique. La principale difficulté ou temps perdu a été de rechercher à se déployer en mode de solution mobile. La DRI a fait des démarches auprès des compagnies de téléphones, mais somme toute, on a pu constater la difficulté d'implanter la solution mobile en milieu rural, le signal étant fluctuant et absent par endroits. Après maints efforts et la déception de la non disponibilité de la mallette, nous avons fait la planification de nos achats de postes *fixes*. Une fois ces étapes de concertation passées, la collaboration entre les services techniques et les techniciens informatiques s'est bien faite.

Peut-être aurait-il fallu accorder une plus grande attention aux besoins à l'hôpital et en centre d'hébergement, car quelques achats supplémentaires auraient été les bienvenus. L'installation des icônes a connu quelques ratés.

L'achat de postes dédiés a été un levier dans la mobilisation des auteurs. L'établissement ne fait pas que « demander », il « donne » aussi.

À noter que nous n'avons pas pensé que les utilisateurs se voyant doté d'un poste dédié voulait y retrouver, naturellement, les mêmes applications autres que celle de RSIPA (ex. : suite Microsoft) qui leur étaient disponibles avec les postes partagés. Ces éléments n'étaient pas nécessairement admissibles dans le budget RSIPA et non planifiés dans le budget PPA. Nous avons donc installé « Word » et non la suite Microsoft Office, qui s'imposait pour le travail des intervenants. Les autres applications sont demeurées disponibles en poste partageable.

Enfin, l'équipe du SAD du secteur de Robert-Cliche déménageait de locaux en pleine phase d'implantation du RSIPA. Il a fallu évaluer les plans des nouveaux locaux et l'aménagement des lieux afin de planifier les achats et les installations des ordinateurs.

Le tableau qui suit dresse le bilan final des postes de tables et des postes portables et autres équipements (cartes cellulaires, jetons, forfaits cellulaires) acquis dans le cadre du déploiement pour chacun des établissements :

	Postes de tables		Portables	Jetons	Cartes cellulaires	Commentaires
	Acquis	Mis à niveau				
CSSSGL	10	82		0	0	✓
CHAU HDL	0	0		0	0	✓
CSSSE	2	0	1	0	0	✓ Nous étions déjà à jour au niveau de l'informatique, cela a été aidant. Le budget n'a pas été trop amputé à ce niveau
CSSSMI	1/6	26/35	0	0	0	✓
CSSSRT	0	39	7	0	0	✓
CSSSB	19	20	1	0	0	✓
SOMMAIRE	32	167	9	0	0	

3.4.2 Support provincial

Évaluation du support provincial				
Insatisfait	Peu	Satisfait	Très	Autre*
		x		
*Autre : Sauf info Windows				

Les documents de la trousse, tels que la présentation Windows, les grilles d'acquisition, la grille P7 Ressources et répartition, la grille de vérification du matériel requis pour les RI et le document T1 ont été d'une grande utilité et permis de transmettre l'information aux services informatiques dans un langage qui leur était familier.

Le support technique de la SOGIQUE lors de la période d'achats, d'installation, de formation et même en post déploiement de la livraison 1 a été très bon.

Points à améliorer

Cependant, il aurait été aidant de situer la livraison 1 à l'intérieur du projet RSIPA dans le document Powerpoint. Le but étant de spécifier que l'outil informatisé n'est qu'un élément d'un projet beaucoup plus large qui est avant tout de nature clinique, ce qui explique que les chargés de projet désignés sont issus de l'intervention et du clinique.

Un avis sur la page d'ouverture du Forum pour informer les chargés de projet régional que le document T1 faisait fois de tout pour l'étape de déploiement aurait évité que les postes soient configurés sur Windows 2000.

3.4.3 Forces et améliorations

La plupart des forces et amélioration ont été nommées précédemment. Un autre élément aurait été apprécié de la part de la chargée de projet régional, soit une information claire de l'équipe provinciale sur les limites et coût du mode cellulaire par l'équipe provinciale afin d'éviter la recherche d'information sur les différents paliers régional et local.

Le tableau qui suit dresse le bilan régional des forces et des points à améliorer au niveau des activités d'acquisitions et d'installations du matériel et de logiciels.

Forces	Points à améliorer	
	Points	Correctifs suggérés
Au plan provincial		
✓ Allocations du MSSS réservées au RSIPA	✓ Il aurait été apprécié d'obtenir les accès au logiciel de production plus rapidement afin de déployer plus facilement en cascade considérant le nombre important de personnes que nous avons eu à déployer et du délai très court	✓ Prendre en considération le volume d'intervenants que nous devons déployer par établissement et permettre un déploiement en cascade, ce qui aurait permis d'assurer une meilleure supervision auprès des intervenants
✓ Documents sur le forum	✓ Il aurait été intéressant d'avoir du support dans la diffusion de tous les codes d'accès aux intervenants (gestion des mots de passe) par l'équipe provinciale.	✓ Processus à déterminer lors des formations par l'équipe provinciale
✓ Processus de demande de soutien à la SOGIQUE	✓ Information non uniforme dans les documents (Windows)	✓ Corriger les informations dans les documents ou mettre une « alerte » sur la page d'ouverture du forum
✓ Information des arrêts pour entretien, des mises à niveau ou des changements dans l'application	✓	✓
✓ Formation intensive de la chargée de projet à la SOGIQUE	✓	✓
Au plan régional		
✓ Plan de processus de demandes de soutien régional	✓ Couverture cellulaire limitée. Souhait que chaque intervenant terrain puisse avoir un portable	✓ Amélioration de la couverture cellulaire sur la région ou mode mallette
✓ Accompagnement et conseil d'un membre de l'équipe RI lors des rencontres du comité de coordination régional	✓	✓

Forces	Points à améliorer	
	Points	Correctifs suggérés
✓ Circulation des documents de la trousse aux RI	✓	✓
✓ Présence au CORIR	✓	✓
✓ Nous avons la logistique	✓	✓
✓ Ouverture de l'équipe DRI et la patience pour « vulgariser » contenu et langage informatique avec la chargée de projet régional	✓	✓

Au plan local

✓ Peu de coûts rattachés au matériel dans certains CSSS	✓ Communication	✓ Signifier au pilote ou autre demandeur quand la demande est répondue ✓ Utiliser les C2 si non urgent
✓ « Bon timing » et beau travail d'équipe entre les services techniques et les techniciens de la DRI	✓ Planification postes et installation matériel et des icônes en hébergement et à l'hôpital. Plus concentré sur la 1 ^{re} ligne (milieu de travail et plus connu pour les pilotes) et suivi moins planifié dans les autres milieux	✓ Rattrapage en centre hospitalier. Profiter de l'AAPA ✓ Rattrapage et information auprès des mécanismes d'accès à l'hébergement par le processus de mise à jour du cadre régional des mécanismes d'accès
✓ Implication des formateurs et pilotes	✓ Livraison 2 retardée (2010-2011)	✓ Bon momentum pour lancer la livraison 2 car les équipes tant RI que cliniques sont mobilisées

3.5 La saisie initiale et la saisie des données antérieures

3.5.1 Bilan des activités de saisie réalisées au niveau local

Pour l'ensemble des CSSS, l'approche de saisie de type au fur et à mesure prédomine la période de déploiement pour ce qui est de la saisie des informations dans la solution informatique. Comme mentionné précédemment, la création d'utilisateurs a été réalisée de façon massive durant la période prétest. Toutefois, afin de tester l'outil, quelques OÉMC complétés papier ont été saisis afin de mettre à l'épreuve l'installation informatique et la bascule du I-CLSC vers le RSIPA.

Le tableau suivant résume l'approche utilisée par chacun des établissements pour la saisie des données initiales, soit la création des comptes des utilisateurs et pour la saisie des données antérieures des usagers déjà pris en charge en RSIPA.

Évaluation du support provincial				
Insatisfait	Peu	Satisfait	Très	Autre*
		x		
*Autre : Sauf info Windows				

	Approche de saisie initiale (comptes utilisateurs)	Principaux constats	Saisie des données antérieures des usagers	Principaux constats
CSSS Etchemins	✓ Au fur et à mesure	✓ Lenteur dans la saisie ✓ Familiarisation progressive	Au fur et à mesure	✓ Cette approche a été plus acceptée par les utilisateurs ✓ L'achalandage des demandes de services au SAD a fait en sorte que les intervenants n'ont pas eu beaucoup de temps pour faire plusieurs OÉMC
CSSSGL – CHAU HDL	✓ Initialement, l'équipe du service informatique devait réaliser l'ouverture des comptes utilisateurs en rafale à partir de la liste de toutes les personnes qui avaient terminé leur formation	✓ Considérant la charge importante de travail que le projet RSIPA imposait déjà à l'équipe du service informatique (mise à niveau des postes, vérification des composantes, installation des nouveaux postes), cette dernière n'a pas été en mesure de nous offrir l'aide escomptée. Nos formateurs et nos pilotes ont donc	Initialement, nous avions planifié une saisie massive des données antérieures des usagers. En cours de projet, nous avons opté pour la saisie au fur et à mesure	✓ Finalement, en cours de projet, nous avons opté pour la saisie au fur et à mesure considérant que : ✓ La saisie des OÉMC antérieure aurait exigée de forcer la complétion des OÉMC considérant le fait que des informations étaient manquantes, nous ne voulions pas perdre ces OÉMC de vue dans les rapports

	Approche de saisie initiale (comptes utilisateurs)	Principaux constats	Saisie des données antérieures des usagers	Principaux constats
		procédé à l'ouverture en rafale des comptes utilisateurs lorsque la formation des intervenants était terminée ✓ Finalement, nous avons réalisé que cette approche était gagnante car : ✓ elle a rapidement permis aux formateurs et aux pilotes de s'approprier la démarche pour le faire ultérieurement ✓ elle a permis de développer les habitudes des intervenants à vérifier leur Lotus Notes pour avoir les suivis RSIPA ✓ elle a augmenté le lien de confiance entre les intervenants, les pilotes et les formateurs		✓ Plusieurs OÉMC étaient déjà prévus pour une révision, alors il était préférable d'en réaliser une nouvelle sur la solution ✓ Les intervenants du SAD se sont portés volontaires pour entrer les OÉMC des usagers orientés en hébergement dans les derniers 3 mois, considérant que, de toute manière, ils devraient faire une réévaluation ✓ Le secteur de l'hébergement était à l'aise avec le fait qu'au fur et à mesure qu'il réaliserait des réévaluations, il transférerait les données dans la solution informatique ✓ L'impact de ce changement de cap en cours de projet a créé une grande mobilisation des troupes considérant le fait que leur proposition ait été écoutée et prise en considération et nous avons constaté un lien de collaboration encore plus étroit entre les intervenants du SAD et ceux de l'hébergement
CSSSMI	Au fur et à mesure	✓ Progressif	Saisie massive en centre d'hébergement seulement	✓ Aide et collaboration des intervenants du CHSLD, plus-value observable

	Approche de saisie initiale (comptes utilisateurs)	Principaux constats	Saisie des données antérieures des usagers	Principaux constats
CSSSRT	Au fur et à mesure	✓ Considérant la charge importante de travail que le projet RSIPA imposait déjà à l'équipe SAD ✓ Considérant le manque d'effectif pour le remplacement ✓ Considérant le fait que plusieurs usagés nécessitent une réévaluation	Nous avons demandé de saisir 5-6 OÉMC de leur <i>case-loads</i> avec des critères spécifiques de complexité afin d'augmenter leur niveau d'aisance avec l'outil informatique	✓ La saisie au fur et à mesure est respectueuse du rythme de l'intervenant, toutefois amène peu de volume de données auprès des profils lecteur
CSSSB	Au fur et à mesure	✓ Considérant que le déploiement se faisait avant la période estivale ✓ Considérant plusieurs changements déjà entrepris avec les intervenants au SAD, il fallait mesurer le surplus demandé à la charge de travail actuelle	n/a	✓

Voici les explications de certains CSSS :

CSSSB

Les formatrices ont recommandé d'emblée de procéder à une saisie « au fur et à mesure ». À leur avis, le temps nécessaire pris par les utilisateurs afin de mettre à jour les OÉMC, en vue d'une saisie massive, demandait trop de temps et ce temps était mieux utilisé directement sur la solution informatique comme levier pour intégrer plus rapidement la solution informatique. Il fallait aussi prendre en compte les délais courts, le problème de temps et de ressources humaines.

CSSSMI

La saisie au CSSSMI est faite au fur et à mesure pour les usagers du SAD. Cette situation s'explique, entre autres, par le manque d'effectif qui occasionne un surcroît de travail aux cliniciens auteurs.

Les usagers en hébergement ont été faits en saisie massive par une infirmière auteure (maternité). Le manque de personnel a été un obstacle (infirmière en CHSLD).

3.5.2 Support provincial

Tout d'abord, les rencontres du comité des chargés de projet régional ont permis d'avoir un encadrement sur la saisie et le type d'approche. La vue sur l'I-CLSC et la bascule ont été très appréciées. L'aide offerte par la SOGIQUE afin d'expliquer au RI d'un de nos CSSS les raisons pour le choix de base de données sur I-CLSC, plutôt que sur l'IPM a été très apprécié. De plus, leur ouverture d'esprit sur l'éventualité de mettre en place un projet pilote pour le branchement sur l'IPM a été apprécié. Les outils de la trousse ont été très utiles.

Cependant, l'arrivée tardive des rapports de gestion et la présentation des limites ont provoqué des changements de dernière minute dans le choix de l'approche adoptée par les chargés de projet.

En général, tout s'est bien déroulé et un remerciement tout spécial à l'équipe de la SOGIQUE pour leur soutien et leur disponibilité tant auprès de la chargée de projet régional que des pilotes.

Évaluation du support provincial				
Insatisfait	Peu	Satisfait	Très	Autre*
		x		
*Autre :				

3.5.3 Forces et améliorations

Le tableau qui suit dresse le bilan régional des forces et des points à améliorer au niveau des activités de saisie des données initiales et des données antérieures des usagers ainsi qu'au niveau du support provincial prévu.

Forces	Points à améliorer	
	Points	Correctifs suggérés
✓ Vue sur I-CLSC et bascule vers RSIPA	✓ Il aurait été aidant de connaître les avantages et les inconvénients de chacune des façons de faire au début du projet. Cette décision n'était pas facile à prendre considérant que nous n'avions aucun repère pour déterminer la réflexion. Je ne connais pas le support qui était prévu au provincial à ce niveau. Expliqué en réunion mais pas par écrit	✓ Pouvoir connaître les enjeux, les avantages et les inconvénients lorsque nous sommes face à deux choix complètement différents et qui, en plus selon le choix, a un impact important sur la planification du projet. Faire un avis écrit par la chargée de projet local
✓ Les documents dans la trousse	✓ L'impossibilité d'avoir une vue sur l'IPM	✓ Penser à cette éventualité dans la livraison 1 pour les régions dont l'IPM est adéquat
✓ Les conseils de la SOGIQUE sur les avantages et inconvénients des deux approches	✓ Les rapports de gestion qui arrivent tard et ont influencé l'approche choisie dans nos plans de déploiement	✓ Modification du plan de la saisie massive pour le fur et à mesure
✓ Bouton accepter les erreurs	✓ La limite du rapport de gestion de tenir en compte les OEMC forcés	✓ Attendre les développements de l'outil, demande faite à la SOGIQUE et au MSSS
✓ Disponibilité et appui de la SOGIQUE	✓ ...	✓ ...

3.6 La formation

3.6.1 Bilan de la formation au niveau régional et au niveau local

Évaluation du support provincial				
Insatisfait	Peu	Satisfait	Très	Autre*
			X	
*Autre :				

Au plan régional

L'ensemble des CSSS a suivi le modèle de formation tel que proposé par le CESS et la SOGIQUE. Les préalables et les formations de la solution informatique se sont déroulés selon les recommandations. Conséquemment, seuls les intervenants accrédités antérieurement ou pendant la période de formation étaient admis à la formation de la solution informatique. Les mises à jour des formations préalables pour les intervenants accrédités depuis un certain temps ont été appliquées si nécessaire en prémisses à la formation de la solution informatique.

L'exercice de planification des formations a poussé l'ensemble des CSSS à faire un bilan des personnes qui faisaient des évaluations avec l'OÉMC. L'introspection a permis à certains CSSS de réaliser que leur suivi auprès des intervenants certifiés OÉMC avait été plutôt défaillant au cours des dernières années. Par conséquent, un rattrapage a dû être fait dans certains CSSS pour former les intervenants à l'OÉMC qui a entraîné des délais et une planification plus intensive et massive, mais en définitive s'est traduite en un bénéfice pour la qualité d'évaluation de l'OÉMC. Les formations aux préalables à la solution informatique ont été plus significatives dans certains CSSS.

Les formations préalables ont été laissées à la responsabilité de chaque CSSS, soit la formation OÉMC initial, les profils Iso-SMAF et les mises à jour de ces derniers. Pour les formations de la solution informatique, l'orientation prise par la région était de former deux formateurs régionaux et ceux-ci étaient donc responsables de former les formateurs locaux. Les formations offertes par les formatrices régionales ont eu lieu dans les locaux de l'Agence. Les locaux sont considérés adéquats et conviviaux. De plus, le matériel pour ces formations a été préparé et fourni par l'Agence et a été jugé adéquat. Une formation prétest avait été réalisée la semaine précédant la période de formations régionales. Cette stratégie a permis d'éviter que des ennuis techniques surviennent lors de la première formation. Une fois les formateurs locaux formés, ils ont suivi l'ordre de formation prévue par leur chargé de projet dans chacun leur CSSS respectif.

L'attribution des profils d'utilisateur (auteurs, lecteurs, pilote) a été difficile à déterminer puisqu'on ne pouvait définir avec précision quel serait l'impact de l'outil informatisé sur les intervenants et l'ensemble de l'organisation. Les régions pilotes pouvaient donner une piste sur « qui former, combien et pour quel profil ». Les régions pilotes avaient le système E-SMAF en cours, donc une longueur d'avance sur la familiarisation de saisie informatique et le fonctionnement avec les profils Iso-SMAF. Le langage commun, les trajectoires, la bonne partie des processus cliniques, la connaissance de leur clientèle par profil Iso-SMAF étaient des éléments déjà en place ce qui a facilité l'implantation de la solution informatique. Il était difficile pour notre équipe qui partait à zéro de prévoir la charge de travail en cours de déploiement pour les intervenants. De plus, le court délai réservé à la planification a laissé peu de temps à l'évaluation des scénarios

possibles et à la présentation de ceux-ci aux différentes équipes impliquées, notamment celles des CHSLD.

Il faut aussi signaler qu'il y a eu un court laps de temps entre la certification des formateurs Iso-SMAF et le démarrage de la période de formation. Il faut savoir que deux de nos formateurs ciblés ont connu un échec à l'examen de la formation Iso-SMAF. Une deuxième formation leur a été accordée. Cependant, il y a eu un long délai pour le retour de correction et l'accréditation. Par conséquent, l'accès au forum du CESS par le formateur et le matériel des premières formations ont été remis à la toute dernière minute.

Malgré tout, la période de formation fut très intensive en raison du nombre de personnes à former, de la pénurie de main-d'œuvre, des locaux limitatifs dans certains CSSS et le court délai d'exécution. La marge d'erreur était très étroite. Cependant, le tout fut réalisé avec brio. Voici plus en détails la planification pour chacun des territoires :

CSSSE

Au CSSSE, nous nous sommes assurés que tous auraient une mise à jour de l'outil multi et nous avons formé ceux qui ne possédaient pas cette formation avant de débiter les formations de l'informatisation de cet outil. Par la suite, nous avons mis l'accent sur la formation des profils auteurs. En ce qui concerne celles pour les profils lecteur et soutien, elles ont été données sur une période intensive afin de rejoindre tous les gens ciblés.

Quelques difficultés se sont présentées en cours de route comme la difficulté d'orchestrer les horaires de chacun, d'être mis à l'affût de tout changement de personnel et la difficulté de convaincre certains corps professionnels.

CSSSGL - CHAU HDL

Nous nous sommes d'abord assurés que les intervenants avaient les prérequis avant de passer à la solution informatique. Donc, les auteurs OÉMC ont été formés, mis à jour et certifiés. Par la suite, nous avons formé les auteurs au profil Iso-SMAF pour terminer par la solution informatique. Les lecteurs ont bénéficié d'une formation plus courte pour comprendre, à sa lecture, l'OÉMC et le profil Iso-SMAF. Par la suite, les lecteurs ont été formés à la solution informatique. Finalement, le personnel de soutien a été formé à la solution. Bien évidemment, les pilotes et les formateurs ont été formés au tout début du projet.

La grande majorité des intervenants se sont dit très satisfaits (90%) des formations reçues. Les commentaires les plus souvent rencontrés sont les suivants :

- Contenu très pertinent et en lien avec la réalité du terrain;
- Les documents sont clairs et ils sont bien présentés;
- Excellente formation, répond à mes attentes et me sera très utile dans mon quotidien;
- Formateurs dynamiques, motivés et motivants. On comprend maintenant les nuances;
- Bravo pour la formation, ne lâchez pas;
- Je comprends mieux maintenant les profils et ce qu'ils signifient;

- Très bien, le logiciel est facile d'utilisation et il nous guide;
- Très bons formateurs, facilité à transmettre l'information.

Voici les commentaires rencontrés par les autres intervenants qui se sont dit moins satisfaits (10%) de la formation :

- Le temps pour certaines formations aurait pu être moins long (surtout pour les lecteurs et le personnel de soutien);
- Manque d'espace dans la salle de formation;
- J'aurais aimé avoir plus de temps de pratique.

Les gestionnaires ont déploré le fait de ne pas être formés à la partie rapport, c'est un réel besoin pour eux. Cette formation est prévue dans les prochains mois lorsque la SOGIQUE aura amélioré l'outil de production de rapports. Globalement, la formation a été un succès et les formateurs sont surpris et se disent très satisfaits de l'appropriation et de l'esprit d'ouverture qu'avaient les intervenants lors de la formation.

La seule situation qui nous a inquiétés s'est produite au tout début. Nous avons eu de la difficulté d'obtenir l'autorisation du centre d'expertise afin d'utiliser le contenu de leur formation. Nous devions aller en impression massive et le temps était compté, nous avons eu l'autorisation et l'impression des documents est arrivée le matin même de la première journée de formation. Si nous n'avions pas eu les documents à temps, nous aurions été dans l'obligation de refaire le calendrier et certainement qu'il y aurait eu des délais dans l'échéancier.

CSSSMI

Toutes les personnes formées à l'OÉMC informatique ont reçu les préalables concernant l'OÉMC et les profils Iso-SMAF. Les préalables ont été adaptés selon les besoins des utilisateurs, c'est-à-dire des formations complètes pour les auteurs et des formations sommaires pour les lecteurs et le personnel de soutien.

Le résultat des évaluations présente le grand intérêt des participants pour les formations et les outils qu'ils contiennent. Quelques personnes ont mentionné qu'elles craignaient une hausse de leur charge de travail et plusieurs se sont plaints de la chaleur dans le local de formation.

CSSSRT

Dans la région de Thetford, nous avons déterminé les prérequis de formation avec le type de profil informatique octroyé.

Pour les profils auteurs les prérequis de même que les formations ont été :

- Mise à jour OÉMC (tous avaient la formation initiale);
- Profils Iso-SMAF initiale;
- Solution informatique profil auteur incluant formation Prisma-7.

N.B. Avant d'être mis en production le profil auteur devait avoir remis un OÉMC papier corrigé et avoir reçu la certification des formateurs pour pouvoir utiliser la solution informatique.

Profil lecteur les prérequis de même que les formations ont été :

- OÉMC lecteur + Profil Iso-SMAF lecteur;
- Solution informatique profil lecteur incluant formation Prisma-7.

Profil personnel de soutien les prérequis de même que les formations ont été :

- Solution informatique profil personnel de soutien incluant formation Prisma-7.

Profil pilote clinique les prérequis de même que les formations ont été :

- Prérequis profil auteur;
- Solution informatique profil pilote.

Profil pilote informatique les prérequis de même que les formations ont été :

- Explication et mise en contexte du RSIPA;
- Solution informatique profil pilote.

Les gens formés ont tous reçu un cartable comprenant tous les volets des formations tenant compte de leur profil d'utilisateur. Ils ont également apprécié le dynamisme des formateurs de même que la maîtrise du sujet, toutefois, le local informatique n'était pas tempéré. Le temps alloué pour les formations était adéquat. Le nombre de formateurs par formation doit tenir compte du nombre de participants et maîtrise du sujet.

Compte tenu du matériel informatique par support visuel, la direction des services techniques et services informatiques avait nommé une ressource en support en cas de problèmes techniques ce qui a été aidant.

CSSSB

Le CSSS de Beauce a toujours poursuivi les formations sur l'OÉMC depuis son implantation et avait même mis en place un système de coaching individualisé, inspiré d'une approche mise en place en Montérégie il y a plusieurs années. Une mise à jour récente avait été faite en décembre 2008, mais les formatrices estimaient nécessaire d'inclure la mise à jour dans le cadre du déploiement. Ce choix s'est avéré très judicieux.

Les salles de formation pour la solution informatique n'étaient que de 4 ou 6 personnes, ce qui a demandé un plus grand nombre de jours de formation. Au début, pour l'appropriation par les formatrices de la solution et de la pédagogie, il avait été recommandé de procéder à deux personnes, ce que nous avons fait au début. En cours de route, nous avons poursuivi les formations avec une seule formatrice.

Utilisateurs formés

Le tableau qui suit dresse le bilan final des formations dispensées pour répondre aux prérequis d'utilisation de l'outil informatique ainsi que le nombre de formations dispensées pour l'utilisation de l'outil informatique.

	FORMATION SUR LES PRÉREQUIS					FORMATION SUR L'OUTIL			
	Windows de base	PRISMA-7	OÉMC		Profils Iso-SMAF	Profils d'utilisateur			
			Initiales	M.-à-j.	Information	Auteur	Lecteur	Personnel de soutien	Pilotes
CSSSE	0	0	8	94	120	10	106	9	2
CSSSGL CHAU HDL	0	248	83	118	207	135	59	38	16
CSSSRT	0	34	0	36	34	14	16	6	2
CSSSB	0	50	2	80	82	40	40	21	2
CSSSMI	0	54/151	35	116	151	57	78	15	4
SOMMAIRE RÉGIONAL	0	386	128	444	594	256	299	89	26

3.6.2 Support provincial

Les formateurs régionaux et locaux ainsi que la chargée de projet régional considèrent être très satisfaits de l'appui de la SOGIQUE et du CESS. Les outils de formation tant informatique que matériel étaient appropriés et soutenant. Les mises à jour par le Forum furent très bien diffusées et utiles. Cependant, il fallait vérifier très souvent afin de ne pas omettre une modification.

Le tableau qui suit présente les faits saillants qui se dégagent au niveau régional des aspects appréciés et des suggestions d'améliorations à apporter au niveau des principales mesures de soutien mises en place par l'équipe provinciale.

Mesures de support provinciales	Aspects appréciés	Suggestions d'améliorations
1. Sessions de formation provinciales	✓ Efficaces ✓ Appropriées ✓ Supportant et très encadrant ✓ Bonne stratégie d'empowerment	✓ Échéancier offrant la formation plus près du démarrage car délai assez long entre le démarrage des formations et la formation reçue au provincial
2. Matériel de formation	✓ Très pertinent et supportant	✓ Mise à jour et modifications fréquentes, craintes chez les formateurs d'oublier
3. Environnement de formation	✓ Très aidant et fonctionnel	✓ Banque d'évaluation déjà saisie aurait sauvé du temps aux formateurs et permis l'essai des rapports de gestion et d'organisation
4. Soutien de l'équipe provinciale aux formateurs régionaux	✓ Parfait	✓ Merci pour la disponibilité de la SOGIQUE et du CESS

3.6.3 Forces et améliorations

Les éléments de forces et améliorations sont décrits au point 3.6.1. Vous trouverez le résumé de ceux-ci dans le tableau suivant.

Forces	Points à améliorer	
	Points	Correctifs suggérés
✓ Formation précise et adaptée pour chacun des profils	✓ Adapter une formation pour ceux qui ont besoin de connaître uniquement les profils	✓ Créer une formation
✓ De donner la formation en bloc est une force	✓ Abréger la formation lecteur	✓ Adapter la formation
✓ Les formateurs soulignent avoir toujours eu un bon support de l'équipe au provincial	✓ L'appréhension de l'informatique de certains intervenants	✓ Ajouter volet de familiarisation pour les gens moins habiles avec l'informatique
✓ Les intervenants formés ont apprécié les formations reçues. Le contenu qui répond bien à leurs besoins	✓ Nous avons eu nos autorisations et accès au Forum CESS pour utiliser le contenu et le matériel de formation tardivement, ce qui aurait pu mettre en péril le respect de notre échéancier	✓ Avoir les autorisations, au préalable, pour pouvoir utiliser les documents de formation
✓ Le matériel était très bien fait, il a été apprécié par les intervenants	✓ Nous avons eu nos accès à l'environnement de formation tardivement, ce qui a laissé peu de temps aux formateurs pour s'habiller	✓ Avoir accès plus tôt à l'environnement de formation
✓ Peu de panne de problème informatique lors de la période de formation intensive. Lorsque nous en avons eu, nous avons eu un bon support	✓ On exigeait d'avoir un certain pourcentage de personnes formées pour avoir accès à l'environnement de production. À la quantité de personne que nous devions déployer, pour nous, l'impact était majeur car nous avons été obligés d'adopter une stratégie pour seconder un déploiement massif dans l'environnement de production. Il aurait été facile de perdre le contrôle, de ne pas être en mesure de répondre aux questions de tous les intervenants et de mettre en péril le projet	✓ Donner accès plus rapidement à l'environnement de production considérant le nombre de personnes à former et à déployer pour permettre aux organisations de déployer en cascade afin d'assurer un support adéquat aux intervenants, et ainsi, offrir une condition gagnante aux organisations

Forces	Points à améliorer	
	Points	Correctifs suggérés
✓ Expérience, engagement et initiative des formatrices	✓ Planification des inscriptions	✓ Le faire plus tôt ✓ Demander des confirmations ✓ En assurer la gestion par les coordonnateurs professionnels ou gestionnaires ✓ S'assurer d'aviser si annulation
✓ Support du CESS, et de la SOGIQUE	✓ Temps prévu pour les formations	✓ Réduire le temps de la plupart des formations
✓ Matériel fourni aux formatrices et aux utilisateurs	✓ ...	✓ ...
✓ Petits groupes d'utilisateurs pour la solution informatique a permis un accompagnement plus personnalisé et intensif en temps réel lors des formations. On peut penser qu'ainsi le pilote a eu moins de soutien à donner en mode production	✓ ...	✓ ...

3.7 Le soutien applicatif aux utilisateurs

3.7.1 Bilan relatif au soutien applicatif au niveau régional et local

Évaluation du support provincial				
Insatisfait	Peu	Satisfait	Très	Autre*
			x	
*Autre :				

La chargée de projet régional et le comité de coordination régional ont élaboré un plan de processus de soutien des demandes. Ce plan fut présenté dans le Plan de déploiement déposé en mars 2010. En résumé, notre modèle organisationnel propose que les utilisateurs, ayant besoin de soutien, orientent leurs demandes vers le pilote local. Si la demande est de nature technique informatique et l'obtention de codes d'accès, la demande devrait être faite au pilote informatique. Si la demande fait référence à la clinique à l'intérieur de la solution informatique, les utilisateurs doivent s'adresser au pilote clinique.

Notre modèle propose deux pilotes cliniques régionaux et un pilote technique informatique régional. Dans l'éventualité que le pilote local clinique ne peut répondre à la demande, il oriente la réquisition vers le pilote régional attiré à son CSSS. La même trajectoire est proposée pour les demandes techniques informatiques, mais vers le pilote régional technique informatique.

Si les pilotes régionaux ne sont pas en mesure de régler le problème, ils s'adressent alors au service de soutien de la SOGIQUE.

Le plan de soutien tient la route. Le palier des pilotes régionaux a été questionné à nouveau par craintes de délais de traitement de demandes problématiques requérant l'aide de la SOGIQUE. Cependant, la qualité des pilotes régionaux et la circulation rapide des demandes de soutien et l'efficacité du service de soutien de la SOGIQUE assurent un très bon support aux utilisateurs. Les utilisateurs avaient une certaine aisance. Les auteurs devaient rapidement pratiquer afin de se familiariser. Le nombre et la fréquence des demandes furent moins importants que prévu, donc le plan de soutien a été adéquat et les pilotes en place n'ont pas été débordés.

Le seul petit accro rencontré dans certains CSSS, dans l'application de plan de soutien aux demandes a été la collaboration des intervenants RI comme pilote technique informatique. Certains ont démontré une résistance face à la formation pilote. Après plus d'explication, ils ont accepté de collaborer. De plus, il y a eu un manque de planification de substituts formés au RSIPA à l'intérieur des équipes RI pour la période estivale. Les pilotes cliniques ont alors pallié et répondu à l'ensemble des demandes tant cliniques qu'informatiques.

Au plan provincial, le soutien de la SOGIQUE a été excellent. L'accompagnement téléphonique et les tests de fonctionnement pour le démarrage du mode production ont été très appréciés. Cependant, les pilotes impliqués aux tests auraient aimé avoir un suivi une semaine après le lancement de la mise en production.

Voici plus en détails la réalité au plan local :

CSSSE

C'est variable selon le confort face à l'informatique. Suite à la formation, il y a eu une pratique qui a été très bénéfique à ceux qui appréhendent le monde de l'informatique. La difficulté majeure est beaucoup plus au niveau technique informatique que de l'outil. Dans notre organisation, les pilotes clinique et informatique ont été d'un bon support. Les rencontres régionales sont essentielles et très aidantes.

CSSSGL – CHAU HDL

Les intervenants formés se disent très satisfaits du support reçu lors de la période de déploiement. Considérant que notre plan de communication avait planifié la remise de tous les documents de référence en main propre à chaque intervenant, tout en prenant le temps d'expliquer à ces derniers ce que comportaient les documents, a été une stratégie gagnante. Les intervenants ont beaucoup apprécié d'avoir ces documents au moment du déploiement. De plus, il faut se souvenir que lors de la période de déploiement, tous les intervenants formés recevaient, selon les questions reçues, les enlignements, des conseils, des consignes et des rappels réguliers de ce qu'ils devaient faire et comment ils devaient le réaliser par Lotus Notes. Les problèmes ou les questions les plus souvent rencontrés ont été :

- ✓ L'intervenant était bloqué dans l'application;
- ✓ Les intervenants avaient de la difficulté à savoir quoi écrire dans la section commentaire;
- ✓ Plusieurs plaintes ++++ en lien avec la saisie de la médication;
- ✓ Plusieurs plaintes en lien avec l'obligation de saisir les outils en provenance du CHAU HDL ou des autres centres hospitaliers;
- ✓ Difficulté à l'impression, on ne le trouve pas facile à imprimer;
- ✓ Quelques questions de précision sur les trajectoires de soins et de services;
- ✓ Quelques questions pour savoir ce qu'ils devaient faire avec les anciens outils OÉMC;
- ✓ Au CHAU HDL, quelques questions en lien avec la nouvelle organisation du travail. Les intervenants avaient un peu de difficulté à concilier les deux changements en même temps;
- ✓ Au CHAU HDL, plaintes à cause de la lenteur du système.

Il faut souligner que nous avons aussi reçu plusieurs félicitations des intervenants qui trouvaient que le déploiement se déroulait très bien. Ils ont souligné la qualité du support reçu, la disponibilité des pilotes et des formateurs, la rapidité de réponses à leurs questions et l'écoute que nous avons tous à leur endroit. Les intervenants nous disaient être surpris de voir comment ça allait bien et que le déploiement allait bien. Globalement, nous nous attendions à avoir des centaines de demandes de soutien par jour et finalement nous avons eu en moyenne 30 demandes de soutien par jour qui ont été adressées à l'équipe SWAT, ce qui a permis aux membres de la SWAT d'être proactif et d'aller faire le tour des installations pour voir si tout allait bien, ce qui a été très apprécié.

À titre de chargée de projet, j'ai été bien conseillée par notre chargée de projet au niveau régional ainsi que par les pilotes régionaux. Elle nous guidait et nous donnait

des outils pour nous aider dans le support que nous pouvions offrir à nos équipes. Nous pouvions ainsi s'en inspirer et l'adapter à notre milieu, ce qui était très aidant et supportant. Elle s'est aussi montrée très disponible pour nous aider et nous conseiller lorsque des décisions plus difficiles étaient à prendre.

CSSSMI

Un processus clinique a été mis en place. La grille de processus de soutien de demande remise, lors des formations de la solution informatique, a été utilisée à cet effet. Les pilotes « superutilisateurs » répondent aux besoins des utilisateurs selon un horaire de garde. La nécessité de garder ce processus en place sera réévaluée au cours des prochains mois. Les « superutilisateurs » sont aussi sollicités dans leur travail au quotidien, ce qui nuit à leur temps de travail. Cette situation s'atténuera possiblement avec le temps.

Les liens avec les ressources informatiques ont manqué de rigueur. L'implication n'a pas été celle décrite dans les orientations malgré le fait que leurs rôles avaient été bien précisés. Par conséquent, le rôle de pilote informatique n'a pas été assumé. De plus, la réponse aux demandes liées à l'implantation au quotidien a souffert des changements d'interlocuteurs de façon régulière.

CSSSRT

Au CSSSRT, la pilote clinique est la coordonnatrice clinique. Par conséquent, la trajectoire des demandes est naturellement dirigée vers elle, ce qui nous a facilité la tâche. Lors des formations nous avons fait le repérage des problématiques éventuelles ce qui nous a permis d'agir en amont et d'offrir un support individualisé. Les utilisateurs ont fort apprécié cette façon de faire. Les pilotes cliniques étaient supportés en tout temps par la chargée de projet local ce qui a permis de répondre efficacement aux demandes. Le volume de demande s'est avérée minime, nous comptons parmi les demandes : déverrouillage, enregistrement, importation de l'I-CLSC, installation vs création OÉMC.

CSSSB

Les pilotes clinique et informatique étaient déjà connus dans le milieu et possédaient une bonne expérience au programme PPA. Les processus cliniques ont été finalisés après les formations, donc ils n'ont pas pu être remis et expliqués lors des groupes de formation. Nous avons constaté que les intervenants n'en n'avaient pas vraiment pris connaissance donc il a fallu reprendre avec les auteurs les processus cliniques dans le cadre d'une rencontre spécifique. Par ailleurs, nous avons été surpris du peu de problèmes soulevés au plan informatique. Des rappels bien simples, sans plus. Les auteurs, principalement, ont attendu impatiemment d'être en mode production et se sont avérés volontaires et généralement habiles à utiliser la solution.

Pour nous assurer d'une qualité dans la complétion de la solution informatique, une rencontre de mise à jour est planifiée avec les auteurs à l'automne 2010. Par la suite, le « *coaching* » individualisé annuel sera réactivé.

Ce déploiement de processus de soutien requiert une stratégie particulière afin de donner une attention similaire auprès des intervenants des trois missions

(hébergement, hôpital, 1^{re} ligne). Nous avons accordé plus d'intensité dans le suivi aux intervenants du soutien à domicile, notamment parce que la majorité des auteurs s'y retrouvent. Il y aurait lieu de prévoir des modalités de suivi adapté pour les intervenants de l'hôpital et de l'hébergement, notamment pour les lecteurs.

3.7.2 Support provincial

Évaluation du support provincial				
Insatisfait	Peu	Satisfait	Très	Autre*
			x	
*Autre :				

Les documents décrivant le modèle de soutien, inscrits dans la trousse de déploiement, furent très utiles pour mettre en place nos orientations régionales et faire notre propre plan de processus de soutien, notamment l'organigramme.

Le support de l'équipe de la SOGIQUE a été très apprécié, notamment l'accompagnement individualisé par téléphone auprès des pilotes lors du lancement du mode production.

Cependant, une estimation plus précise à partir de l'expérience des régions en projet pilote aurait été facilitante dans notre planification des ressources à mettre en place, afin d'assurer le soutien aux demandes lors de la période de démarrage.

3.7.3 Forces et améliorations

L'ensemble des forces et améliorations a été mentionné dans les paragraphes précédents. Le tableau qui suit dresse le bilan régional des forces et des points à améliorer au niveau des mesures de soutien applicatif aux utilisateurs mises en place.

Forces	Points à améliorer	
	Points	Correctifs suggérés
✓ Les documents « S » consultés étaient très bien faits. L'information était claire et facile à comprendre. Bravo!	✓ Réticence des équipes RI	✓ Meilleure information préalable au projet auprès des DRI sur l'importance de la formation et de l'implication des RI locales
✓ Stabilité actuelle, expérience, intérêt et maturité des personnes impliquées (formatrices, pilotes)	✓ Pilote de système ayant son port d'attache dans un site périphérique	✓ Les utilisateurs se réfèrent parfois à la formatrice (pilote clinique) de St-Georges au lieu de référer à la co-pilote ou pilote comme le processus de soutien le prévoit. Faire des rappels d'une part et prévoir un allègement de la tâche de la pilote clinique, qui demeure une ressource « accessible » et pertinent au soutien applicatif
✓ Soutien applicatif (1 jour/semaine) budgété jusqu'en décembre	✓ Processus de formation continu des pilotes (système et clinique) et des formatrices	✓ Créer des opportunités de contact et de mise à jour régionalement, ce qui peut aussi avoir comme impact secondaire une mobilisation, briser l'isolement, maintien qualité et vision commune
✓ Accompagnement un à un au démarrage et tests	✓ Arrimage entre tâche de soutien applicatif et clinique	✓ Planifier avec la supérieure immédiate un aménagement de la tâche clinique pouvant permettre à ces intervenants d'être disponibles et disposés à poursuivre le soutien applicatif
✓ Plan de soutien régional clair et orientant	✓ Retour à propos pour l'ensemble des demandes fait par les pilotes à la SOGIQUE et les solutions apportées inconnues par la chargée de projet régional	✓ Journal des demandes les plus fréquentes au provincial et solutions afin de pouvoir être plus autonomes au plan régional et local
✓ Pilotes régionaux compétents et assurant un excellent soutien au plan régional	✓ ...	✓ ...

3.8 Le système en général

3.8.1 Satisfaction des utilisateurs

Évaluation du support provincial				
Insatisfait	Peu	Satisfait	Très	Autre*
		x		
*Autre :				

Au plan régional, l'ensemble des utilisateurs semble satisfait et réalise actuellement la plus-value de cet outil. Ils sont maintenant en mesure d'évaluer les gains possibles et envisageables par l'optimisation de cet outil en améliorant, entre autres, les rapports de gestion, la mise en RLS, etc. Aucune plainte concernant la non disponibilité de l'outil reliée à des pannes n'a été relatée au pilote informatique régional. Seulement un ralentissement du système a été soulevé, mais rien de majeur. Pour la performance, l'outil a des limites connues. Considérant ces limites expliquées par le fait que cet outil est en évolution à travers différentes livraisons et compte tenu de la commande de la livraison 1, les utilisateurs chargés de projet sont satisfaits de la solution informatique. Voici plus en détails, la satisfaction des chargés de projet local et leur équipe.

CSSSE

Les intervenants disent apprécier l'outil. Ils constatent eux-mêmes une grande amélioration dans la qualité des informations que contient maintenant un OÉMC considérant la rigueur qu'impose le système. Plusieurs intervenants mentionnent : *“ l'outil RSIPA est merveilleux car cet outil invite les intervenants à penser à toutes les composantes du patient et cela offre un meilleur cadre de référence pour l'intervention systémique ”.*

Certains expliquent que cet outil a même contribué à diminuer les irritants entre les intervenants (un qui détaillait plus et l'autre pas assez). Face à la réévaluation, les intervenants sont très satisfaits. Même si ce n'est pas encore beaucoup le cas actuellement, ils sont confiants de pouvoir sauver du temps lorsqu'ils seront encore plus habiles avec l'outil.

Voici un autre commentaire que j'ai reçu et qui représente bien les commentaires que j'ai régulièrement face à l'application : *« Je suis très très très satisfaite de la solution informatique et agréablement surprise de la facilité d'utilisation par les auteurs. Ils ont maîtrisé le tout beaucoup plus rapidement que je ne le croyais. L'utilisation au quotidien me semble fiable, 2 petits problèmes techniques qui ont été rapidement gérés. Je suis également satisfaite de la façon dont nous sommes tenus au courant des mises à jour et des problèmes rencontrés par SOGIQUE. L'ajout des postes informatiques favorise grandement le déploiement et augmente la performance. Il faut viser un poste par auteur à mon avis. Le plus long étant de se connecter ”.*

L'implantation durant la période d'été a été un irritant, et ce, autant pour les intervenants que pour les gestionnaires. Les intervenants venaient à peine d'être formés et ils devaient quitter pour les vacances. Ainsi, nous constatons que ça explique pourquoi certains intervenants ne se sentent pas encore à l'aise avec l'outil.

La retranscription des OÉMC qui nous parvient des autres secteurs est un irritant majeur. Tous espèrent que le projet évolue rapidement en ce sens considérant que nous ne pouvons nous permettre des pertes d'efficacité de nos services à retranscrire un OÉMC déjà saisi ailleurs. De plus, les intervenants expliquent qu'il est très difficile de retranscrire un OÉMC car une fois imprimé, il devient difficile à lire (écriture trop petite, peu d'espace, même couleur de caractère entre les questions et les réponses) et il faut penser que le défi augmente parce qu'il est transmis par fax. Les intervenants disent que cette retranscription peut prendre jusqu'à 2 heures pour un OÉMC qui provient d'ailleurs.

Nous n'avons pas observé plusieurs pannes et elles ont été de courtes durées. Cependant, le CHAU HDL rencontre des problèmes de lenteur de l'application qui ne s'explique pas de l'interne. Ces difficultés sont un irritant majeur du côté des intervenants du CHAU HDL. Des intervenants du CHAU HDL expliquent que l'application « plante » parfois et qu'alors, ils perdent toutes les données qu'ils avaient inscrites. La SOGIQUE est au courant des difficultés rencontrées au CHAU HDL.

Les améliorations à apporter sur le système seraient : faciliter l'impression, modifier et grossir les caractères des réponses des intervenants, faciliter la transition entre les comptes pilotes-auteurs-lecteurs, faire l'ajout des numéros d'appartement sur la fiche d'identification, faire l'ajout du statut civil, donner la possibilité d'inscrire la capacité de prise en charge et régler les problèmes rencontrés au CHAU HDL pour éviter une démotivation de l'équipe.

CSSSMI

Les utilisateurs interrogés se disent très satisfaits et heureux de travailler avec ce nouvel outil. La plupart juge que l'utilisation des copies papier devenait de plus en plus laborieuse.

CSSSRT

Satisfaction de l'outil : les utilisateurs apprécient « l'intelligence » de l'outil, les aide-mémoire, les rappels de validation (partie non complétée adéquatement), la facilité de navigation dans l'outil, mais spécifiquement dans l'OÉMC, etc. Lors du déploiement nous avons eu à 2 reprises un ralentissement du système, mais dans l'ensemble, nous notons une bonne performance. En milieu hospitalier le lien RTSS est lent et ralentit le système d'exploitation, le tout devrait être corrigé dans les mois à venir.

CSSSB

Surprenant de voir comment nous avons peu de problèmes d'ordre informatique et humain. C'est assurément une réalité qui a facilité l'adhésion des utilisateurs. Nous pensions qu'en démarrage du mode production les pilotes seraient très sollicitées, mais non. Les problèmes survenus n'étaient pas de grande envergure, facilement gérables et peu incapacitants : ajout d'icônes, résolution d'écrans, quelques déconnexions en cours d'utilisation et avant enregistrement, impression inappropriée, création de deux utilisateurs pour une même personne, reprise des processus

cliniques et adaptation en cours d'implantation, problèmes de mots de passe, inscription d'installations inadéquates, etc.

On pense que la période de vacances terminée, l'automne fera ressurgir quelques besoins du genre « J'ai oublié mon mot de passe », etc., et qu'il y aura une relance particulière à faire pour les lecteurs.

3.8.2 Support provincial

L'équipe de chargés de projet est satisfaite du soutien provincial pour l'ensemble de la conception de l'outil informatique, de l'information en réunion et à travers la trousse de déploiement, ainsi que du forum de l'information sur les périodes d'entretien par Lotus Notes, du soutien aux utilisateurs et de l'écoute de nos demandes tant en réunion que par le biais du service 00 SOG centre de service.

La chargée de projet et le comité de coordination régional croient au potentiel de cet outil et en voit la plus-value actuelle et encore plus pour les livraisons ultérieures.

Évaluation du support provincial				
Insatisfait	Peu	Satisfait	Très	Autre*
			x	
*Autre :				

3.8.3 Forces et améliorations

Le tableau qui suit dresse le bilan régional des forces et des points à améliorer au niveau de l'outil informatique.

Forces	Points à améliorer	
	Points	Correctifs suggérés
✓ Circulation de l'information	✓ L'accessibilité de la formule un peu tard	✓ Meilleure planification
✓ Production des profils Iso-SMAF	✓ Nous avons été en attente longtemps d'une décision pour la saisie de la médication, les troupes ont trouvé difficile d'attendre la réponse	✓ La chargée de projet régional a pris position et émis des recommandations régionales suite à une consultation auprès du MSSS et le CESS
✓ Application WEB : l'équipe de la DRI doit composer avec d'autres systèmes au CSSSB qui sont configurés autrement et génèrent beaucoup de suivi et de soutien. Ils apprécient beaucoup cette application	✓ Rapports de gestion à améliorer	✓ Demande faite à la Sogique
✓ Potentiel éventuel des rapports de gestion en lien avec les profils Iso-SMAF	✓ Solution mobile : Les intervenants et la DRI auraient été prêts. Problème de signal en milieu rural non considéré au provincial avant le déploiement	✓ Rendre disponible la mallette
✓ Point d'information sur les items de l'OÉMC	✓	✓
✓ Ouverture et écoute des besoins et demandes des utilisateurs par la SOGIQUE et volonté d'améliorer l'outil	✓	✓

Forces	Points à améliorer	
	Points	Correctifs suggérés
✓ Apporte une amélioration de la qualité de complétion	✓ Différentes demandes : ✓ correcteur d'orthographe à même l'outil ✓ augmenter le délai de sauvegarde et de déconnexion ✓ modifier l'apparence de l'impression en noir et blanc ✓ calligraphie distincte entre le formulaire et les informations saisies ✓ donner la possibilité de copier/coller, ✓ améliorer le <i>backspace</i> ✓ plusieurs notes évolutives sur une même page imprimée ✓ possibilité de rechercher l'ensemble des OÉMC compléter par un intervenant spécifique avec profil client ✓ possibilité de mettre des fichiers attachés dans les notes d'évolution afin d'annexer le PI, PII, PSI ✓ possibilité de résolution en 800/600 ✓ fragmenter le SMAF de l'aide-mémoire ✓ créer un profil infirmier ✓ créer un profil gestionnaire (accès rapport uniquement) ✓ ajouter la signature électronique ✓ formulaire de consentement intégré ✓ créer l'interface avec le DCI ✓ brancher l'importation des données sociodémographiques à l'IPM	✓ Demandes faites à la SOGIQUE et au MSSS

4. Recommandations

Le tableau qui suit présente les faits saillants des améliorations suggérées dans le présent bilan régional et, pour chacune de celles-ci, les mesures spécifiques suggérées.

Amélioration suggérée	Mesures
VOLET « TROUSSE DE DÉPLOIEMENT »	
✓ Trousse difficile d'accès, plusieurs fascicules et similarité des documents	✓ Assembler en un seul document toute l'information requise. Faire des annexes pour des informations complémentaires
✓ L'accès aux fascicules était difficile à repérer	✓ Les chargés de projet auraient pu recevoir les trousseaux au début du projet soit par courriel ou par courrier
✓ Trop détaillé pour certains fascicules	✓ Baisser les exigences pour les rapports (tableau de bord, P7, plan et bilan)
✓ Les étapes étaient logiques mais trousse difficile d'accès, plusieurs fascicules que nous devons chercher un à la fois	✓ Assembler en un seul document toute l'information requise Suggérons une table des matières avec l'utilité associée de chacun des fascicules
✓ Incongruité dans les indications entre les documents à propos de la configuration Windows.	✓ S'assurer que les informations sont les mêmes à l'intérieur des documents ✓ Lors de changements des indications faire des avis de mise à jour dans chacun des documents en ligne plus un avis courriel ou sur la page d'ouverture
✓ L'accès aux fascicules était difficile à repérer	✓ Les chargés de projet auraient pu recevoir les trousseaux au début du projet soit par courriel ou par courrier en indiquant la procédure pour les consulter en ligne : l'adresse, le code d'accès, le mot de passe
✓ Chargée de projet régional	✓ « On fait ce qu'on peut » mais le suivi de ces éléments auraient été facilité si ça avait été toujours la même personne au régional
VOLET « ÉTAPES DU DÉPLOIEMENT »	
✓ Projet avec échéancier très court qui ne tient pas compte du nombre important d'intervenants que nous avons à former et de l'étendue de notre CSSS	✓ Évaluer, selon le nombre d'intervenants à former, les échéanciers. Donner une échelle de grandeur à partir des projets pilotes
✓ Saisie de la médication : sur le terrain, les intervenants vivaient l'obligation d'exécuter une tâche qui apportait un risque important pour la sécurité de l'utilisateur. Ils auraient apprécié avoir une réponse et une position plus rapide	✓ Améliorer le délai de réponse aux intervenants sur le terrain, surtout lorsque certains intervenants (pharmaciens) croient que la sécurité des usagers est compromise. La réponse du MSSS a été attendue
✓ Meilleures orientations cliniques	✓ Plus d'information sur les impacts cliniques, sur l'organisation de nos équipes. Relater davantage l'expérience des régions pilotes sur ce point
✓ Exigence de rédaction pour le plan de déploiement, le bilan, les tableaux de bord la grille P7 etc.	✓ Les gabarits sont très précis et détaillés. Ceux-ci donnent l'impression de redondance et se traduisent par une tâche très fastidieuse. Il faut considérer que la rédaction des documents se fait parmi un déploiement et une implantation en cours, ce qui s'additionne à la charge de travail des chargés de projet local et régional. Il ne pas oublier que ces chargés de projet sont également impliqués dans plusieurs autres dossiers.
✓ Saisie de la médication : Sur le terrain, les intervenants vivaient l'obligation d'exécuter une tâche qui apportait un	✓ Améliorer le délai de réponse aux intervenants sur le terrain, surtout lorsque la sécurité des usagers est compromise

Amélioration suggérée	Mesures
risque important pour la sécurité de l'utilisateur. Ils auraient apprécié avoir une réponse et une position plus rapide au niveau du provincial ✓ Adhésion plus « éclairée » et exhaustive des décideurs : comité de direction de certains CSSS et équipe des gestionnaires du programme PPA ✓ Accent mis sur le développement de l'outil informatisé et sur son implantation. Impression que les autres composantes du RSIPA ne sont pas prises en compte lors du déploiement de la livraison 1 ✓ Accent mis sur l'outil informatisé a fait en sorte que les ressources informatiques ont questionné les chargés de projet issus du clinique et de l'administratif ✓ Mobilisation des directions PPALV des CSSS et de d'autres directions touchées par le projet ✓ Collaboration, concertation et arrimage avec d'autres projets en cours ✓ Lecture des enjeux rattachés à l'implantation de l'outil	✓ Planification globale du RSIPA par le programme PPA sur plusieurs années ✓ Recadrer la livraison 1 dans le RSIPA global, de même que les autres livraisons ✓ Meilleure communication de la part du régional et du local afin de bien définir la livraison 1 dans le projet global du RSIPA ✓ Plan de communication régional mieux défini au départ et à maintenir malgré le changement des chargés de projet ✓ Plan de communication régional mieux défini au départ et à maintenir malgré le changement des chargés de projet et intégration plus importante des ressources informatiques ✓ Prendre plus de temps à évaluer les conséquences sur les équipes et de mettre en place des processus cliniques par la chargée de projet régional. La chargée de projet régional aurait dû être libérée de ses tâches usuelles et se consacrer à 100% au projet RSIPA de février à septembre 2010
VOLET « COMMUNICATION »	
✓ Il n'y a pas eu de publicité précédant la période de déploiement au niveau provincial pour donner le ton et informer, ne serait-ce que tous les intervenants des établissements de santé, que ce projet de déploiement massif était en cours. Cette publicité aurait facilité la transmission de l'information par les chargés de projet à l'interne ✓ Manque de disponibilité de la chargée de projet provincial ✓ Manque de continuum dans la communication ✓ Manque dans le marketing dans le réseau ✓ Manque de circulation d'information intra MSSS	✓ Dans des projets de si grande envergure, publiciser davantage les travaux en cours et/ou à venir ✓ Assistante ou chargée par interim ✓ Pas juste au début en février 2008, mais faire des rappels surtout en février 2010 ✓ Campagne d'information auprès des médecins, hôpitaux, SAD, population, etc. ✓ Diffusion information auprès de toute personne impliquée dans PPALV au MSSS

VOLET « ACQUISITION ET INSTALLATION DE MATÉRIEL ET DE LOGICIEL »	
✓ Il aurait été apprécié d'obtenir les accès au logiciel de production plus rapidement pour pouvoir déployer plus facilement en cascade considérant le nombre important de personnes que nous avons eu à déployer et du délai très court	✓ Prendre en considération le volume d'intervenants que nous devons déployer par établissement et permettre un déploiement en cascade, ce qui aurait permis d'assurer une meilleure supervision auprès des intervenants
✓ Il aurait été intéressant d'avoir du support dans la diffusion de tous les codes d'accès aux intervenants (gestion des mots de passe) par l'équipe provinciale	✓ Processus à déterminer lors des formations par l'équipe provinciale
✓ Information non uniforme dans les documents (Windows)	✓ Corriger les informations dans les documents ou mettre une « alerte » sur la page d'ouverture du forum
VOLET « SAISIE INITIALE ET SAISIE DES DONNÉES ANTÉRIEURES »	
✓ Il aurait été aidant de connaître les avantages et les inconvénients de chacune des façons de faire au début du projet. Cette décision n'était pas facile à prendre considérant que nous n'avions aucun repère pour déterminer la réflexion. Je ne connais pas le support qui était prévu au provincial à ce niveau. Expliqué en réunion mais pas par écrit	✓ Pouvoir connaître les enjeux, les avantages et les inconvénients lorsque nous sommes face à deux choix complètement différents et qui, en plus selon le choix, a un impact important sur la planification du projet. Faire un avis écrit par la chargée de projet local
✓ L'impossibilité d'avoir une vue sur l'IPM	✓ Penser à cette éventualité dans la livraison 1 pour les régions dont l'IPM est adéquat
✓ Les rapports de gestion qui arrivent tard et ont influencés l'approche choisie dans nos plans de déploiement	✓ Modification du plan de la saisie massive pour le fur et à mesure
✓ La limite du rapport de gestion de tenir en compte les OÉMC forcés	✓ Attendre les développements de l'outil, demande faite à la SOGIQUE et au MSSS
VOLET « FORMATION »	
✓ Adapter une formation pour ceux qui ont besoin de connaître uniquement les profils	✓ Créer une formation
✓ Abréger la formation lecteur de même que la formation auteur	✓ Adapter la formation
✓ L'appréhension de l'informatique de certains intervenants	✓ Ajouter volet de familiarisation pour les gens moins habiles avec l'informatique et planifier un soutien plus personnalisé
✓ Nous avons eu nos autorisations et accès au Forum CESS pour utiliser le contenu et le matériel de formation tardivement, ce qui aurait pu mettre en péril le respect de notre échéancier	✓ Avoir les autorisations, au préalable, pour pouvoir utiliser les documents de formation
✓ Nous avons eu nos accès à l'environnement de formation tardivement, ce qui a laissé peu de temps aux formateurs pour s'habiller	✓ Avoir accès plus tôt à l'environnement de formation

✓ On exigeait d'avoir un certain pourcentage de personnes formées pour avoir accès à l'environnement de production. Le nombre de personnes que les grands CSSS devaient déployer a eu un impact majeur, car obligation d'adopter une stratégie pour seconder un déploiement massif dans l'environnement de production. Il aurait été facile de perdre le contrôle, de ne pas être en mesure de répondre aux questions de tous les intervenants et de mettre en péril le projet	✓ Donner accès plus rapidement à l'environnement de production considérant le nombre de personne à former et à déployer pour permettre aux organisations de déployer en cascade afin d'assurer un support adéquat aux intervenants, et ainsi, offrir une condition gagnante aux organisations
✓ Planification des inscriptions	✓ Le faire plus tôt ✓ Demander des confirmations ✓ En assurer la gestion par les coordonnateurs professionnels ou gestionnaires ✓ S'assurer d'aviser si annulation
✓ Temps prévu pour les formations	✓ Réduire le temps de la plupart des formations
✓ Adapter une formation pour ceux qui ont besoin de connaître uniquement les profils	✓ Créer une formation
VOLET « SOUTIEN »	
✓ Orientation sur le nombre de demandes prévues et ressources requises	✓ Donner une idée de grandeur du nombre de demandes engendré par la mise en production à partir de l'expérience des régions pilotes
✓ Réticence des équipes RI	✓ Meilleure information préalable du projet auprès des DRI sur l'importance de la formation et l'implication des RI locales
✓ Pilote de système ayant son port d'attache dans un site périphérique	✓ Les utilisateurs se réfèrent parfois à la formatrice (pilote clinique) de Saint-Georges au lieu de référer à la copilote ou pilote comme le processus de soutien le prévoit. Faire des rappels d'une part et prévoir un allègement de la tâche de la pilote clinique, qui demeure une ressource « accessible » et pertinente au soutien applicatif
✓ Processus de formation continu des pilotes (système et clinique) et des formatrices	✓ Créer des opportunités de contact et de mise à jour régionalement, ce qui peut aussi avoir comme impact secondaire une mobilisation, briser l'isolement, maintien qualité et vision commune
✓ Arrimage entre tâche de soutien applicatif et clinique	✓ Planifier avec la supérieure immédiate un aménagement de la tâche clinique pouvant permettre à ces intervenants d'être disponibles et disposés pour poursuivre le soutien applicatif
✓ Retour à propos pour l'ensemble des demandes fait par les pilotes à la SOGIQUE et les solutions apportées inconnues par la chargée de projet régional	✓ Journal des demandes les plus fréquentes au provincial et solutions afin de pouvoir être plus autonome au plan régional et local
VOLET « SYSTÈME EN GÉNÉRAL »	
✓ Nous avons été en attente longtemps d'une décision pour la saisie de la médication, les troupes ont trouvé difficile d'attendre la réponse	✓ Prendre position rapidement et donner les réponses aux équipes, surtout lorsque nos équipes sont inquiètes de la sécurité pour la clientèle
✓ L'accès aux fascicules était difficile à repérer	✓ Les chargés de projet auraient pu recevoir les trousseaux au début du projet soit par courriel ou par courrier

✓ Trousse difficile d'accès, plusieurs fascicules que nous devions retrouver et ils étaient quasi tous similaires	✓ Assembler en un seul document toute l'information requise.
✓ L'accessibilité de la formule un peu tard	✓ Meilleure planification
✓ Nous avons été en attente longtemps d'une décision pour la saisie de la médication, les troupes ont trouvé difficile d'attendre la réponse	✓ La chargée de projet régional a pris position et émise des recommandations régionales suite à une consultation auprès du MSSS et le CESS
✓ Rapports de gestion à améliorer	✓ Demande faite à la SOGIQUE
✓ Solution mobile : Les intervenants et la DRI auraient été prêts. Problème de signal en milieu rural non considéré au provincial avant le déploiement	✓ Rendre disponible la mallette
Différentes demandes : ✓ correcteur d'orthographe à même l'outil ✓ augmenter le délai de sauvegarde et de déconnexion ✓ modifier l'apparence de l'impression en noir et blanc ✓ calligraphie distincte entre le formulaire et les informations saisies ✓ donner la possibilité de copier/coller ✓ améliorer le backspace ✓ plusieurs notes évolutives sur une même page imprimée ✓ possibilité de rechercher l'ensemble des OÉMC complétés par un intervenant spécifique avec profil client ✓ avoir la possibilité de mettre des fichiers attachés dans les notes d'évolution afin d'annexer le PI, PII, PSI ✓ ajouter la possibilité de résolution en 800/600 ✓ fragmenter le SMAF de l'aide-mémoire ✓ créer un profil infirmier ✓ créer un profil gestionnaire (accès rapport uniquement) ✓ ajouter la signature électronique ✓ formulaire de consentement intégré ✓ créer l'interface avec le DCI ✓ brancher l'importation des données sociodémographiques à l'IPM	✓ Demandes faites à la SOGIQUE et au MSSS

*Agence de la santé
et des services
sociaux de Chaudière-
Appalaches*

Québec 