

CLSC DU FUTUR : SOUTIEN À DOMICILE ET TÉLÉSOINS

Jean-Paul Fortin

Lise Lamothe

Coévaluateurs chercheurs principaux

et

Françoise Labbé, Julie Duplantie, Djamel Messikh,

Daniel Douillard, Céline Lepage

Professionnel(le)s de recherche

Rapport de recherche présenté au
Programme des partenariats pour l'infrastructure
canadienne de la santé (PPICS)



AVRIL 2004

Le CEFRIO

est un centre réseau qui regroupe plus de 150 membres universitaires, industriels et gouvernementaux et dont la mission est d'aider les organisations à améliorer leur performance grâce à une meilleure appropriation des technologies de l'information. Situé à Québec et à Montréal, le CEFRIO réalise, en partenariat, des activités de recherche et de veille stratégique qui touchent l'ensemble des secteurs de l'économie québécoise tant privé que public.

Les personnes suivantes ont participé à la réalisation de ce rapport :

Jean-Paul Fortin, MD, MPH, MBA, CSPQ

Professeur titulaire au Département de médecine sociale et préventive, Université Laval,
Chercheur à l'Unité de recherche en santé publique,
Médecin expert à l'Institut national, et direction régionale de santé publique, Québec,
Membre du Réseau d'appui aux transformations des services de première ligne, et
Chercheur associé au CEFRIO

Lise Lamothe, Ph.D

Professeure agrégée au Département d'administration de la santé
Chercheure au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, et
Chercheure associée au CEFRIO

Les professionnel (le) s de recherche de l'Unité de recherche, l'Institut national et
Direction régionale de santé publique, Québec

En collaboration avec:

- Équipe d'évaluation du Manitoba
- Équipe de l'École d'architecture de l'Université Laval
- Équipe du CEFRIO
- M. Éric Cloutier
- M. Alain Mercier
- Mme Marie-Pierre Gagnon

© CEFRIO 2004, Tous droits réservés



Bureau à Québec

888, rue St-Jean, bureau 575
Québec (Québec) G1R 5H6 Canada
Téléphone : (418) 523-3746
Télécopieur : (418) 523-2329
Site Internet : www.cefrio.qc.ca

Bureau à Montréal

550, rue Sherbrooke Ouest, Tour Ouest
Bureau 350, Montréal (Québec) H3A 1B9 Canada
Téléphone : (514) 840-1245
Télécopieur : (514) 840-1275

Dépôt légal : 2^e trimestre 2004
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-921181-99-1

Table des matières

Préface	7
Avant-propos	9
Sommaire	11
Introduction	15
1. Description	19
1.1 Objectif général	21
1.2 Secteurs d'intervention et clientèles	21
1.2.1 Centre de santé Orléans	24
1.2.2 Manitoba urbain	25
1.2.3 Manitoba rural	26
1.2.4 Aspect logiciel	27
1.3 Principaux acteurs	28
1.3.1 Parties prenantes du projet	28
1.3.2 Partenaires du Centre de santé Orléans	29
1.3.3 Partenaires des soins et services du CSO	30
1.3.4 Partenaires du Centre de santé Saint-Boniface	30
1.4 Organisation du projet	30
1.4.1 Centre de santé Orléans	30
1.4.2 Centre de santé Saint-Boniface	31
2. Évaluation	33
2.1 Analyse des processus d'évolution du projet	34
2.2 Cueillette et analyse des données	35
2.3 Analyse des résultats	36
3. Déroulement	39
3.1 Phase d'émergence (avril 2000 – décembre 2001)	39
3.2 Phase de préexpérimentation (janvier 2002 – mars 2003)	42
3.2.1 Système d'information en soutien à domicile	46
3.2.2 Télésoins	47
3.3 Phase d'expérimentation (avril 2003 – décembre 2003)	48
3.3.1 Système d'information en soutien à domicile	49
3.3.2 Télésoins	51
4. Résultats	55
4.1 Système d'information en soutien à domicile	55
4.1.1 Caractéristiques de la clientèle	56
4.1.2 Effets de l'utilisation	57
4.2 Télésoins	64
4.2.1 Caractéristiques de la clientèle	65
4.2.2 Modes d'organisation et de fonctionnement	68
4.2.3 Utilisation des appareils	71
4.2.4 Effets de l'utilisation	74
4.2.5 Les facteurs de satisfaction	77

4.2.6	Décision clinique	78
5.	<i>Discussion</i>	85
5.1	Dynamique de renforcement des réseaux locaux de soins et de services	85
5.1.1	Système d'information en soutien à domicile	86
5.1.2	Télésoins	92
5.2	Enjeux et défis d'ordre technologique	96
5.2.1	Organisation de la pratique	97
5.2.2	Intégration des composantes du système	99
5.2.3	Appropriation du système par les utilisateurs	102
5.2.4	Caractère innovateur du projet.....	103
5.3	Gestion du projet d'innovation.....	103
5.3.1	Équipe de direction efficace pour un projet collectif	104
5.3.2	Gestion du projet.....	108
5.3.3	La structure de gestion	111
5.4	Déploiement et diffusion.....	113
5.4.1	Déploiement.....	114
5.4.2	Diffusion	116
5.5	Évaluation et partage des connaissances	117
	<i>Conclusion</i>	121
	<i>Bibliographie</i>	129
	<i>Annexes</i>	137

Liste des tableaux

Tableau 1 :	Données démographiques pour le Manitoba rural et urbain	23
Tableau 2 :	Phases d'évolution du projet au CSO.....	34
Tableau 3 :	Nombre d'utilisateurs par groupes d'âge et périodes d'observation en soutien à domicile.....	56
Tableau 4 :	Nombre d'utilisateurs par groupes d'âge selon le site d'intervention en télésoins	66
Tableau 5 :	Milieu de vie des participants aux télésoins selon le site d'intervention	66
Tableau 6 :	Pathologies des participants selon les critères de sélection et le site d'intervention en télésoins	67
Tableau 7 :	Modes d'organisation et de distribution des services implantés en télésoins	69
Tableau 8 :	Nombre mensuel d'utilisateurs sous monitoring selon le site d'expérimentation en télésoins	72
Tableau 9 :	Utilisation progressive des télésoins en fonction du nombre d'utilisateurs et du site d'intervention	72
Tableau 10 :	Nombre d'utilisateurs en fonction des raisons de cessation des télésoins	74
Tableau 11 :	Visites à l'urgence évitées au Centre de santé Orléans en télésoins.....	76
Tableau 12 :	Visites à l'urgence évitées selon les utilisateurs au Manitoba en télésoins	76

Liste des figures

Figure 1 : Environnement technologique	20
Figure 2 : Carte géographique de la région de Québec	22
Figure 3 : Carte géographique du Manitoba	23
Figure 4 : L'architecture technologique déployée à Québec	25
Figure 5 : L'architecture technologique déployée au Manitoba urbain	26
Figure 6 : L'architecture technologique déployée au Manitoba rural	27
Figure 7 : Composantes logicielles du projet CLSC du futur	28
Figure 8 : Structure organisationnelle du projet au Centre de santé Orléans.....	31
Figure 9 : Structure organisationnelle du projet au Centre de santé Saint-Boniface.....	32
Figure 10 : Niveaux de prise de décision.....	102
Figure 11 : Cadre stratégique pour une évaluation utile et utilisée.....	118

PRÉFACE

Miser sur les technologies de l'information (TI) pour faire face à un accroissement considérable de sa clientèle, voilà le pari qu'a fait le Centre de santé Orléans en jetant les bases du plus important projet de recherche mené au Canada sur les soins de soutien à domicile. Initié en collaboration avec le CEFRIO dont le rôle consistait à évaluer le processus de transformation organisationnel et technologique, ce projet expérimental visait à étudier l'influence des NTIC pour favoriser les soins et l'intervention à distance.

Ainsi équipé, tout intervenant - infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes, médecins, pharmaciens, etc. — pourrait désormais avoir accès, en tout temps et en tout lieu, aux renseignements concernant un usager. L'implantation des télésoins peut non seulement faciliter le soutien, la surveillance à domicile et la prise en charge par les patients mais aussi permettre d'améliorer grandement la prestation de services.

Ainsi, de par son caractère novateur, ce projet constitue un premier pas pour ajouter au fonctionnement d'un réseau de services de première ligne intégrés. Ce modèle d'avant-garde doit être approfondi pour devenir accessible au plus grand nombre et être diffusé à l'ensemble du territoire québécois et canadien. Cinq centres de santé québécois ainsi que plusieurs organismes régionaux du Nouveau-Brunswick, du Manitoba et de la Colombie-Britannique ont par ailleurs déjà manifesté leur intérêt pour emboîter le pas.

Partenaire de la première heure, le CEFRIO a contribué activement à la définition et au montage du projet CLSC du futur, dans le but premier d'obtenir le financement de Santé Canada dans le cadre de son Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé (PPICS). Le Centre a, par la suite, agi en tant que partenaire stratégique, d'abord par l'entremise de son directeur de projet, puis par l'action des chercheurs qu'il s'est associé pour effectuer l'évaluation du projet et la rédaction de ce rapport. Ainsi, tout au cours de l'initiative, le CEFRIO a été intimement impliqué dans le processus.

En outre, le CEFRIO a participé à la coordination et la rédaction de ce rapport. Il en a aussi produit une synthèse afin de faciliter la diffusion des résultats du projet au plus grand nombre d'organisations intéressées. L'ensemble des publications est d'ailleurs disponible sur le site du CEFRIO www.cefrio.qc.ca.

Seul centre de transfert en matière d'appropriation des technologies de l'information, le CEFRIO initie des projets de recherche-action et d'innovation. Il en résulte un ensemble de connaissances sur la transformation des systèmes organisationnels par les TI, tant dans les secteurs de l'éducation, de la santé et des services publics que dans les secteurs industriels. Le CEFRIO conjugue à la fois un rôle de producteur de connaissances sur le thème du changement organisationnel qu'un rôle d'intégrateur de ces savoirs dans des situations concrètes sur le terrain.

À tous ceux et celles qui ont consacré temps, énergie et qui ont cru au succès de ce projet destiné aux personnes les plus vulnérables de notre société, nos remerciements les plus sincères! Souhaitons que cette initiative novatrice pave la voie à de meilleurs services aux citoyens.

Bonne lecture!

AVANT-PROPOS

Le projet *CLSC du futur : soutien à domicile et télésoins* est une contribution à l'implantation de réseaux de services de santé intégrés. Il s'inscrit dans le contexte d'une réforme des soins et des services de première ligne et s'appuie sur l'utilisation de nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) en santé. Sa réalisation a été possible grâce au soutien du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), à la contribution financière du Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé (PPICS) de Santé Canada et à celle de plusieurs partenaires.

L'évaluation du projet s'est réalisée grâce au travail et à la collaboration de plusieurs personnes. Nous voudrions remercier de façon particulière monsieur Jean-Guy Trottier, initiateur du projet et son maître d'œuvre en tant que directeur général du Centre de santé Orléans, et madame Suzanne Nicolas, directrice générale du Centre de santé de Saint-Boniface. Nos remerciements s'adressent aussi à mesdames Madeleine Chevrier, Linda Gorman, Caroline Dallaire et Rosanne Pichette pour le Québec, Deborah Chochinov pour le Manitoba et Jeannine Parent du Bureau de la santé et de l'inforoute à Santé Canada.

Un tel défi n'aurait pu être relevé sans l'implication et la collaboration des intervenants du soutien à domicile du secteur B du Centre de santé Orléans et des télésoins, ainsi que ceux des équipes de télésoins du Manitoba. Nous les remercions aussi de façon particulière pour la confiance qu'ils nous ont témoignée et leur support pendant toute la durée du projet. Un remerciement spécial s'adresse aux médecins, aux infirmières cadres et aux usagers qui ont contribué à ce projet et à son évaluation.

Soulignons la participation active des différents partenaires : Association des CLSC et des CHSLD du Québec, Centre de santé Orléans au Québec, Centre de santé Saint-Boniface au Manitoba, Centre hospitalier universitaire affilié (CHA–Hôpital de l'Enfant-Jésus), Cifra Médical inc. (Lyrtech), HomMed, HP Canada (ProContact), Logibec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Santé Canada, Sogique. Nous leur exprimons toute notre reconnaissance. À cet égard, notre gratitude va aussi à madame Carole Després et à son équipe de l'École d'architecture de l'Université Laval.

Enfin, nous ne pouvons passer sous silence le support indéfectible du CEFRIO et tout particulièrement de messieurs Gilles Trempe et Norman Roy.

L'équipe d'évaluation

SOMMAIRE

Le projet CLSC du futur vise à consolider et éventuellement à déployer un modèle de services intégrés de santé afin d'assurer un continuum de soins optimal à la clientèle de programme de soutien à domicile. La réalisation d'un tel projet soulève le défi de l'appropriation des solutions technologiques soutenant ce modèle et de nouvelles pratiques, et ce par les intervenants et les gestionnaires impliqués dans la prestation de soins et services. D'où sa complexité, puisqu'il demande des changements organisationnel et informationnel majeurs.

Le projet s'est déroulé en trois phases du mois d'avril 2000 au mois de décembre 2003. La phase d'émergence, d'avril 2000 à décembre 2001, reflète le cheminement des premières idées structurées du projet jusqu'à la signature de l'entente avec Santé Canada. Celle de préexpérimentation, de janvier 2002 à mars 2003, est marquée par la fusion du CLSC avec d'autres organisations pour devenir le Centre de santé Orléans (CSO) et par une profonde restructuration du projet. Enfin la phase d'expérimentation, d'avril 2003 à la fin du projet, bien que courte, voit une évolution importante des solutions technologiques et l'adaptation de l'organisation du travail.

Deux types de technologies ont été expérimentés, la technologie pour le système d'information en soutien à domicile et celle pour les télésoins. Malgré leurs différences, toutes deux contribuent à une structuration de l'offre de soins et services, laquelle s'appuie sur une logique de services centrée sur l'utilisateur plutôt que sur une logique d'établissement. Ces deux technologies à vocation clinique contribueront d'autant plus au renforcement du réseau de services intégrés si elles sont intégrées aux applications administratives et au réseau des télécommunications du secteur de la santé dans le cadre d'une solution d'ensemble.

Système d'information en soutien à domicile

Le système d'information en soutien à domicile comprend un dossier clinique informatisé et numérisé, une gestion des agendas des intervenants, une gestion des référentiels en ligne et des outils de télécommunications. La solution vise à rendre l'intervenant plus mobile donc moins présent au CLSC réduisant ainsi les besoins en locaux. Il s'agit là d'une solution qui a pour finalité de répondre à la pluralité des contextes de pratiques et d'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication qui singularise les services à domicile. De même, cette singularité fait valoir le besoin d'une solution interopérable ou de solutions multiples afin de pouvoir répondre à la diversité des clientèles, des pratiques et des contextes d'utilisation. Cette diversité traduit en même temps le besoin de solutions

intégrées, adaptées, performantes et robustes et qui soient acceptées et acceptables par les utilisateurs.

Cette solution a été progressivement appropriée par les intervenants et a favorisé des changements dans l'organisation et dans les pratiques malgré de multiples contraintes d'ordres organisationnel et logistique. Selon toute vraisemblance, la fusion du CLSC à d'autres établissements a pu rendre particulièrement difficile le contexte d'expérimentation.

Les intervenants voient de nombreux avantages au système d'information utilisé. Son développement a nécessité une connaissance fine des processus cliniques et administratifs, résultat d'une interaction continue avec eux.

Télésoins

Pour les télésoins, l'expérimentation s'est déroulée dans trois sites : au Centre de santé Orléans et au Manitoba urbain et rural. La clientèle ciblée est celle des patients atteints de maladies chroniques. Pour cette clientèle, reconnue comme celle de la « porte tournante des urgences », l'expérimentation des télésoins permet de mettre l'accent sur la prévention et l'intervention précoce. En nous appuyant sur les perceptions des intervenants et des usagers eux-mêmes, des visites à l'urgence ont été évitées.

Le choix des équipements dans le cadre du projet CLSC du futur a tenu compte des caractéristiques cliniques et physiques de la clientèle ciblée. Il ressort que ces équipements pourraient ne pas convenir à d'autres clientèles et cette hypothèse devrait contribuer à approfondir la problématique du choix des clientèles et des caractéristiques de l'équipement des télésoins.

En plus de favoriser la prise en charge d'une clientèle souvent négligée par les services de soutien à domicile, l'utilisation des télésoins introduit deux modèles d'organisation des services de soins à domicile. Dans le cas du CSO, c'est l'approche spécialisée qui émerge alors qu'au Manitoba, l'approche polyvalente retenue apparaît davantage planifiée. L'introduction de la logique usager pose au moins deux défis importants aux dirigeants et aux intervenants de l'organisation. D'une part, cela oblige à penser une organisation du travail qui permet de réagir rapidement aux besoins ou alertes signalés par les usagers par opposition à une organisation du travail planifiée en fonction de plans d'intervention préétablis. D'autre part, il est important d'assurer un arrimage fonctionnel entre les deux formes d'organisation du travail. Aucun modèle ne semble a priori le plus adéquat, il demeure que le défi fondamental est le maintien d'un équilibre fonctionnel pour l'organisation. Cela doit faire l'objet d'une réflexion approfondie.

La solution implantée

Au cœur des défis de l'intégration des composantes d'un système technologique se trouvent des questions de propriété intellectuelle, de sécurité, de consentement, d'actifs d'intérêt commun, de partenariats public-public et public-privé et de vigie, qui intègrent autant les enjeux technologiques, organisationnels et professionnels. Les défis de gestion des ressources communes d'un même environnement technologique, d'un support et d'une maintenance technique adéquate et surtout adaptés aux contraintes du milieu clinique sont aussi omniprésents.

Sur le plan technologique, le projet fait ressortir des différences fondamentales entre le développement d'applications spécifiques et le développement de solutions d'ensemble intégrées. Ces dernières nécessitent une approche d'interaction et de coordination beaucoup plus grande entre les sites d'expérimentation et les niveaux régionaux et centraux de décision.

De plus, s'agissant d'un projet d'expérimentation horizontal, l'intégration de l'innovation dans l'organisation revêt une importance particulière. Une telle démarche n'a été qu'initiée. Elle aurait eu l'effet de réduire les inconvénients d'une faible implication des cadres et du personnel de l'organisation au projet d'expérimentation. Ajoutons que la gestion d'un projet d'innovation se singularise par sa double dimension qui est d'être à la fois gestion de projet et gestion de l'introduction d'un changement majeur dans l'organisation. La présence d'un leadership clinique est déterminante pour la progression de ce changement.

En somme, l'informatisation doit être abordée avec une vision d'ensemble qui intègre les dimensions des pratiques professionnelles, de l'organisation de services et technologiques. Les stratégies de développement et de mise en oeuvre doivent tenir compte de la nature des projets ainsi que de la dynamique des acteurs.

Évaluation et partage des connaissances

Une démarche d'évaluation qualifiée de compréhensive, pluraliste et formative a été réalisée tout au long du projet. Elle a contribué à l'avancement du projet et a recueilli de l'information qui permet de dégager de nombreux enseignements utiles pour la pérennité du projet et sa diffusion éventuelle. En particulier :

- La nécessité d'une vision, d'orientations stratégiques et d'un cadre directeur qui intègrent les composantes d'organisation de services de santé et services sociaux tout en permettant des adaptations selon les territoires;
- L'expérimentation, le déploiement dans l'ensemble de l'organisation et la diffusion dans d'autres contextes organisationnels sont trois phases essentielles et complémentaires dans une démarche d'informatisation;

- Le développement d'un réseau d'experts multidisciplinaires reconnus autant dans la nature des services que dans le développement, la mise en œuvre et l'évaluation notamment formative de projet d'informatisation d'envergure, ayant une distance critique, afin de supporter des équipes au niveau local ou régional.

INTRODUCTION

Les services de soutien à domicile¹ (SAD) se sont développés au cours des dernières années dans la vague des grands changements qui ont marqué l'évolution du système de santé et des services sociaux. Entre autres, le système de santé québécois a endossé un « virage ambulatoire » afin de fournir les services sur une base ambulatoire ou à domicile plutôt qu'en milieu institutionnel. Comme le rappelle la nouvelle politique québécoise de soutien à domicile (MSSS, 2003), « les services à domicile forment une nouvelle manière de répondre aux besoins d'une clientèle très large, qui est plus efficace et mieux adaptée à la réalité d'aujourd'hui. Ces services sont interdépendants des autres services offerts par le système de santé et des services sociaux soit les services ambulatoires de première ligne et les services spécialisés ». Cette interdépendance soulève l'importance d'accroître l'intégration des soins et des services de santé par une meilleure concertation entre les ressources présentes sur un même territoire.

Quant aux clientèles visées, le Cadre de référence sur les services de soutien à domicile de première ligne, adopté en 1994 et qui constituait la politique officielle du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), précisait que ces services étaient destinés à toute personne, peu importe son âge, qui présente une ou des incapacités temporaires ou permanentes dont la cause peut être physique, sociale ou psychique, et qui doit recevoir à son domicile une partie ou l'ensemble des services requis. Cependant, depuis ce temps les deux types de clientèle qui exercent une pression à la hausse sur les services de soutien à domicile sont : 1) la clientèle des personnes âgées qui connaît une augmentation de ses problèmes de santé et de la complexité de ces derniers et 2) la clientèle des services à domicile de courte durée, qui a augmenté suite à la transformation des services hospitaliers et qui compte maintenant pour près de 30 % du total de la clientèle (MSSS, 2003).

La transformation des soins et services de première ligne a fait l'objet de recommandations spécifiques dans les rapports des diverses commissions tant québécoise que canadienne qui ont analysé notre système de santé au cours des dernières années. Le rapport de la Commission canadienne Romanow (Romanow, 2002) formule 47 recommandations qui visent à favoriser une meilleure intégration du système de santé. Les membres de cette commission recommandent spécifiquement « un ensemble de mesures pour créer un système plus intégré dont les éléments s'imbriquent de façon plus harmonieuse ». On mentionne aussi qu'« il y aurait lieu de créer un dossier électronique de santé personnel

¹ La nouvelle Politique de soutien à domicile (MSSS, 2003) précise que le vocable *soutien à domicile* est préféré à *maintien à domicile*, employé auparavant, puisque le terme soutien place l'accent sur la personne, en mesure d'exercer ses choix.

pour chaque Canadien en prenant appui sur les travaux actuellement en cours dans les provinces et territoires ». De plus, la Commission Clair (Commission d'études sur les services de santé et les services sociaux, 2000) a identifié la réorganisation des services de santé de première ligne comme étant la recommandation la plus importante et immédiate à considérer parmi les 36 qui sont formulées dans son rapport. Plus spécifiquement, on y recommande que « des réseaux de services intégrés soient créés, notamment pour des clientèles spécifiques comme les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes avec des problèmes majeurs de santé mentale, les personnes avec des maladies complexes, souvent de nature chronique. Ces réseaux seraient gérés par les régies régionales et coordonnés par les CLSC ». On souligne aussi « que le volet médical du réseau de 1^{re} ligne soit assumé par des groupes de médecine de famille (GMF) composés de médecins omnipraticiens travaillant en groupe, en cabinet ou en CLSC, avec la collaboration d'infirmières cliniciennes ou praticiennes ».

Actuellement au Québec, l'adoption de la loi intitulée « Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux » (L.R.Q., c. A-8.1), sanctionnée le 18 décembre 2003 et édictée le 30 janvier 2004, marque le début d'une période de transition dans l'organisation du système de santé et de services sociaux. L'implantation de ces réseaux locaux est un projet organisationnel et clinique qui vise à mieux intégrer les services en les rapprochant de la population et en facilitant le cheminement des personnes dans le système de santé. Les réseaux locaux de services s'appuient sur la disponibilité, à proximité du milieu de vie, d'une large gamme de services de première ligne et sur la mise en place de mécanismes de références et de suivis pour assurer l'accès aux services de deuxième et une troisième ligne (spécialisés et surspécialisés).

Au Manitoba, la « Loi sur les offices régionaux de la santé » (Santé Manitoba, 1996), sanctionnée en 1996, a mis sur pied des offices régionaux de la santé qui ont pour mandat, entre autres, de « s'assurer que les services de santé soient fournis d'une manière qui réponde aux besoins des particuliers et des collectivités au sein de la région sanitaire et qui permette une coordination et une intégration des services de santé et des établissements ». Le Manitoba vise donc, tout comme le Québec, à créer des réseaux de services qui soient le plus intégrés possible grâce à la collaboration des acteurs d'une même région ou d'un même territoire.

Le présent document constitue le rapport final de l'évaluation du projet CLSC du futur : soutien à domicile et télésoins, réalisé d'avril 2000 à décembre 2003. Ce projet s'inscrit dans un contexte de réforme des soins et des services de première ligne. Il répond aux recommandations précédentes en préconisant la consolidation d'un réseau de services sociaux et de santé déjà existant, offert par les partenaires du territoire. Un tel réseau, supporté par de nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC), vise à assurer un meilleur continuum de soins aux clientèles du programme de soutien à

domicile. De plus, les retombées de ce projet contribuent à faire progresser les réflexions en cours depuis quelques années dans le secteur des soins et des services de première ligne au Québec. Ce projet associe deux organisations soit le Centre de santé Orléans (CSO) à Québec et le Centre de santé Saint-Boniface (CSSB) au Manitoba pour le volet des télésoins. Soulignons, que le CSO résulte d'une fusion récente (avril 2002), d'un CLSC, d'un hôpital et de cinq centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD).

Le premier chapitre permet de décrire le projet; il en présente les objectifs, les secteurs d'intervention et les clientèles visées par le projet. Il aborde ensuite la description des infrastructures, infostructures et technologies de l'information mises en place, les principaux acteurs impliqués ainsi que l'organisation du projet. Le second chapitre porte plus particulièrement sur les choix méthodologiques qui ont été faits pour l'évaluation, compte tenu des caractéristiques de l'objet à l'étude. Puis, le déroulement du projet dans ses trois phases successives soit, l'émergence, la préexpérimentation et l'expérimentation est présenté dans le troisième chapitre. Le quatrième chapitre présente les résultats du projet pour le système d'information en soutien à domicile et pour les télésoins et sera suivi par la discussion sur ces résultats. Enfin, dans la conclusion, une attention particulière est apportée à la compréhension de l'introduction des NTIC pour soutenir la formation de réseaux de soins et services intégrés.

Rappelons que le projet du CLSC du futur a été financé dans le cadre d'un partenariat public-privé à contribution partagée : le Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (PPICS), des partenaires privés et publics. D'autres sources de financement ont pu être ajoutées comme par exemple celle du Partenariat interministériel avec les communautés de langue officielle (PICLO).

1. DESCRIPTION

Avec le vieillissement de la population et les réformes dans le secteur de la santé et des services sociaux, la prestation des services et des soins dans la communauté et au domicile connaît une croissance considérable depuis quelques années. Cette dynamique interpelle tout particulièrement les CLSC dont le Centre de santé Orléans (CSO). Cette croissance dans les demandes de services et de soins s'accompagne aussi d'une augmentation du personnel. Ainsi, les ressources humaines pour les soins à domicile ont doublé entre les années 1997 – 1999. L'espace de travail nécessaire représente également une hausse importante des besoins en ressources immobilières. C'est de l'existence de ce paradoxe entre les besoins en ressources immobilières et l'ajout de personnel appelé à intervenir de plus en plus en dehors des murs du CSO qu'origine le projet CLSC du futur : soutien à domicile et télésoins. Aussi, le manque de disponibilité des renseignements cliniques au domicile de l'usager oblige les intervenants à revenir là où ils sont conservés, c'est-à-dire dans les locaux du CSO. En plus, les intervenants du CSO n'ont accès qu'à une partie de l'information, puisque celle-ci est dispersée entre les multiples établissements ou points de services fréquentés par l'usager (hôpital, centre de jour, clinique, pharmacie, etc.). Il en est de même pour la disponibilité d'information de gestion (les rendez-vous, la réservation du matériel). Donc, une perte importante d'efficacité est associée aux déplacements inutiles effectués par le personnel mobile du programme de soutien à domicile. Le défi est de mettre en place un réseau d'information accessible, facilitant le partage de l'information et la prise de décision pour une accessibilité et une qualité accrues des services.

Ce projet vise à rapprocher les services du CSO de la population en intervenant davantage dans la communauté et en multipliant les portes d'entrée par des alliances avec des partenaires sur le territoire.

Bien avant la venue du projet CLSC du futur, le secteur CLSC du CSO travaillait en partenariat avec les cliniques médicales de son territoire. Depuis 1995, des liens de collaboration se sont développés avec 70 médecins oeuvrant dans 8 cliniques médicales. Depuis 1999, le CLSC a raffermi ces liens de collaboration en permettant à des membres de son personnel de travailler dans des cliniques médicales. Mentionnons que le CSO a été le précurseur du modèle retenu par la Commission Clair pour la mise sur pied de groupes de médecine de famille présentement en implantation au Québec.

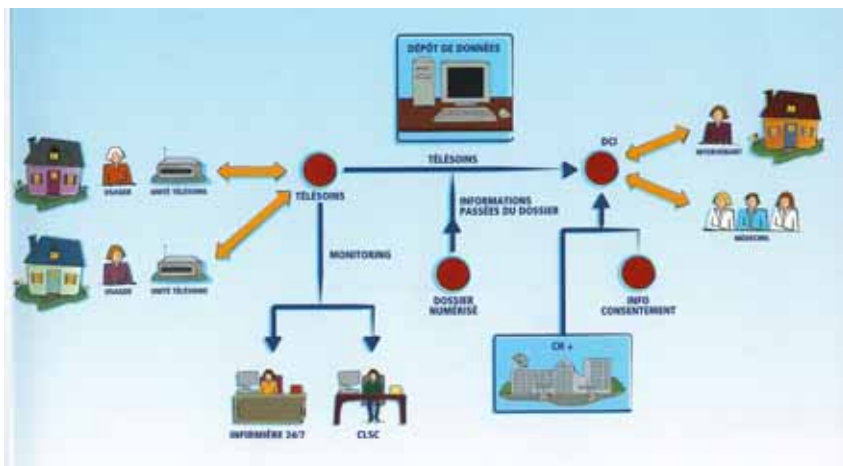
Le CSSB au Manitoba, qui relève du ministère de la Santé, a été mis sur pied à titre de projet pilote (juillet 1999 à juillet 2002) afin d'offrir des services de santé primaires à la population d'expression française de la ville de Winnipeg ainsi qu'à la population anglophone de la région de Saint-Boniface. Un des buts principaux pour le Centre est d'assurer une plus grande accessibilité aux services de soutien à domicile en français à la clientèle franco-manitobaine. Devenu institution permanente, cet établissement joue un rôle

important dans la coordination et l'intégration des soins et services dans la communauté franco-manitobaine. À ce titre, il met un accent sur le développement de partenariats avec d'autres établissements de soins de santé. Son approche, qui se soucie autant de la promotion de la santé, de la prévention et de l'éducation que des traitements de maladies et de blessures, est le fondement de l'amélioration de la santé de la communauté.

Le défi central du projet est de consolider un réseau de services intégrés déjà en action dans le milieu suivant une logique territoriale plutôt que d'établissements. Le défi informationnel est de s'assurer que le centre autour duquel gravite l'information est l'utilisateur et non plus uniquement le lieu de prestation des services. Au cœur des activités du CLSC du futur se trouve un partenariat efficace et efficient qui rend l'information disponible là où sont l'utilisateur et l'intervenant pendant la prestation de services. En soutien à l'organisation de services intégrés, il y a : un dossier clinique informatisé et numérisé, des télésoins, des formulaires électroniques, une gestion des agendas des professionnels, une gestion des référentiels en ligne et des outils de télécommunications. La configuration du CLSC du futur s'appuie sur un modèle d'organisation de services de première ligne qui se veut communautaire et intégré. Selon ce modèle, « les services de première ligne ont pour finalités d'améliorer la santé de la population résidant sur un territoire donné et de contribuer au développement de leur communauté ». Ce modèle communautaire intégré serait le plus avantageux aux plans de l'efficacité des services, de la qualité technique, du contrôle des coûts, de l'utilisation ainsi que de l'équité (Lamarche et al., 2003).

La réalisation d'un tel projet soulève également le défi d'appropriation des outils et des nouvelles pratiques par les gestionnaires et les intervenants impliqués dans la prestation de soins et services. La figure suivante montre l'environnement technologique préconisé pour le projet.

FIGURE 1 : ENVIRONNEMENT TECHNOLOGIQUE



1.1 Objectif général

De façon générale, le projet du CLSC du futur vise à consolider et éventuellement à déployer un modèle de services intégrés de santé, offerts par un réseau de partenaires du territoire et supportés par les NTIC, afin d'assurer un continuum de soins optimal aux clientèles du programme de soutien à domicile.

Pour tendre vers l'objectif général, les objectifs spécifiques suivants sont retenus:

- Améliorer l'utilisation et la circulation de l'information concernant les usagers;
- Encourager l'adaptation des pratiques de soins, de l'organisation de services et des modes de gestion, compte tenu de l'utilisation optimale des ressources et des NTIC;
- Soutenir la mobilité des intervenants et documenter les liens informationnels qui relient les différents professionnels du réseau de la santé et des services sociaux;
- Intervenir de préférence à domicile, grâce aux télésoins, avec le soutien et la participation active des usagers;
- Améliorer l'accès aux services et la satisfaction des besoins des usagers, par la mise en place de moyens de prévention et d'intervention précoce;
- Freiner l'augmentation de la demande de locaux et intervenir de plus en plus en dehors des murs du CSO.

Précisons que les objectifs visés par le Manitoba concernent spécifiquement l'implantation du volet « télésoins à domicile ». L'objectif principal du Centre de santé Saint-Boniface est d'offrir des services de santé primaires à la population d'expression française de la ville de Winnipeg, ainsi qu'à la population anglophone de la région de Saint-Boniface.

1.2 Secteurs d'intervention et clientèles

Le lieu d'expérimentation dans la région de Québec est prévu dans un des six sous-territoires du CSO soit le secteur B. La population totale à qui le CSO offre des services est de 106 297 habitants; ceci place le Centre au deuxième rang dans la grande région de Québec (Pageau et Ferland, 2002). Les données démographiques de la région nous informent que les personnes âgées de 60 ans et plus sont au nombre de 18 064 et comptent ainsi pour 17 % de la population.

La superficie couverte par les services de soutien à domicile du CSO est de 105 Km². Ce territoire peut être considéré tant urbain et que semi-urbain.

FIGURE 2 : CARTE GÉOGRAPHIQUE DE LA RÉGION DE QUÉBEC



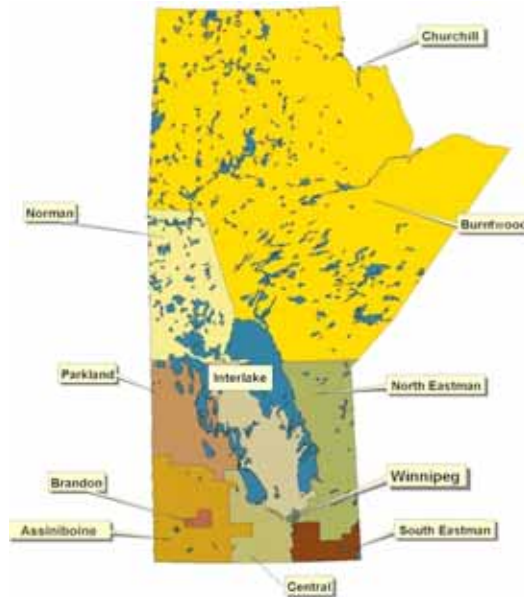
Les services de soutien à domicile offerts à cette population couvrent notamment des programmes de maintien à domicile, de support aux personnes en perte d'autonomie et de services de santé mentale.

Le système d'information en soutien à domicile utilisé dans le cadre de ce projet cible la clientèle du programme de soutien à domicile du secteur B qui compte approximativement de 350 à 400 usagers. Cette clientèle est composée majoritairement de personnes âgées en perte d'autonomie, de personnes qui requièrent des services posthospitalisation, de personnes handicapées et de personnes qui agissent en tant que proches-aidants pour supporter le maintien à domicile de leurs proches. Près de 30 intervenants (infirmières, intervenants sociaux, ergothérapeute, physiothérapeute, nutritionniste, médecins) participent activement au projet.

Pour le volet télésoins, les usagers ciblés résident aussi dans le secteur B, mais on élargira la sélection en cours de projet aux secteurs A et C. Ils sont choisis principalement sur la base des pathologies : maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et insuffisance cardiaque. Ils sont également choisis en fonction des critères suivants : supervision de l'état de santé, fréquentation des urgences, hospitalisation, capacité à manipuler les équipements, intérêt et motivation à autogérer leur maladie.

Au Manitoba, le projet est implanté dans des quartiers francophones de la région centrale (Manitoba rural : Manitou, St-Léon et Notre-Dame-de-Lourdes) ainsi que dans deux quartiers de Winnipeg, aussi nommés « area 2 » (Manitoba urbain : Saint-Boniface et Saint-Vital).

FIGURE 3 : CARTE GÉOGRAPHIQUE DU MANITOBA



Près de 20 intervenants de l'Office régional de la santé de Winnipeg et de l'Office régional du centre (médecins, infirmières, etc.) s'impliquent dans le projet. Les données démographiques pour le Manitoba rural et urbain se présentent comme suit

TABEAU 1 : DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES POUR LE MANITOBA RURAL ET URBAIN

Région	Population totale	Population francophone Nb (%)
Manitoba rural	98 000	6 860 (7 %)
Manitoba urbain	106 077	17 453 (33 %)

Les responsables du projet s'assurent de la participation optimale de la clientèle francophone dans le projet. Les usagers sont choisis sur la base des pathologies MPOC, insuffisance cardiaque, hypertension artérielle et diabète instable. Une attention particulière sera portée sur les mêmes critères susmentionnés pour le CSO. Les usagers doivent aussi demeurer sur les territoires ciblés par le projet (Manitoba urbain et rural). Infrastructures, infostructures et technologies de l'information

1.2.1 Centre de santé Orléans

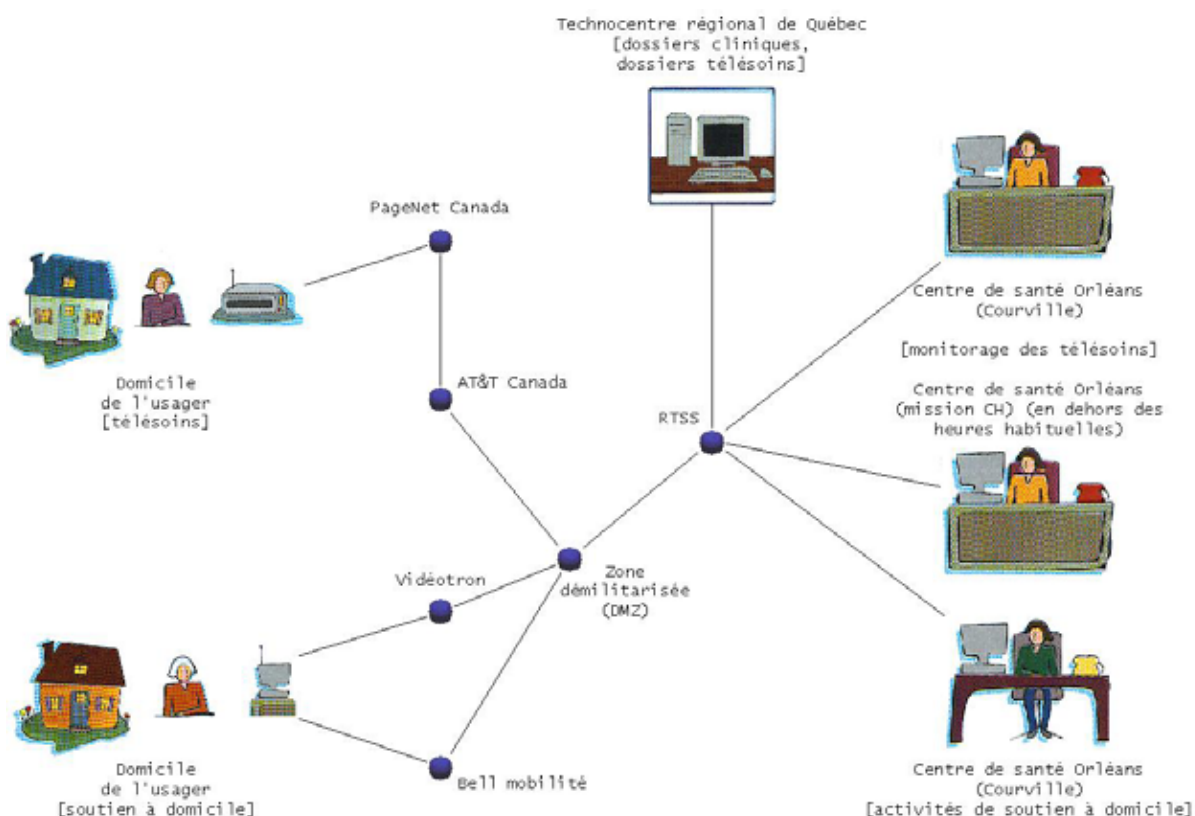
Cette section décrit l'architecture technologique déployée à Québec. En ce qui concerne le système d'information en soutien à domicile, les intervenants possèdent un portable de type Compaq Evo ainsi qu'un téléphone cellulaire Samsung. L'accès aux dossiers cliniques ou administratifs, entreposés au Technocentre, se fait par le biais d'une ligne téléphonique et les services de Vidéotron ou par le réseau sans fil 1X de Bell mobilité. Les deux fournisseurs de télécommunications accèdent au réseau de télécommunications sociosanitaires (RTSS) par la zone démilitarisée (DMZ). L'intervenant accède aux informations depuis le domicile de l'utilisateur, depuis le Centre de santé Orléans (Courville) et, quelquefois, de son domicile.

La numérisation des dossiers cliniques est effectuée au Centre de santé Orléans (Courville) et les documents numérisés sont transmis au serveur des dossiers cliniques du Technocentre.

Le Technocentre gère cinq serveurs : 1) celui des télésoins qui conserve l'ensemble des informations transmises par les appareils en place au domicile de l'utilisateur, 2) celui des dossiers cliniques qui comprend toute l'information des formulaires cliniques et les documents numérisés, 3) celui de l'application Intégration-CLSC, 4) celui des consentements qui emmagasine les copies numérisées des consentements papier des usagers et 5) celui des horaires qui conserve les plans de soins et services.

En ce qui concerne les télésoins, l'utilisateur est équipé à domicile du moniteur Sentry de HomMed comprenant un module de radiomessagerie. Quatre périphériques lui sont connectés en permanence : la balance, le thermomètre, le sphygmomanomètre, l'oxymètre pour la saturation en oxygène et la pulsation cardiaque. Quatre autres sont connectés au besoin par l'utilisateur ou par l'intervenant : le glucomètre, le spiromètre, l'électrocardiographe et le système de mesure de la coagulation sanguine. L'appareil transmet l'information de télésoins en appelant PageNet Canada par le biais d'un protocole sans fil, lequel retransmet l'information à AT&T Canada qui se charge de l'acheminer au Technocentre par la zone démilitarisée (DMZ) et le RTSS. En cas d'échec de la connexion sans fil, l'appareil transmet l'information par la ligne téléphonique de l'utilisateur. Le monitoring des télésoins se fait au Centre de santé Orléans (Courville) où est installée la station centrale. Cette dernière passe par le RTSS afin de récupérer les informations de télésoins emmagasinées au Technocentre. En dehors des heures de couverture des soins et services du CLSC, le coordonnateur des soirs, nuits et fins de semaine du Centre de santé Orléans (mission CH) prend en charge le monitoring des télésoins.

FIGURE 4 : L'ARCHITECTURE TECHNOLOGIQUE DÉPLOYÉE À QUÉBEC

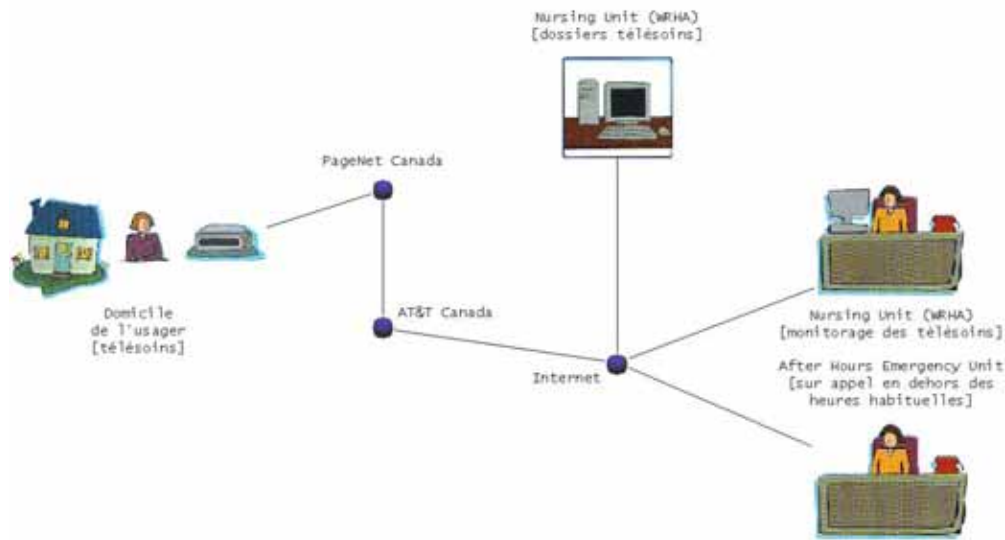


1.2.2 Manitoba urbain

Au Manitoba, l'architecture technologique déployée est essentiellement la même que celle des télésoins au Québec. La différence se situe au niveau de la transmission de l'information et de l'emplacement des serveurs. Pour le Manitoba urbain, l'utilisateur a un équipement identique à celui du Québec. L'information de télésoins est transmise en appelant PageNet Canada par la ligne téléphonique de l'utilisateur, puis est retransmise à AT&T Canada qui se charge de l'acheminer cette fois au *Winnipeg Regional Health Authority* (WRHA) et plus précisément à la *Nursing Unit* par Internet. Cette architecture ne comprend pas d'intranet ou de réseau local.

Le monitoring des télésoins se fait à la *Nursing Unit* du WRHA où est installée la station centrale. Cette dernière accède directement au serveur de télésoins localisé au même endroit. En dehors des heures de couverture habituelles, c'est la *After Hours Emergency Unit* qui prend en charge les usagers des télésoins, sur appel.

FIGURE 5 : L'ARCHITECTURE TECHNOLOGIQUE DÉPLOYÉE AU MANITOBA URBAIN

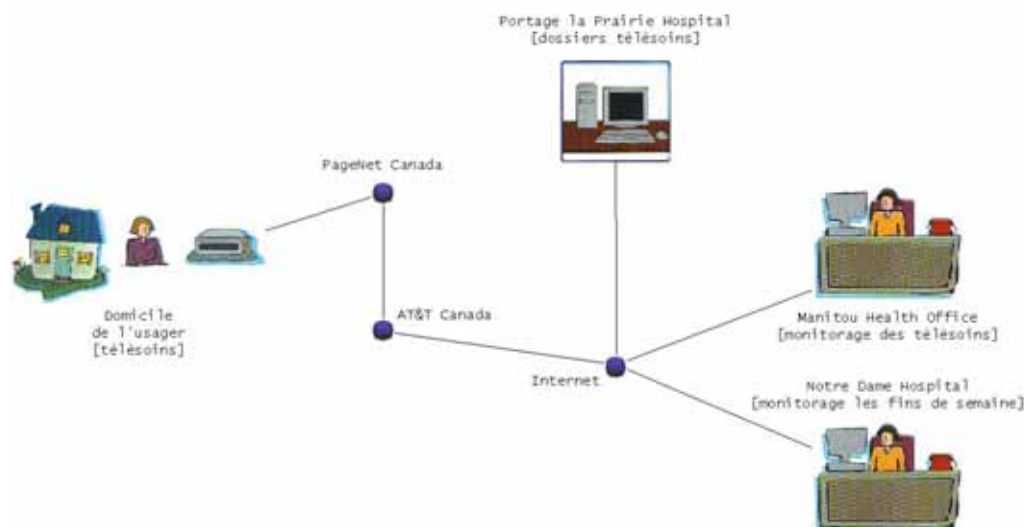


1.2.3 Manitoba rural

Pour le Manitoba rural, le même équipement de télésoins est utilisé mais la transmission est acheminée cette fois-ci au *Portage la Prairie Hospital* toujours par Internet, AT&T Canada et PageNet Canada. Cette architecture ne comprend pas non plus d'intranet ou de réseau local. L'appareil de télésoins transmet toujours l'information par la ligne téléphonique de l'utilisateur.

Le monitoring des télésoins se fait au *Manitou Health Office* où est installée la station centrale. Cette dernière accède au serveur de télésoins localisé au *Portage la Prairie Hospital*. Pendant les fins de semaine seulement, c'est le *Notre-Dame Hospital* qui prend en charge les télésoins.

FIGURE 6 : L'ARCHITECTURE TECHNOLOGIQUE DÉPLOYÉE AU MANITOBA RURAL



1.2.4 Aspect logiciel

La figure suivante montre en interrelation les différentes composantes logicielles du projet CLSC du futur. Deux outils ressortent particulièrement : le dossier clinique informatisé (DCI) pour les tâches cliniques et Intégration-CLSC (I-CLSC) pour les tâches administratives.

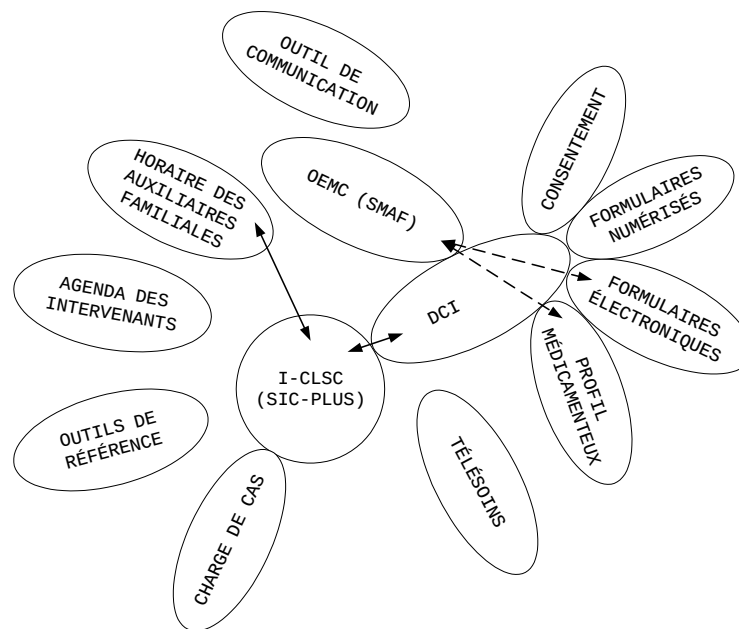
Le DCI, de son nom commercial Caretools, permet l'accès, la consultation et la mise à jour du dossier de l'utilisateur. Une vingtaine de formulaires du dossier de l'utilisateur ont été numérisés sur une période couvrant de janvier 2002 à aujourd'hui et le sont pour les nouveaux patients. D'autres formulaires, aux normes provinciale, régionale ou locale, sont saisis directement dans l'application clinique. Le consentement de l'utilisateur est signifié par l'intervenant dans l'application, auquel est jointe la feuille de consentement authentique numérisée (annexe A). Il existe dans l'application clinique un profil pharmacologique initialisé par les informations de l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) puis complété au besoin par les intervenants. L'OÉMC est également lié à plusieurs formulaires. L'OÉMC est un outil d'évaluation intégré des besoins des personnes en perte d'autonomie et de détermination des services requis, notamment en institution ou à domicile. Il comprend, entre autres, le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) et un plan d'intervention et d'allocation de services. À la fin du projet, la création de l'interface entre le DCI et les télésoins se poursuivait.

Intégration-CLSC est une solution informatique conçue spécifiquement pour les CLSC et qui vise l'intégration, dans un seul système, de plusieurs applications utilisées par ceux-ci. Son noyau, SIC-plus, fournit des index uniques et des fonctions d'aide à la tâche professionnelle. La charge de cas pour tous les intervenants est inscrite dans I-CLSC et engendre la création d'un nouveau dossier dans le DCI par un transfert d'information

administrative. Le logiciel horaire des chefs d'équipe des auxiliaires familiales leur permet de valider les interventions réellement effectuées par les auxiliaires familiales. Les autres intervenants saisissent directement leurs interventions dans I-CLSC.

Les intervenants utilisent un agenda pour faire leur feuille de route et peuvent transmettre des informations de rendez-vous par courriel et les répéter, au besoin. À la fin du projet, le lien entre l'agenda et I-CLSC demeure l'objet de discussions. De multiples outils de références (annexe B), dont Vigilance santé, sont disponibles sur le poste de l'intervenant.

FIGURE 7 : COMPOSANTES LOGICIELLES DU PROJET CLSC DU FUTUR



1.3 Principaux acteurs

1.3.1 Parties prenantes du projet

Le Centre de santé Orléans est le promoteur et le maître d'œuvre du projet CLSC du futur à Québec et en gère les activités. Le Centre de santé Saint-Boniface en est le maître d'œuvre au Manitoba. Il y gère les activités du projet tout en maintenant une étroite collaboration avec l'organisation du Québec, notamment par sa participation au comité directeur et sa contribution à l'évaluation du projet.

Le projet implique un grand nombre de partenaires investisseurs et d'organisations des soins et services. Santé Canada est membre du comité directeur du projet.

1.3.2 Partenaires du Centre de santé Orléans

Le Centre de santé Orléans s'est associé plusieurs partenaires pour la planification, la réalisation et l'évaluation du projet; ils se sont aussi engagés à investir dans le projet. Ces partenaires agissent dans les volets technologie, organisation, gestion et évaluation. Chacun participe au projet selon son profil et son rôle respectif (annexe C). Nous retrouvons ainsi :

- La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (RRSSS) (directions des ressources informationnelles, de l'organisation des services et de la planification stratégique) pour des services-conseils, et le Technocentre régional pour un soutien technologique;
- La Sogique (directions des actifs informationnels et des services conseils), organisme sans but lucratif pour le développement et la gestion des actifs d'intérêt commun du réseau de la santé, pour des services conseils pour la gestion et l'architecture d'ensemble des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) et des services de soutien financier;
- Logibec pour le développement et l'adaptation du dossier clinique informatisé et la réalisation des principales intégrations et interfaces technologiques;
- HomMed pour les télésoins (équipement, formation et support);
- CIFRA Médical inc. (Gestidoc) pour la numérisation et le support pour les télésoins;
- Informatique ProContact et HP-Canada pour les portables, tablettes et autres périphériques à l'essai;
- Le CEFRIO et l'équipe d'évaluateurs/chercheurs de l'Unité de recherche, de l'Institut national et de la Direction régionale de santé publique et de l'Université Laval ainsi que de l'Université de Montréal avec le groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS);
- Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) qui appuie le projet et contribue aux travaux, particulièrement en regard des développements technologiques;
- L'Association des CLSC et CHSLD du Québec qui appuie le projet et est membre du comité directeur;
- L'École d'architecture de l'Université Laval (sous-traitant du CSO) pour l'analyse du parc immobilier et l'aménagement, les plans fonctionnel et technique et les recommandations;
- Bell Canada est un des fournisseurs du projet.

1.3.3 Partenaires des soins et services du CSO

Des collaborateurs de longue date sont aussi partenaires du projet : deux cliniques médicales du territoire, quatre groupes de médecine de famille (GMF) ainsi qu'un centre hospitalier affilié (CHA) qui offre des services diagnostiques et médicaux spécialisés.

Finalement, des liens existent aussi avec plusieurs cliniques médicales et hôpitaux qui, tout en étant en dehors du territoire desservi par le CSO, offrent des services à sa clientèle.

1.3.4 Partenaires du Centre de santé Saint-Boniface

Le CSSB s'est associé à plusieurs organisations au Manitoba. Ses principaux partenaires investisseurs sont les Offices régionaux de la santé de Winnipeg (ORSW) et du Centre (ORSC), le MB Telehealth, le ministère de la Santé et le Partenariat interministériel avec les communautés de langue officielle (PICLO) (annexe D).

Il est à souligner que dans le contexte de ce projet, le Centre de santé a une relation étroite avec le maintien à domicile dans la ville de Winnipeg. Cependant il ne gère pas la livraison de services de maintien à domicile pour la population desservie. Il a donc été primordial, dans ce contexte, de conclure une entente avec l'Office régional de la santé de Winnipeg pour un appui au CSSB dans leur participation au projet.

Les hôpitaux généraux de Saint-Boniface et de St-Vital appuient le projet.

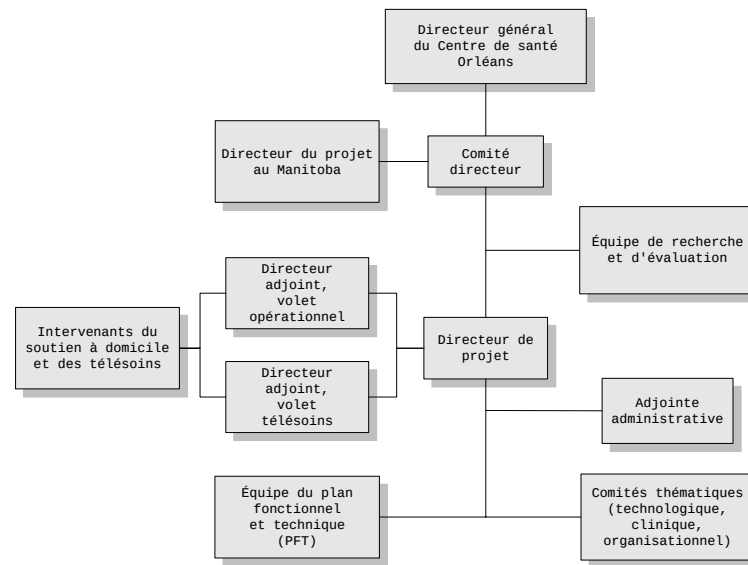
Le projet comporte une structure organisationnelle à Québec et au Manitoba qui a été développée à partir de structures déjà existantes.

1.4 Organisation du projet

1.4.1 Centre de santé Orléans

Au Centre de santé Orléans, deux composantes interreliées constituent la structure organisationnelle du projet. La première est décisionnelle et est axée sur la coordination des efforts de planification et de gestion du projet. La deuxième concerne la réalisation du projet et traite d'activités de développement et d'essais de solutions appropriées. Cette structure organisationnelle a été créée dans le but de s'assurer que la démarche d'expérimentation de nouvelles méthodes d'organisation du travail et d'intégration des technologies informationnelles dans les activités du soutien à domicile des usagers desservent bien les intérêts de toutes les personnes et de tous les organismes concernés par le projet. Chaque composante de cette structure organisationnelle exerce un ensemble de responsabilités (annexe E).

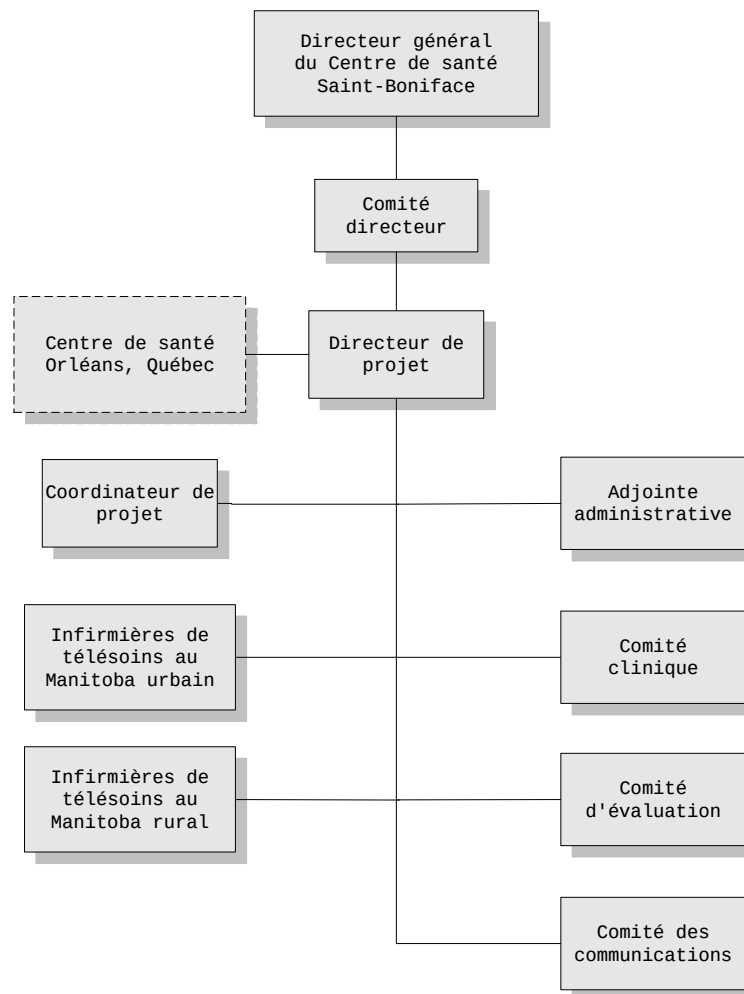
FIGURE 8 : STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DU PROJET AU CENTRE DE SANTÉ ORLÉANS



1.4.2 Centre de santé Saint-Boniface

La structure organisationnelle mise sur pied au Manitoba est axée sur la coordination des efforts de planification, de gestion du projet et de réalisation de toutes les activités (annexe F).

FIGURE 9 : STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DU PROJET AU CENTRE DE SANTÉ SAINT-BONIFACE



2. ÉVALUATION

Le présent rapport fait état de l'évaluation globale du projet CLSC du futur. En plus des travaux de l'équipe des chercheurs-évaluateurs principaux, cette évaluation s'appuie à l'occasion sur celle de l'équipe d'évaluation du Manitoba et sur celle des promoteurs du projet. Une équipe de l'École d'architecture de l'Université Laval a aussi réalisé une évaluation. Les travaux de ces équipes font l'objet de rapports indépendants.

Pour l'évaluation des sites d'expérimentation au Manitoba, une collaboration a été créée entre les deux équipes. Celle de Québec a apporté un appui continu afin d'assurer une consistance et une complémentarité. Soulignons, que la responsable du projet du Manitoba participait régulièrement aux réunions du comité directeur, qu'un des chercheurs principaux et une des professionnelles de l'équipe d'évaluation se sont rendus à Winnipeg l'un en juin et l'autre en novembre 2003. Ils ont rencontré les responsables du projet, des membres des équipes des Regional Health Boards impliqués dans le projet et ceux du comité d'évaluation. Ils ont aussi travaillé avec la coordonnatrice-évaluatrice. Certains outils de cueillette de données ont été fournis par l'équipe de Québec mais leur utilisation et les résultats fournis sont sous la responsabilité de l'équipe du Manitoba qui d'ailleurs rédigera un rapport spécifique qui tiendra compte des particularités du milieu.

L'École d'architecture de l'Université Laval a procédé à l'évaluation des besoins en ressources immobilières du programme de soutien à domicile du Centre de santé Orléans. Le mandat de l'École d'architecture visait l'ajustement du programme fonctionnel et technique (PFT) de l'établissement suite aux modifications des pratiques de travail entraînées par l'introduction de nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC). De manière plus spécifique, l'École d'architecture a réalisé une analyse du territoire desservi par le programme de soutien à domicile, celle des bâtiments et de l'utilisation des locaux. Au moment de la rédaction de ce document, le rapport de l'équipe de l'École d'architecture n'était pas disponible.

Pour l'équipe des chercheurs-évaluateurs principaux, l'évaluation porte en premier lieu sur l'analyse des processus d'évolution du projet au CSO. En deuxième lieu, l'analyse des résultats porte sur le degré d'atteinte des objectifs formulés par les promoteurs du projet. Cette analyse permet de distinguer les résultats et effets découlant de l'implantation du système d'information en soutien à domicile (CSO) et ceux découlant de l'implantation des télésoins. Pour les télésoins, la présence de plus d'un site d'expérimentation (CSO et Manitoba) a permis d'en faire une analyse transversale.

2.1 Analyse des processus d'évolution du projet

L'analyse des processus s'appuie sur une démarche qualifiée de compréhensive, pluraliste et formative. Elle est compréhensive parce qu'elle cherche à comprendre l'ensemble des faits et enjeux se rapportant au déroulement du projet (Guba et Lincoln, 1981; Rossi et Freeman, 1993). Elle est pluraliste parce qu'elle s'intéresse aux visions des divers individus ou groupes d'individus concernés par le projet. En ce sens, l'évaluation est inductive et elle cherche des explications à la réussite, à l'échec ou au changement dans le projet (Patton, 2002, 1997). Elle est formative parce que l'information recueillie est partagée avec les personnes impliquées dans le projet pendant son déroulement. Ainsi, la participation active des chercheurs peut contribuer à la résolution de problèmes pendant le déroulement du projet (Patton, 2002, 1997). La démarche d'évaluation a aussi été abordée à la manière d'une étude de cas, qui selon Yin (1989-1993) est particulièrement indiquée lorsque l'objet d'évaluation est difficilement isolable de son contexte.

L'étude du projet CLSC du futur peut être qualifiée d'étude explicative, en ce sens qu'elle vise à rendre plus facilement compréhensibles des phénomènes complexes en montrant comment les parties qui les composent s'agencent selon certaines règles (Bernard, 1988).

L'analyse longitudinale des processus d'évolution du projet au CSO vise à comprendre et agir sur les divers facteurs influençant la conduite du projet. À cet effet, elle prévoit une reconstitution des étapes franchies. L'analyse du déroulement du projet nous a permis d'en dégager trois grandes phases : l'émergence, la préexpérimentation et l'expérimentation. La description du déroulement du projet présentée dans le chapitre suivant est structurée selon ces trois phases.

TABLEAU 2 : PHASES D'ÉVOLUTION DU PROJET AU CSO

Phases du projet	Émergence	Préexpérimentation	Expérimentation
Période	Avril 2000 à déc. 2001	Jan. 2002 à mars 2003	Avril 2003 à déc. 2003

Pour chacune de ces phases, une analyse des faits saillants et des décisions clés aux niveaux stratégique et opérationnel a été faite. Celle-ci porte sur les dynamiques d'interactions entre les acteurs concernés, notamment celles concourant à la création d'un partenariat entre les gestionnaires d'organisations publiques et de firmes privées, celles entre les intervenants du CSO, celles entre les intervenants et les gestionnaires engagés dans le projet (ex. stratégies de mobilisation), et celles entre les organisations de santé ou les médecins oeuvrant dans des cliniques et les acteurs du CSO. L'analyse porte aussi sur les dynamiques ayant cours en regard des choix technologiques, des processus de gestion et des transformations des processus de travail. De plus, l'analyse s'appuie sur

l'identification des attentes et des appréhensions des usagers, des intervenants cliniques et des partenaires engagés dans le projet. Notons que le développement des technologies n'a pas fait l'objet d'une analyse; seules leur utilité et leur acceptabilité pour les utilisateurs et les organisations impliqués ont été considérées.

La démarche d'analyse des processus a aussi fait l'objet d'un accompagnement continu des acteurs concernés. Grâce à une observation participante régulière aux rencontres du comité directeur et des autres comités de travail, les observations des chercheurs ont pu être partagées avec les participants au projet afin de soulever des discussions sur les diverses problématiques identifiées et les pistes de solutions à envisager.

2.2 Cueillette et analyse des données

La cueillette des données s'appuie sur trois sources principales. D'abord l'observation participante systématique à l'ensemble des réunions des comités du projet. Ces observations ont été réalisées par les membres de l'équipe d'évaluation en relation avec leur champ d'activités (stratégique, opérationnel, technologique, pratiques cliniques). Elle fut aussi faite lors de multiples présentations auprès de décideurs publics de différents niveaux. Ces observations ont permis de suivre de près l'évolution de la dynamique des acteurs et du projet lui-même. Elles ont également inclus des visites de sites et des accompagnements d'intervenants sur le terrain. Puis, la cueillette s'est appuyée sur l'analyse documentaire, la réalisation d'entrevues individuelles et de groupe (annexe G), le test de Tannenbaum (1977), une collecte de données sur l'utilisation des services de télésoins et des statistiques de clientèle.

Les personnes interviewées ont été sélectionnées, selon une technique dite de « boule de neige » (Lincoln and Guba, 1985), par laquelle les informateurs clés sont identifiés par les intervenants de terrain eux-mêmes, progressivement, dans le déroulement du processus en cours. Comme le proposent Lincoln et Guba (1985), le nombre de répondants n'était pas déterminé préalablement, mais décidé sur la base des nouvelles informations recueillies lors de chaque entrevue. La recherche de nouveaux répondants s'est terminée au point de redondance, c'est-à-dire quand les efforts pour trouver de nouveaux répondants ne fournissent pas suffisamment de valeur ajoutée pour justifier l'énergie et les ressources dépensées. Toutes les entrevues individuelles et de groupes ont été enregistrées et retranscrites avec le consentement des personnes interviewées. La durée des entrevues est de 50 à 70 minutes.

L'horaire des entrevues a été adapté à l'évolution du processus. Ainsi, les entrevues ont été faites par vagues suscitées par les événements. Au total, quatre-vingt-deux (82) entrevues individuelles et cinq (5) entrevues de groupe ont été réalisées auprès des gestionnaires, des partenaires, des intervenants et des usagers des télésoins. Leur répartition est présentée en

détail dans les tableaux de l'annexe H. Notons aussi que des rencontres et des entrevues avec la responsable du projet au CSSB, les quatre infirmières et leurs responsables au Manitoba urbain, la coordonnatrice de cas, sa remplaçante et un médecin de l'Équipe du Manitoba rural ont été faites. Une rencontre avec la responsable du SAD du RHB de Winnipeg et des visites de sites ont été réalisées lors des visites des membres de l'équipe d'évaluation de Québec. Une communication régulière avec la coordonnatrice-évaluatrice du projet a aussi été maintenue et l'équipe du Manitoba a fourni le matériel d'entrevues réalisées par eux auprès de leurs usagers de télésoins. Cependant, le contexte et les conditions difficiles de réalisation du projet (ex. : délai, surcharge de travail) ont modifié le plan initial de cueillette de données.

Pour les entrevues, l'analyse classique de contenu a été retenue pour faire ressortir les faits saillants. Des techniques de compression et de présentation des données similaires à celles suggérées par Huberman et Miles (1991) ont été utilisées. Lors de cette analyse, un premier regroupement par thèmes a permis de cibler les principaux mots clés. Une deuxième lecture a permis de valider la première classification.

Le test de Tannenbaum (Tannenbaum et al, 1977) a permis d'estimer le degré d'influence des acteurs tel que perçu par les pairs. Ces données fournissent une meilleure compréhension du rôle des personnes impliquées dans la prise de décision au sein du comité directeur. Les membres de ce comité ont été invités à compléter le test à deux moments spécifiques soit au printemps 2002 et à l'été 2003. Chaque participant devait alors indiquer sa perception quant au degré d'influence de chacun sur une échelle de Likert allant de 1 (très peu d'influence) à 5 (énormément d'influence). Une moyenne pour chaque personne répondante a été calculée. L'analyse a porté sur la comparaison des résultats entre les deux périodes.

Les sources de données documentaires ont compté les rapports de réunion, les documents publicitaires préparés par les promoteurs et d'autres documents pertinents au contexte du projet. Il y a eu participation active à des réunions et des notes ont été prises.

2.3 Analyse des résultats

L'analyse des résultats s'intéresse au degré d'atteinte des objectifs du projet formulés par les promoteurs. L'analyse devait se réaliser à partir d'indicateurs de la mesure des effets identifiés selon ces objectifs. Les objectifs visés, les résultats attendus, les indicateurs ainsi que les sources de données permettant leur mesure ou appréciation sont présentés à l'annexe H. Notons qu'à cause de la très courte période d'expérimentation et de la non-disponibilité de certaines données mentionnées dans ce tableau, il n'est pas permis d'évaluer l'ensemble des résultats annoncés. En effet, il a été difficile d'obtenir des statistiques valides des systèmes d'information existants et tout particulièrement celles du

système d'information clientèle (I-CLSC). Cette situation est en voie de changer et plus de données pertinentes pour l'évaluation seront alors disponibles pour la prochaine phase du projet où elles seront d'ailleurs, d'une plus grande utilité car l'expérimentation aura été de plus longue durée.

L'information a aussi été difficile à obtenir sur les télésoins. Les données devant être colligées par les intervenants se sont avérées parfois incomplètes, faute de temps. Pour combler cette lacune, les professionnelles de l'équipe d'évaluation ont suivi les patients à la façon d'une étude de cas et ont assuré la validité des données par des échanges interactifs et des rencontres de validation avec les intervenants. Au Manitoba, ce processus a été plus difficile à réaliser, ce qui a eu un impact sur l'information disponible.

Par ailleurs, pendant le déroulement du projet, les chercheurs ont identifié d'autres indicateurs jugés utiles et pertinents à l'analyse des résultats. Ils sont présentés et discutés dans le chapitre prévu à cette fin. Ainsi, les résultats présentés et analysés doivent être considérés comme exploratoires. Toutefois, ils permettent d'identifier nombres d'enjeux et de soulever des questions d'importance pour la conduite de tels projets, leur déploiement et leur diffusion. Les résultats sont analysés en fonction des caractéristiques des clientèles, de l'utilisation des NTIC et des effets de cette utilisation pour les usagers, les intervenants et l'organisation du travail.

Il importe de souligner que l'équipe d'évaluation s'est ajustée au fur et à mesure du déroulement du projet, pour mieux décrire et surtout comprendre l'émergence, l'implantation et les effets du projet ainsi que les conditions de déploiement et les facteurs de diffusion, le cas échéant. Cette évolution a eu une influence majeure sur le processus de collecte et d'analyse des données. Aussi, des ajustements fréquents et souvent rapides ont dû se faire mais ceci est cohérent avec la nature et la complexité d'un tel projet.

De plus, la stratégie d'évaluation a porté sur un autre élément important soit celui de contribuer à partir des meilleures données possibles aux processus de prises de décision pour l'organisation, le management et la distribution des services de santé. Ce défi de transfert et de partage des connaissances ainsi que les enseignements appris du projet s'adressaient tant aux décisions à prendre durant le projet que pour ses suites. Enfin, outre l'établissement d'une relation de confiance et de crédibilité, l'approche pluraliste, formative et participative impliquait une présence continue, une lecture systématique de l'évolution du projet et du contexte pour faire des rétroactions pertinentes.

3. DÉROULEMENT

Le projet CLSC du futur se déroule en trois phases successives :

1. L'émergence qui couvre la période d'avril 2000 à décembre 2001;
2. La préexpérimentation qui couvre la période de janvier 2002 à mars 2003;
3. L'expérimentation qui couvre la période d'avril 2003 à décembre 2003.

3.1 Phase d'émergence (avril 2000 – décembre 2001)

La phase d'émergence débute avec les premières idées structurées du projet et se termine par la signature de l'entente avec Santé Canada.

Faits saillants de la phase d'émergence :

- Élaboration du projet à partir d'une vision d'un réseau de services intégrés supportés par les NTIC : le CLSC du futur;
- Lancement du PPICS pour financer, sur une base non récurrente et pour une courte période (deux années), la réalisation notamment de projets d'infrastructures d'envergure;
- Mise sur pied très rapide d'un partenariat public-privé à contributions partagées;
- Composition d'un comité directeur dont les principales préoccupations sont d'ordres technologique et administratif;
- Invitation aux intervenants à participer au projet;
- Annonce, par le MSSS du lancement des groupes de médecine de famille (GMF);
- Obtention de l'accord minimal requis pour présenter un projet collectif suffisamment acceptable pour faire l'objet d'une signature d'entente avec Santé Canada par les instances locale, régionale et provinciale;
- Le projet vise alors à doter l'intervenant de la santé d'un système électronique intégré incluant un dossier clinique informatisé, un agenda, des outils de référence, des liens de télécommunications et de la télédictée et à faire bénéficier l'utilisateur des services de télésurveillance, de télésoins et de télé médecine.

Sous la conduite du principal visionnaire du projet, le directeur général du CLSC Orléans, les premières idées du projet CLSC du futur naissent en 1999 – 2000 et se développent en collaboration avec la Sogique (recherche et développement), Logibec (développement de systèmes d'information pour la santé) et le CEFRIO (recherche et évaluation). Cette phase

d'émergence permet d'élaborer les objectifs et la nature du projet, principalement le recours aux nouvelles technologies de l'information et de la communication, pour supporter un réseau de services intégrés et modifier la part relative des besoins en immobilisation pour des intervenants dont l'essentiel des activités doit s'effectuer à l'extérieur de leur point d'attache. Le projet vise, de façon plus particulière, à assurer l'accès à distance à de l'information utile et nécessaire pour les activités du programme de soutien à domicile.

En juin 2000, l'appui et le support financier sont obtenus de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec afin de préparer et déposer une demande de financement au Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé (PPICS). Ce programme finance, à coûts partagés (50/50), sur une base non récurrente et pour une courte période (deux années), la réalisation de projets d'infrastructures d'envergure pour lesquels les promoteurs s'engagent à poursuivre les activités après la période de financement. Ces conditions créent un contexte de délais très courts pour réaliser des projets fort complexes, favorisent le développement d'un partenariat avec le secteur privé et impriment une orientation technologique aux projets éligibles au financement.

Pour bénéficier de ce programme, le CLSC Orléans s'allie à des partenaires qui, tout en représentant un ensemble important d'expériences et d'expertises techniques, organisationnelles et stratégiques, généralement complémentaires, n'ont pas l'expérience commune d'un projet collectif.

En juillet 2000, le Centre de santé Saint-Boniface (Manitoba) s'associe au projet avec l'intention d'utiliser les outils développés. Par cette association, ce Centre vise à améliorer l'organisation et la prestation des services du soutien à domicile et à mieux connaître l'expérience du Québec. Cette association permet au projet du CLSC du futur la validation et la traduction anglaise des outils afin de les rendre exportables à l'extérieur du Québec. Mentionnons que le Centre de santé Saint-Boniface assure des services de santé, en particulier les soins à domicile, par le biais d'ententes de partenariat avec des organismes tels que les offices régionaux de la santé. Pour soutenir le déploiement du projet au Manitoba, une subvention est octroyée par le programme du Partenariat interministériel avec les communautés de langue officielle (PICLO) de Patrimoine Canada.

En août 2000, la demande de subvention pour le CLSC du futur est déposée officiellement au PPICS par le CLSC Orléans. Par la suite, le montant demandé est ajusté à la baisse par le PPICS entraînant alors des modifications au projet.

La période d'août 2000 à juin 2001 est marquée par un processus de négociation politique entre le gouvernement du Québec et Santé Canada. Le projet est en attente de la décision du PPICS.

À partir de juin 2001, l'organisation du projet se met en place notamment avec la création d'un comité directeur provisoire. Il est composé du CLSC Orléans, du Centre de santé Saint-Boniface du Manitoba, de la Sogique, de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Québec, du CEFRIO, de l'équipe de recherche et évaluation, de Logibec, d'Autonomie santé, de Cifra Médical, de Bell Canada, ainsi que de l'Association des CLSC-CHSLD du Québec, du MSSS et du PPICS (Santé Canada). Il est à noter que les partenaires publics ont en commun de représenter essentiellement le secteur des ressources informationnelles de leur organisation. Les principales préoccupations à l'ordre du jour sont surtout technologiques et administratives pour parvenir à un consensus autour de la demande de subvention au PPICS.

D'autres comités sont également créés où participent les partenaires habituels de prestation des services intégrés de santé du territoire Orléans (Centre hospitalier affilié universitaire, cliniques médicales, pharmacies communautaires) et les représentants du volet organisation et distribution des services de santé au niveau régional. Participe également au projet, l'École d'architecture de l'Université Laval. Ces comités vont couvrir plusieurs aspects de l'organisation du projet : coordination, pilotage, réalisation, relations de travail, plans fonctionnel et technique (PFT) et recherche et évaluation. Au Manitoba des comités se mettent aussi en place.

Le comité directeur déploie une infrastructure organisationnelle préliminaire et nomme un gestionnaire du CLSC comme directeur de projet. Cette personne est reconnue pour sa connaissance du milieu, des services offerts et ses liens avec les intervenants et les organisations de santé du territoire. On lui associe un directeur adjoint provenant d'un des principaux partenaires publics à vocation technologique du projet.

Enfin, cette étape est celle des négociations pour obtenir un accord minimal entre partenaires pour faciliter la conclusion des ententes et l'approbation du manuel d'organisation de projet (MOP) par Santé Canada.

En parallèle à cette dynamique organisationnelle, quelques événements d'importance sont à noter :

- Un travail d'information, de sensibilisation et de mobilisation est engagé au niveau opérationnel. Les intervenants du CLSC Orléans sont alors informés par la direction des démarches en cours pour réaliser le projet et du choix du secteur géographique B comme terrain d'expérimentation. Les intervenants de ce secteur sont invités à participer au projet sur une base volontaire et ceux qui ne souhaitent pas y participer ont la possibilité de changer de secteur. Finalement, à l'issue de ce processus de consultation, l'équipe du CLSC du futur sera composée de : 3 infirmiers/ères, 2 travailleurs sociaux, 2 auxiliaires familiales, 1 ergothérapeute, 1 physiothérapeute et 1 nutritionniste qui dessert aussi deux autres secteurs géographiques hors projet. Mentionnons que dans ce CLSC,

les auxiliaires familiales n'ont pas de secteur fixe et ne sont donc pas intégrées dans une équipe de secteur.

- Le MSSS annonce le lancement des groupes de médecine de famille (GMF), qui devront couvrir l'ensemble du territoire québécois pour desservir des populations vulnérables en formalisant également des ententes avec des CLSC. Soulignons que ce concept est aussi inspiré de l'expérience de partenariat du CLSC Orléans avec des cliniques médicales de son territoire, dont celles associées au projet CLSC du futur.

En septembre 2001, après plusieurs mois de discussion, un accord de principe sur les ententes de contribution du PPICS intervient entre le MSSS et Santé Canada.

En décembre 2001, les instances locale, régionale et provinciale s'entendent sur un accord de contribution qui aboutit à la signature d'une entente avec Santé Canada. La signature de cette entente marque le point de départ officiel du projet CLSC du futur dont l'échéance est alors fixée pour la fin mars 2003 (évaluation et dépôt du rapport final). À cette date, il est prévu d'une part de doter l'intervenant de la santé d'un système électronique intégré incluant un dossier clinique informatisé, un agenda, des outils de référence, des liens de télécommunications et de la télédictée et d'autre part, de faire bénéficier l'utilisateur des services de télésurveillance, télésoins et télé médecine. L'enjeu central du projet est la réalisation de ce système intégré et l'expérimentation de son utilisation.

Soulignons que le projet bénéficie de l'appui de la table des directeurs généraux de CLSC de la région de Québec et du Comité clinique provincial de géranto-gériatrie.

3.2 Phase de préexpérimentation (janvier 2002 – mars 2003)

La phase de préexpérimentation débute avec une clarification des rôles des partenaires et des comités et se termine par la signature formelle des engagements des partenaires.

Faits saillants de la phase de préexpérimentation :

- Négociations, longues et difficiles, autour d'enjeux de propriétés intellectuelles, d'actifs d'intérêts communs et de craintes de situations monopolistiques;
- Restructuration majeure du projet due à une crise et nomination d'une directrice de projet externe à l'organisation;
- Finalisation des ententes et prolongation du projet;
- Fusion du CLSC avec d'autres organisations pour devenir le Centre de santé Orléans (CSO);
- Changements organisationnels importants chez les autres partenaires; certains d'entre eux sont remplacés;
- Projet d'entente entre le CSO et les GMF retardé;
- Mobilisation, démobilisation et remobilisation des intervenants;
- Réalisation des préalables : formation de tous les intervenants du CLSC à l'utilisation des menus de I-CLSC; mise à jour de la formation pour l'utilisation de l'OÉMC;
- Plusieurs études des processus de travail des intervenants;
- Réalisation des solutions technologiques qui s'enrichissent de la contribution des intervenants et s'implantent;
- Autorisation de l'informatisation de l'OÉMC version 1994, à défaut de la version 2002, et de son intégration dans le DCI; informatisation de cet outil;
- Télésoins privilégiés à la télésurveillance et à la télémedecine;
- Recrutement de 6 suppléants pour la période de formation et démarrage;
- Sensibilisation des intervenants, cadres et direction supérieure du CLSC;
- Élaboration énergivore du Manuel d'organisation de projet (MOP).

Sur le plan stratégique, cette phase est marquée par la gestion des enjeux organisationnels et technologiques soulevés par le projet. Son évolution a nécessité une étape de relance du projet.

En matière organisationnelle, plusieurs changements sont à noter. En premier lieu, en avril 2002, le CLSC Orléans est fusionné avec un hôpital et cinq centres d'hébergement et de soins de longue durée pour former le Centre de santé Orléans. Le directeur général du CLSC en assurera la fonction de directeur général par intérim.

D'autres changements vont également intervenir chez plusieurs partenaires du projet :

- La Sogique modifie sa mission, supprime sa direction de recherche et de développement;
- La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec crée la direction de l'organisation des services et des ressources informationnelles marquant ainsi son intérêt pour l'organisation des services. Cet intérêt se concrétise par la participation d'un représentant de cette direction au comité directeur du projet en septembre 2002;
- Le MSSS fusionne deux directions chargées des ressources informationnelles;
- Le CSSB du Manitoba centre sa participation au projet sur les télésoins pour diverses raisons d'ordres pratique et technique (juin 2002);
- Cifra médical change de direction et la nature de sa contribution au projet.

En novembre 2002, le projet est restructuré, aboutissement d'une situation de crise dont les causes ont débuté plusieurs mois auparavant.

- Dès le mois de juin, l'équipe de recherche attire l'attention sur la situation critique et les risques d'échecs qui peuvent s'en suivre.
- Le comité directeur constate divers problèmes : aucune technologie n'est sur le terrain; il y a démotivation et désorganisation; la compréhension du projet n'est pas uniforme et l'information véhiculée est parfois insuffisante ou redondante et les problèmes liés aux choix technologiques sont importants. Cependant, les services de soutien à domicile qui sont dispensés n'ont pas changé.
- Le projet est le théâtre d'intenses discussions autour de différents enjeux: principes directeurs d'un partenariat public-privé; actifs d'intérêt commun; développement d'applications; règles du jeu interne; processus de décision; reconnaissance du caractère innovateur et expérimental du projet; problématique de pérennité; etc.
- En septembre 2002, on tente de mobiliser les acteurs impliqués tout en se questionnant sur les suites du projet. Un mandat est donné à un consultant afin d'analyser la situation du projet et de proposer des scénarios de redressement.
- Finalement, pour poursuivre le projet, il est retenu le scénario de transition et de réaménagement du projet qui repose sur des mesures urgentes à mettre en place, un rattrapage sur plusieurs éléments et des actions importantes à prendre.

La mise en application de ce scénario, à partir du mois de novembre 2002, se traduit notamment, par des décisions et activités qui s'étalent sur plusieurs mois :

- Une directrice externe au projet est recrutée pour sa grande expérience et son expertise en gestion de projet et de changement d'envergure dans les domaines de l'informatisation des CLSC et de la gestion des services de soutien à domicile;

- Un exécutif où siègent le directeur général du CSO, le consultant, la nouvelle directrice de projet, et un expert-conseil de la Sogique est mis sur pied;
- Une nouvelle version du MOP est approuvée par Santé Canada; les signatures des contrats et lettres d'entente avec les partenaires impliqués se concrétisent;
- En décembre 2002, il y a une modification de la structure de gestion pour mettre en place des comités thématiques selon les axes technologiques, cliniques et les processus de travail;
- Il est décidé de procéder au lancement d'une stratégie de sensibilisation, de décembre 2002 jusqu'au printemps 2003, auprès des intervenants, des cadres et des différentes directions du CSO afin de les informer sur l'état d'avancement des travaux du projet CLSC du futur, des retombées éventuelles de ce projet sur l'organisation et d'initier une opération d'appropriation par le milieu;
- Une prolongation du projet jusqu'au 15 décembre 2003 est accordée par le PPICS afin de permettre une période d'expérimentation d'une durée minimale.

Sur le plan opérationnel, de la mi-février à mai 2002, une rencontre hebdomadaire est planifiée avec les intervenants impliqués dans le projet. Ces rencontres portent sur les 5 volets cibles du projet (dossier clinique informatisé, agenda, outils de référence, télésoins, outils de communication). Plusieurs sessions de travail ont également lieu entre les intervenants et les partenaires technologiques concernés.

De mai à septembre 2002, les intervenants n'ont plus de rencontre et sont en attente des outils de travail informatisés et des portables. L'effet de cette attente, accentué par le manque d'information sur l'évolution du projet, provoque une démobilisation et un questionnement sur la concrétisation du projet.

Dès novembre 2002, après la restructuration du projet, un des premiers gestes de la nouvelle directrice du projet est d'organiser et d'animer avec les intervenants une journée d'information sur les enjeux du projet, ce qui a un impact important sur leur remobilisation. Cette journée sera le point de départ de la relance des rencontres avec les intervenants qui sont à nouveau conviés à des sessions de travail liées à l'informatisation des formulaires utilisés, à la formation à mettre en place, à la planification des remplacements et à l'analyse des processus de travail liés aux dimensions clinique et organisationnelle.

Dans un souci de fournir les mêmes services à la population du territoire où est implanté le projet et d'éviter que celle-ci n'ait à subir les impacts d'une contre-productivité temporaire, six suppléants sont recrutés pour la période de janvier à septembre 2003 afin de soutenir les intervenants impliqués.

La formation des intervenants s'est déroulée de janvier à avril 2003 et a porté sur l'initiation à l'ordinateur et à ses logiciels. Les intervenants n'ont pas tous la même expérience de

l'informatique. Cette formation, confrontée par ailleurs à des problèmes logistiques et techniques, s'est déroulée sans les applications ni les outils de travail prévus. Les suppléants ont reçu la même formation afin qu'ils puissent jouer le même rôle que les intervenants du projet.

Les efforts déployés pendant la phase de préexpérimentation pour esquisser un projet d'entente de collaboration avec les GMF n'aboutiront pas en raison de la lenteur des travaux des GMF. Ce projet d'entente anticipait l'implantation prochaine des GMF et s'inscrivait dans un partenariat plus ancien entre le CSO et une clinique médicale, inscrite sur la liste des GMF.

3.2.1 Système d'information en soutien à domicile

Ce volet du projet est confronté principalement au choix des technologies et à leur intégration.

Après de longues négociations impliquant plusieurs parties prenantes à tous les niveaux, le MSSS autorise en juin 2002 l'informatisation de l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) version 1994 et son intégration dans le DCI. C'est un pis-aller à l'OÉMC version 2002 qui sera utilisé en format papier en 2003 dans les autres secteurs géographiques du CSO ainsi que dans les autres CLSC du Québec. Bien que les différences entre la version 1994 et la version 2002 ne soient pas majeures, le MSSS est constamment relancé sur la question de l'informatisation de la version 2002, puisque celle-ci est autorisée à être implantée ailleurs et représente la version la plus à jour de l'outil.

En juillet 2002, l'assistant numérique personnel est préféré au portable pour les auxiliaires familiales et les médecins du projet, mais son choix sera retardé jusqu'à l'automne 2002 afin de vérifier son fonctionnement avec le logiciel de gestion des horaires. Cependant, le logiciel d'un fournisseur externe au projet, déjà implanté dans les CLSC de la région de Québec, a finalement été retenu.

Les applications, agenda et gestion des horaires soulèvent des enjeux autour de la propriété intellectuelle, du concept d'actif d'intérêt commun et de la possibilité de situation de monopole. Le débat sur ces questions se situe aux niveaux central et régional.

À l'automne 2002, faute de temps et d'argent, le plan d'intervention et le support à la tâche, non repensés au niveau provincial, ne sont pas informatisés et sont finalement reportés à plus tard. Un modèle de portable est retenu par les intervenants et l'entente pour ces portables est signée au début de l'année 2003.

Au cours de cette phase, l'interface du DCI et des télésoins est reportée. L'accès au profil pharmacologique à partir des pharmacies ou de l'hôpital ne se réalisera pas dans le contexte du projet, pour des raisons hors du contrôle du CSO.

La numérisation des dossiers des usagers se réalise entre février et avril 2003 et porte sur la période 2002-2003. Cela permet d'enclencher la période d'expérimentation.

En mars 2003, en collaboration avec les intervenants, l'informatisation des différents formulaires maisons qui constituent le dossier clinique (DCI) progresse.

3.2.2 Télésoins

À la suite de l'évaluation des besoins et au processus de choix technologiques engagé et à de multiples tractations avec les partenaires impliqués dans la télésurveillance, la télémedecine et la télédictée, les télésoins sont préférés pour leur aspect innovateur et leur valeur ajoutée au plan clinique. Bien que cette décision réduit l'ampleur du projet, elle favorise en revanche un approfondissement de l'apprentissage lié à l'introduction de cette technologie.

Sur la base d'une démarche de présélection effectuée par les partenaires, la direction du projet retient un nouveau partenaire pour les télésoins, lequel répond à la requête d'un système clé en main répondant aux objectifs poursuivis pour la clientèle. Les questions liées aux aspects cliniques, de confidentialité et de perspective à long terme ont été au centre de la décision.

En novembre 2002, au CSO, une infirmière de l'équipe de projet est attitrée aux télésoins. En compagnie d'une collègue du centre de réponse téléphonique qui constitue un guichet unique d'entrée pour la clientèle, elle participe aux rencontres pour planifier la mise en place des télésoins.

Une démarche de collaboration avec une équipe de réponse téléphonique régionale publique est entreprise pour la prise en charge de la clientèle de télésoins en dehors des heures d'ouverture.

En janvier 2003, le CSO et le CSSB planifient les activités liées aux télésoins : recrutement de la clientèle, formation, pilotage, préimplantation et implantation. Les critères de sélection de la clientèle ont été déterminés suite à une étude des caractéristiques de la clientèle, une revue de la littérature, et une analyse de l'environnement de travail.

Les infirmières au CSO sont formées en mars 2003, par le partenaire de télésoins. Au Manitoba, les infirmières de la région urbaine sont recrutées sur une base volontaire et sont

aussi formées par le partenaire de télésoins en mars 2003. Celles de la région rurale seront formées en avril.

3.3 Phase d'expérimentation (avril 2003 – décembre 2003)

La phase d'expérimentation débute par l'utilisation des portables par les intervenants et s'achève avec la fin du projet.

Faits saillants de la phase d'expérimentation :

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Évolution significative des solutions technologiques : elles deviennent fonctionnelles, elles sont utilisées et appréciées;• Adaptation de l'organisation du travail des intervenants suite à l'introduction de la technologie;• Intégration des applications limitée à l'interfaçage;• Saisie massive des données cliniques dans l'OÉMC;• Déplacement et transformation des lieux de travail des intervenants pour encourager leur mobilité;• Gestion des difficultés rencontrées au regard :<ul style="list-style-type: none">- des modes de transmission et d'accès aux données hors réseau- des contraintes techniques et humaines au domicile des usagers- du support technique- et des conditions de la pratique clinique• Durée d'expérimentation réduite de nouveau;• Appropriation progressive des solutions technologiques par les intervenants qui ne veulent plus revenir au support papier;• Transfert progressif de la direction du projet et des opérations au personnel du CSO;• Nouveau départ amorcé avec les GMF;• Implantation des télésoins dans les trois sites et émergence de nouveaux modes d'organisation du travail;• Intensification des stratégies pour la reconnaissance du projet et le financement d'une suite (phase 2). |
|---|

Sur le plan stratégique, le comité directeur poursuit ses activités mais traite maintenant l'ensemble des enjeux organisationnels, professionnels, technologiques ainsi que les questions stratégiques liées aux suites du projet. Les comités thématiques se rencontrent régulièrement selon les besoins. Le comité de coordination n'est plus convoqué à partir de juin 2003. Devant l'ampleur de la tâche et dans une stratégie de transfert progressif de responsabilité, une coordonnatrice clinique est libérée mais seulement pour 3 jours/semaine pour prendre en charge le volet opérationnel du projet.

La phase d'expérimentation s'amorce cependant avec plusieurs difficultés. Celles-ci découlent directement de la lenteur des négociations et du temps mis par les instances concernées, durant la phase de préexpérimentation, à arriver à des ententes sur les composantes informatiques à mettre en place et à recevoir les autorisations de procéder.

Sur le plan opérationnel, pour répondre aux interrogations ou solutionner les problèmes, une rencontre hebdomadaire est planifiée par la nouvelle coordonnatrice clinique adjointe au projet et responsable du volet opérationnel. Plus tard une seconde rencontre s'ajoutera pour optimiser les relations interpersonnelles et celles avec l'organisation ainsi que pour apporter les améliorations au besoin. C'est aussi l'occasion de remue-ménages pour contribuer de façon prospective à l'évolution des pratiques et à l'intégration des nouvelles façons de faire en capitalisant sur le processus d'appropriation de nouveaux outils de travail et de formation des intervenants.

Plusieurs tentatives d'entente avec l'équipe de réponse téléphonique régionale publique sont entreprises, cette fois pour assurer le monitoring des patients en dehors des heures régulières de travail (télésoins).

3.3.1 Système d'information en soutien à domicile

Depuis avril 2003, développeurs et intervenants interagissent en continu pour modifier et intégrer les formulaires au dossier clinique.

En avril 2003, le DCI est implanté et les intervenants amorcent une saisie massive des données de leurs usagers dans l'OÉMC 1994. Cela représente un changement important dans leur pratique. On retrouve dans le DCI : le profil médicamenteux, le dossier clinique antérieur des usagers du territoire d'expérimentation, des formulaires maison et l'OÉMC version 1994. L'interface avec Intégration-CLSC (I-CLSC) est réalisée.

Le logiciel horaire est implanté et une validation sera faite par un chef d'équipe des auxiliaires familiales.

Pour les résultats de laboratoire, la solution s'adaptera au système de dépôt de données cliniques retenu au niveau régional. Pendant ce temps, les discussions se poursuivent entre

le CSO et la Sogique pour l'arrimage avec l'application « Demande de services interétablissements (DSIE) ».

Dans le but de satisfaire l'objectif de réduction des besoins en locaux et de créer les conditions favorables aux changements dans les processus de travail, notamment une mobilité accrue, la direction du projet adopte une stratégie d'un local multifonctionnel pour les intervenants. Il est donc prévu de déménager au mois de mai dans des nouveaux locaux situés à la clinique médicale locale. C'est finalement en juillet, que le déménagement a lieu. Au cours de l'installation dans les nouveaux locaux, en plus de quelques problèmes logistiques, les intervenants sont confrontés à l'incapacité de transmettre par cellulaire en raison de la présence de murs plombés, ces locaux ayant déjà servi à la radiologie. C'est un obstacle mineur mais qui s'est avéré déstabilisant compte tenu du changement de pratique en train de s'opérer.

Pendant la même période, des problèmes d'accès aux lignes téléphoniques attendent les intervenants dans certains domiciles de leurs usagers. Ainsi, l'emplacement de la prise téléphonique rend parfois difficile l'installation du portable; l'utilisation des lignes téléphoniques peut déprogrammer les systèmes de télésurveillance en place et les usagers sont parfois inquiets que l'on monopolise leur ligne téléphonique.

La direction de projet, après consultation, opte pour l'utilisation de cellulaires, branchés sur le portable. Au domicile des usagers, le système proposé entraîne de nouveaux problèmes. Le temps d'amorçage du portable avec la connexion sur cellulaire et le démarrage des applications sont beaucoup trop longs pouvant durer de 15 à 20 minutes. S'ajoutent un dossier clinique assez lourd, qui se traduit par une lenteur appréciable lors du passage d'une application à l'autre et lors du passage d'un formulaire de travail à l'autre, et un réseau de télécommunications non optimal (saturation documentée du RTSS), compliquant les premières étapes. Une intense recherche de solutions alternatives, performantes et sécuritaires, est alors déclenchée.

D'un côté, pour diminuer les pertes de temps, les intervenants laissent leur portable en veille depuis leur départ jusqu'à leur retour au CSO. Des batteries à longue durée sont alors testées. De l'autre, pour minimiser les inconvénients, qui varient selon la discipline des intervenants, ils modifient certaines des routines de travail qui étaient envisagées notamment celle d'être moins présents au CSO et plus au domicile du patient. Certains, qui disposent d'une ligne à haute vitesse, complètent même, à l'occasion, la saisie des données à leur domicile.

Jusqu'en septembre, les intervenants connaissent d'autres problèmes techniques parce que l'installation des portables a été réalisée par des personnes différentes, et ce, sans appliquer les mêmes procédures, et également sans un suivi relié aux travaux effectués. Aussi, le support technique qui était prévu pour résoudre les problèmes des intervenants a

été déficient créant des insatisfactions et des pertes de temps. Les intervenants subissent aussi des coupures du système, provoquées par des actions imprévues de maintenance ou de mise à jour sur les serveurs, qui entraînent des pertes de données. Une personne est alors spécifiquement affectée au support technique.

À cette période s'ajoutent une appropriation plus difficile et plus longue pour certains intervenants dans la modification des routines de travail et une anxiété causée par le départ à la fin août des six suppléants. Cela a eu un effet de démobilisation qui a été contré en intensifiant le support et en se recentrant sur les objectifs du projet. Une deuxième rencontre hebdomadaire, portant sur le volet clinique, est ajoutée.

À la fin de cette période, toutes les applications sont fonctionnelles, les correctifs aux formulaires sont faits et les référentiels mis à jour; débute alors, à compter de septembre 2003, la véritable expérimentation. On procède également à l'installation d'une version améliorée du DCI avec une légère amélioration de la performance (vitesse). Les intervenants sont informés que des études sont en cours pour régler ce problème.

En octobre, les intervenants retournent au CSO après avoir, cette fois, été consultés sur les scénarios d'aménagement élaborés par l'École d'architecture de l'Université Laval.

En novembre, le choix d'un assistant numérique personnel est enfin arrêté et est validé par le Technocentre national.

Jusqu'à la fin de la phase d'expérimentation, soit le 15 décembre 2003, les intervenants utilisent toujours les solutions surtout au CSO, où le branchement au réseau rend le système beaucoup plus performant; ils continuent de travailler pour intégrer et consolider leurs apprentissages. Ces solutions permettent maintenant aux intervenants d'utiliser le courriel, au lieu de la télécopie, pour se transmettre de l'information sur les usagers.

À cette période, les médecins du CSO, dont l'organisation est nouvellement reconnue comme GMF, sont sensibilisés à l'utilisation des solutions informatiques et amorcent une démarche qui conduira à intégrer leurs formulaires de travail. Ils seront formés au début de 2004. Cette stratégie permet d'entamer la mise en réseau des médecins de famille.

3.3.2 Télésoins

L'expérimentation des télésoins est réalisée dans trois sites distincts : au Centre de santé Orléans et au Manitoba urbain et rural. Dès avril, chacun des trois sites d'expérimentation utilise quelques appareils de télésoins. Au CSO, ces appareils sont utilisés par des patients atteints principalement de MPOC et d'insuffisance cardiaque et au Manitoba, ils sont utilisés par des patients atteints de MPOC, d'insuffisance cardiaque, d'hypertension artérielle et de diabète instable.

3.3.2.1 Centre de santé Orléans

- En avril 2003, le personnel infirmier du secteur B est formé à l'utilisation de périphériques spécifiques (ECG, glucomètre, spiromètre, mesure de coagulation sanguine). Débute alors le recrutement d'usagers. L'installation du moniteur au domicile se fait alors avec l'infirmière du fournisseur de télésoins.
- À la station centrale la transmission des résultats est souvent défectueuse en raison d'une incompatibilité entre les versions française et anglaise des logiciels et de problèmes techniques des fournisseurs de télécommunications, obligeant l'infirmière au monitoring à recourir fréquemment au support technique, avant que ne soient résolus tous les problèmes.
- En mai 2003, compte tenu du faible nombre d'usagers répondant aux critères de sélection dans le secteur B, on choisit d'élargir le recrutement aux secteurs A et C. On fait aussi appel à l'infirmière de liaison, coordonnatrice de la clinique des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) du CHA (partenaire du projet) qui voit aussi au recrutement des patients hospitalisés atteints d'insuffisance cardiaque. Ces recrutements de patients sont rendus possibles grâce à des relations de collaboration déjà existantes avec les spécialistes concernés.
- Le personnel infirmier du secteur B assure l'installation et le suivi des télésoins pour cette clientèle.
- À la fin du mois de juin, 20 % des vingt (20) appareils sont installés, et la stratégie d'implantation des télésoins est alors modifiée pour soulager la charge de travail du personnel infirmier déjà en pleine expérimentation du système d'information en soutien au domicile. Une infirmière est affectée à temps complet au recrutement, à l'installation, à l'enseignement et au suivi requis auprès des usagers lorsque des résultats anormaux sont signalés. Un de ses mandats est d'adapter un programme d'enseignement (protocoles) pour la clientèle atteinte de MPOC et d'insuffisance cardiaque avec l'objectif d'« apprendre à l'utilisateur à gérer ses problèmes de santé » et à le rendre autonome dans la gestion de sa maladie. Cette infirmière possède une bonne expertise en cardiologie.
- De juillet à octobre 2003, seize autres usagers sont recrutés et équipés de télésoins complétant ainsi l'objectif visé de 20 usagers à Québec. Cette entrée massive d'usagers aura un impact important sur l'organisation du travail et les résultats du projet.
- En novembre 2003, la version française du logiciel télésoins est installée à la station centrale. Cependant des ajustements sont requis et ils seront réalisés après le projet. Durant l'expérimentation, l'infirmière responsable est confrontée à des difficultés techniques dont la gestion demande du temps.

- Une tentative d'entente avec l'équipe de réponse téléphonique régionale publique est entreprise, cette fois pour assurer le monitoring des patients en dehors des heures régulières de travail, et n'aboutira pas. C'est le centre hospitalier du CSO qui assurera le service. Une formation est donc donnée pour l'utilisation des appareils aux coordonnateurs jour/soir/fin de semaine par le fournisseur des télésoins.

3.3.2.2 Manitoba urbain

- En mars 2003, cinq usagers sont recrutés et équipés.
- En avril 2003, une coordonnatrice de projet est recrutée pour l'ensemble du projet au Manitoba et des séances d'information ont lieu avec les organismes référents du secteur et notamment les deux centres hospitaliers.
- Deux infirmières complètent l'équipe de télésoins mais elles ne reçoivent que 4 heures de formation par comparaison aux trois jours offerts à celles du milieu rural.
- Les participants aux télésoins sont sélectionnés à partir des demandes de services infirmiers en soutien à domicile dans le secteur du projet. Le coordonnateur du soutien à domicile fait une présélection des usagers qui répondent aux critères établis et réfère leur évaluation à une infirmière des télésoins. Cette dernière intègre les patients sélectionnés dans sa charge de travail dans le cas contraire elle les transfère à une collègue. Les quatre infirmières du projet font le monitoring en alternance au rythme d'une semaine par mois.
- Au début du mois de septembre 2003, on compte 9 participants sur un potentiel de 17. Le recrutement s'avère plus difficile que dans le seul bastion identifié initialement et suite à l'annonce que les appareils non utilisés seront retirés, il est décidé de recruter dans le secteur limitrophe du Manitoba urbain. À la fin du mois, les 17 appareils sont en place et la formation mise à jour. Le Manitoba urbain ne connaîtra plus de problème de recrutement jusqu'à la fin du projet, une liste d'attente sera même établie.

3.3.2.3 Manitoba rural

Une des particularités du Manitoba rural est que tous les patients sont référés par un seul médecin de la localité.

- Contrairement au Manitoba urbain, l'organisation des services ne prévoit pas un programme de soutien à domicile intégré à l'organisation de services de santé. Toutes les demandes de soutien sont acheminées à une infirmière, coordonnatrice de cas, du *Health Office*. Pour desservir cette clientèle, elle est aidée par trois infirmières dont le temps de travail est partagé entre l'hôpital et le soutien à domicile. Une session de formation leur est donnée par une représentante du fournisseur de télésoins. Quatre usagers sont recrutés et équipés en présence de cette dernière. On notera que l'équipe

des télésoins sera réduite à trois après le départ d'une infirmière qui ne sera pas remplacée.

- De mai à décembre 2003, au Manitoba rural le monitoring, les installations ainsi que le suivi à domicile des participants aux télésoins sont faits par la coordonnatrice de cas localisée à Manitou et en cas d'absence elle est remplacée par l'infirmière localisée à Crystal City. Les fins de semaine, la couverture est assurée par l'infirmière localisée à Notre-Dame-de-Lourdes. Notons qu'il faut compter au moins 30 minutes pour aller d'un secteur à l'autre. Dans ce site d'expérimentation, c'est aussi en septembre que tous les appareils (8) sont utilisés.

Lors de l'expérimentation autant au Québec qu'au Manitoba, des problèmes sont survenus notamment avec l'utilisation du brassard pour la mesure de la tension artérielle. Cela a obligé l'infirmière du fournisseur de télésoins à reprendre l'enseignement chez les usagers ayant rencontré ce problème d'utilisation. Quant aux problèmes techniques relevant du réseau de télécommunications (non réception des données, etc.), trouver la bonne personne pour résoudre le problème s'est avéré souvent difficile.

Finalement soulignons que le CSO entreprend, durant cette phase d'expérimentation, une série d'activités pour être reconnu comme l'équivalent d'un laboratoire d'expérimentation, comme une base de déploiement et comme un projet prioritaire au MSSS. Un des objectifs est aussi d'obtenir un support financier pour assurer la poursuite du projet. Pendant ce temps les responsables du projet participent à un certain nombre d'activités techniques et scientifiques qui contribueront à la réflexion et à la planification du projet d'informatisation du réseau de la santé dans la région de Québec et au niveau provincial. Mentionnons que le Manitoba veut également poursuivre avec les télésoins.

4. RÉSULTATS

L'information recueillie pour décrire les résultats du projet permet une réflexion éclairée sur les objectifs et finalités poursuivis par les services offerts, les conditions de réalisation et les enjeux qui en découlent. Les résultats présentés et discutés s'appuient sur les données recueillies pendant le déroulement du projet. Cependant, la période d'expérimentation ayant été très courte et le projet n'ayant pas atteint son rythme de croisière, ces résultats doivent être compris comme ceux d'une étude exploratoire. Bien que l'on puisse avoir un premier aperçu des effets sur la clientèle et les services, certains des indicateurs de résultats retenus au démarrage du projet ne doivent à ce moment être présentés qu'à titre indicatif. Cela ne réduit toutefois pas leur importance puisqu'ils sont essentiels au soutien de l'apprentissage et de la réévaluation des possibilités d'action pour les étapes à venir.

Il faut rappeler qu'il a été difficile d'obtenir certaines données. Il y a d'abord celles provenant du système I-CLSC qui, durant la phase d'expérimentation, a fait l'objet, par la direction du projet, de promotion sur le potentiel de ces outils et de formation sur les modalités d'utilisation. Notre demande de données s'est ajoutée à la démarche de la direction de projet. Cette activité de saisie de données, maintenant reconnue comme importante aussi pour la gestion des soins et des services, devrait s'intensifier lors de la prochaine phase. Plus de données pertinentes pour l'évaluation seront alors disponibles au moment où elles seront, d'ailleurs, d'une plus grande utilité car l'expérimentation aura été de plus longue durée.

Les données devant être colligées par les intervenants des télésoins se sont avérées aussi plus difficiles que prévues à obtenir. Au CSO, pour combler cette lacune, les patients ont été suivis à la façon d'une étude de cas et des échanges interactifs ainsi que des rencontres de validation avec les intervenants ont été réalisés. Au Manitoba, cette démarche s'est avérée plus difficile à réaliser.

Nous présentons dans ce chapitre les résultats de l'utilisation des solutions technologiques ainsi qu'une discussion sur les principaux enjeux identifiés dans le cadre de l'étude. Les résultats sont présentés en fonction des deux réseaux de services mis en place soit celui en lien avec l'utilisation du système d'information en soutien à domicile et celui en lien avec l'utilisation des télésoins.

4.1 Système d'information en soutien à domicile

Rappelons que l'expérimentation avec l'ensemble des outils fonctionnels n'a débuté qu'en septembre 2003 n'offrant à l'analyse que 3½ mois d'utilisation plus systématique. Cette

section présente les caractéristiques de la clientèle, les effets de l'utilisation du système d'information pour les usagers, les intervenants et l'organisation du travail.

4.1.1 Caractéristiques de la clientèle

Deux périodes sont retenues pour présenter les résultats du volet système d'information en soutien à domicile. Le temps 0 (T0) fait ici référence à la période du 1er avril au 3 mai 2003 et le temps 1 (T1) réfère à l'intervalle compris entre le 14 octobre et le 15 novembre 2003. Ces deux périodes d'observation comptent chacune 32 jours. Le tableau suivant présente le nombre d'usagers par groupes d'âge et par périodes d'observation.

TABLEAU 3 : NOMBRE D'USAGERS PAR GROUPES D'ÂGE ET PÉRIODES D'OBSERVATION EN SOUTIEN À DOMICILE

Périodes	Temps 0 (du 01-04-03 au 03-05-2003)			Temps 1 (du 14-10-03 au 15-11-2003)		
	Nombre d'usagers	% d'usagers	Âge moyen	Nombre d'usagers	% d'usagers	Âge moyen
0-54 ans	20	9 %	39	42	14 %	41
55-64 ans	23	10 %	61	31	11 %	60
65-74 ans	46	20 %	70	59	20 %	70
75-84 ans	83	37 %	80	99	33 %	79
85 ans et plus	54	24 %	89	65	22 %	89
Total	226	100 %	74	296	100 %	72

On note que le nombre d'usagers augmente entre le T0 et le T1, ce nombre passant de 226 à 296, soit une augmentation de 31 % de la clientèle en général. Les usagers âgés de 65 ans et plus augmentent de 21 %, la majorité de ceux-ci ayant au moins 75 ans. Pendant ce temps, les groupes d'âge moins nombreux des 0-54 ans et 55-64 ont progressé encore plus, soit de 70 % (respectivement de 110 % et de 35 %).

Cette augmentation est un reflet de l'augmentation de la clientèle générale du CSO et ne peut pas être associée à la technologie. Elle invite à la réflexion pour la planification de l'organisation du travail qui permettra de répondre aux nombreux besoins.

À la lumière des informations fournies, l'augmentation de la clientèle du CSO est associée à une augmentation similaire du nombre d'interventions. En effet, entre le temps 0 et le temps 1, le nombre effectif d'interventions a augmenté de 31 % (de 1428 à 1869) et le

nombre d'actes requis pour faire ces interventions de 34 % (de 2811 à 3756). Les données sur les raisons d'intervention suggèrent aussi que les usagers ont une ou des comorbidités et ainsi nécessitent des interventions pour plus d'une raison. Ces constats sont cohérents avec l'évolution des clientèles. Les interventions sont motivées à près de 80 % pour des services liés au vieillissement et autres services de santé physique mais ils évoluent dans le temps de 81 % au T0 à 76 % au T1.

L'absence d'information fournie sur la durée des interventions au T0 ne nous permet pas d'analyser plus en profondeur l'impact sur la charge de travail. Toutefois, l'importance de l'augmentation de la clientèle et de ses besoins en soins et services place le CSO dans une situation où il doit absolument faire l'analyse du profil de ses clientèles pour optimiser l'organisation des services.

Ces considérations sont importantes pour le CSO, puisqu'il offre des services d'hébergement et de soins de longue durée. Il s'agit donc d'un enjeu stratégique pour l'organisation sur deux plans. En premier lieu, ceci a des impacts sur l'offre générale de services pour l'établissement dans son ensemble et sur la distribution des ressources humaines et financières à l'interne de l'organisation. Le recours à l'hébergement peut devenir impératif pour les personnes âgées pour des raisons de maladie ou pour des raisons sociales. Les deux domaines sont en croissance importante. En deuxième lieu, en sa qualité d'instance régionale, le CSO doit prendre en compte la pression que cette clientèle exerce sur les autres producteurs de soins et services dans le réseau local. La sévérité des conditions cliniques des usagers oblige l'organisation à bien arrimer ses services avec ceux offerts par les médecins des cliniques mais aussi avec les services spécialisés, arrimage qui viserait à réduire les visites à l'urgence et la fréquence des hospitalisations.

4.1.2 Effets de l'utilisation

La mise en place et l'utilisation du système d'information en soutien au domicile a eu des effets pour les usagers, les intervenants-utilisateurs et l'organisation du travail. Nous les présentons dans cet ordre.

4.1.2.1 Pour les usagers

Dans le cadre de l'expérimentation du système d'information en soutien à domicile, il est à noter que l'utilisation du système n'a pas entraîné la contre-productivité à laquelle on aurait pu s'attendre. Au contraire, les intervenants ont été en mesure, dès le 6 septembre 2003, d'assumer une charge dite « normale » ou identique à celle antérieure au projet. Par contre, il est difficile de juger actuellement de l'augmentation du temps de contact entre les intervenants et les usagers. Il apparaît d'ailleurs que ce temps de contact soit davantage tributaire de considérations cliniques que lié à l'utilisation du système.

Il est envisageable de penser que plus l'usage des outils informatiques deviendra familier aux intervenants, plus les nouvelles pratiques réduiront certains délais. Mais, à ce jour, nous ne pouvons affirmer que l'utilisation du système puisse entraîner une réduction des délais d'attente des usagers pour les services. Un tel effet pour les usagers ne pourrait être envisageable que si le CSO augmentait sa productivité et ainsi augmentait sa capacité d'accueil.

Il est souvent avancé qu'une plus grande interdisciplinarité pourrait réduire le nombre d'intervenants qui se déplacent au domicile des usagers. Dans le cadre de cette étude, le nombre d'intervenants qui se déplacent serait davantage lié aux besoins des usagers et aux spécialités d'intervention des divers corps professionnels.

Nous avons répertorié 109 usagers qui recevaient des services de soutien à domicile du CSO au T0 et au T1. L'introduction du système d'information de soutien à domicile n'apparaît pas avoir d'influence sur le nombre d'intervenants qui se présentent à leur domicile ni sur le nombre d'actes requis. Sur ce plan, la réorganisation du travail commandée par l'introduction du système n'a pas encore eu d'impact sur la répartition du travail entre les professionnels.

Quant aux effets liés à l'utilisation du système d'information pour les usagers, une analyse préliminaire a pu être effectuée. Les difficultés rencontrées d'abord au niveau de la performance (vitesse) du système au domicile des usagers, puis la courte période pour l'appropriation de toutes les applications par les intervenants n'ont pas permis une utilisation optimale de cette solution chez l'utilisateur. Mais, lors d'une journée d'accompagnement d'un infirmier, nous avons questionné les six usagers qu'il a visités. Un des usagers a dit voir des avantages à ce système notamment au niveau de son suivi et de l'information accessible pour sa médication. Il a rapporté que grâce à ce système, il était certain que toute l'information, « la vraie information » se retrouvait dans son dossier parce que l'intervenant l'inscrivait sur-le-champ et que l'échange de cette information entre les professionnels était maintenant possible. Pour les cinq autres usagers, ce système était « un outil de travail pour l'intervenant qui lui demandait beaucoup de temps ». Tous les usagers ont mentionné n'avoir aucune réticence et ne pas être incommodés par « le portable ». Bien que l'échantillon soit très limité, les réponses des usagers correspondent à celles rapportées par les usagers (18) questionnés dans le cadre de l'étude du Système d'information Géro-nto-Gériatrique (SIGG, Tourigny et al, 2003).

Enfin, une octogénaire a demandé à son physiothérapeute de lui montrer ce qu'il y avait sur son portable et a été très impressionnée de voir la quantité d'information qui était accessible, (ex. les exercices avec photos).

Cette partie de l'évaluation auprès des usagers a été restreinte puisque les intervenants n'utilisent pas encore la solution de façon optimale en raison notamment de la performance de la transmission au domicile de l'utilisateur.

4.1.2.2 Pour les intervenants

Malgré la courte période d'expérimentation, les intervenants ont perçu des avantages et des inconvénients ou difficultés à l'utilisation de ce système d'information dans leur mode de pratique.

Les intervenants sont unanimes à dire que l'outil le plus apprécié du système est le dossier clinique informatisé (DCI). Tous l'utilisent. Les principaux avantages signalés sont les suivants :

- Accessibilité à toute l'information en temps réel;
- Gain de temps, « ne plus avoir à chercher qui a le dossier de l'utilisateur, à compléter une demande pour obtenir une information spécifique, par exemple, la note de référence »;
- Possibilité d'inscrire directement les notes au dossier.

Un intervenant relate bien ces avantages par ces mots : « de ne pas avoir à chercher ton dossier, puis de pouvoir le consulter sans attendre, maintenant si tu veux une information sur un utilisateur, une note qui a été faite par un collègue, tu l'as. Pour le suivi de ton utilisateur, c'est parfait. C'est un bel outil de travail ».

Les avantages signalés appuient les études de Helleso (2001) et de McNeil et Mc Donald (2001), qui rapportent qu'un DCI doit être conçu comme un outil de travail et fournir des bénéfices directs dans les tâches quotidiennes des intervenants-utilisateurs.

Des avantages sur les autres applications du système d'information ont aussi été relatés, dont une meilleure réponse aux interrogations des usagers entre autres sur la médication, la possibilité de transmettre de l'information à un collègue et de compléter sur-le-champ les formulaires usuels tels les frais de déplacements. Un intervenant résume bien les bénéfices potentiels du système dans les tâches quotidiennes : « Quand je reviens de ma visite, faire ma note, mon kilométrage, *faxer* mes réquisitions, tout est fait et je n'y pense plus. Je ne cours pas après mes dossiers et un autre avantage c'est d'écrire en même temps que je parle au téléphone avec l'utilisateur puis, s'il me dit qu'il a des exercices et qu'il n'est pas suivi en physiothérapie, j'envoie tout de suite cette information au physiothérapeute, je trouve que c'est facile de transmettre l'information ».

Des inconvénients ou des difficultés ont été mentionnés par les intervenants. Au début du projet, ils s'attendaient à ce que le système informatisé leur évite d'écrire la même information à plusieurs endroits comme on doit le faire avec le système papier et ses nombreux formulaires. Cela n'a pu être réalisé en totalité, les processus d'analyse et d'ajustements (conservation ou élimination) des formulaires n'étant pas encore complétés. De plus, étant la seule équipe informatisée, l'obligation de tenir à jour une version papier du dossier de l'utilisateur afin que le remplaçant non informatisé ne perde pas d'information a été un ajout à leurs tâches. Quant aux tâches administratives, elles n'ont pas encore systématiquement diminué à cette étape-ci du projet ainsi qu'espéré par les intervenants et les gestionnaires. Des intervenants ont rapporté faire les lettres d'envoi, par exemple au médecin, parce que c'est aussi long d'écrire la demande et de l'envoyer à la secrétaire. Par contre, les envois de télécopies et de certains formulaires tels les frais de déplacement (kilométrage) sont maintenant plus faciles.

Enfin, des avantages ou facteurs de satisfaction et des inconvénients ont été signalés quant à la performance du système d'information. Pour être utilisée de façon satisfaisante une technologie doit répondre à certains critères. Une étude de Lee et al (1996) souligne que les systèmes productifs, faciles et rapides favorisent une satisfaction élevée de la part des infirmières et des médecins et une autre de Axford et Carter (1996) relate que si le système d'information est lent, les cliniciens considèrent qu'il alourdit leur travail. Nous avons regardé ces critères et deux constats se dégagent au niveau de la performance. Le premier est que le système est rapide en mode réseau donc dans les locaux du CSO et que les intervenants en sont satisfaits. Le deuxième est qu'au domicile de l'utilisateur, en connexion téléphonique ou avec leur cellulaire, il est d'une lenteur problématique. Cette lenteur a eu des effets sur l'organisation du travail, comme nous le verrons plus loin. Rappelons que des experts sont à étudier des solutions pour remédier au problème.

Quant aux outils implantés, pris individuellement ils sont faciles d'utilisation et assez conviviaux au dire des intervenants. La difficulté se trouve lors de l'utilisation de deux applications et plus dans un même temps par exemple, le DCI pour la note clinique, Lotus Notes pour l'envoi d'un courriel et I-CLSC pour compléter les statistiques. Il y a alors un problème de performance qui va d'une lenteur à passer d'une application à l'autre à un arrêt complet du système.

4.1.2.3 Pour l'organisation du travail

Des facteurs ont gêné et d'autres ont favorisé les changements dans l'organisation du travail. Les facteurs ayant favorisé les changements sont 1) la formation et 2) l'ajout de suppléants, et ceux qui ont gêné l'organisation du travail sont 3) les changements de locaux, 4) les changements dans les routines de travail et 5) les déplacements.

➤ Formation

Dans l'ensemble, les intervenants se disent satisfaits de la formation reçue et du support bureautique. Ils ont acquis suffisamment de connaissances pour fonctionner adéquatement. Les inconvénients relevés se rapportent à la formation des groupes. Celle-ci aurait dû se faire sur la base des connaissances informatiques des intervenants. L'écart a varié de « jamais touché à un ordinateur » à « utilisation régulière chez soi ». Bien que les intervenants plus habiles aient pu aider les autres, certaines formations, telle l'initiation à l'ordinateur, sont apparues pour quelques-uns comme une perte de temps. Tous les intervenants déplorent ne pas avoir eu les applications au moment de la formation ou peu de temps après, cela aurait permis de mettre en pratique la formation reçue et de se familiariser avec les outils de travail avant d'aller au domicile des usagers.

➤ Ajout de suppléants

Des études dont celle de Kalra et Fowle (1994) puis celle de Keshavjee (2001) rapportent que la charge de travail des professionnels s'accroît au moment de l'implantation et diminue lorsque ces derniers sont plus familiers. Dans ce projet, l'ajout de 6 personnes à l'équipe pendant neuf mois s'est révélé une bonne stratégie selon les gestionnaires du projet et fut grandement apprécié par les intervenants. Cette stratégie a contribué à l'apprentissage et à l'intégration rapide de l'ensemble des applications par les intervenants. Mentionnons qu'au départ de ces 6 personnes en septembre, tous les intervenants avaient repris leur pleine charge de travail.

➤ Changements de locaux

Le projet visait une organisation du travail qui permettrait aux intervenants d'être plus près des usagers donc moins présents au CSO. Aussi, pour changer les routines de travail, l'équipe a déménagé dans des locaux extérieurs au CSO. Bien que les conditions de déménagement n'étaient pas idéales pour les raisons déjà mentionnées, ce déménagement aura permis, au dire des gestionnaires, de briser certaines habitudes comme celle d'aller consulter les dossiers papier aux archives du CSO. Au début du mois de novembre, les intervenants réintégraient le CSO dans un local multifonctionnel.

Des effets de cette nouvelle localisation se retrouvent au niveau des intervenants et au niveau du parc immobilier. Si l'on compare la superficie des bureaux que les intervenants occupaient avant le projet à celle du local multifonctionnel, il y a effectivement une économie d'espace pour le CSO. Le rapport de l'École d'architecture traite de cette question. Au niveau des intervenants, mentionnons que l'isolement a été la crainte majeure rapportée par l'ensemble, en début de projet. Quand nous les avons rencontrés à la clinique médicale, ce sentiment d'isolement était fortement ressenti par la majorité des intervenants. À notre dernière rencontre à la fin du projet, ce sentiment avait disparu et les intervenants ont dit apprécier de pouvoir à nouveau échanger avec les collègues non informatisés.

➤ **Changements dans les routines de travail**

À l'exception des physiothérapeutes, les intervenants nous ont dit ne pas avoir diminué leur présence au CSO et qu'ils ne voyaient pas comment cela serait possible tant que la performance du système ne serait pas corrigée. Comme le système fonctionne bien en mode réseau, ils reviennent finaliser leurs dossiers au CSO, comme avant. Le changement apporté est qu'ils ne font plus d'inscription papier. Les expériences vécues au domicile des usagers ont cependant amené la plupart à adapter le système à leur mode de pratique. Ainsi, lorsque l'utilisation de l'outil demande un prolongement de la visite, deux façons de faire ont été mentionnées : 1) inscrire les données dans un fichier word et faire un copier-coller dans le système au CSO, 2) noter sur un papier, comme auparavant, et transcrire dans le système au CSO. Le deuxième procédé est surtout utilisé par le personnel infirmier lors de visites plus courtes telles que pour une injection, un pansement, la prise de signes vitaux, etc.

Aussi, lors d'une première visite chez un usager, les intervenants trouvent plus avantageux d'utiliser le système malgré sa lenteur puisqu'une retranscription de tous les formulaires au CSO dont l'OÉMC, leur prendrait un temps équivalent.

Rappelons qu'une saisie massive des OÉMC a été réalisée au début de l'expérimentation et qu'il a été demandé aux intervenants de le compléter pour les nouveaux usagers. À la fin du projet, la plupart des professionnels ont dit remplir l'OÉMC, à tout le moins les sections qui les concernaient, pour leurs nouveaux patients. Pour les usagers dont les services sont pour une courte période, le personnel infirmier continue d'utiliser le formulaire pour le court terme. Précisons que l'OÉMC est un formulaire provincial et qu'il devrait être rempli pour tous les usagers des CLSC mais que cette pratique ne semble pas intégrée par tous les professionnels, si ce n'est les travailleurs sociaux. Par ailleurs, une évaluation de l'utilisation du Système d'information géronto-gériatrique (SIGG, Tourigny et al, 2003) dans la région des Boisfrancs, révèle à cet égard que l'utilisation de certains formulaires tels que l'OÉMC sont remplis avec plus ou moins de régularité et qu'il y a même eu une diminution de l'utilisation de ce formulaire contrairement à l'augmentation observée de l'utilisation des autres formulaires étudiés. Il serait intéressant de vérifier si la mise en place des outils et

éventuellement la mise en relation du système I-CLSC avec des dimensions du Plan d'intervention (PI) pourraient avoir un effet positif sur l'utilisation de l'OÉMC.

Pour les physiothérapeutes, la lenteur du système a eu peu d'impact sur leur mode de fonctionnement. À l'arrivée chez l'utilisateur, ils démarrent le système et débutent leur intervention clinique. Lorsque l'utilisateur doit prendre une pause ou avoir une application comme par exemple, de la glace, ils accèdent alors au DCI et remplissent leurs formulaires. Ils peuvent également envoyer leurs télécopies du domicile de l'utilisateur. Selon l'un de ces professionnels, le système lui a permis de compléter toutes ses tâches à domicile pour au moins 80 % des usagers. Comme il nous le mentionnait : « avant je devais retourner au CSO pour compléter mes dossiers parce que je n'avais pas le droit de les sortir du CSO et pour envoyer mes télécopies. Maintenant j'ai tout sur mon portable et je peux le faire au domicile de l'utilisateur ou chez-moi ». Il a aussi mentionné qu'avec ce système, il lui arrivait de voir 2-3 usagers de plus par jour.

Il faut noter ici la nécessité d'un travail de révision des formulaires utilisés, l'information y est souvent redondante, notamment celle notée par des corps professionnels différents. Une telle révision, a été faite tout au long du projet et se poursuit actuellement.

➤ **Déplacements**

Enfin, exception faite pour les physiothérapeutes, les intervenants n'ont pas noté de changement dans leurs déplacements. Rappelons qu'ils ont peu ou pas changé leurs routines de travail. Cependant, ainsi que suggéré par la littérature, il faut tenir compte du caractère évolutif d'un DCI et des études menées trop précocement après son entrée en opération peuvent ne pas mettre en évidence des résultats observables au cours d'une utilisation prolongée. Après 3,5 mois d'utilisation et avec le problème persistant de la lenteur dans la transmission des données, des études subséquentes sont nécessaires.

Dans l'éventualité où le nombre de formulaires demeure important, pour les courtes visites à domicile, il serait sûrement pertinent de permettre aux infirmières d'expérimenter de nouveaux outils (par exemple un assistant numérique), qui pourraient mieux répondre à leurs besoins. Nous avons noté qu'elles représentent le groupe de professionnels qui en complète le plus. Par exemple, une visite pour une injection et une prise de tension artérielle exige une inscription sur 3 formulaires.

Enfin, les statistiques n'ont malheureusement pu être utilisées dans ce projet pour démontrer des effets possibles de l'informatisation sur les charges de travail, les déplacements, les heures passées au CLSC, la fréquence des venues au CLSC, les périodes de la journée auxquelles se font les venues au CLSC, les motifs de la venue, le kilométrage et le temps passé avec les usagers dans une journée normale. Il n'est donc pas

possible de se prononcer à ce stade-ci sur ces indicateurs. Cependant, ils devront faire l'objet d'une attention particulière avec le rodage de cette nouvelle façon de procéder.

Une comparaison des durées moyennes d'intervention par catégorie de professionnel suggère qu'il n'y a pas eu de changement significatif. Nous remarquons toutefois que les durées moyennes d'intervention ont légèrement diminué pour les ergothérapeutes et les physiothérapeutes. Il faut considérer que cette technologie semble plus facile à intégrer au travail de ces deux catégories d'intervenants.

Il y a peut-être là un indice à l'effet que l'impact de l'utilisation de cette technologie pourrait être différencié selon les catégories d'intervenants. Cela devra faire l'objet d'une attention particulière avec une prolongation de l'utilisation du système.

L'information générée sur les caractéristiques de la clientèle suggérerait une augmentation importante de la charge de travail pour les intervenants.

4.2 Télésoins

Cette section sur les résultats traite et compare les services de télésoins à domicile expérimentés dans trois sites différents, soit le CSO et les sites urbain et rural au Manitoba. Les télésoins visent à améliorer les services pour des clientèles vulnérables existantes ou pour de nouvelles clientèles.

Rappelons que les deux types de clientèle qui contribuent à faire une pression à la hausse sur le soutien à domicile sont : 1) la clientèle des personnes âgées dont la nature et la complexité des problèmes de santé sont en hausse et 2) la clientèle des services à domicile de courte durée. Cette clientèle est en croissance suite à la transformation des services hospitaliers; elle compte maintenant au Québec pour près de 30 % du total de la clientèle (MSSS, 2003).

Le concept et la technologie des télésoins ont été développés à l'origine pour des personnes âgées souffrant d'une maladie chronique. Ils permettent de dispenser des soins et de l'enseignement à des personnes à leur domicile, de même que d'évaluer et de surveiller leur état de santé (Britton, 2000). Plusieurs études (Clough, 2001; Young et al. 2001; Lahdenperä, 2000) ont démontré les avantages de ce système pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque, de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et pour les personnes souffrant d'autres pathologies telles que le diabète, l'hypertension et l'asthme.

Au CSO, par exemple, les services de soutien à domicile portent principalement sur les soins curatifs et souvent sur des suivis à court terme. La fréquence maximale des visites à

domicile, suite à une hospitalisation pour les pathologies telles que MPOC et insuffisance cardiaque, est d'une fois par semaine jusqu'à la stabilisation des patients, soit en moyenne 3 visites. Il apparaît aussi qu'il est très difficile voire impossible d'offrir un suivi soutenu adéquat pour assurer la surveillance requise et détecter une détérioration chez l'utilisateur. Cela se traduirait par plusieurs visites à domicile. Au Québec comme au Manitoba, on réfère à cette clientèle comme étant celle de la « porte tournante des urgences », à cause de ses retours fréquents à l'urgence faute de pouvoir prévenir une aggravation de la maladie par un suivi adéquat. C'est avec ces préoccupations en tête qu'il a été décidé d'expérimenter les télésoins comme moyen permettant de mettre l'accent sur la prévention et l'intervention précoce.

Cette section présente, pour le CSO et le Manitoba, les caractéristiques de la clientèle desservie dans le cadre du projet, les modes d'organisation et de fonctionnement des services de télésoins, leur utilisation, les effets observés pour les usagers, les intervenants et l'organisation et le fonctionnement des services. Une discussion des enjeux sous-jacents à ces constats sera faite dans la discussion générale.

Rappelons que ce service consiste essentiellement à utiliser, à domicile, une technologie qui permet de saisir des paramètres vitaux (ex. : température, pouls, poids, tension artérielle, mesure d'oxygène), de remplir un questionnaire personnalisé sur la condition de santé du patient (ex. : fatigue, essoufflement), et de les transmettre à un moniteur central sous la responsabilité d'une infirmière qui traite l'information et assure un suivi, au besoin. Ce suivi est habituellement fait en collaboration avec une collègue qui se rend au domicile.

4.2.1 Caractéristiques de la clientèle

Au terme de la phase d'expérimentation, les services de télésoins ont été utilisés chez 82 usagers, soit 26 au CSO, 45 au Manitoba urbain et 11 au Manitoba rural. Le tableau suivant fait état de la répartition de cette clientèle selon le groupe d'âge et le site d'intervention.

TABLEAU 4 : NOMBRE D'USAGERS PAR GROUPES D'ÂGE SELON LE SITE D'INTERVENTION EN TÉLÉSOINS

Site	Groupes d'âge	Nombre d'utilisateurs	% d'utilisateurs	Moyenne d'âge
CSO (26)	55-74 ans	8	31 %	69
	75-84 ans	14	54 %	80
	85 ans et plus	4	15 %	87
Manitoba urbain (45)	45-54 ans	2	4 %	50
	55-74 ans	16	36 %	65
	75-84 ans	16	36 %	81
	85 ans et plus	11	24 %	91
Manitoba rural (11)	55-74 ans	2	18 %	62
	75-84 ans	5	46 %	80
	85 ans et plus	4	36 %	88

Les services de télésoins ont touché particulièrement la clientèle des personnes âgées, et ce, dans les trois sites. On remarque cependant que cette clientèle est plus âgée dans le Manitoba rural où 82 % des utilisateurs ont plus de 75 ans, et dont 36 % ont plus de 85 ans. Au CSO, ce groupe d'âge représente 69 % des patients et au Manitoba urbain, 60 % seulement de leur clientèle. Notons qu'au Manitoba urbain, les groupes d'âge sont répartis plus également au sein de la clientèle.

Le milieu de vie des participants aux télésoins a été identifié. Le tableau suivant donne des informations intéressantes sur cette caractéristique.

TABLEAU 5 : MILIEU DE VIE DES PARTICIPANTS AUX TÉLÉSOINS SELON LE SITE D'INTERVENTION

Milieu de vie	Domicile	Résidence sans services	Résidence avec services infirmiers 7 jours/semaine	Résidence avec services infirmiers 1 jour/semaine	Total
CSO	18	1	5	2	26
Manitoba urbain	33	9	3	-	45
Manitoba rural	9	2	-	-	11
Total	60	12	8	2	82

Nous observons que 72 % des patients sont à leur domicile mais que 28 % demeurent dans des résidences pour personnes âgées², dont 12 % offrent des services infirmiers. D'ailleurs, pour 10 % de ces personnes, les services infirmiers sont disponibles 7 jours par semaine.

La forte proportion des usagers habitant dans une résidence pour personnes âgées soulève un certain nombre de questions sur la sélection de la clientèle visée par les télésoins ainsi que sur le mode d'organisation approprié des services dans un tel contexte. Cette information doit être retenue pour la poursuite de l'utilisation des télésoins et leur déploiement.

Le tableau suivant présente la distribution de la clientèle en fonction de la présence d'une ou de plusieurs des pathologies nommées :

TABLEAU 6 : PATHOLOGIES DES PARTICIPANTS SELON LES CRITÈRES DE SÉLECTION ET LE SITE D'INTERVENTION EN TÉLÉSOINS

Sites	Une pathologie				Plusieurs pathologies			Total
	MPOC	Insuffisance cardiaque	HTA	Diabète	Deux	Trois	Quatre	
CSO	2	2	0	0	11	10	1	26
Manitoba urbain	3	5	6	4	22	4	0	44/45*
Manitoba rural	3	1	1	1	4	1	0	11
Total	8	8	7	5	37	15	1	81/82*

* Au Manitoba urbain, un usager a été recruté pour une pathologie autre afin de tester l'utilisation d'un périphérique différent soit celui qui mesure le taux de coagulation sanguine. C'est ce qui explique le total de 45 et de 82. Mentionnons aussi que tous les participants ont été sélectionnés pour la sévérité d'une ou de l'autre des 4 pathologies susmentionnées.

Il est important de noter que vingt-huit usagers (35 %) présentent une seule pathologie sévère et 53 (65 %) présentent une comorbidité soit 22/26 (85 %) au CSO, 26/44 (60 %) au Manitoba urbain et 5/11 (45 %) au Manitoba rural. Une analyse plus fine de l'information recueillie révèle que plusieurs des participants qui présentent une comorbidité ont une condition jugée sévère pour deux des pathologies visées par les télésoins. Ces patients se répartissent de la façon suivante : au CSO, 6 patients sur 21 (29 %), au Manitoba urbain, 6 patients sur 26 (23 %) et au Manitoba rural, 1 patient sur 5 (20 %). Au CSO, on note aussi un usager présentant 3 pathologies sévères simultanées (MPOC, insuffisance cardiaque et diabète).

² Établissement qui offre notamment l'hébergement, la restauration, des services essentiels, des soins de santé et des activités culturelles aux personnes âgées.

La diversité des pathologies présentes chez la clientèle de télésoins a un impact sur l'intensité des services requis. Soulignons que la comorbidité de la clientèle retenue s'élargissait à d'autres pathologies sévères tels les cancers, les AVC et l'asthme, pour lesquelles d'autres services spécifiques peuvent aussi être requis. Rappelons que la présence de comorbidité, à cause de la complexité des conditions cliniques des usagers, a un impact significatif sur la gamme des services requis et ainsi entraîne une augmentation des coûts associés. Aux États-Unis, une étude de Wolff, Starfield et Anderson (2002) rapporte que les dépenses annuelles per capita pour les patients avec un type de comorbidité sont de 1 154 \$; avec 2 types de 2 394 \$, avec 3 types de 4 701 \$ et les patients avec 4 types et plus de 13 973 \$.

Pour les utilisateurs potentiels de télésoins, la sévérité de leur condition clinique et leur comorbidité entraînent habituellement un suivi médical par un médecin de famille et par un ou des spécialistes. Le Manitoba rural se distingue à cet égard; les utilisateurs étaient tous sélectionnés parmi les patients d'un médecin de famille de la région. Un seul de ces usagers voyait aussi un médecin spécialiste.

Au CSO, tous les participants ont un médecin de famille et sont suivis par un ou des médecins spécialistes pour leurs pathologies sévères. Au Manitoba urbain, 42/45 participants ont un médecin de famille et 18 sont suivis par un ou des médecins spécialistes. Il importe de mentionner qu'au Manitoba urbain le personnel infirmier du soutien à domicile a peu de contacts avec les médecins spécialistes ainsi, le nombre indiqué n'est pas représentatif de leurs échanges.

4.2.2 Modes d'organisation et de fonctionnement

Dans les trois sites, l'organisation des services existants au soutien à domicile a été prise en compte pour mettre en place voire même intégrer les services de télésoins aux services usuels. Le tableau suivant illustre les modes d'organisation et de distribution des services de télésoins retenus selon les sites. Notons qu'on y représente deux catégories de fonctions principales soit celle du monitoring faite à partir d'une station centrale et celle des interventions qui ont lieu dans le milieu de vie de l'utilisateur pour y installer les équipements, faire l'enseignement et effectuer les visites de suivi aux alertes.

TABLEAU 7 : MODES D'ORGANISATION ET DE DISTRIBUTION DES SERVICES IMPLANTÉS EN TÉLÉSOINS

		Monitoring et suivi des alertes	Installation à domicile	Visites à domicile (alertes)	Enseignement	Total de l'équipe
CSO	Lundi au vendredi	1 infirmière SAD	1 infirmière SAD			2
	Soir/nuit	1 coordinateur CH		1 infirmière		1 + 1
	Fin de semaine			24/7 sur appel		
	Total					
Manitoba urbain	Lundi au vendredi	1 infirmière SAD/4	4 infirmières SAD			4
	Fin de semaine	1 infirmière SAD /4				+1
	Total					4 + 1
Manitoba rural	Lundi au vendredi	1 infirmière coordinatrice de cas 1 infirmière SAD sur appel				1 + 1
	Fin de semaine	1 infirmière SAD				+1
	Total					1 + 1

* Toutes les absences de ces personnes doivent être remplacées.

4.2.2.1 Centre de santé Orléans

Au CSO, l'organisation des services a été élaborée essentiellement par la direction du programme de soutien à domicile en concertation avec les infirmières impliquées.

Au démarrage du projet, l'ensemble des services requis par les télésoins était confié à quatre infirmières. Pour les fonctions de monitoring et de suivi des alertes, le travail a été confié à une infirmière déjà affectée au service de « guichet unique » de l'établissement. Les fonctions nécessitant un déplacement au domicile des usagers étaient confiées à trois infirmières du service de soutien à domicile. Cependant, en cours d'expérimentation, cette façon de procéder a été modifiée pour confier la fonction au domicile des usagers à une seule infirmière dédiée à temps complet à ces tâches. Elle a été choisie pour son expertise en cardiologie. Les raisons qui ont motivé ce changement sont reliées à une surcharge de travail pour les infirmières du projet qui étaient déjà mobilisées par l'introduction du système d'information en soutien au domicile.

L'organisation des services implantés repose donc sur deux infirmières, l'une pour la fonction monitoring et l'autre pour la fonction au domicile de l'utilisateur. En dehors des heures d'ouverture du CSO, la première est remplacée par le coordonnateur des services courants et d'urgences mineures du CSO et la seconde par les infirmières du service 24/7 du CSO. Mentionnons que la fonction monitoring en dehors des heures d'ouverture du soutien à domicile est présente uniquement au CSO.

En cours d'expérimentation, un besoin pour des programmes (protocoles) d'enseignement structurés s'est manifesté pour les patients atteints de MPOC et d'insuffisance cardiaque afin de pouvoir répondre à l'objectif d'apprendre à l'utilisateur à « gérer ses problèmes de santé » et de le rendre autonome dans la gestion de sa maladie. L'infirmière responsable de la fonction au domicile de l'utilisateur a donc adapté des programmes d'enseignement (annexe I) qui exigent 3 rencontres (visites) d'une durée de 90 minutes chacune avec les utilisateurs de télésoins. Pour les usagers présentant une sévérité dans ces 2 pathologies, une quatrième rencontre est ajoutée. Mentionnons que le programme pour la clientèle MPOC, provient essentiellement du programme provincial élaboré par un comité d'experts et que celui pour les insuffisants cardiaques a été bâti à partir du programme d'enseignement de l'hôpital Charles-LeMoine de Longueuil.

4.2.2.2 Manitoba urbain

Au Manitoba urbain, l'organisation des services a été élaborée par le comité directeur du projet sur lequel siégeait la direction du programme de soutien à domicile. Les décisions ont toutefois été prises en concertation avec les cadres intermédiaires du soutien à domicile.

Le mode d'organisation de services implantés repose sur quatre (4) infirmières qui se partagent les deux fonctions principales. En effet, elles assurent en rotation le monitoring et le suivi des alertes, à raison d'une semaine par mois à l'unité de soins infirmiers de la WRHA. Notons qu'à cette occasion, la charge de travail (*case load*) est réduite, passant des 12-15 usagers habituels à 6-8 usagers. Pour la fonction au domicile de l'utilisateur, elles assument les tâches inhérentes à cette fonction pour leurs usagers participant aux télésoins. Rappelons que ces usagers font partie de leur charge normale de travail. Par contre, lorsque les alertes demandent une visite à domicile, cette visite s'ajoute à la charge quotidienne.

En dehors des heures d'ouverture du soutien à domicile, il n'y a pas de services de télésoins. En cas de besoin, l'utilisateur peut recourir aux services de la After Hours Emergency Unit de Winnipeg.

Quant à l'enseignement fait aux usagers, aucune visite n'est faite dans ce seul but. L'enseignement est intégré dans le plan d'intervention et vise surtout à répondre aux besoins généraux ou aux problèmes identifiés.

4.2.2.3 Manitoba rural

Au Manitoba rural, l'organisation des services a aussi été élaborée par le comité directeur mais de concert avec l'infirmière coordonnatrice de cas et un médecin omnipraticien convaincu de l'intérêt du projet. Ces deux personnes avaient déjà une expérience de travail conjoint et une bonne collaboration depuis plusieurs années.

Le modèle d'organisation des services retenus repose sur deux personnes qui assument les deux fonctions principales. Ces fonctions s'ajoutent à leur charge de travail quotidienne. Du lundi au vendredi, les services sont assurés par la coordonnatrice de cas localisée à l'hôpital de Manitou et, les fins de semaine, les services sont assurés par une infirmière du soutien à domicile localisée à l'hôpital de Notre-Dame-de-Lourdes. Un moniteur est installé aux deux endroits pour limiter les déplacements (30 minutes en moyenne entre les sites). Lors des absences de la coordonnatrice de cas, une infirmière du soutien à domicile de l'hôpital Crystal City ajoute ces fonctions à sa charge de tâche quotidienne et, pour assurer ce service, elle doit se rendre à Manitou qui est à une trentaine de minutes de son milieu de travail.

En ce qui a trait à l'enseignement et aux services en dehors des heures d'ouverture du soutien à domicile, les modalités sont identiques à celles du Manitoba urbain.

4.2.3 Utilisation des appareils

Pour l'expérimentation, outre une station centrale pour le monitoring, 45 moniteurs ont été mobilisés pour les usagers et ont été répartis de la façon suivante : 20 moniteurs au CSO, 17 au Manitoba urbain et 8 au Manitoba rural. La répartition des appareils a été faite en fonction de la densité de population des sites. Le tableau suivant présente le nombre mensuel d'usagers sous monitoring selon le site d'expérimentation.

TABLEAU 8 : NOMBRE MENSUEL D'USAGERS SOUS MONITORAGE SELON LE SITE D'EXPÉRIMENTATION EN TÉLÉSOINS

Année 2003	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Total des moniteurs disponibles
CSO		2	2	4	11	16	20	18	17	18	20
Manitoba urbain	3	3	7	8	13	9	17	15	15	13	17
Manitoba rural		4	4	7	6	7	8	8	8	8	8
Total	3	9	13	19	30	32	45	41	40	39	45

Le tableau suivant présente l'utilisation progressive des appareils de télésoins en identifiant le nombre d'installations et de retraits d'appareils à chacun des mois de l'expérimentation. Le signe + indique qu'il y a eu installation de l'appareil et le signe (-) indique qu'il y a eu retrait de l'appareil.

TABLEAU 9 : UTILISATION PROGRESSIVE DES TÉLÉSOINS EN FONCTION DU NOMBRE D'USAGERS ET DU SITE D'INTERVENTION

Année 2003		Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Total
CSO	+	-	2	-	2	7	5	4	2	3	1	26
	-	-	-	-	-	-	-	-	4	4	-	8
Manitoba urbain	+	5	1	8	2	8	2	9	4	6	-	45
	-	2	1	4	1	3	6	1	6	6	2	32
Manitoba rural	+	-	4	-	3	-	1	1	2	-	-	11
	-	-	-	-	-	1	-	-	2	-	-	3
Total des usagers	+	5	7	8	7	15	8	14	8	9	1	82
	-	2	1	4	1	4	6	1	12	10	2	43

Au CSO et au Manitoba urbain, on observe que l'utilisation des télésoins s'est faite de façon plus lente jusqu'en juillet 2003. À partir de cette date, on constate dans ces deux sites, une mise en place intensive d'appareils de sorte qu'en septembre 2003, tous sont utilisés. Une légère baisse de l'utilisation des appareils a suivi. Au Manitoba rural, la moitié des moniteurs ont été installés dès le début de l'expérimentation et en juin 2003, on comptait 7 appareils utilisés sur les 8 disponibles. À partir du mois de septembre, tous les appareils sont utilisés.

jusqu'à la fin de l'expérimentation. Mentionnons que parmi les usagers, il y a 2 couples chez qui 2 moniteurs ont été installés au domicile.

La durée d'utilisation a été identifiée pour la clientèle dont les services ont cessé et pour celle qui était toujours sous monitoring en date du 15 décembre 2003. Cette information, sans être significative, est révélatrice. On remarque que dans le Manitoba rural et au CSO, la durée d'utilisation par les usagers a été beaucoup plus longue que dans le Manitoba urbain. L'analyse des données recueillies démontre une période d'utilisation allant de 46 jours à 231 pour les usagers du Manitoba rural, de 6 jours à 243 pour ceux du CSO et de 6 jours à 140 pour les usagers du Manitoba urbain. Cette information est cohérente avec une rotation plus fréquente des installations des appareils chez les usagers du Manitoba urbain. Toutefois, pour analyser de façon plus approfondie la durée d'utilisation, une étude des dossiers individuels des patients s'impose. Celle-ci doit prendre en compte la sévérité des conditions cliniques des patients, les motifs des alertes et les raisons de cessation. Une telle analyse permettrait de tirer des enseignements pour la sélection des patients et les pratiques des médecins et infirmières (ex. efficacité du programme d'enseignement). Une telle analyse n'a pu être faite dans le contexte de cette étude mais elle fera l'objet d'une attention particulière au cours des mois à venir.

Les données sur le nombre d'alertes ou valeurs anormales reçues à la station centrale sont aussi intéressantes. Elles révèlent que sur un total de 1 524 jours de monitoring au Manitoba rural il y a eu 989 alertes, que pour 2 623 jours de monitoring au CSO il y a eu 1 428 alertes et que pour 2 444 jours de monitoring au Manitoba urbain il y a eu 1 885 alertes. Certaines de ces alertes ont exigé un déplacement au domicile de l'utilisateur comme nous le verrons plus loin dans les effets de l'utilisation des télésoins pour les professionnels.

À l'origine du projet, il avait été prévu d'expérimenter d'autres périphériques tels le glucomètre, le spiromètre, l'électrocardiogramme et la mesure de coagulation sanguine. Aussi, au Manitoba urbain, le glucomètre a été utilisé par treize usagers et le test de mesure de coagulation a été utilisé auprès d'un usager. Au CSO, seul l'électrocardiogramme a été testé chez un usager. Les effets de l'utilisation de ces périphériques sont présentés plus loin.

Raisons de la cessation des participants aux télésoins

Dans les trois sites, le critère principal pour décider du retrait de l'appareil était la stabilité de l'état clinique des usagers. Au CSO, la capacité d'un usager à contrôler son état s'est ajoutée à ce critère; le programme d'enseignement a d'ailleurs été élaboré avec cet objectif. Le tableau suivant fait état des raisons de cessation des participants.

TABEAU 10 : NOMBRE D'USAGERS EN FONCTION DES RAISONS DE CESSATION DES TÉLÉSOINS

Sites	Stabilité	Hospitalisation	Difficultés d'utilisation	Non-observance ou anxiété	Décès	Total
CSO	5*	1	1	1	-	8
Manitoba urbain	14	7	8	3	-	32
Manitoba rural	2	-	-	-	1	3
Total	21	8	9	4	1	43

* Plus la capacité à contrôler son état.

Au CSO (5/8) et au Manitoba rural (2/3), plus de 60 % des usagers ont vu leur appareil retiré parce que leur état a été jugé stable. De fait, ce fut la principale raison de cessation dans ces deux sites. Pour le CSO, cela correspond à 19 % (5/26) des usagers chez qui on a installé l'appareil et au Manitoba rural ce pourcentage est de 18 % (2/11).

Au Manitoba urbain, on constate que la stabilité a été la raison de cessation pour 44 % des usagers, les difficultés à l'utilisation pour 25 %, l'hospitalisation pour 22 % et la non-observance (compliance) et l'anxiété pour 9 % des usagers. Par rapport au nombre total d'usagers, les raisons de cessation se répartissent de la façon suivante : stabilité 31 % (14/45), difficultés d'utilisation 18 % (8/45), hospitalisation 16 % (7/45), non-observance et anxiété 7 % (3/45).

À première vue, cela nous amènerait à penser que le Manitoba urbain a davantage atteint l'objectif d'aider les usagers à être stables et autonomes. Toutefois, en considérant les taux de comorbidité des usagers, soit 85 % (22/26) au CSO, 45 % (5/11) au Manitoba rural et 60 % (26/44) au Manitoba urbain, nous ne pouvons tirer de conclusion ferme à ce sujet. Cela soulève toutefois une réflexion en regard des critères de sélection des usagers et des impacts de la sévérité des cas sur l'utilisation des télésoins et l'organisation du travail. Au Manitoba urbain, l'importance des raisons de cessation liées aux difficultés d'utilisation et l'hospitalisation ainsi que la non-observance ou l'anxiété peuvent soulever des questions tant sur la sélection des clientèles que sur le programme d'enseignement. Ces considérations devront être prises en compte en phase de déploiement de l'utilisation de cette technologie.

4.2.4 Effets de l'utilisation

Les télésoins ont eu des effets sur les pratiques professionnelles et l'organisation des services et ces effets ont eu des conséquences pour les usagers et leurs répondants.

4.2.4.1 Pour les usagers et répondants

Des entrevues téléphoniques ont été menées auprès d'usagers qui avaient cessé les télésoins soit 6/8 usagers au CSO, 2/3 au Manitoba rural et 21/32 au Manitoba urbain. Étant donné le peu de volume et compte tenu de la longue période d'utilisation chez plusieurs usagers au CSO et au Manitoba rural, nous avons sélectionné des usagers parmi ceux qui participaient au projet depuis plus de 3 mois, soit onze (11) usagers au CSO et sept (7) au Manitoba rural. Au total, 47 usagers ont été interviewés soit plus que la moitié des participants. Mentionnons que pour plus de la moitié de ces usagers, des entrevues ont aussi été faites au début de l'installation de l'appareil au domicile.

Des entrevues réalisées auprès des infirmières nous permettent de comparer les différentes perceptions. De l'analyse de l'ensemble des entrevues, nous pouvons dégager de l'information sur les visites à l'urgence qui auraient été évitées ainsi que les facteurs de satisfaction.

Les visites à l'urgence

Mentionnons qu'en donnant à 82 usagers l'opportunité d'un suivi soutenu à distance avec des visites à domicile lorsque nécessaire, les télésoins peuvent être vus comme un outil ayant rendu les services plus accessibles. De plus, l'accessibilité à une expertise en soins infirmiers et même médicale au besoin, a permis une prise en charge efficace d'usagers qui présentaient des problèmes de santé chroniques. En nous appuyant sur les perceptions des intervenants et des usagers eux-mêmes, il semble que l'amélioration de l'accès aux services a eu pour effet de réduire le nombre de visites à l'urgence.

Les deux tableaux montrent les visites qui ont été évitées au cours de l'expérimentation. Au CSO les données proviennent des 2 infirmières et des entrevues auprès d'usagers (17). À noter qu'aucun usager n'était au courant que nous avions questionné cet élément avec les infirmières.

TABLEAU 11 : VISITES À L'URGENCE ÉVITÉES AU CENTRE DE SANTÉ ORLÉANS EN TÉLÉSOINS

Nombre de visites	Selon l'infirmière (nombre d'usagers)	Selon l'utilisateur (nombre d'usagers)	Selon l'infirmière et l'utilisateur (nombre d'usagers)	Nombre de visites à l'urgence évitées
1 visite	1		3	4
2 visites		1	4	10
3 visites	1	-	1	6
5 visites	1	-	-	5
Total	3/17	1/17	8/17	Visites : 25 Usagers : 12/17

TABLEAU 12 : VISITES À L'URGENCE ÉVITÉES SELON LES USAGERS AU MANITOBA EN TÉLÉSOINS

Nombre de visites	Manitoba urbain (nombre d'usagers)	Manitoba rural (nombre d'usagers)	Nombre de visites à l'urgence évitées
1 visite	7	1	8
2 visites	1	-	2
3 visites	1	-	3
10 visites	1	-	10
Total	10/21	1/9	Visites : 23 Usagers : 11/30

L'accès aux services aura permis que soient évitées des visites à l'urgence pour 23 usagers dont 12 au CSO, 10 au Manitoba urbain et 1 au Manitoba rural.

Lors de nos entrevues avec les intervenants au Manitoba tous nous ont dit qu'ils avaient évité des visites à l'urgence mais étaient incapables d'en estimer le nombre. Mentionnons qu'au CSO, les usagers ayant 3 et 5 visites évitées selon les infirmières, n'ont pu être rejoints l'un étant hospitalisé et l'autre étant décédé, au moment des entrevues. Malgré cela, on peut noter une forte concordance entre les réponses provenant des infirmières et celles provenant des usagers soit 8/10 (80 %). Il importe également de mentionner que la plupart des usagers dans les trois sites ont déclaré qu'ils étaient généralement hospitalisés lorsqu'ils allaient à l'urgence. Enfin, le volume des visites évitées à l'urgence nous révèle un indicateur prometteur qui mériterait d'être étudié sur une plus longue période de temps et auquel il serait avantageux d'ajouter les hospitalisations évitées.

4.2.5 Les facteurs de satisfaction

4.2.5.1 Pour les usagers

Une majorité des usagers s'est dite particulièrement satisfaite de l'expérience avec les télésoins. Les avantages perçus sont en lien avec ceux rapportés dans plusieurs études sur le sujet (Arnaert et Delesie, 2001; Demeris Speedie et Finkelstein, 2001; Elford et Ramsay, 2001). Dans les trois sites, les avantages perçus sont les suivants :

- Un sentiment de sécurité renforcé du fait qu'une infirmière les surveillait tous les jours et téléphonait s'il y avait un problème. Dans les trois sites, des usagers ont même comparé les services de télésoins à leur ange gardien.
- Une perception d'efficacité et d'efficience du suivi qui provient de : la surveillance par une infirmière des résultats des mesures prises tous les jours, la possibilité de pouvoir lui téléphoner au besoin et l'accès plus facile et rapide au médecin par cette infirmière. Dans les trois sites, des usagers ont comparé le suivi dans ces termes : « c'est comme si j'avais une infirmière à la maison ».
- Une meilleure information sur leur état de santé grâce à la visualisation des résultats des mesures prises et la possibilité d'en suivre l'évolution dans le temps.
- Une meilleure gestion de leur(s) maladie(s) grâce à une meilleure connaissance de leurs symptômes et de la façon de les contrôler.
- À ce dernier avantage a été ajoutée par la majorité des usagers au CSO, une forte satisfaction quant à l'enseignement reçu.

Au Manitoba, des usagers ont mentionné l'avantage de ne pas avoir à se déplacer au cabinet du médecin pour la prise des mesures, entre autres la tension artérielle. Au Manitoba urbain, un usager a mentionné l'avantage de ne pas avoir à attendre toute la journée la visite de l'infirmière pour la prise de sa tension artérielle.

Un désavantage mentionné au Manitoba urbain et au CSO est l'obligation de prendre les mesures tous les jours et toujours à la même heure. Nous constatons que ce désavantage a été perçu surtout par des usagers qui sont en monitoring depuis plusieurs mois.

Lors des entrevues réalisées au début de leur participation au projet, les usagers expriment peu d'attentes ou d'appréhensions, mais la majorité anticipait le retrait de l'appareil avec appréhension. Or, de nos entrevues réalisées auprès des usagers à qui on a retiré les télésoins, aucun ne répond avoir été en désaccord avec cette décision. Cependant, le fait

de pouvoir référer à l'infirmière au besoin après le retrait du moniteur est perçu comme positif par la plupart des usagers.

L'utilisation de la technologie, hormis pour le brassard du sphygmomanomètre, a été rapportée comme étant facile et conviviale par tous les répondants et il en est de même pour le glucomètre utilisé par des usagers au Manitoba urbain. Au CSO et au Manitoba urbain, des usagers ont beaucoup apprécié de pouvoir prendre leurs mesures en mode manuel (pas de transmission des données à la centrale) lorsqu'ils avaient un doute sur leur état de santé. En somme, la difficulté majeure s'est retrouvée dans la pose du brassard pour la prise de tension artérielle et a été rapportée par la moitié des personnes interviewées au Manitoba rural, et par le tiers de celles interviewées au Manitoba urbain et au CSO. Cette difficulté et surtout les données erronées qui en résultaient ont été la raison de cessation de 5 participants au Manitoba urbain.

4.2.5.2 Pour les répondants

Les répondants interrogés sont essentiellement les conjoints du participant au projet. De l'information recueillie, il ressort également pour eux une plus grande sécurité, une meilleure connaissance et un meilleur contrôle de la situation. Pour une personne, ce suivi lui a permis d'identifier les questions à poser au médecin. Pour une autre, le système lui a permis « de dormir la nuit et de pouvoir aller faire ses activités lorsque les mesures étaient normales ».

Enfin, l'ensemble des répondants et des usagers recommanderait les télésoins à une personne présentant les mêmes problèmes de santé. Dans les trois sites, un répondant a aussi ajouté qu'il recommanderait ce système aux personnes vivant seules.

4.2.5.3 Pour les professionnels de la santé

Dans les processus de décision clinique, les télésoins ont une influence sur l'établissement d'un diagnostic, d'une conduite thérapeutique à suivre et sur le suivi à assurer. La mise en place d'un tel système a aussi des effets sur le contexte de la pratique et l'organisation du travail. Nous présentons les effets perçus à ces niveaux par l'ensemble des professionnels de la santé des trois sites puis, par les professionnels dans chacun des sites.

4.2.6 Décision clinique

Tous les professionnels sont unanimes à dire que les télésoins ont procuré une aide pour établir ou confirmer un diagnostic, établir une conduite thérapeutique et assurer un suivi adéquat. Cette aide résultait de la lecture quotidienne des mesures prises par les patients et de la notification sous forme d'alerte d'un résultat en dehors des paramètres préalablement établis. Elle provenait également de la visualisation de ces mesures, entre autres sous

forme graphique, pour une période de temps donnée. Mentionnons que dans les trois sites, le médecin traitant a reçu un graphique des mesures de ses patients tous les quinze jours. Au CSO, un graphique était aussi envoyé au médecin spécialiste avant le rendez-vous du patient.

Tous les professionnels s'entendent pour dire que les télésoins ont amélioré le service et que, dans la plupart des cas, les traitements appropriés ont pu être assurés dans de meilleurs délais. Rappelons que des visites à l'urgence ont été évitées. Ce système et plus spécifiquement son monitoring auront également permis de détecter des problèmes de santé alors inconnus, notamment au niveau de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque. En outre, un problème d'insuffisance cardiaque chez une patiente référée pour des problèmes de MPOC et qui croyait faire des crises d'asthme a été détecté au CSO.

Les télésoins auront aussi permis un meilleur suivi des patients. La gestion des résultats anormaux (alertes) a nécessité une communication soutenue entre l'intervenant et le patient créant ainsi une relation de confiance et un sentiment de sécurité chez ce dernier. Elle a aussi nécessité une communication avec les médecins concernés afin d'établir un plan d'action approprié. L'analyse que nous avons faite des réponses aux alertes démontre que des médecins ont modifié un traitement suite à l'utilisation des télésoins. Un lien peut être fait ici avec la qualité des soins. Elle démontre aussi que des patients ont été incités à se rendre à l'urgence et pour d'autres à consulter leur médecin le plus tôt possible. Des rendez-vous au domicile ou au cabinet du médecin ont également été planifiés par l'infirmière au monitoring.

4.2.6.1 Contexte de pratique

Plusieurs effets des télésoins ont été perçus au niveau du contexte de travail. D'abord le système a permis de mettre l'accent sur la prévention et l'intervention précoce ce qui n'est pas une pratique courante pour les intervenants du soutien à domicile. Au dire des intervenants des trois sites, cet outil de travail leur a permis de bonifier les services qu'ils dispensaient antérieurement en favorisant une approche globale du patient. Comme le mentionnait un intervenant :

« Nous avons fait de l'éducation auprès des patients pour qu'ils connaissent mieux les particularités de leurs maladies, leur médication, leurs habitudes alimentaires et comment gérer tout ça dans leur environnement, ce que nous n'aurions sûrement pas fait sans ces machines ».

Le monitoring a eu d'autres impacts importants sur les pratiques des intervenants. Au Manitoba urbain, ils ont eu à se familiariser avec la pratique de la réponse téléphonique auprès des patients notamment ceux qui n'étaient pas dans leur charge de travail, les patients étant répartis entre 4 personnes. Ils nous ont mentionné qu'au début, ils

téléphonaient à tous les patients qui présentaient une alerte et demandaient souvent une visite à domicile mais qu'avec le temps ils ont appris à reconnaître les véritables alertes comme le résume un intervenant « *we don't have to do that anymore, because we are able to pick things up* ». Au CSO, où les personnes au monitoring faisaient déjà de la réponse téléphonique, des changements sont également intervenus dans leur pratique. Un intervenant rapporte bien la nature de ces changements :

« Je suis en train de revivre le temps des soins à domicile parce que depuis que je fais de la réponse téléphonique je n'ai pas de patient attiré comme tel, j'ai de nombreux dossiers auxquels je réponds mais ce sont vraiment des réponses ponctuelles. Tu finis une réponse, tu tombes à l'autre et le patient va peut-être m'appeler 3 semaines après. Tu perds le contact un peu. Mais avec les patients des télésoins, ce sont des contacts réguliers. J'ai une relation régulière avec les patients et je les reconnais quand ils m'appellent et même chose quand moi je les appelle. On se reconnaît et je les connais finement dans le sens que si j'en ai un qui est anxieux je suis capable de lui dire « Est-ce que je me trompe si je vous dis que ce que vous vivez c'est telle chose, même au téléphone la relation est très proche. De plus, je n'ai jamais fonctionné avec de l'appareillage à domicile comme ça. Avant ça, quand je suivais un patient je devais lui demander s'il avait un thermomètre, un appareil à pression à la maison. Si j'avais besoin de paramètres pour répondre à l'appel du patient, il fallait que je me débrouille comme ça ou que j'envoie une infirmière à domicile de façon systématique parce que j'ai besoin de savoir telle ou telle information par rapport à mon patient. Sinon c'était le médecin ou l'hôpital. Maintenant, je peux me débrouiller sans nécessairement déplacer une infirmière parce que je veux faire faire un test puisque j'ai déjà le test qu'il faut. Ça donne une plus grande autonomie professionnelle ».

Un autre effet important des télésoins a été de renforcer la communication, la collaboration et la concertation avec les médecins traitants. Cet effet a été plus marqué au Manitoba rural et au CSO. Au Manitoba rural, des plans d'intervention élaborés conjointement auront évité des visites chez le médecin. Au CSO, la mise en place avec les pneumologues d'un plan d'action qui inclut une prescription d'antibiotiques pour chacun des patients aura donné plus d'autonomie professionnelle aux infirmières. Un intervenant explique bien les changements à ce niveau :

« Cette façon de fonctionner n'était pas appliquée au maintien à domicile, mais maintenant, plus ça va, plus on parle aux pneumologues, plus on a un lien proche, plus on parle aussi aux médecins par rapport à l'état des patients que l'on suit de façon très pointue. On a une confiance mutuelle.

Dernièrement, en cardiologie on a eu un plan d'action pour une patiente. C'était une première ».

Selon les intervenants, la mise en place du programme d'enseignement aurait eu une influence sur cette collaboration, les médecins partageant l'objectif de l'autogestion de la maladie. Les principaux avantages de cette nouvelle façon de faire tels que perçus par les intervenants sont l'uniformité et la standardisation de l'enseignement, et un meilleur suivi des apprentissages. On rapporte aussi que le temps alloué (90 minutes) aux séances d'enseignement permet d'aller en profondeur et non plus de se limiter à un survol comme c'était le cas auparavant parce que l'enseignement n'était pas intégré à la charge de travail.

4.2.6.2 Organisation du travail

Au niveau de l'organisation du travail, les effets des télésoins ont varié selon le modèle implanté dans chacun des sites. Toutefois, il faut souligner que dans les trois sites, des personnes clés ont consacré une énergie considérable au développement, à l'implantation et au bon fonctionnement du système. La planification, la concertation, la communication, l'élaboration et la mise en place de critères et de protocoles d'utilisation sont toutes des tâches exigeantes pour les personnes qui en assument la responsabilité. Mentionnons que dans ce projet, hormis la coordonnatrice du projet au Manitoba et l'infirmière attitrée au volet du suivi à domicile au CSO, toutes ces tâches ont été assumées par des personnes qui avaient déjà une charge complète de travail. Ces personnes nous ont avoué avoir fait beaucoup d'heures supplémentaires pour mener à bien ce projet et qu'il serait important d'en tenir compte lors du déploiement.

Nous présentons les effets perçus pour chacun des modèles. Mentionnons au préalable que l'avantage majeur rapporté par l'ensemble des intervenants a été de pouvoir répondre aux besoins d'un aussi grand nombre de patients dans un court délai, grâce au monitoring. Comme le rapportait une infirmière : « de « voir » et assurer un suivi à autant de patients en un si court laps de temps, sans besoin d'aller au domicile, c'est du jamais vu en soutien à domicile ».

4.2.6.3 CSO

Au CSO, le monitoring et le suivi des alertes ont été ajoutés à la tâche régulière de l'infirmière et lui ont demandé, selon les intervenants, 150 à 180 minutes par jour. À l'exception de la clientèle MPOC, lorsqu'un patient était recruté, elle en avisait le médecin traitant qui établissait les paramètres des mesures anormales. Pour la clientèle MPOC, comme il existait déjà des alliances et une bonne collaboration de travail notamment avec l'infirmière de liaison et la coordonnatrice de la clinique MPOC du CHA, dans le réseau de services intégrés, un protocole de fonctionnement a été élaboré dont les résultats ont eu des répercussions positives pour les patients. D'abord l'infirmière de liaison a recruté 80 %

des patients et a fait établir les paramètres par les pneumologues. Ces patients étaient très vulnérables, très insécures et avaient un taux d'hospitalisation élevé. De plus, leur condition ne leur permettant pas d'assister au programme d'enseignement dispensé à la clinique MPOC, un programme a été élaboré et adapté à cette clientèle. Puis, un plan d'action comprenant une prescription d'antibiotiques et autres, a été élaboré pour ceux qui n'en avaient pas et un accès à un pneumologue dans un délai de 24 à 48 heures a été garanti pour les patients qui en auraient besoin. Enfin, le médecin traitant était informé du plan d'action établi puisqu'il est toujours le premier contacté en cas de besoin. Un pneumologue a rapporté que cette façon de procéder fournit un meilleur suivi au patient et permet d'intervenir plus tôt donc en situation moins catastrophique pour le patient. À la fin de l'expérimentation, de nouveaux contacts avaient été créés entre autres, en cardiologie pour regarder les possibilités d'un tel arrimage pour la clientèle souffrant d'insuffisance cardiaque.

L'infirmière mandatée au suivi à domicile est arrivée pendant la période intensive d'installation des appareils. Le temps accordé à cette tâche a fait en sorte qu'elle a dû, dès le mois de septembre, élaborer le programme susmentionné et le dispenser à 20 usagers. Sa charge de travail a donc été très lourde dès son arrivée. Des visites ont aussi été réalisées soit, 14 d'une durée variant entre 30-60 minutes, pour des raisons techniques entre autres, des problèmes d'utilisation avec le brassard et 8 dont la durée a varié entre 60-135 minutes, pour des raisons cliniques tels un début d'exacerbation, un œdème important aux membres inférieurs, etc. Enfin, à cette tâche de travail qui devait être complète se sont ajoutées des sessions de formation à recevoir (informatique) et à donner puisqu'elle est une formatrice régionale pour l'OÉMC.

La réception des résultats des prises de mesures sous forme de graphique avant le rendez-vous des patients est utile pour le suivi des patients selon deux pneumologues rencontrés. Tout comme au Manitoba urbain, des médecins ont trouvé qu'ils recevaient « beaucoup de paperasse » et qu'il serait souhaitable de recevoir uniquement les résultats anormaux. Enfin, un médecin a abordé l'aspect médico-légal lié au fait de recevoir une information qui montre des anomalies chez un patient. S'il lui arrive un problème majeur, quelle est sa responsabilité? Enfin, les pneumologues ont souligné l'importance d'une relation de confiance entre les personnes impliquées et du rôle essentiel de l'intervenant pivot en l'occurrence l'infirmière de liaison pour assurer la communication.

4.2.6.4 Manitoba urbain et rural

Dans ces deux sites, les personnes ont assumé les tâches reliées au monitoring et au suivi à domicile des patients participant aux télésoins. Ces tâches s'ajoutaient à leur charge de travail quotidienne bien qu'au Manitoba urbain, la personne au monitoring avait sa charge de travail réduite. Selon les intervenants, cette façon de faire a créé un sentiment d'anxiété d'abord au monitoring parce qu'ils ne savaient pas combien d'alertes il y aurait à traiter et le

temps que cela prendrait pour y répondre, puis lorsque des visites à domicile étaient requises, comment les intégrer à leurs visites de la journée. Au Manitoba urbain, les intervenants ont dû à maintes reprises transférer des patients de leur charge régulière de travail à des collègues afin d'assumer les services des télésoins. À la fin du projet, le temps requis pour le monitoring quotidien et le suivi des patients a été selon les intervenants, de 30 à 60 minutes au Manitoba rural et de 60 à 120 minutes au Manitoba urbain.

Les télésoins ont aussi nécessité des visites à domicile. Au Manitoba rural, nous n'avons pu obtenir les chiffres exacts mais on rapporte que la vérification de la tension artérielle et l'enseignement de la pose du brassard ont demandé plusieurs visites. Au Manitoba urbain, les intervenants ont compté 64 visites dues aux télésoins dont, 34 (53 %) pour vérifier la tension artérielle et pour enseigner notamment la pose du brassard, 17 (27 %) pour évaluer l'état d'un patient, et 13 (20 %) pour des problèmes techniques (non-transmission de données, connexion du glucomètre, etc.).

Un autre inconvénient mentionné a été la distance à parcourir. Au Manitoba urbain, pour faire le monitoring, l'intervenant devait compter trente minutes pour se rendre à la station centrale qui n'était pas installée dans le territoire desservi par les télésoins et un autre trente minutes additionnelles pour revenir et poursuivre ses visites à domicile de la journée. Au Manitoba rural, il fallait compter le même temps pour passer d'un secteur à l'autre.

Au Manitoba rural, un médecin a été impliqué dès le début du projet. D'ailleurs, 9/11 (82 %) patients ont été recrutés parmi sa clientèle et ont été inscrits au soutien à domicile. La coordonnatrice de cas a donc dû ajouter 9 nouveaux patients à une charge de travail qui varie entre 100-110 usagers. Au Manitoba urbain, aucun médecin n'a été impliqué dans l'élaboration du projet et très peu ont été informés de sa mise en œuvre. Au dire des intervenants cela a été une lacune importante qui s'est manifestée notamment dans la difficulté à leur faire définir les paramètres des mesures anormales de leurs patients. Les tentatives infructueuses de la coordonnatrice du projet pour interviewer les médecins confirment cette situation.

5. DISCUSSION

La discussion générale porte sur cinq thèmes qui nous apparaissent au cœur de l'évolution d'un tel projet. Les thèmes traités dans la discussion sont les suivants : (1) la dynamique de renforcement des réseaux locaux de soins et services (transformation des modes d'organisation et de distribution des soins et services et influence de la technologie sur cette transformation); (2) les enjeux et défis d'ordre technologique; (3) la gestion du projet d'innovation; (4) les enjeux liés au déploiement des transformations à l'ensemble des organisations concernées et à la diffusion des transformations dans d'autres contextes organisationnels; (5) les enjeux liés à l'évaluation et aux stratégies de partage des connaissances.

De façon générale, il apparaît que le déroulement d'un projet d'innovation et sa gestion oscillent autour d'un enjeu central : *Comment innover et assurer la pérennité de l'innovation dans un court délai?* Il convient de souligner le caractère paradoxal de cet enjeu qui marque le déroulement d'un tel projet sur au moins deux plans. En premier lieu, l'innovation organisationnelle envisagée, associée à l'introduction de nouvelles technologies, suppose de repenser en profondeur les façons de faire tant des intervenants que des gestionnaires. Paradoxalement, le déploiement des transformations de l'organisation des soins et services et des modes de gestion dans l'ensemble de l'organisation suppose une prise en compte des façons de faire existantes; elles sont le point d'appui du déploiement. En deuxième lieu, des impératifs d'efficacité administrative requièrent des gestionnaires qu'ils se soumettent à diverses pressions visant la mise en place de procédures (ex. application du manuel d'organisation de projet (MOP)). De façon contradictoire, ceci ne laisse pas beaucoup de place à un processus interactif requis par la complexité du projet.

Les défis posés par cet enjeu sont particulièrement importants et nombreux dans un projet comme celui du CLSC du futur où l'objet même d'innovation est à définir. En effet, dans ce projet, non seulement le modèle d'organisation des services à mettre en place était dessiné en cours de processus mais celui-ci s'appuyait sur un ensemble de technologies qui devaient soit être choisies au fur et à mesure, soit être amenées à maturité pendant le déroulement du projet. Les sections suivantes nous permettent d'identifier ces défis.

5.1 Dynamique de renforcement des réseaux locaux de soins et de services

Rappelons que le projet CLSC du futur s'inscrit dans la recherche de moyens nouveaux et efficaces pour assurer à la population de son territoire une meilleure accessibilité et continuité des soins et des services. La réussite de ce projet passe par le renforcement des liens fonctionnels entre les services de première ligne, les cliniques médicales et les services spécialisés et par la mise en place de technologies permettant de transmettre

l'information requise en temps réel. Dans le cadre de ce projet, deux types de technologies sont expérimentés, la technologie pour le système d'information en soutien à domicile et les télésoins. Malgré leurs différences, toutes deux contribuent à une structuration de l'offre de soins et services qui s'appuie sur une logique de services plutôt que sur une logique d'établissement. Ce projet est plus révolutionnaire qu'il ne paraît à première vue. En effet, adopter une logique de services est un changement de paradigme puisqu'il suppose une redéfinition du noyau central de l'organisation (continuum de soins et services). Le défi qui est au centre de cette réorganisation consiste à repenser l'organisation de la production de soins et services de façon à intégrer les activités cliniques dans un contexte où les frontières organisationnelles sont éclatées et à agencer ces impératifs d'ordre clinique (niveau micro organisationnel) avec les impératifs d'ordre systémique (niveau macro organisationnel). La résultante est une organisation des soins et services sur la base de flux de production. Le projet de changement est complexe et exige de la créativité (Lamothe, 2002).

Comme les impacts respectifs des deux supports technologiques sur le renforcement des réseaux diffèrent, nous les traitons de façon séparée.

5.1.1 Système d'information en soutien à domicile

Avec le système d'information en soutien à domicile, l'instance locale qu'est le CSO cherche à atteindre les trois principaux objectifs visés par le renforcement des réseaux locaux de soins et services :

- augmenter l'accessibilité aux services en permettant aux intervenants d'avoir une organisation du travail qui leur permette d'être plus près des usagers;
- assurer une meilleure continuité des services en consolidant les liens entre les intervenants du CSO avec les autres intervenants qui participent au continuum de soins et services aux usagers (médecins des cliniques médicales, services spécialisés, pharmaciens);
- augmenter l'efficacité par une organisation du travail mieux structurée.

5.1.1.1 Organisation du travail

L'introduction de la technologie a eu des impacts sur l'organisation du travail des intervenants. Ceux-ci portent sur (1) l'appropriation des technologies par les intervenants, (2) la révision des pratiques professionnelles (3) les déplacements des intervenants et (4) la relation avec les usagers.

➤ L'appropriation des technologies par les intervenants

L'appropriation des technologies par les intervenants s'inscrit dans un processus d'apprentissage continu qui commence bien avant l'introduction même de la technologie. Ce processus d'appropriation est constitué de phases et commence, dès le début du projet, avec la participation des intervenants aux discussions et décisions sur leurs pratiques actuelles et à venir (phase de sensibilisation). Ce processus comprend aussi la formation, l'expérimentation avec la technologie en dehors du contexte de travail et l'expérimentation sur le terrain. Bien que séquentielles, ces phases doivent évoluer en permettant des boucles de rétroaction afin que des ajustements puissent s'opérer et que la mobilisation des intervenants soit maintenue. Les ajustements portent tant sur les pratiques que sur la technologie. Dans le cadre de ce projet, le processus d'appropriation a évolué de façon discontinue : (1) des phases ont été trop espacées dans le temps, ce qui a eu pour effet de réduire la mobilisation; (2) les intervenants permanents n'ont pas eu le loisir d'expérimenter toutes les applications aussitôt après la formation; (3) les difficultés techniques au domicile des usagers (lenteur, problèmes de communication, etc.) qui perduraient en phase d'expérimentation du projet ont rendu plus difficile l'appropriation de la technologie. Les phases de ce processus d'appropriation apparaissent importantes à respecter à chaque fois que des nouveaux intervenants sont intégrés à cette nouvelle organisation du travail. Cela devra être pris en considération en phase de déploiement.

Considérant la courte période d'expérimentation, les intervenants ont mis beaucoup d'énergie pour intégrer la technologie à leurs pratiques. En effet, c'est surtout pendant l'expérimentation sur le terrain que le processus itératif d'appropriation s'est produit alors que la révision des formulaires, la mise à jour des référentiels et autres ajustements sont faits. Jusqu'à la fin de l'expérimentation, les intervenants continuent à travailler à l'intégration et à la consolidation de leurs apprentissages. Des réunions d'équipes fréquentes, d'abord à chaque semaine puis aux deux semaines, permettent les échanges sur ce plan. D'ailleurs, à la fin de l'expérimentation, on peut identifier des formulaires informatisés qui pourront être abolis parce que non utilisés; la révision des formulaires est encore en cours. Comme le processus d'appropriation s'est fait en accéléré pendant l'expérimentation sur le terrain, le degré d'appropriation est variable. Les personnes ayant, de façon générale, moins de familiarité avec la technologie éprouvent plus de difficultés à cet égard. Aussi, à cause de problèmes techniques (lenteur, communication), ils (en particulier les infirmières) ont eu tendance à reproduire leurs pratiques antérieures (notes sur des bouts de papier pour ensuite les retranscrire dans le système).

À la fin du projet, en partie à cause de la courte période d'expérimentation, la majorité des intervenants conservent une certaine ambivalence. Ils ne veulent pas revenir en arrière mais ils s'écartent difficilement des pratiques antérieures au domicile des usagers. Il est important de noter toutefois que la lenteur du système est un handicap majeur puisqu'il entraîne un prolongement de la visite au domicile de l'utilisateur alors que les interventions

professionnelles sont terminées (infirmières). Cette situation est différente pour les physiothérapeutes parce que la lenteur du système ne les oblige pas à rester plus longtemps au domicile de l'usager; la nature de leurs interventions permet plus facilement de composer avec cette lenteur. Ces dernières considérations sont importantes pour la poursuite du projet et son déploiement : elles suggèrent d'étudier de façon approfondie l'impact de l'introduction de cette technologie pour chacune des catégories d'intervenants afin de tenir compte de leurs particularités et de les comparer.

Malgré les inconvénients inhérents à une phase d'expérimentation, en ce qui concerne l'organisation du travail et l'appropriation de la technologie, les intervenants déclarent y voir un certain nombre d'avantages : accès plus rapide aux dossiers, accès à toute l'information disponible en temps réel, inscription directe des déplacements, transmission d'information entre collègues, feuilles de route faciles à consulter, prise de notes accélérée avec le développement d'habiletés au clavier.

➤ **La révision des pratiques professionnelles**

L'introduction du dossier clinique informatisé est l'occasion pour les intervenants de revoir leurs façons de faire. Dans le cadre de ce projet, cette démarche s'est surtout appuyée sur une révision des divers formulaires utilisés par chacune des catégories d'intervenants. Néanmoins, d'importantes discussions entre la direction du projet et celle du programme de soutien domicile ont permis de préparer le terrain de changements organisationnels. Cette révision, a porté essentiellement sur les tâches et a eu une influence sur les rapports interprofessionnels. Cette révision visait à adapter la collecte de données, jusque là sur support papier, au support électronique. Elle conduisait notamment à en réduire le nombre compte tenu de l'importante redondance des contenus.

La révision des formulaires était aussi l'occasion de reconsidérer des rôles et responsabilités dans la saisie de données qui sont largement partagées. Ainsi l'analyse de l'utilisation de l'OÉMC, outil d'évaluation globale de l'usager, a conduit à adopter une politique pour que d'abord elle soit, selon les caractéristiques de l'usager, systématiquement complétée et que cette tâche soit réalisée par l'intervenant, toute catégorie confondue, qui assume la plus grande responsabilité dans le dossier. Cette décision modifiait des façons de faire, parfois même entre professionnels, et demandait alors des ajustements mutuels. Au CSO, c'était surtout les travailleurs sociaux qui adoptaient le plus l'OÉMC malgré sa philosophie basée sur une pratique multidisciplinaire. Comme cette évaluation prend beaucoup de temps, ce nouvel arrangement du travail interprofessionnel a pu entraîner une certaine résistance de la part des intervenants qui, jusque là l'utilisaient moins. Notons que de façon générale, la lourdeur de l'OÉMC encourage les intervenants à ne pas le compléter. Par ailleurs, son informatisation réduit le temps requis pour cette activité. Le travail en interdisciplinarité se voit toujours confronté au désir des intervenants de protéger leur domaine de juridiction (Abbott, 1988, Lamothe, 1999). Comme nous pouvons l'observer

dans ce projet, l'existence d'un formulaire unique influe sur la gestion des interdépendances professionnelles. Cela est un enjeu d'importance pour les intervenants et doit être géré avec habileté.

Le travail en interdisciplinarité oblige aussi les intervenants à utiliser des mécanismes de coordination de leur travail. En plus de la planification des interventions et de l'échange d'information par les formulaires, les intervenants ont habituellement recours à l'ajustement mutuel (rencontres d'équipes, conversations de corridor). L'objectif de permettre aux intervenants de travailler surtout au domicile des usagers et à partir de points satellites interfère avec l'efficacité de ce mécanisme de coordination. Pour la majorité des intervenants, ceci entraîne une impression d'isolement professionnel alors que pour certains cet ajustement pourrait très bien se faire par l'utilisation du téléphone cellulaire ou du courriel. Cela suggère que des réunions d'équipes pour faire le point sur certains dossiers, selon diverses modalités, seront toujours nécessaires à l'efficacité du travail interprofessionnel. Ces réunions seront aussi nécessaires au maintien de la flexibilité de l'organisation du travail. En effet, une trop grande standardisation des pratiques par la technologie peut entraîner un frein à la créativité et à l'introduction de savoirs nouveaux qui sont le propre du travail professionnel. Il est à noter toutefois que la dynamique d'échanges entretenue pendant la phase d'expérimentation a eu pour impact de « rapprocher » les intervenants.

Les impératifs du travail interdisciplinaire peuvent aussi avoir des conséquences sur les déplacements des intervenants.

➤ **Les déplacements des intervenants**

L'organisation des déplacements des intervenants vise une meilleure efficience dans l'organisation du travail de même qu'une meilleure gestion de la continuité des soins et services. Une gestion optimale des déplacements se confronte à deux grandes questions. Quels sont les motifs qui peuvent encourager les intervenants à revenir dans les locaux du CSO? Où les intervenants doivent-ils se rencontrer?

À la fin du projet, les intervenants ne passaient pas moins de temps dans les locaux du CSO bien que, pour certains, la planification de leurs déplacements était différente. La planification des déplacements apparaît plus flexible. Toutefois, l'ensemble des intervenants a tendance à finir leur journée de travail dans les locaux du CSO. En se basant sur leurs commentaires, plusieurs raisons pourraient expliquer ce phénomène: lenteur du système qui encourage les intervenants à revenir pour se brancher au réseau; besoin ressenti de se rencontrer pour discuter des dossiers des usagers; gêne d'écrire de longues notes d'évolution au domicile de l'utilisateur; besoin de se conformer aux disponibilités des usagers; besoin de consulter le dossier antérieur d'un usager (section non numérisée); besoin de revenir au local pour envoyer de l'information au médecin par télécopieur; besoin de se

procurer du matériel ou de déposer des prélèvements; expression d'une certaine résistance aux changements proposés dans l'organisation du travail; expression d'une perte de sentiment d'appartenance à l'organisation. À la fin de l'expérimentation, il est difficile de conclure sur ce point. Il apparaît toutefois évident qu'une gestion optimale des déplacements des intervenants ne se limite pas à une planification des horaires qui tienne compte uniquement du nombre d'interventions auprès des usagers. Cette planification doit aussi tenir compte de facteurs intangibles liés au travail interprofessionnel et à certains autres impératifs de travail. Avec le déploiement de cette technologie dans l'ensemble de l'organisation, une analyse de ces facteurs devra être faite. Celle-ci devra vraisemblablement se faire avec le concours du syndicat.

L'organisation des déplacements des intervenants rencontre un dilemme. Le besoin pour les intervenants de se rencontrer et celui d'accomplir certaines tâches dans les locaux du CSO doit se conjuguer avec l'objectif de limiter leurs déplacements. La question qui se pose est : doit-on maintenir centralisés les locaux affectés aux intervenants ou les distribuer sur l'ensemble du territoire avec la création de points satellites?

Bien que les intervenants aient été déplacés à deux reprises pendant le déroulement du projet, il a été décidé de maintenir un local centralisé malgré le fait que le territoire à couvrir soit très grand. Pour la poursuite de l'implantation, la question de la création de points satellites reste posée. Leur création pourrait soutenir deux objectifs : (1) favoriser un travail interprofessionnel en réseau (ex. local à la clinique médicale) et (2) optimiser les déplacements (ex. local à la pharmacie pour l'accès au matériel). La création des points satellites tend à conférer plus d'autonomie aux intervenants et à modifier leurs liens d'appartenance. En effet, l'appartenance est moins symbolisée par l'établissement (CSO) et davantage centrée sur le réseau d'interactions professionnelles (micro réseaux). Pour les gestionnaires, ceci peut soulever des questions reliées au télétravail au domicile même des intervenants. À cet égard, des considérations de divers ordres (syndicat, assurances, etc.) doivent être prises en compte. Aussi, les contrôles de gestion s'en trouvent modifiés : une transparence des données permet l'exercice d'un contrôle mais celui-ci doit s'inscrire dans une relation de confiance.

En ce qui concerne le local actuellement utilisé, un local multifonctionnel plutôt que des bureaux individuels a été retenu. Cela permet une réduction du besoin en espace. Cet aménagement semble bien accepté par les intervenants. Rappelons, ici, que le rapport de l'école d'architecture traitera plus en détails la question des locaux. Quelle que soit la solution éventuellement retenue, il faudra tenir compte du désir des intervenants de maintenir « un point de ralliement par territoire » pour appuyer les micros réseaux ou le travail d'équipe. Celui-ci peut toutefois prendre diverses formes.

➤ La relation avec les usagers

L'introduction de la technologie dans le travail des intervenants ne semble pas avoir modifié de façon significative la relation intervenants/usagers. Pour les usagers, la courte période d'adaptation semble davantage liée à la surprise de voir l'ordinateur et aux problèmes de la non-performance du système. Les référentiels peuvent mieux soutenir une réponse à leurs questions mais certains intervenants disent ne pas toujours avoir le temps d'y répondre. Au moins un des patients interviewés a manifesté un intérêt particulier à l'accès aux connaissances que le système permettait. Les réactions des intervenants sont variables et les infirmières semblent avoir plus de difficultés. Pour certaines, le temps passé à entrer des données peut contribuer à dépersonnaliser la relation avec les usagers. Les conversations avec les usagers peuvent réduire le degré de concentration des intervenants et être sources d'erreur. Cette perception pourrait changer lorsque le système sera plus performant.

5.1.1.2 Liens entre les intervenants du CSO et les médecins des cliniques privées

Le renforcement des liens entre les intervenants du CSO et les médecins des cliniques privées s'appuie sur un échange judicieux et rapide d'information sur le suivi de la condition clinique des usagers. À la fin de l'expérimentation, comme ces échanges d'information au moyen du support technologique étaient encore limités (courriels, parfois des documents au format Adobe *Portable Document Format* (PDF)), peu de discussions ont eu cours sur la nature et la pertinence de l'information à transmettre. Les intervenants du CSO reproduisaient des façons de faire antérieures avec transmission par télécopieur. Quand aux médecins du CSO, ils étaient à l'étape d'approvisionnement de la technologie.

Pourtant, au moins deux des médecins rencontrés croient qu'avec le temps une nouvelle façon de travailler ensemble pourra se développer. Il est espéré qu'au-delà de quelques communications téléphoniques, un travail d'équipe plus étroit en émerge. Ce travail d'équipe suppose une collaboration plus serrée entre les intervenants du CSO et les médecins. L'enjeu au cœur du renforcement de ces liens est l'intégration d'une approche territoriale ou populationnelle à la pratique médicale de première ligne et l'intégration du système d'information sous-jacent. Une telle approche, qui s'inscrit dans la foulée de la création des GMF, viserait une prise en compte globale des besoins des usagers. Il est important de noter que dans le cadre de ce projet, les médecins avec lesquels des liens plus étroits devaient être créés étaient déjà engagés dans le développement de cette approche dans leur pratique. Ce type de conviction professionnelle ou d'engagement de la part des médecins apparaît essentiel au renforcement des liens avec les intervenants responsables du soutien à domicile. À défaut de cet engagement, les relations risquent de ne pas déborder d'un strict échange d'information.

Il apparaît aussi que si l'intégration d'une approche territoriale ou populationnelle doit s'appuyer sur un renforcement des liens avec les médecins des cliniques privées, celle-ci doit aussi être développée avec une approche systémique. En effet, l'ensemble des médecins du territoire devra être concerné par cette transformation, en prenant en compte l'organisation globale de la couverture médicale sur le territoire (rotations, couverture des services sans rendez-vous, etc.). L'objectif visé est « le rapprochement de tous les partenaires autour d'un usager, de façon continue au cours de sa vie, de sa naissance à son décès ». Cela suscite un besoin pour une information clinique accessible à tous les professionnels du territoire, incluant les services spécialisés, les pharmaciens et les services diagnostiques. À cette fin éventuelle, une table de concertation réunissant l'ensemble des cliniques médicales et la direction régionale des médecins généralistes a été mise sur pied.

Notons cependant, que suite à la reconnaissance par le MSSS de l'équipe médicale du CSO (services courants) comme GMF, l'établissement a choisi d'initier l'appropriation des nouvelles solutions technologiques auprès de cette équipe. Pour les autres GMF et cliniques médicales du territoire, on attend que les infrastructures et infostructures soient en place. Le renforcement des liens avec l'ensemble des médecins du territoire est donc dépendant de décisions prises au niveau macro organisationnel.

Une réflexion permettant d'anticiper les impacts des changements sur l'ensemble des services (ex. services courants et services ambulatoires), et sur les moyens de les mettre en œuvre n'a pu être approfondie dans le cadre du projet. Elle devra toutefois être au cœur des préoccupations pendant le déploiement de l'organisation du travail en réseau. Elle devra aussi s'inscrire dans les orientations prises au niveau régional. Comme il a déjà été mentionné, l'introduction de la technologie en soutien à domicile s'inscrit dans un changement de paradigme dans l'organisation des soins et des services. Le projet du CLSC du futur s'inscrit donc dans l'amorce d'une transformation de l'ensemble des services offerts par le CSO et ses partenaires. Ainsi, le déploiement à venir devra en tenir compte et se faire avec une préoccupation de décloisonnement du cadre strict du projet.

5.1.2 Télésoins

À première vue, la technologie des télésoins ne semble pas nécessiter de développement particulier. Son introduction semble plus simple que celle de la technologie pour le système d'information en soutien à domicile. Pourtant, en plus de favoriser la prise en charge d'une clientèle souvent négligée par les services de soutien à domicile, l'utilisation des télésoins a au moins deux impacts majeurs : (1) elle introduit une logique de soins spécialisés dans l'organisation de services de première ligne jusque-là structurés sur une logique de soins généraux et globaux de première ligne et (2) elle déploie de façon particulière les réseaux locaux de soins et de services tout en les renforçant.

Notre discussion s'appuie sur une analyse comparative des réseaux formés au CSO et au Manitoba.

5.1.2.1 Modèles d'organisation des services

Une première constatation d'importance est l'apparition de trois cadres d'organisation des services. En fait il s'agit fondamentalement de deux modèles : celui du CSO qui se fonde sur une approche que nous qualifions de spécialisée et ceux du Manitoba qui se fondent sur une approche que nous qualifions de polyvalente. Les deux cadres du Manitoba ne se distinguent que par le monitoring (polyvalent dans la région urbaine et concentré dans la région rurale).

Dans un contexte d'expérimentation où il y a introduction d'une technologie nouvelle, les modèles à implanter émergent de la créativité des personnes concernées et d'un certain opportunisme qui cherche à tirer avantage des ressources et compétences en présence. Cela explique en partie l'émergence de modèles différents. Aussi, les modèles à implanter doivent composer avec certaines contraintes organisationnelles locales.

Dans le cas du CSO, l'approche spécialisée retenue pour l'expérimentation est davantage émergente que planifiée. En effet, la présence d'une infirmière ayant des compétences certaines dans le traitement des pathologies choisies (MPOC, insuffisance cardiaque) a eu un effet déterminant. Il est apparu avantageux de lui confier un leadership affirmé pour l'ensemble des tâches à accomplir au domicile de l'utilisateur : l'évaluation des usagers, l'installation de l'appareil, l'enseignement et les visites lors d'alertes. Cette approche spécialisée prévoit donc une concentration des activités entre cette infirmière et celle assurant le monitoring et le suivi des alertes. Les autres soins et services requis pour ces usagers sont offerts par les intervenants du soutien à domicile.

Dans le cas du Manitoba, l'approche polyvalente retenue apparaît davantage planifiée. Un comité des opérations cliniques a été formé pour élaborer les guides de pratique, les critères de sélection des usagers et les diverses procédures, notamment pour l'affectation des ressources infirmières. Au Manitoba urbain, il n'y a pas de médecin sur le comité et les références d'utilisateurs proviennent de sources diverses, habituellement des hôpitaux. La clientèle des télésoins est prise en charge par quatre infirmières qui assument, en rotation, la responsabilité de monitoring et de suivi des alertes. Elles conservent leurs responsabilités générales dans l'offre de service de soutien à domicile. Dans la région rurale, un médecin siège au comité et il est responsable de toutes les références d'utilisateurs durant la période d'expérimentation. Toutes les tâches associées aux télésoins convergent vers une infirmière jouant un rôle de pivot. D'autres infirmières ont été invitées à participer à ce projet. Elles participent aux services directs aux usagers. La polyvalence de ce modèle se situe donc à deux niveaux : polyvalence entre les infirmières affectées au monitoring et polyvalence au niveau des visites.

Il nous apparaît que l'émergence de ces modèles différents est un reflet de la tension fondamentale créée par l'introduction des télésoins dans l'organisation des services de soins à domicile. L'introduction de la logique patient pose au moins deux défis importants aux dirigeants et intervenants de l'organisation. D'une part, cela oblige à penser une organisation du travail qui permet de réagir rapidement aux besoins ou alertes signalés par les usagers par opposition à une organisation du travail planifiée en fonction de plans d'intervention préétablis. D'autre part, il est important d'assurer un arrimage fonctionnel entre les deux formes d'organisation du travail.

En phase d'expérimentation, le CSO a opté pour une séparation fonctionnelle des services associés à chacune de ces formes d'organisation du travail. Cela offrait l'avantage de garantir une compétence clinique aux télésoins et l'arrimage pouvait relever plus simplement d'un transfert d'information vers les infirmières du soutien à domicile. Aussi, cela favorisait le développement de liens de confiance personnalisés avec les médecins. Comme nous le verrons, le développement de liens de confiance s'avère une condition de succès pour l'implantation des télésoins. Au 15 décembre 2003, il n'était pas encore permis de juger des enjeux ou difficultés soulevés par ce transfert d'information. Il est permis toutefois de constater qu'une telle séparation peut avoir au moins trois effets pervers. En premier lieu, les infirmières permanentes du soutien à domicile peuvent manquer d'information sur l'équipement utilisé, les données rendues disponibles et sur les soins spécialisés requis pour l'une ou l'autre des pathologies des usagers, ce qui peut leur causer problème lorsqu'elles vont à leur domicile. En effet, elles peuvent ne pas pouvoir répondre aux questions ou savoir comment réagir si un problème est soulevé. Cela soulève un besoin pour une étroite collaboration entre les infirmières affectées aux télésoins et les autres. En deuxième lieu, à cause des compétences spécialisées requises pour les services de télésoins, cette séparation peut entraîner des problèmes d'affectation en personnel. Enfin, à cause du temps et du moment requis pour répondre aux alertes, il peut être plus difficile également de planifier les affectations en personnel.

De plus, dans une perspective de déploiement ou d'élargissement de la variété des conditions cliniques dont pourraient être affectés les usagers à qui l'on fournirait cette technologie, une importante question se pose : Est-ce que l'organisation peut être entraînée dans le développement de plusieurs créneaux spécialisés? Le risque de fragmentation de l'organisation apparaît réel. Une réflexion prospective sur cet enjeu devra être faite pendant le déploiement des télésoins.

À première vue, le modèle polyvalent permet de corriger les effets pervers du premier. Toutefois, ce modèle peut aussi occasionner certains problèmes. En premier lieu, il soulève la question de la formation continue des infirmières pour le maintien et le développement de leurs compétences dans le traitement de conditions cliniques complexes et variées. Cela peut s'avérer un enjeu important avec le déploiement de cette technologie et l'élargissement de la variété des conditions cliniques. En deuxième lieu, ce modèle exige un recours

important à la communication et à l'ajustement mutuel entre les infirmières affectées à la station centrale qui permet de faire le monitoring mais aussi et surtout entre les infirmières de la station centrale et celles du soutien à domicile. En troisième lieu, la distribution des usagers auprès de plusieurs infirmières du soutien à domicile peut entraîner un inconfort ou une insécurité si elles ne sont pas en contact fréquent avec la technologie.

Comme nous pouvons le constater, à cause des logiques différentes qui les sous-tendent, la cohabitation harmonieuse de ces deux formes d'organisation des services n'est pas chose facile à réaliser. Aucun modèle ne semble a priori plus adéquat bien que le modèle polyvalent soit peut-être plus réaliste dans une perspective à long terme et aussi plus cohérent avec l'approche de santé primaire. Quel que soit le modèle choisi, il demeure que le défi fondamental est le maintien d'un équilibre fonctionnel pour l'organisation. Cela doit faire l'objet d'une réflexion approfondie.

5.1.2.2 Les intervenants et les cliniques privées et les services spécialisés

En plus de susciter l'émergence de modèles d'organisation différents, les télésoins entraînent un déploiement particulier des réseaux de soins tout en les renforçant. En effet, les réseaux formés s'inscrivent dans une logique de suivi de la maladie et ainsi les liens se créent avec des médecins traitants non seulement du territoire prédéfini, mais aussi ceux qui peuvent être en dehors du territoire de l'établissement de première ligne. Le renforcement des liens vient du fait que les rapports interprofessionnels deviennent davantage personnalisés.

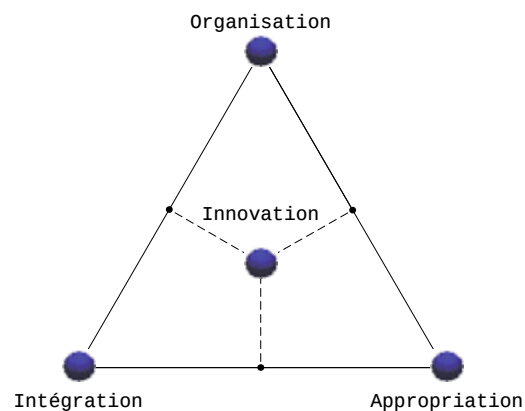
De façon générale, il apparaît fondamental que le renforcement des liens entre les intervenants des services de soutien à domicile (télésoins) et les médecins s'appuie sur le développement de relations de confiance. Celles-ci facilitent le recrutement des usagers de même que les échanges professionnels. D'ailleurs, les réseaux télésoins qui se sont formés pendant l'expérimentation ont été construits sur des liens de confiance existants (ex. pneumologues et cardiologues pour les usagers du CSO, généralistes dans la région rurale du Manitoba). Ces relations de confiance, en conférant une plus grande autonomie professionnelle à l'infirmière, s'avèrent essentielles à un partage efficace des responsabilités envers les usagers (ex. autonomie pour l'administration du plan d'action, ordonnance prescrite). Les infirmières qui ont participé au projet y voient une occasion de développement professionnel. Cette nouvelle organisation du travail interprofessionnel permet aussi aux usagers d'obtenir rapidement un rendez-vous avec leur médecin lorsque requis. De plus, parce que les infirmières informent toujours les médecins de famille du suivi des usagers, les réseaux télésoins pourraient aussi entraîner des changements dans les rapports entre les spécialistes et les médecins de famille. Cet aspect de la question n'a cependant pas pu être étudié pendant le projet. Il devrait faire l'objet d'une attention particulière pendant la phase de déploiement.

Les réseaux télésoins ont aussi resserré les liens entre les infirmières de soutien à domicile et le personnel de liaison des hôpitaux. Il est plus facile d'obtenir de l'information parce que cette clientèle est jugée privilégiée et que chacun y voit des avantages.

5.2 Enjeux et défis d'ordre technologique

Les enjeux d'ordre technologique énoncent ce que l'on peut « gagner ou perdre » dans le projet au regard des aspects techniques. Les défis sont ce que l'on doit relever pour obtenir des solutions utiles, acceptables et faisables pour atteindre les objectifs d'un système à développer. D'entrée de jeu, il faut rappeler que le changement informationnel est étroitement lié au changement organisationnel. Selon les cas, l'outil technologique apporte un changement de plus ou moins grande envergure dans l'organisation. Dans d'autres cas, c'est le changement organisationnel qui influencera la nécessité d'ajuster les outils. Il est intéressant de noter comment le présent projet, qui vise un changement organisationnel (gestion des espaces corporatifs, travail en réseau de services intégrés), a souvent déplacé son point de mire à cause de préoccupations technologiques.

Les enjeux majeurs de la technologie qui ressortent de l'analyse du projet peuvent être regroupés sous trois axes, soit ceux liés à 1) l'organisation de la pratique, 2) l'intégration des composantes du système et 3) l'appropriation du système par les utilisateurs. Un autre axe lié au caractère innovateur du projet est au cœur des enjeux d'organisation, d'intégration et d'appropriation et les influence donc. La figure suivante schématise les différents axes des enjeux abordés dans cette section.



Ces enjeux soulèvent des défis de taille pour le développement et l'implantation de technologies appropriées aux objectifs d'un système de réseaux de services intégrés où l'utilisateur est au centre et où la continuité des services est un des objectifs prioritaires. Différents paramètres sont généralement retenus pour analyser les dimensions technologiques d'un système. Ce sont des critères d'analyse des technologies de

l'information et de leurs conditions de développement et d'implantation (annexe J). Ils réfèrent généralement aux caractéristiques :

- des données à utiliser, qui doivent être disponibles, valides et sécurisées;
- des systèmes à mettre en place, qui doivent être conviviaux, performants, polyvalents et interopérables;
- des conditions d'innovation et de pérennité, qui doivent tenir compte de la maturité et de la capacité d'évoluer des systèmes dans un contexte d'enjeux tel que celui de la propriété intellectuelle;

Pour que les choix d'un tel système favorisent son évolution continue et rapide, une vigilance, s'appuyant sur une vision intégrée des enjeux technologiques et organisationnels, s'impose.

5.2.1 Organisation de la pratique

La complexité de la mise en œuvre technologique du projet a mis en évidence des défis à relever en regard de l'organisation des pratiques visant un renforcement des réseaux de services intégrés. Cinq d'entre eux ont été retenus comme particulièrement importants :

➤ L'utilisation de l'ordinateur au domicile de l'utilisateur

Que ce soit au domicile de l'utilisateur dans le cadre du soutien à domicile ou dans d'autres contextes, des solutions adaptées, performantes et robustes sont un enjeu déterminant mais elles doivent être également acceptables et acceptées par les utilisateurs. Plusieurs facteurs contextuels peuvent entraver une utilisation adéquate de l'ordinateur au domicile de l'utilisateur. Ces entraves, de nature souvent temporaire, soulèvent néanmoins la question de la capacité d'adaptation du système. En effet, la logique, déjà soulignée, des services intégrés implique des solutions qui supportent un continuum de soins. Or, ce continuum s'organise autour et avec un ensemble d'établissements et une diversité de lieux d'intervention faisant travailler en coordination une pluralité d'expertises et de pratiques dans le respect des règles professionnelles, éthiques et légales. Certains facteurs sont d'ordre technique : temps de consultation, saisie de données freinée par la vitesse de transmission, coupures de transmission, déprogrammation des appareils après une déconnexion. D'autres facteurs sont d'ordre relationnel avec l'utilisateur : gêne provoquée par la présence d'un ordinateur ou par l'utilisation de la ligne téléphonique. Un constat d'importance dans le cadre de ce projet est la présence d'une grande diversité des contextes et conditions de pratiques dans les domiciles; cela ajoute aux défis de rendre disponibles des solutions adaptées, performantes et robustes. Les constats faits au domicile des utilisateurs et même dans certains locaux où oeuvrent des intervenants indiquent la nécessité de développer

différentes solutions ou des solutions plus polyvalentes tout en demeurant très performantes.

➤ **L'utilisation de périphériques de télésoins au domicile de l'utilisateur**

Les critères de choix des périphériques de télésoins sont déterminants pour que les services offerts soient optimaux. L'utilisation de ces périphériques est fonction des caractéristiques des clientèles ainsi que de la technologie choisie. Diverses caractéristiques de la clientèle visée (degré d'autonomie, pathologie, condition clinique, etc.) ont un impact sur le choix du matériel. Mais la technologie choisie peut aussi avoir des impacts sur le travail de l'intervenant. La convivialité d'un appareil pour l'utilisateur est essentielle. Les multiples difficultés associées à l'utilisation du brassard pour une prise de tension artérielle en sont un exemple. Elles ont conduit à de nombreuses visites en suivi à des alertes et pourraient même conduire à des erreurs cliniques. Pour certaines pathologies, les périphériques comme ceux visant la lecture d'un électrocardiogramme ou la mesure du temps de coagulation sanguine peuvent demander la présence des infirmières au domicile, ce qui modifie les conditions d'utilisation. Certaines conditions cliniques peuvent aussi conduire à une charge de travail plus importante. Les cas qui demandent une utilisation continue des télésoins pour, par exemple, parer à des situations d'urgence, ou une utilisation prolongée chez certaines personnes vulnérables, sont de celles là. Ces constats mettent en relief l'importance de bien définir les critères de choix et d'utilisation des équipements. Non seulement les périphériques doivent être adaptés aux usagers ciblés mais aussi aux conditions d'utilisation. L'identification préalable des impacts de l'utilisation de certains périphériques est donc primordiale.

➤ **Les intervenants face au télétravail**

La notion de télétravail en soutien à domicile était d'abord, lors de la soumission du projet en août 2000, celle d'un accès depuis le domicile de l'utilisateur afin de répartir le temps réservé aux tâches administratives et cliniques. La question d'un travail depuis le domicile de l'intervenant est cependant apparue dès les débuts du projet. Le télétravail au domicile de l'intervenant n'a cependant pas été retenu pour le projet et ce pour différentes raisons dont celles des conditions de travail mal définies et des assurances pour la responsabilité professionnelle. Cependant, cette solution est apparue comme intéressante pour un intervenant afin de s'ajuster aux difficultés d'utilisation des portables au domicile de l'utilisateur. La question du télétravail au domicile de l'intervenant deviendra rapidement centrale dans l'organisation de la pratique dans le secteur de la santé. Elle soulève un nombre important d'enjeux majeurs dont celui des conditions de travail et de gestion (par exemple : l'isolement professionnel, la coordination du travail interprofessionnel, la reconnaissance dans les conventions collectives) mais aussi ceux concernant la relation travail/famille/loisirs. Cette question s'annonce complexe et

demande que l'on s'y attarde rapidement. Rappelons que le CEFRIO a d'ailleurs abordé un certain nombre de ces enjeux dans le cadre d'un colloque d'envergure sur le sujet.

➤ **La participation des partenaires aux réseaux intégrés de services**

Le défi ici est d'évaluer continuellement la capacité réelle d'équiper les intervenants en fonction de leur implication, prévue ou souhaitée, dans la nouvelle organisation des services. Ne soulignons que la situation des médecins en cabinets privés ou GMF et celle des auxiliaires familiales. La participation à un réseau de services intégrés soutenu par les technologies de l'information et de la communication implique que les intervenants aient chacun les moyens adéquats de communiquer entre eux. Les retards dans la mise en fonction d'une capacité d'interagir influent sur le fonctionnement et l'efficacité de réseaux de services intégrés et peuvent même remettre en cause la participation directe des intervenants au projet. Les situations où les intervenants doivent avoir un double système (électronique et papier) pour permettre la communication entre ceux qui sont équipés et ceux qui ne le sont pas doivent être réduites au minimum.

➤ **Les relations interprofessionnelles et la responsabilité face au dossier de santé**

L'arrivée des nouvelles technologies s'inscrit dans l'enjeu de la redéfinition des domaines de juridiction des professionnels (Loi 90) et peut en dynamiser le processus. Elle vient changer des situations existantes entre les différentes catégories socioprofessionnelles. Le cloisonnement des dossiers de santé a conduit jusqu'à maintenant à certaines distributions des responsabilités quand à leur contenu. La facilitation de l'accès à l'information peut modifier une répartition établie des rôles et des responsabilités entre les intervenants, qui devront œuvrer de plus en plus dans le contexte d'équipes multidisciplinaires. Pensons ici à la relation entre les médecins et les infirmières.

5.2.2 Intégration des composantes du système

L'enjeu ici est de coordonner trois niveaux décisionnels, local, régional et central, afin de parvenir à une intégration des composantes souhaitées. Cette intégration des composantes d'un système est un défi technique qui doit être suffisamment défini et circonscrit. Les raisons de cet impératif sont d'ordre technique (choix technologique changeant, technologie plus ou moins mature, ouverte et interopérable, préalables non suffisamment identifiés, absences de normes, de standards ou d'architecture cible, autres) et d'ordre stratégique (organismes aux capacités de production différentes et aux intérêts diversifiés, différents niveaux et multiples lieux de prise de décision, absence ou imprécision des règles du jeu,

connaissance insuffisante des caractéristiques des partenaires et manque d'expérience dans plusieurs types de partenariat, éparpillement des travaux, autres). L'intégration recherchée nécessite aussi une conjonction de but et de temps qui se traduit souvent par des décalages lorsque les composantes à intégrer sont soumises à des décisions multiniveaux.

Des questions de propriété intellectuelle, de sécurité, de consentement, d'actifs d'intérêt commun, de partenariats public-public et public-privé et de vigie, qui intègrent autant les enjeux technologiques, organisationnels et professionnels, sont au cœur des défis de l'intégration des composantes d'un système technologique. Les défis de gestion des ressources communes d'un même environnement technologique et d'un support et d'une maintenance technique adéquate et surtout adaptée aux contraintes du milieu clinique sont omniprésents. La nécessité d'un plan d'ensemble et de stratégies qui tiennent compte des conditions de succès pour assurer l'innovation nécessaire à l'évolution continue du système mais aussi à sa pérennité ressort de l'évaluation du projet comme étant centrale.

Parmi les principaux enjeux technologiques, il y a celui d'assurer les conditions d'interopérabilité de l'ensemble des applications utiles aux intervenants des réseaux de services intégrés. Ces conditions sont liées, notamment, aux autorisations, à la capacité d'interfacer et d'intégrer les outils ainsi qu'à la coordination des actions. Ces autorisations sont directement en lien avec les questions de propriété intellectuelle, d'actifs d'intérêt commun, de dynamique et de positionnement stratégique des personnes ou des organisations impliquées. L'analyse de l'information nous indique que les délais de prise de décision pertinente pour le projet varient selon les niveaux de prise de décision.

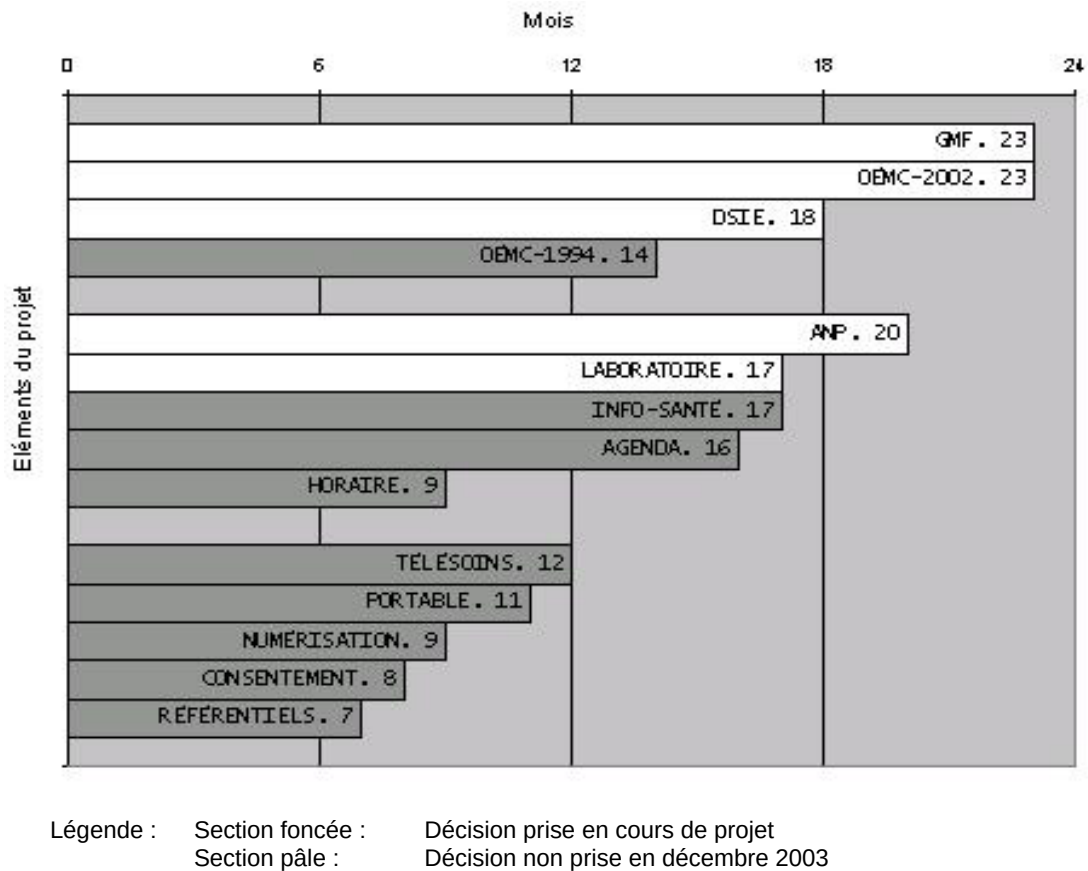
La figure suivante (figure 10) présente les principaux éléments du projet et le temps écoulé pour réaliser les activités (section foncée) ou le temps d'attente jusqu'au 15 décembre 2003 (section pale), le cas échéant. Ainsi, le projet est en attente d'une autorisation centrale pour pouvoir utiliser l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) version 2002. Les discussions ont été initiées, à ce sujet, il y a 23 mois. Pour les liens électroniques avec les GMF, les conditions ne sont pas encore toutes présentes. La planification et la coordination de l'informatisation des GMF sont faites centralement. L'implantation de la demande de services interétablissements (DSIE) débute à peine après 18 mois d'attente. L'autorisation de l'informatisation de l'OÉMC version 1994 et de son intégration dans le DCI a été obtenue après 14 mois de discussion.

Au niveau régional, le processus de choix d'un assistant numérique personnel (ANP) pour les auxiliaires familiales a duré 20 mois. Il est donc accepté par la région. Les dirigeants du projet ont décidé d'endosser cette décision. La sélection de la solution permettant de visualiser les résultats d'examen de laboratoire a, après 17 mois, été remplacée par la décision d'adhérer au projet régional qui est en cours d'implantation. Les échanges qui ont duré 17 mois entre le projet et les responsables du système régional de réponses

téléphoniques ont échoué et une solution alternative a été choisie. La décision d'implantation d'un agenda pour les intervenants a exigé 16 mois. La décision d'implantation du logiciel horaire pour les auxiliaires familiales a pris 9 mois.

Au niveau local, 12 mois ont été nécessaires au choix d'un partenaire de télésoins. La signature de l'entente avec un fournisseur de portables a pris 11 mois. Le projet de numérisation du dossier antérieur des usagers s'est déroulé relativement rapidement sur 9 mois. Le choix du mode de gestion du consentement de l'utilisateur n'a demandé que 8 mois. L'implantation des outils de référence a exigé 7 mois.

Comme l'illustre cette figure, les démarches de prise de décision ou le temps requis pour la réalisation des activités qui en découlent peut être long et variable. Tous les niveaux de décision du système de santé sont impliqués. Il serait important de mieux cerner les facteurs qui influencent cette situation et surtout de pouvoir en tenir compte dans la planification des projets.

FIGURE 10 : DURÉE POUR LA PRISE DE DÉCISION

5.2.3 Appropriation du système par les utilisateurs

L'appropriation d'un système par ses utilisateurs est liée à une gamme de facteurs que l'on associe aux conditions d'adoption. Ces dernières peuvent être, entre autres, de type individuel, organisationnel, professionnel, technologique, économique ou éthique (Gagnon et al, 2003, Gagnon et Fortin, 2002; Fortin et al, 2001). Parmi ces facteurs, notamment reconnus par Rogers (1995) nous retrouvons l'importance des systèmes qui présentent des avantages relatifs, simples d'utilisation et compatibles avec les modes de pratique. De fait l'ensemble des conditions qui font que les solutions sont utiles, acceptables et faisables peuvent alors être considérées. Les principaux paramètres ci-dessus retenus pour analyser les solutions technologiques sont évidemment des facteurs majeurs d'appropriation. Soulignons ici que les utilisateurs incluent autant les usagers que les intervenants.

Certains aspects du projet demandent une attention particulière. Pour les télésoins, l'un d'eux est la formation continue des usagers pour qu'ils puissent utiliser le système de façon la plus autonome possible. On observe, par exemple, que l'utilisateur fait déjà des tests sans

les communiquer à la seule fin de se rassurer sur son état de santé. Pour le système d'information en soutien à domicile, son appropriation par les intervenants sera nettement influencée par la performance, la convivialité et l'intégration du système dans ses pratiques. Rappelons aussi l'importance d'un support technique continu et adapté aux contraintes de la pratique clinique.

5.2.4 Caractère innovateur du projet

Le caractère innovateur du projet sous-tend une large gamme d'enjeux et de défis. Parmi les plus importants soulignons ceux des conditions de réalisation qui doivent assurer le passage d'un projet d'expérimentation à son déploiement ou à sa diffusion qui seront traitées plus loin dans ce rapport. Plusieurs de ces conditions sont d'ailleurs reliées aux conditions de pérennité. Au départ, les projets d'expérimentation ont des conditions de réalisation « privilégiées » qui disparaîtront ou devront être ajustées en cours de déploiement. Ainsi, un projet n'est généralement diffusable qu'après une phase de transition permettant de dégager les enjeux de la pérennisation de l'expérimentation. L'innovation a ses règles, lesquelles permettent de tester le changement organisationnel sans forcément l'imposer, de proposer des principes d'intégration sans tous les mettre en œuvre et de vérifier l'adéquation du système pour les utilisateurs sans nécessairement les contraindre à l'utiliser. Elles sont en général associées à la mobilisation de personnes particulièrement motivées, à des ressources financières particulières, à un contexte où les partenaires acceptent plus facilement de faire les choses différemment sans modifier les outils communs ou les règles actuelles de jeux (ex : conventions collectives, logiciels d'intérêts communs, certification, contexte de recherche pour les questions de confidentialité) et souvent à un statut particulier dans une organisation (ex : statut de projet). D'où l'importance d'évaluer, très tôt en cours de développement du projet, leurs conditions de déploiement, de diffusion et de pérennité. Ces conditions doivent être retenues comme des objets même de recherche et d'évaluation.

5.3 Gestion du projet d'innovation

Dès la phase d'émergence, afin d'atteindre les objectifs poursuivis par le projet, les promoteurs sont confrontés à au moins trois défis liés à sa gestion :

- Former une équipe de direction efficace pour créer un projet collectif; les choix et décisions prises à ce niveau ont une influence déterminante sur les transformations de l'organisation des services;
- Organiser la gestion du projet;
- Mettre en place une structure de gestion qui permette de faire progresser toutes les composantes du projet et de soutenir une prise de décision efficace.

5.3.1 Équipe de direction efficace pour un projet collectif

L'efficacité de l'équipe de direction repose sur la solidarité de ses membres dans la réalisation d'un projet collectif. Cette solidarité doit toutefois composer avec la présence d'intérêts divergents et s'appuyer sur la création d'un contexte gagnant-gagnant qui tienne compte de l'imputabilité et sur la création d'une dynamique qui permette une interaction constructive entre les conditions d'innovation et de pérennité. Comme nous le verrons, la création d'une équipe de direction solidaire n'est pas toujours facile à réaliser, en particulier dans les conditions qui encadrent ce projet. Le projet a émergé de la rencontre de plusieurs partenaires publics et privés intéressés à s'investir dans un tel projet d'innovation; chacun y jouant un rôle correspondant à ses compétences et intérêts. Les partenariats qui doivent rapidement se former ne s'appuient pas nécessairement sur une histoire de complicités, d'alliances naturelles ou de relations de confiance déjà établies; un projet collectif doit tout de même en émerger.

5.3.1.1 La composition de l'équipe de direction

En sa qualité de point de convergence de l'ensemble des composantes du projet, l'équipe de direction devrait permettre une représentation équilibrée de toutes les parties. Sa composition apparaît déterminante pour la prise en compte de l'ensemble des composantes du projet. Le comité directeur formé dans le cadre de ce projet était une instance stratégique composée surtout de l'ensemble des partenaires financiers publics et privés concernés. Cela a eu pour effet (1) de concentrer les débats sur les enjeux liés aux relations entre ces partenaires et (2) de créer une distance entre cette instance de décision et les impératifs de mise en œuvre. Aussi le nombre important de personnes siégeant à ce comité a pu être une contrainte à une prise de décision efficace.

Au CSO, au cours du déroulement du projet, l'idée de la création d'un comité exécutif a été soulevée. Ce centre de décision aurait servi de pont entre le comité directeur et les participants à l'expérimentation. Après la restructuration du projet, un tel comité s'est formé des principaux responsables de la remise en marche du projet. Par la suite, c'est la directrice du projet qui a agi comme gestionnaire pivot pour faire le pont entre le comité directeur et les participants. Il en a résulté un déplacement des décisions d'ordre stratégique, en particulier en phase d'expérimentation.

➤ Une équipe de direction formée de partenaires publics et privés

Le défi de construire une équipe de direction solidaire est complexifié par la nécessité de créer un partenariat public-privé. Dans le cadre de ce projet, cette équipe devait se former très rapidement ce qui laissait peu de temps pour consolider les relations de confiance.

Les motifs qui encouragent les partenaires à s'associer au projet sont différents, ce qui a des conséquences pour la gestion et l'évolution du projet. Il apparaît que certaines balises aux modes de collaboration devraient être précisées dès le démarrage du projet.

Bien que l'on puisse considérer que le défi de former une équipe de direction solidaire soit associé à la gestion de tout projet complexe, il apparaît que dans le cas du CLSC du futur le nombre de partenaires siégeant au comité de direction ainsi que la participation importante de partenaires privés investissant dans le projet, aient pu ajouter à la complexité de former un groupe cohérent. Il apparaît en effet que le dilemme central (innovation/pérennité) soit compris différemment par les partenaires concernés.

De façon générale, pour les gestionnaires du système public de santé, un tel partenariat est susceptible de répondre à un besoin pour de nouvelles technologies permettant d'atteindre les objectifs visés par les transformations de la production des soins et des services et d'aider à composer avec la pénurie de personnel professionnel. Les façons de faire du secteur privé sont aussi perçues comme susceptibles d'apporter un renouveau dans la gestion. Les motifs peuvent se résumer ainsi : (1) besoin d'investissements; (2) désir de resserrer la gestion; (3) besoin de contrôler les coûts et (4) besoin pour de nouvelles technologies.

Pour les firmes privées, le projet représente une occasion d'affaires. L'industrie de la santé est un vaste marché et il peut être très intéressant de se positionner dans ce marché au moment où il semble y avoir un momentum pour le pénétrer. Leurs motifs peuvent se résumer ainsi : (1) besoin de devancer la concurrence; (2) espoir d'avoir un accès rapide et privilégié (marché captif) à un marché à la fois nouveau et grand; (3) espoir de tirer un avantage compétitif par l'acquisition d'une meilleure compréhension de l'industrie de la santé; (4) stratégie de développement de leur technologie grâce aux échanges avec les utilisateurs et (5) réduction des investissements normalement requis pour le développement de nouvelles applications technologiques.

La formation d'une équipe solidaire composée de membres aux intérêts divergents crée un contexte de négociation constante visant à permettre à chacun des partenaires de s'assurer que ses intérêts sont servis tout en ayant pour objectif de créer un projet collectif. Ce processus de négociation a l'avantage de permettre aux partenaires de s'approprier mutuellement et de gérer leurs interdépendances. Cependant, en cours de projet, les rapports de pouvoir dans la négociation ont tendance à fluctuer ou à s'exercer avec une plus ou moins grande intensité dépendant de la nature des intérêts à défendre ou du degré d'engagement dans le processus. Par exemple, les rapports de force s'avèrent inégaux en fonction de la taille de la firme privée. Aussi, l'intensité de l'engagement a tendance à varier avec celle du lien de dépendance entre une firme et le projet. En effet, une firme dont les développements technologiques sont étroitement liés au déroulement du projet sera plus engagée qu'une firme qui ne joue qu'un rôle de fournisseur. De plus, les rapports de

négociation peuvent évoluer lorsqu'un partenaire, public ou privé, subit des changements internes importants (ex. changement de mission). Les actions du MSSS peuvent aussi avoir une influence sur ces dynamiques de pouvoir. Dans sa volonté de protéger des actifs d'intérêt commun, le MSSS procède à des appels d'offres qui peuvent avoir pour résultat de privilégier ou non certaines firmes dans un souci de prévenir d'éventuels abus de positions dominantes. Entre autres conséquences, ces dynamiques de négociation ont contribué à un certain retard dans le respect des échéanciers du projet.

Il est à noter que le bailleur de fonds a participé activement aux négociations. De plus, par son mode de financement 50-50, il a imposé une participation importante de firmes privées dès la production de la demande de financement, avant même que le projet ait pris forme. Cependant le partenariat du projet ne s'est pas construit sur la base d'appels d'offres, mais plutôt d'alliance de proche en proche, comme il se fait généralement pour les projets d'expérimentation. Les conditions de financement ont conduit à un contexte de négociations parfois longues et difficiles dont les ententes donnent une direction au projet avant son démarrage et pendant son déroulement. Cela a eu pour effet de retarder la construction d'un projet collectif prêt pour une expérimentation; il est permis de considérer que les intervenants ont été pénalisés à cet égard.

Les difficultés dans les négociations peuvent en partie s'expliquer par le fait que l'obligation d'investissement pour les firmes privées crée des attentes pour un retour dont les balises ne sont pas précisées. En effet, ces investissements ne sont pas faits dans un contexte clair où les règles du jeu sont définies. Parmi les règles du jeu non définies, mentionnons celles sous-jacentes au plan d'informatisation du réseau de la santé et des principes directeurs pouvant guider la création de partenariats public-privé, notamment les conditions de partage de risques. Ces principes étaient attendus du MSSS et de la RRSSS mais ils n'étaient pas vraiment disponibles en cours de projet. Ce vide a fait en sorte que ces principes ont dû être traités par la négociation tout en progressant dans le projet. Cela a eu une influence sur son déroulement et sur l'intégration des solutions.

➤ **La construction d'un projet collectif**

Un projet collectif est né lorsque les parties en présence se sont entendues sur la vision et la direction à donner au projet. Il apparaît crucial de porter une attention particulière à la résolution des divergences dès le démarrage du projet. Leur non-résolution a entraîné des retards ou dérives pendant le déroulement du projet. Une vision partagée et compréhensive des grandes orientations du projet s'avère essentielle à une prise de décision intégrée et itérative pendant le déroulement du projet.

De fait, les processus de négociation, enclenchés dès la phase d'émergence du projet, ont permis de faire naître une vision suffisamment claire du projet pour produire une demande de financement et un premier MOP. Toutefois certaines ambiguïtés, tant sur la vision du

projet que sur la façon de le mener, ont eu pour conséquence d'entretenir les rapports de négociation pendant une assez longue période de temps (phase de préexpérimentation).

Nous avons pu observer que les versions successives du MOP (en particulier en phase de préexpérimentation) étaient associées à une redéfinition constante des rôles des partenaires. Cela a eu pour effet d'entretenir une définition imprécise du projet devant être expérimenté. Pour résoudre ces tensions, il s'avère crucial que la vision générale du projet et de ses objectifs soient constamment ramenés au premier plan. Au fil des discussions, cet aspect a quelque temps été perdu de vue et a entraîné un retard de l'expérimentation. Un réalignement du projet et de sa gestion s'est avéré nécessaire afin d'assurer l'atteinte des objectifs.

Ces négociations sont toutefois importantes; elles sont nécessaires à l'apprentissage interdisciplinaire requis pour faire émerger un projet cohérent dont la vision intègre toutes les dimensions du projet. Cette vision partagée devient le cadre qui guide une prise de décision itérative et intégrée à chacune des étapes d'évolution du projet (émergence, implantation, déploiement, diffusion). Une telle démarche évite une dérive vers un point focal du projet (ex. emphase sur la technologie plutôt que sur les services) ou un passage trop rapide d'une étape à l'autre.

Pendant le déroulement du projet (phase de préexpérimentation), la dynamique observée au sein de l'équipe de direction, en maintenant les rapports de négociation au niveau stratégique, a eu un effet d'oscillation ou de déséquilibre vers l'un des pôles de certains dilemmes au cœur du projet : (1) le processus de prise de décision a eu tendance à être plus abordé à partir des préoccupations du niveau central dans une approche descendante (top down) avec retard dans la participation des intervenants qu'à partir du niveau local dans une approche, cette fois ascendante (bottom up); (2) les technologies ont été un point focal d'attention par rapport à l'organisation des services; (3) les conditions de pérennité ont quelque temps dominé sur l'innovation, ce qui a entraîné; (4) une prise de décision axée sur des considérations plus macroscopiques du système de santé par rapport à une prise de décision plus microscopique axée sur l'innovation.

Il importe ici de rappeler la crise de 2002 qui a abouti à une restructuration du projet et à la reconnaissance de l'importance de gérer l'innovation en lien avec le terrain exprimant ainsi le besoin de recentrer la décision au niveau local. Cela est d'ailleurs corroboré par l'analyse du test de Tannenbaum (Tannenbaum, 1977) qui permet de confirmer l'identité des acteurs dont l'influence est déterminante pour la poursuite du projet : le directeur du Centre de santé Orléans, la directrice du projet de la phase d'expérimentation et le représentant de Logibec. En phase d'expérimentation, la participation active de Logibec s'est avérée déterminante à la réalisation du projet.

Ces constats sur la construction d'un projet collectif mettent en relief comment la composition du comité directeur apparaît comme déterminante pour une représentation fidèle de l'ensemble des composantes du projet. Dans ce sens, le comité directeur aurait eu avantage à s'assurer la représentation et la contribution des principaux utilisateurs des innovations. De plus, ils amènent à reconnaître encore une fois la nécessité de veiller à rester centrés sur les objectifs et les finalités du projet.

5.3.2 Gestion du projet

La complexité d'un tel projet d'innovation et les nombreux enjeux qu'il soulève obligent à porter une attention particulière à la gestion d'un projet de changement complexe. En effet, les rôles et responsabilités dévolues à cette gestion sont multiples et portent tant sur la gestion de projet que sur celle de l'introduction d'un changement majeur dans une organisation.

5.3.2.1 La formation d'une équipe de gestion

Force est de constater que la complexité du projet oblige à une très grande polyvalence pour mener l'entreprise avec doigté et efficacité. Considérant cette complexité et le nombre de dimensions internes et externes à prendre en compte simultanément, il peut être avantageux de considérer la formation d'une équipe de gestion. Il a déjà été avancé que la gestion d'un changement complexe exige la formation d'un groupe exerçant un leadership collectif (Denis et al, 2001). Les membres de ce groupe exercent des rôles complémentaires, chacun axé sur des facteurs déterminants pour l'avancement du changement : liens serrés avec les membres de l'organisation et avec l'environnement. Ce groupe doit toutefois former une équipe solidaire.

La formation d'une équipe de gestion a l'avantage de pouvoir réunir des compétences et des habiletés convergentes et complémentaires et de permettre d'asseoir une légitimité à l'interne et à l'externe de l'organisation.

Dans le projet du CLSC du futur et, dès le démarrage du projet, on s'est soucié de former une telle équipe. Une gestionnaire était assistée par une personne ayant des compétences complémentaires en gestion de projet et en technologie. Après le départ de cette dernière et dans le contexte de restructuration du projet, une deuxième équipe a été formée et une gestionnaire qui provenait de l'externe à l'organisation a été affectée à la direction du projet. Cette dernière s'est associée une personne ayant une légitimité interne et une personne pouvant lui offrir un appui technologique. Cela a eu un impact positif sur l'enclenchement de l'expérimentation.

Le contrôle constant des liens avec l'interne et l'externe de l'organisation s'avère une entreprise difficile dans la gestion d'un projet de changement complexe. Le changement a

tendance à progresser de façon discontinue avec une attention tantôt vers l'interne, tantôt vers l'externe. Dans le cadre de ce projet, nous avons d'ailleurs pu constater que les préoccupations de pérennité ont entraîné une dérive vers la gestion de l'environnement, responsable en partie de la prolongation de la phase de préexpérimentation. La formation d'une équipe de gestion peut contribuer à maintenir un meilleur équilibre à cet égard.

En nous appuyant sur nos observations, nous pouvons dresser un portrait général des attributs et habiletés requis au sein de l'équipe de gestion pour la conduite efficace d'un tel projet.

Attributs	Habiletés
• Expérience en gestion de projet d'innovation; • Familiarisation avec la technologie; • Expérience et connaissance des processus d'introduction de technologies dans un contexte organisationnel; • Expérience en organisation des services de soutien à domicile; • Expérience de l'organisation en réseau des services cliniques; • Connaissance approfondie de l'environnement du système de santé (connaissance de la dynamique et des enjeux associés aux relations entre les niveaux local, régional et central de prise de décision); • Avoir un large réseau de connaissances dans l'environnement de la santé • Connaissance du milieu des affaires en particulier celles des secteurs de la santé et des nouvelles technologies	• Capacité à relever des défis de taille; • Habiletés à la négociation (capable de trouver des compromis); • Habiletés à gérer des relations de pouvoir, ce qui exige de posséder un sens politique afin de bien comprendre et accepter de partager; • Capacité de faire avancer le projet avec un cadre de gestion souple; • Capacité de gérer avec une approche combinée de bas vers le haut et du haut vers le bas. En effet, le gestionnaire exerce un rôle de pivot et doit être capable de transiger efficacement tant avec les intervenants qu'avec les instances de gestion; • Capacité de communication et d'écoute; • Transparence, franchise, approche directe; • Détermination et engagement; • Capacité de planifier la transition vers la pérennité des changements et le transfert des responsabilités de gestion vers les gestionnaires en poste régulier; • Capacité d'établir des relations de confiance; • Respect des autres et capacité à se faire respecter.

De ce portrait nous dégageons aussi certaines autres considérations à prendre en compte :

➤ **MANDAT**

Considérant l'importance stratégique du projet, il apparaît crucial que le mandat confié soit compris comme tel pour l'ensemble des membres de l'organisation. Cela suppose un appui sans réserve de la part du directeur général et éventuellement du conseil d'administration. Cet appui est certes important en phase expérimentale pour assurer un engagement actif des membres de l'organisation et convaincre les acteurs de l'environnement. Il s'avère d'une importance capitale en phase de déploiement pour que les retombées organisationnelles des changements apportés soient intégrées dans l'organisation. L'absence de cet appui peut avoir pour conséquences de compromettre l'atteinte des objectifs visés par le projet ou de le maintenir dans un état perpétuel de projet greffé à l'organisation.

➤ **MARGE DE MANŒUVRE**

En lien avec les considérations mentionnées ci-dessus, il apparaît fondamental que l'équipe de gestion du projet dispose d'une marge de manœuvre importante. Cette marge de manœuvre apparaît essentielle pour la négociation des divers ajustements requis pour l'organisation (réorganisation du travail, allocation des ressources, investissements, etc.). Celle-ci doit aussi permettre d'avoir une influence sur l'enracinement du changement dans le milieu organisationnel. En effet, il est important d'avoir la légitimité requise pour assurer l'appropriation durable des changements par les membres de l'organisation. Cela suppose un appui affirmé de l'ensemble des directeurs de l'établissement.

➤ **NIVEAU HIÉRARCHIQUE**

Considérant l'ensemble des rôles et responsabilités décisionnels, l'équipe de gestion doit avoir un statut fort au sein de l'organisation. Ce statut apparaît crucial non seulement pendant le projet mais aussi pour la phase de déploiement des changements dans l'ensemble de l'organisation. En effet, à ce moment, les modalités de déploiement et leurs retombées pour l'ensemble de l'organisation doivent être négociées avec les directeurs de l'établissement.

5.3.2.2 La gestion des moyens et des ressources

Le temps et les ressources affectés au projet sont un enjeu fondamental. Les délais prescrits par le projet exercent une pression temporelle alors que l'appropriation des changements exige du temps. Ce dilemme doit être géré avec beaucoup d'habileté. Il apparaît important de permettre aux membres de l'organisation directement engagés dans le projet d'avoir du temps pour s'y investir et faire les apprentissages requis. Cela suppose que l'organisation accepte d'engager des ressources humaines et financières dans le projet. Si des gains de productivité sont attendus des retombées du projet, ils ne peuvent être attendus pendant une courte période d'expérimentation. Ces gains de productivité ne peuvent qu'être le résultat d'un enracinement progressif dans l'organisation. D'ailleurs, cet

enracinement dépend beaucoup de la créativité des membres de l'organisation à modifier leurs pratiques d'une manière cohérente avec les objectifs poursuivis; cette créativité étant directement liée au temps dont ils disposent. Permettre cet espace de créativité est de première importance et est au coeur d'un projet d'innovation. L'expérimentation est requise parce que la nature et la forme des changements ne sont pas maîtrisées au démarrage du projet; il faut expérimenter pour apprendre.

5.3.3 La structure de gestion

La structure mise en place pour la gestion du projet doit être vue comme une composante dynamique du projet, comme un reflet de la composition des rôles des principaux acteurs; elle doit donc pouvoir s'adapter aux stades d'évolution du projet.

Mettre en place une structure de départ (organigramme, structure de comités) a de l'importance parce qu'elle permet de mettre de l'ordre, de réduire la complexité en décomposant les enjeux, de permettre la formation de petits groupes de travail spécialisés, de distribuer les rôles et responsabilités et d'initier le processus d'engagement envers le projet. L'avancement du projet repose alors sur une coordination efficace des activités et une prise de décision informée à la direction du projet. C'est à ce niveau qu'une synergie des activités peut être orchestrée. Cette structure a eu pour avantage de regrouper des personnes ayant des préoccupations similaires, ce qui était susceptible d'augmenter l'efficacité du travail. Toutefois, les structures ne sont pas neutres. Tout en ayant une influence sur l'organisation du travail, leurs fonctions sont influencées par les actions des personnes concernées. Elles font partie intégrante de la vie même du projet.

L'expérimentation nous permet d'illustrer comment la structure mise en place peut avoir une influence déterminante sur l'évolution d'un projet d'innovation.

Au CSO, la structure de comités mise en place au démarrage du projet a eu au moins deux incidences importantes sur le déroulement du projet. En premier lieu, la décomposition des enjeux technologiques et d'organisation des services a favorisé un accent plus marqué sur les aspects technologiques du projet au détriment de l'organisation des services. Le fait de reléguer la transformation de l'organisation des services au second plan par rapport aux développements technologiques à venir a eu pour effet :

- de retarder la réflexion sur les impacts de l'introduction des technologies sur l'organisation du travail des intervenants et sur les relations à développer avec les autres producteurs de soins (ex. cliniques privées);
- de démobiliser les intervenants de l'établissement; la discontinuité dans le processus d'appropriation de la technologie a eu un effet démobilisateur;

- de retarder la participation des médecins de la clinique privée associée au projet. Ce retrait temporaire est motivé par les délais du projet et le lancement des GMF par le MSSS. L'arrivée des GMF a aussi quelque peu déstabilisé la relation d'affaires entre les cliniques et le CSO. D'une part, l'approche avec laquelle ils sont développés a eu tendance à formaliser des rapports de collaboration déjà bien établis. D'autre part, la création des GMF était associée à un plan d'informatisation; ce qui a placé les médecins dans une position d'attente. Pendant le déroulement du projet, un GMF a été créé dans le CSO alors il a été décidé d'expérimenter le dossier clinique informatisé avec ces médecins. Le réseau adoptait une stratégie de rapprochement avec les cliniciens à partir de leur propre organisation;
- de favoriser un glissement vers des préoccupations de pérennité des développements technologiques;
- d'entraîner un frein au risque lié à l'expérimentation.

En deuxième lieu, le nombre de paliers et la décomposition dans la structure ont eu pour effet de formaliser et de limiter la circulation de l'information, et de rendre plus difficile la coordination et la prise de décision au comité directeur. Ces phénomènes ont contribué au retard de la phase d'expérimentation.

- La dynamique décrite ci-dessus est un reflet de la fragmentation des rôles joués par les principaux acteurs du projet. La composition des rôles peut être présentée de la façon suivante :
 - un visionnaire gestionnaire et promoteur de projet avec un passé axé sur l'innovation mais moins familier avec les enjeux cliniques, les technologies et la gestion de projet d'envergure;
 - des gestionnaires de soins qualifiés, mais avec une expertise limitée en technologie et en gestion de projet complexe et d'envergure nationale;
 - une personne compétente en NTIC, avec de l'expérience en gestion de projet d'envergure et capable de faire des liens entre les considérations cliniques et d'organisation des services (cette personne a quitté peu de temps après le démarrage du projet);
 - des membres d'organisations qui se préoccupent d'enjeux macroscopiques du système de santé avec une gestion souvent de type « top down » mais peu familiers avec les enjeux cliniques;

- des membres d'organisations qui gèrent l'implantation de technologies mais avec peu de compétences avec les transformations des pratiques et des services cliniques (les technologies et leur utilisation conçues à distance des utilisateurs, des enjeux cliniques et de distribution des services);
- il est important de noter l'absence de champion clinicien au cœur du projet depuis sa naissance et pendant sa réalisation. Une telle présence aurait pu exercer un contrepoids efficace pour la conduite du projet.

La relance du projet de l'automne 2002 a été associée à la mise en place d'une nouvelle structure, laquelle vise à favoriser une meilleure complémentarité des rôles. Notons que celle-ci a été suggérée par des intervenants, jusque-là externes au projet, invités à poser un diagnostic. De façon générale, le changement de structure a eu un effet symbolique de renouveau. La création de comités thématiques en remplacement des premiers (technologie et organisation des services) a favorisé une meilleure prise en compte des impacts de l'introduction de nouvelles technologies sur l'organisation du travail et une mobilisation renouvelée des intervenants. Cela semble avoir eu un effet déterminant sur le lancement de la phase d'expérimentation. La disparition progressive des activités du comité de coordination (jugé non nécessaire) a eu pour effet positif d'accélérer le processus de décision. Le processus de décision est devenu plus informel, plus fluide, plus souple. Ces changements ont favorisé un déplacement du lieu des débats (du comité directeur vers les opérations cliniques) et un changement dans la nature des débats (accent sur les opérations).

Les questions qui se posent alors pour les dirigeants du projet sont : Faut-il penser la structure de façon définitive avant le démarrage du projet? Comment concevoir la structure de manière à assurer souplesse et adaptation pendant le déroulement du projet? Est-ce que des changements de structure en cours de projet peuvent compromettre l'équilibre du comité directeur?

5.4 Déploiement et diffusion

Soulignons d'entrée de jeu que l'évaluation du projet a surtout porté sur les conditions d'expérimentation des technologies introduites. Toutefois, dès le début, les promoteurs étaient conscients qu'il fallait aussi poser des jalons pour les étapes de déploiement et de diffusion qui sont à maints égards fondamentalement différentes. C'est d'ailleurs à cause de ces différences que l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies de déploiement et de diffusion doivent faire l'objet d'études spécifiques. Cette section discute des deux étapes en question.

5.4.1 Déploiement

Le déploiement est présenté ici comme le processus par lequel l'organisation intègre les résultats de l'expérimentation dans son fonctionnement régulier, ce qui s'avère être une toute autre démarche que celle de l'expérimentation de l'innovation elle-même. En effet, il est reconnu que cette dernière répond à des conditions de fonctionnement particulières qui évoluent ou disparaissent au moment de la pérennisation du projet. Plus exactement l'expérimentation permet de tester le changement organisationnel sans forcément l'imposer, de proposer des principes d'intégration sans tous les mettre en œuvre et de vérifier si le système est adéquat pour les utilisateurs sans nécessairement les contraindre à l'utiliser.

Conscient de cette réalité, le CSO a enclenché un processus de déploiement dans son organisation par une stratégie à deux volets. Le premier est interne à l'organisation alors que le second est externe et porte sur la création de liens avec de nouveaux partenaires cliniques.

➤ À L'INTERNE

Le CSO considérerait étendre l'utilisation du système d'information en soutien à domicile à tout le programme de soutien à domicile du territoire, celui du Réseau intégré de suivi des personnes âgées en perte d'autonomie (RISPAPA), celui des Services courants, qui incluent les services médicaux, et le programme de Santé mentale. Bien que l'implantation de système d'information en soutien à domicile dans ces autres secteurs d'activités puisse capitaliser sur les conditions facilitantes déjà présentes dans l'organisation et sur les enseignements générés par l'expérimentation, chacun de ces secteurs doit être considéré comme un nouveau terrain d'expérimentation. À cet égard, la question de la séquence des interventions reste sensible. S'engager concurremment dans un nouveau processus de transformation de l'organisation des services dans plusieurs secteurs d'activité peut représenter une lourde tâche. Par ailleurs, le fait de procéder en étapes séquentielles peut entraîner une cohabitation difficile des systèmes papier et électronique. Cela peut avoir des effets démobilisateurs pour le personnel.

De plus, à la lumière des enseignements générés par le projet d'expérimentation, le CSO choisit de maintenir la stratégie de miser sur des cadres ayant déjà une culture et une expérience d'innovation et sur des intervenants motivés, d'analyser les processus cliniques et éventuellement de réviser les rôles et responsabilités des intervenants.

Pour les télésoins à domicile, plusieurs constats conduisent à considérer des ajustements quant aux processus de choix des clientèles et des technologies, ainsi que des modes d'organisation et de distribution des services. Une question centrale pour l'organisation est celle de son positionnement face à des clientèles plus lourdes, habituellement desservies par le milieu hospitalier. Il est intéressant ici de noter que plusieurs projets de télésoins à

domicile sont réalisés sous la juridiction d'hôpitaux ce qui mène à pousser plus loin le questionnement sur les caractéristiques des soins et services que le système de santé veut privilégier.

➤ À L'EXTERNE

Le déploiement concerne l'addition de partenaires de soins dans un contexte de réseau de services intégrés. Les nouveaux partenaires prévus sont les médecins de GMF et autres cabinets privés, des pharmaciens, des hôpitaux et même des entreprises d'économie sociale offrant des services à domicile. Le CSO reconnaît que cette étape implique aussi des analyses spécifiques des processus cliniques et des modes d'organisation de services. À cet égard, l'étude des télésoins à domicile a mis en évidence les enjeux organisationnels de la distribution des services en regard des services spécialisés et ceux de la première ligne, notamment pour la prise en charge d'une clientèle dont la condition clinique est sévère. Il est clair que ce volet externe du déploiement impliquera nécessairement un partenariat à plus d'un niveau pour assurer des liens étroits avec les projets régionaux et provinciaux en émergence tels que l'informatisation des laboratoires, des GMF et des liens avec les hôpitaux.

Pour appuyer la démarche de déploiement, pour supporter la poursuite de l'expérimentation et même pour influencer la diffusion du projet, les responsables ont entrepris un ensemble d'activités pour mobiliser leur organisation, les groupes intéressés des différents niveaux de prise de décision et des partenaires privés. L'importance de l'implication active des niveaux régional et central de prise de décision dans les phases interdépendantes d'expérimentation, déploiement et diffusion, est maintenant reconnue. Les promoteurs du projet ont donc inclus une démarche systématique d'information pour promouvoir le projet pour le système de santé, pour favoriser des alliances et obtenir du financement additionnel. Ces activités s'avèraient particulièrement importantes aussi pour préserver la motivation des intervenants et le momentum du projet.

Ainsi, pour réaliser ce déploiement, le CSO mettra sur pied un comité stratégique réunissant les principaux groupes d'intérêt des différents niveaux de prise de décision. Le comité verra à approfondir les enseignements passés et en cours pour prévoir les modalités d'étude des conditions particulières que présentent les nouveaux secteurs d'application. De plus, des activités d'information, de mobilisation et d'appropriation du projet par la haute direction et les autres intervenants du CSO seront intensifiées. Ces activités seront aussi importantes pour la poursuite de l'expérimentation que pour celles de déploiement. Elles représentent d'ailleurs des exemples de l'interdépendance de ces deux phases.

Les étapes de déploiement et de diffusion sont donc amorcées mais des défis de taille restent à gérer. Ils sont notamment liés à l'environnement où les récentes lois modifieront de nouveau les frontières et possiblement l'organisation du CSO. De plus, les détails du

plan d'informatisation du MSSS ne sont pas encore arrêtés et les conditions de financement des prochaines étapes du projet ne sont pas encore complètement assurées. Un premier estimé des coûts requis pour les suites de ce projet suggérait qu'ils étaient trop importants pour être assumés par une seule organisation et que des effets potentiels des télésoins sur les visites à l'urgence ou sur l'hospitalisation, par exemple, pourraient être d'intérêts aussi pour d'autres composantes du système de santé. L'analyse des coûts du projet, tout comme sa complexité suggéraient aussi que l'informatisation devait se faire de façon progressive et encadrée.

À la suite de ces démarches, les responsables du projet, grâce à un support financier du MSSS, de la Régie régionale et de partenaires privés du secteur des technologies de l'information, se sont assurés de maintenir les activités minimales de déploiement durant une phase de transition en attendant l'obtention des ressources nécessaires à la phase 2. Ce déploiement s'engage tout en maintenant en fonction le site d'expérimentation du projet.

5.4.2 Diffusion

La diffusion est présentée ici comme le processus planifié ou spontané par lequel une innovation est diffusée dans le temps par certains canaux et entre les membres d'un système social (Rogers, 1995). La diffusion est pour les NTIC ce processus qui devrait faire que les résultats d'une expérimentation de réseaux de services intégrés supportés par elles s'insèrent dans d'autres domaines d'activités de même nature ou d'autres milieux de façon progressive et encadrée. Plusieurs conditions, lors de l'évaluation sont apparues nécessaires pour que ce processus soit possible. Cette section traite de celles pour lesquelles les leviers de décision sont surtout au niveau central de décision.

Il y a entre autres le besoin d'une vision, d'orientations stratégiques et d'un cadre directeur qui intègrent les composantes d'organisation de services de santé et sociaux tout en permettant des adaptations selon les régions ou sous-régions. Le cadre directeur doit permettre d'assurer que les infostructures et infrastructures pour l'ensemble du réseau soient souples, ouvertes, évolutives, sécuritaires et interopérables et que des normes et standards soient élaborés pour assurer l'existence de systèmes compatibles et pleinement fonctionnels. Il y a aussi le besoin de différencier grandement les projets de systèmes d'information intégrés de ceux d'applications spécifiques.

Il importe aussi que des règles du jeu pour le développement et l'évolution d'actifs d'intérêt commun soient éclaircies, notamment en regard des propriétés intellectuelles et des conditions et relations d'affaires à développer dans le cadre des partenariats public-privé. Il faut aussi assurer des modalités de financement qui procurent un encadrement strict mais réaliste pour que les projets puissent avoir les conditions et le temps requis pour en tirer le maximum d'enseignements.

Des efforts particuliers doivent être consacrés au support à l'innovation, au développement et au partage de l'expertise. À cet égard, il importe de reconnaître les sites les plus porteurs comme l'équivalent de laboratoires d'expérimentation, de permettre plusieurs sites de même nature dans des environnements variés qui pourront faire l'objet de comparaison. Il importe aussi d'encourager à tous les niveaux le développement d'une expertise multidisciplinaire incluant minimalement les pratiques professionnelles, l'organisation et la distribution des services, la gestion de projet terrain et de changement d'envergure, la technologie et l'évaluation notamment formative. Il importe aussi d'encourager la mise en réseau et le partage de cette expertise qui pourra demeurer à une distance critique suffisante pour des fonctions de vigie, de contribution aux choix stratégiques et technologiques ainsi que de support à l'émergence, l'expérimentation, le déploiement et la diffusion. Finalement, l'élaboration de guides et de programmes de formation qui intègrent entre autres des méthodes, outils et stratégies de changement et d'évaluation notamment formative pour supporter les principaux promoteurs et acteurs de projets d'informatisation du réseau sont nécessaires pour un développement harmonieux et cohérent.

L'expérimentation, le déploiement dans l'ensemble de l'organisation et la diffusion dans d'autres contextes organisationnels sont donc trois phases essentielles et complémentaires dans une démarche d'informatisation du réseau de la santé. Le projet met en évidence que plusieurs niveaux de décision et d'action du système de santé doivent y intervenir. Ces phases ont en commun le besoin de se développer et d'évoluer en tenant compte des besoins de la population et des clientèles, des conditions de pratique et d'organisation des services, de la dynamique des acteurs en présence, incluant celle du partenariat public-privé, et des caractéristiques des technologies.

5.5 Évaluation et partage des connaissances

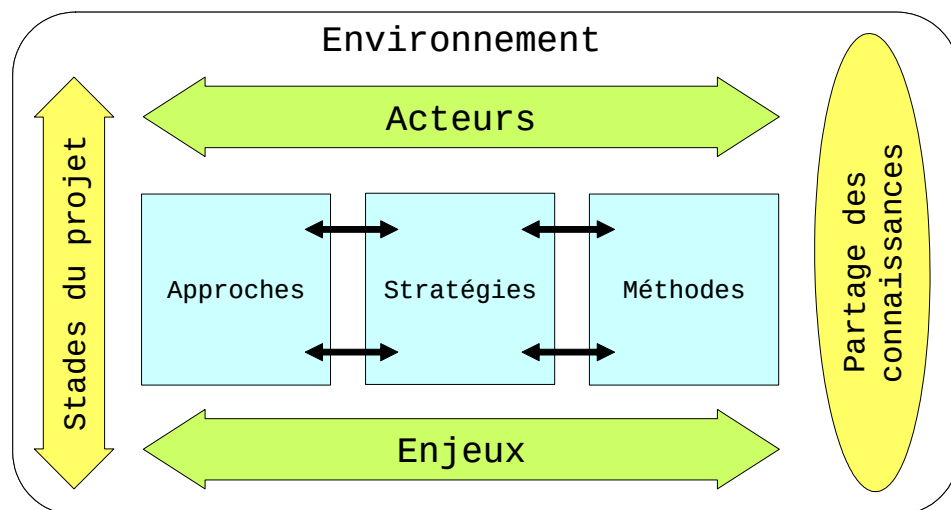
Les enjeux reliés à l'évaluation sont multiples. Deux d'entre eux soulèvent des défis considérables. Le premier est celui d'une approche compréhensive adoptée pour tenir compte de l'ensemble des facteurs ou conditions qui peuvent influencer l'adoption et la diffusion d'innovation dans le secteur de la santé et le second est celui de s'assurer de pouvoir partager les connaissances acquises pour contribuer à la prise de décision, et ce, tant durant le projet que pour ses suites.

La réalisation d'un réseau de services intégrés supporté par les NTIC s'avère fort complexe car nécessitant des changements organisationnel et informationnel majeurs. Évaluer un tel projet commande de s'appuyer sur une approche compréhensive. Cette approche possède en effet la capacité d'appréhender une large gamme d'enjeux qui évoluent dans le temps et dans l'espace et qui impliquent de nombreux acteurs de plusieurs niveaux. L'approche compréhensive dans le cadre de cette évaluation permet de traiter les différents enjeux que ne manque pas de soulever un projet de cette nature : sociopolitiques, professionnels,

organisationnels, éthiques, légaux, technologiques et économiques. Cependant, pour les circonscrire au mieux et pour non seulement les connaître mais aussi les comprendre, il y a lieu de s'intéresser plus particulièrement aux visions des divers individus ou groupes d'individus concernés par le projet et donc d'associer une approche pluraliste à l'évaluation. Soulignons qu'une évaluation à finalité formative où l'information est partagée et même utilisée dans un processus de rétroaction facilite l'échange et ajoute aux conditions facilitant une approche compréhensive. Ces approches pluralistes et à finalité formative sont au cœur de la capacité de contribuer à la prise de décision. Elles sont aussi au cœur de la fonction de partage des connaissances pour favoriser leur traduction dans l'action.

Afin de réussir à relever le défi d'une approche compréhensive, il apparaît pertinent de capitaliser sur un cadre de référence stratégique d'évaluation (Fortin et al., 2003) qui vise à ce que cette évaluation soit utile et utilisée durant le projet et pour ses suites. Ce cadre se veut stratégique parce qu'il tient compte de la nature des projets d'innovation ou de changement, de leur environnement, des acteurs, des enjeux, des différentes stades du projet et de la fonction de partage des connaissances.

FIGURE 11 : CADRE STRATÉGIQUE POUR UNE ÉVALUATION UTILE ET UTILISÉE



Les approches, les stratégies et les méthodes utilisées pour l'évaluation considèrent donc ces éléments ainsi que la nature du projet (clinique, administrative, etc.) et les niveaux d'intervention (local, régional ou central). Elles s'adaptent également à l'évolution du projet, à ses environnements et à ses différentes phases (émergence, implantation, déploiement et diffusion). Il importe de souligner ici, qu'une attention particulière doit être accordée à la connaissance fine des processus cliniques et de gestion des utilisateurs des NTIC pour pouvoir accompagner les transformations en cours de projet.

Pour partager les connaissances et supporter les prises de décision, l'évaluation doit, dans un projet comme celui-ci, être partie prenante des processus de transformation et de leur

gestion. Pour être efficace, l'équipe d'évaluation doit traiter très rapidement l'information afin de pouvoir rétroagir aux moments critiques du projet, assurer une présence continue, et entretenir une relation de confiance basée sur la crédibilité, ce qui implique des stratégies pour maintenir une distance critique.

La stratégie d'évaluation s'opérationnalise donc par la mise en place et l'utilisation de multiples activités et sources d'information. Cela comprend notamment un retour systématique sur les finalités et choix du projet (Developmental Evaluation, Patton 2002, 1997), une présence continue aux endroits et moments stratégiques, un suivi méthodique de l'évolution du projet et de la dynamique des acteurs et des processus de prise de décision.. Cela comprend également la participation active et systématique aux différents comités du projet, particulièrement au comité directeur, des rencontres et entrevues planifiées ou ponctuelles, la rédaction et la discussion de rapports d'étapes et même d'analyses de situations critiques ponctuelles. Cette stratégie permet non seulement d'enrichir considérablement la compréhension fine du projet et de ses processus de transformation en cours mais aussi de contribuer, le cas échéant, à son évolution.

Parmi les activités complémentaires de partage des connaissances et de support à la prise de décision pour les suites du projet, l'équipe d'évaluation a pu capitaliser sur l'opportunité qui lui était offerte d'une présentation sur les réseaux de services intégrés et de la gestion du changement devant les membres du conseil d'administration. Elle a pu aussi intégrer des constats de l'évaluation dans des présentations des promoteurs du projet aux décideurs régionaux (les cadres supérieurs de la Régie régionale de Québec) et provinciaux (MSSS). De plus, plusieurs occasions se sont aussi présentées pour agir à titre d'expert conseil, membre de comité de travail, conférencier/ère lors de rencontres locales, régionales, provinciales ou canadiennes. Finalement, l'équipe a été associée à des activités de mobilisation des responsables de quatorze projets d'informatisation des plus importants au Québec, dont le projet CLSC du futur, pour promouvoir le développement harmonieux de l'informatisation du secteur de la santé.

Mentionnons que le partage de connaissances et d'enseignements pourrait être encore plus efficace avec l'élaboration de guides et de programmes de formation qui intègrent, entre autres, des méthodes, des outils et stratégies de changement parmi lesquels l'évaluation formative est une pierre angulaire pour supporter la capacité des promoteurs d'introduire ces innovations. Ils pourraient même permettre de démystifier l'évaluation et la rendre plus accessible et de là, moins coûteuse en fonction de l'état d'avancement et de partage des connaissances.

L'intérêt d'une telle conception de l'évaluation est souligné dans le rapport final des responsables du projet CLSC du futur : « Dans un tel contexte de gestion du changement, de l'appropriation et de la transférabilité souhaitées, il est important que ce projet soit accompagné d'une équipe de recherche qui analyse, évalue et propose des avenues et des

pistes de réflexion » et de permettre « tout au long des étapes d'implantation et de consolidation de se questionner sur nos façons de faire. Dans le contexte actuel de la réforme du réseau de la santé et des services sociaux au Québec, l'ampleur des enjeux milite en faveur d'un accompagnement continu tout au long de l'expérimentation et de l'implantation. Un tel projet modifie les valeurs, les pratiques, les modes de gestion et les technologies et est porteur d'enseignement » (Chevrier, 2004).

En se rappelant que le projet du CLSC du futur s'insère dans le cadre d'une transformation importante des pratiques et de l'organisation des services de santé, il importe de voir l'évaluation à partir d'une conception que Bégin et al (1999) associent à une forme de soutien à la gouverne et à la gestion des organisations publiques de santé et où elle est considérée comme un outil indispensable à la formulation de l'action, à sa mise en œuvre et à son amélioration dans un processus dynamique d'interactions entre des praticiens (gouvernants, gestionnaires ou intervenants), des utilisateurs de services et des agents d'évaluation. L'étude des processus de transformation des pratiques et de l'organisation des services lorsque supportée par les NTIC est donc fondamentale dans ce contexte et ce tant pour la phase d'expérimentation que celles de déploiement et de diffusion.

CONCLUSION

De par son envergure, son caractère et sa nature, le projet du CLSC du futur s'est avéré beaucoup plus complexe que prévu dans sa réalisation, ce qui a permis d'identifier une large gamme de paramètres qui influencent l'informatisation d'un réseau de santé et de tirer des enseignements pour contribuer à améliorer sa planification et sa mise en œuvre. La valeur ajoutée d'un tel projet nous semble précisément liée au transfert de ces enseignements et à leur traduction dans l'action des projets à venir. Cela est d'autant plus pertinent que le réseau de la santé priorise son informatisation et s'apprête à y investir considérablement.

Le modèle de services intégrés au cœur du projet du CLSC du futur, supporté par les NTIC, afin d'assurer un continuum de soins optimal à la clientèle de programme de soutien à domicile, conduit à un changement de paradigme en matière d'offre de soins et de services. Ce nouveau paradigme est celui d'une logique de services centrée sur l'utilisateur plutôt que sur une logique d'établissement ce qui suppose une redéfinition du noyau central de l'organisation (continuum de soins et services). La question qui demeure alors est la suivante : **Comment l'introduction de NTIC peut-elle soutenir la formation de réseaux de soins et de services intégrés?**

La réponse à cette question est complexe et nous apparaît soumise à plusieurs facteurs agissant à plus d'un niveau. Considérant la finalité poursuivie, il nous apparaît que les choix technologiques doivent être subordonnés aux facteurs de contextes clinique et organisationnel. Ainsi, il devient important de tenir compte des stratégies d'introduction des innovations technologiques. Ces stratégies s'inscrivent dans la recherche de moyens nouveaux et efficaces pour assurer à la population une meilleure accessibilité et continuité des soins et des services.

Le renforcement de réseaux de soins et de services intégrés

La réussite de ce projet passe par le renforcement des liens fonctionnels entre les services de première ligne et entre ces derniers et les services spécialisés. C'est en effet par ce renforcement qu'une meilleure gestion des continuums de soins et de services pourra être améliorée. Cela pose toutefois le défi de repenser l'organisation de la production de façon à intégrer les activités cliniques dans un contexte où les frontières organisationnelles sont éclatées et à agencer ces impératifs d'ordre clinique (niveau micro organisationnel) avec les impératifs d'ordre systémique (niveau macro organisationnel) (Lamothe, 2002). À cette fin, la contribution des NTIC est de favoriser une meilleure transmission, en temps réel, de l'information clinique requise aux professionnels conjointement engagés dans la production de soins et de services.

À la lumière des observations dégagées du projet CLSC du futur, il est permis d'identifier certains facteurs importants à considérer. En premier lieu, une gestion en réseau des divers continuums de soins et de services suppose la participation d'une gamme étendue de professionnels, ce qui n'est pas sans soulever une variété d'enjeux qui vont probablement se modifier dans certaines conditions et dans le temps. En deuxième lieu, la très grande variété des conditions cliniques en présence et celle de leur degré de complexité exercent une influence importante sur la nature de l'information requise à cette gamme de professionnels. En troisième lieu, les contextes et conditions de pratique fort variés où oeuvrent ces professionnels forcent une adaptation des NTIC implantées mais leur introduction entraîne aussi les professionnels concernés dans des modifications de leurs pratiques. En quatrième lieu, les modifications des pratiques professionnelles peuvent avoir des répercussions sur les pratiques organisationnelles et soulever des enjeux de gestion. En conséquence, il importe de tenir compte des besoins des usagers mais aussi et conjointement de ceux des intervenants et des gestionnaires, et ce dans leurs conditions et contextes de pratique car ils devront non seulement se partager de l'information mais aussi adapter leurs activités. Ces conséquences doivent pouvoir être anticipées et gérées; elles peuvent avoir une influence déterminante pour l'adoption des NTIC.

Face à l'incertitude qui caractérise tant les choix appropriés que leur développement, l'approche interactive apparaît préférable à l'approche centralement planifiée; la première favorise l'apprentissage alors que la seconde pourrait aboutir à des propositions de solutions non adaptées aux impératifs locaux. L'apprentissage généré pourrait aussi aider à mieux cibler les investissements.

Les échanges entre les preneurs de décision locaux et ceux des autres niveaux doivent se structurer dès le début d'un projet d'implantation afin d'assurer une meilleure synchronisation des décisions. Des discontinuités dans la progression du projet de changement portent atteinte à la mobilisation des acteurs concernés au niveau local et ainsi à l'atteinte de l'objectif de renforcement des réseaux locaux de services de santé.

De façon générale, nous retenons que pour assurer que les NTIC développées localement soient adéquates et adaptées mais aussi pour favoriser leur appropriation par les divers partenaires concernés, les choix stratégiques et les développements technologiques doivent être motivés et orientés par les impératifs cliniques et organisationnels locaux. Pourtant, cette dimension semble souvent oubliée ou du moins abordée d'une façon qui est à contre-pied des attentes des professionnels. Les choix et les développements technologiques doivent être utiles et utilisés par les professionnels; leur mobilisation en dépend. Cela met en évidence d'une part, la nécessité d'une connaissance fine des processus cliniques et administratifs et d'autre part, l'impératif d'une interaction étroite et continue entre les personnes concernées durant toutes les phases d'un projet d'implantation.

Même si les développements technologiques doivent s'inscrire dans les pratiques cliniques et organisationnelles existantes, ils entraînent des changements souvent importants dans les pratiques professionnelles. Celles-ci doivent être négociées entre les professionnels eux-mêmes dans un contexte où ils doivent développer de nouveaux liens de collaboration. Ces négociations ont d'ailleurs avantage à capitaliser sur des liens de collaboration existants. Le développement de liens de collaboration interprofessionnelle a un rythme qui lui est propre associé à celui du développement de relations de confiance sur lesquelles les liens se fondent. À cet effet, la présence d'un leadership clinique affirmé s'avère nécessaire. Les nouveaux protocoles de soins ou d'interventions qui doivent être élaborés ne peuvent qu'émerger de ces négociations interprofessionnelles. Cela doit faire l'objet d'une attention soutenue.

L'appropriation des technologies s'inscrit impérativement dans un processus d'apprentissage interactif où la formation et l'expérimentation sont interreliées. Cet enseignement majeur renforce du coup l'idée que les expérimentations terrains sont essentielles pour le développement de solutions qui supportent les pratiques et l'organisation des services. Une étape formelle de tests interactifs des différentes applications s'avère aussi cruciale à leur bon fonctionnement.

Pendant l'implantation des NTIC, le support et la maintenance technique adaptée à la clinique s'avèrent d'une importance capitale pour l'appropriation des technologies. L'installation d'un système nécessite l'intervention de personnes spécialisées pouvant répondre sur le champ et plus tard à différentes questions d'ordres technique et fonctionnel. Ces services doivent couvrir les aspects suivants : le dépannage, l'installation, la configuration, la maintenance, l'entretien et la réparation de tous les matériaux informatiques ou électroniques ou de réseaux.

Au plan technologique, le renforcement de réseaux de services intégrés force le développement de solutions d'ensemble intégrées. Cela oblige à porter une attention particulière d'une part au développement d'applications spécifiques et d'autre part à celui des interfaces entre de multiples applications. Il apparaît qu'en cours de projet, une attention trop centrée sur le développement des applications spécifiques puisse entraîner un retard dans le renforcement d'un fonctionnement en réseau. Ainsi, l'arrimage des développements technologiques doit faire l'objet de préoccupations dès le début du projet et être considéré comme une étape formelle du développement. En effet, diverses considérations comme la disponibilité des préalables technologiques ou l'arrimage avec les actifs d'intérêt commun peuvent soit faire l'objet d'intenses négociations, soit nécessiter un développement important. Elles obligent une approche d'interaction et de coordination beaucoup plus grande entre les sites d'expérimentation et les niveaux régionaux et centraux de décision. Ce qui soulève la question de la concertation, dans une perspective décisionnelle, entre acteurs oeuvrant à divers niveaux avec des préoccupations différentes, quoique généralement complémentaires. Les uns étant plus préoccupés par des questions

très opérationnelles, les autres plus par des questions de règles du jeu collectives, de normes et de standards nationaux. L'organisation de ce processus de concertation met parfois aussi en jeu des organisations du réseau de la santé qui ont peu de traditions de collaboration à des projets collectifs. Pour toutes ces raisons, un tel processus de concertation apparaît comme essentiel et requiert une démarche de communication multiforme encadrée éventuellement par des guides ou des principes directeurs mais qui en tout état de cause laisserait une certaine marge de manœuvre au local.

Dans le cadre du projet CLSC du futur, deux types de technologies ont été expérimentées : un système d'information en soutien à domicile et des télésoins. Au-delà de l'indispensable réflexion sur le développement d'un outil de travail informatisé en fonction des finalités du programme de soutien à domicile et des besoins renouvelés des intervenants, dans un contexte de mobilité ou la détermination des critères de choix des équipements selon les caractéristiques de la clientèle dans le cas des télésoins, une attention particulière dans les deux cas doit être accordée à la problématique organisationnelle. Cette attention devrait être concentrée dans le cas du soutien à domicile sur le changement de paradigme dans l'organisation des soins et des services, modèle spécialisé ou polyvalent, et sur la transformation de la nature même des services alors que les télésoins, tout autant concernés par ce changement de paradigme, obligent à penser une organisation du travail proactive en opposition au mode planifié.

Nous affirmions plus haut que la conception d'outils de travail informatisés doit tenir compte des finalités d'utilisation, des besoins spécifiques des utilisateurs et des modes d'organisation et de la nature des services; nous illustrions ainsi l'importance de la personnalisation de ces outils et le besoin d'intégration. En effet, la différence entre un programme de soutien à domicile et un programme en santé mentale ou l'utilisation dans le contexte d'un GMF ou d'un CHU ou dans un contexte fixe ou ambulatoire, par exemple, doivent se traduire par des outils adaptés à chaque situation tout en prenant en compte le besoin d'accéder à l'information. Cela exige le développement de solutions interopérables dans une solution d'ensemble.

Notons également que la question du changement de paradigme de l'organisation des soins et des services, particulièrement dans le cadre des télésoins, nous amène à nous interroger sur l'impact du choix du modèle spécialisé sur l'évolution de la conception des services de première ligne et leur rapport à l'hôpital de soins spécialisés.

La gestion d'un projet d'innovation

Force est de constater que la gestion d'un projet d'innovation se singularise par sa double dimension qui est d'être à la fois gestion de projet et gestion de l'introduction d'un changement majeur dans l'organisation. Ces deux dimensions sont indissociables et se jouent à plusieurs niveaux.

À titre d'illustration, un des niveaux est celui de la formation d'une équipe de direction, efficace et solidairement engagée dans la création d'un projet collectif. Cette équipe est soumise à une triple conciliation, celle de la divergence d'intérêts particuliers et de l'imputabilité collective; celle de la dynamique d'innovation marquée par la complexité et l'incertitude et de la rationalité économique à court terme et celle du jeu d'acteurs internes et du jeu d'influences externes. Ces défis, pour être relevés, sont ceux d'une équipe de direction à la représentation équilibrée incluant les utilisateurs, partageant une vision compréhensive des grandes orientations du projet et organisant une médiation efficace entre cette instance stratégique et les instances de mise en œuvre.

Un autre niveau où la singularité de la gestion d'un projet d'innovation se manifeste est celui de la gestion du temps et des ressources affectées au projet. En effet, la différence entre le temps alloué au projet et celui requis pour l'opération des changements crée un dilemme de plus à gérer. L'appropriation des changements par les membres de l'organisation nécessite plus de temps que celui prescrit pour le projet. Pour gérer ce dilemme, l'organisation doit être consciente que les gains de productivité ne peuvent être attendus d'une courte phase d'expérimentation mais doivent être le résultat d'un enracinement progressif dans l'organisation. Or, cet enracinement découle en grande partie du temps de créativité dont disposent ses membres pour modifier leurs pratiques d'une manière cohérente avec les objectifs poursuivis. D'où l'importance de prévoir un espace et du temps pour la créativité dans un projet d'innovation.

Le déploiement, la diffusion

En cours d'expérimentation, l'intérêt doit aussi porter sur les conditions de déploiement et de diffusion qui sont souvent fondamentalement différentes. En raison de ces différences, l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de déploiement et de diffusion devraient faire l'objet d'études spécifiques dans le cadre des projets et être amorcées dès le début de ceux-ci. En effet, la phase d'expérimentation répond à des conditions de fonctionnement particulières qui évoluent ou disparaissent au moment de la pérennisation du projet.

Pour le CSO, la stratégie de déploiement est à deux volets : le premier, de nature interne, vise à élargir l'utilisation du système d'information en soutien à domicile à tous les programmes du territoire (personnes âgées en perte d'autonomie, services courants et santé mentale), le deuxième, de nature externe, vise l'intégration au réseau de services intégrés des médecins de GMF et autres cabinets privés, des pharmaciens, des hôpitaux et des entreprises d'économie sociale offrant des services à domicile. La clé de la réussite d'une telle stratégie réside dans l'étude des conditions de déploiement et de diffusion dès le début du projet avec l'ensemble du personnel incluant ceux qui n'ont pas été, directement impliqués dans le projet d'innovation. L'insertion des résultats de l'expérimentation dans d'autres domaines d'activités de même nature ou d'autres milieux souligne la nécessité

d'une diffusion progressive et encadrée en s'assurant au préalable de l'existence d'une culture d'innovation et de certains préalables dans l'organisation.

Enfin, les problématiques de déploiement et de diffusion nous amènent à soulever la question de la pérennité des projets d'innovation, cette question est d'autant plus importante « *qu'elle est souvent négligée* » (Fortin et al., 2003). La pérennité suppose la gestion du processus de passage de l'innovation à son intégration dans un espace final d'utilisation, qui peut être un réseau local de services intégrés ou le réseau provincial.

Le partage des connaissances

En matière de stratégies de transfert ou de partage des connaissances pour supporter la prise de décision indissociable de la démarche d'évaluation utilisée, le projet du CLSC du futur renforce les conclusions de travaux antérieurs (Évaluation du projet québécois d'expérimentation de la carte santé à microprocesseur, Fortin et Joubert, 1996; La télémédecine au service des régions : Un projet de démonstration aux Îles-de-la-Madeleine, Cloutier et Fortin, 2001) sur l'importance que les décideurs reconnaissent le terrain d'expérimentation comme l'équivalent d'un laboratoire qui associe étroitement les acteurs d'un projet d'introduction d'innovations. Ces derniers demeurent cependant des participants incontournables à l'enrichissement des connaissances, notamment par l'étude systématique des processus et des fonctionnements de ces acteurs, des conditions de leur adoption des innovations et des mécanismes de transformation de leurs pratiques professionnelles.

Cette dynamique d'acteurs sur le terrain de l'innovation organisationnelle et informationnelle est fertile au développement de l'expertise et à l'enrichissement des connaissances mais reste conditionnée pour sa diffusion par la capacité de mobiliser de nouvelles formes d'alliances entre décideurs, communautés locales et entreprises privées et chercheurs/évaluateurs d'une part, et par la disponibilité d'un financement adapté, d'autre part.

À travers ces nouvelles formes d'alliances, la diffusion des connaissances a pour finalité d'être utilisée dans la prise de décision et dans l'action. Une connaissance utilisée représente un fort potentiel de succès pour les projets d'innovation d'envergure dans le domaine de l'organisation des services et pour la population. La nature du défi, sa complexité et l'expertise disponible conduisent à soutenir ces nouvelles formes d'alliances en recommandant fortement l'existence d'équipes multidisciplinaires, même virtuelles, incluant notamment les domaines de l'organisation des services, des pratiques professionnelles, de la technologie, de la gestion du changement et de l'évaluation formative. Les experts reconnus autant dans la nature des services que dans le développement, la mise en œuvre et l'évaluation notamment formative de projets d'informatisation d'envergure, ayant une distance critique, doivent être associés à ces

équipes; leur participation a l'avantage de favoriser un apprentissage horizontal entre les divers projets d'introduction des NTIC.

BIBLIOGRAPHIE

- ABBOTT, B. (1988), *The System of Professions*, Chicago: University of Chicago Press.
- AGRELL H., DALBERG S. et A.F. JERANT (2000), «Patients' Perceptions Regarding Home Telecare», *Telemedicine Journal and E-Health : The Official Journal of the American Telemedicine Association*, vol. 6, no. 4, Winter, p. 409-415.
- ARNAERT, A. Et L. DELESIE (2001), «Telenursing for the elderly. The case for care via video-telephony», *Journal of Telemedicine and Telecare*, vol. 7, p. 311-316.
- AUBIN, M., et al. (2001), «Collaboration Between Family Physicians and Home Care Providers», *Canadian Family Physician*, vol. 47, p. 751-758.
- AXFORD, R. L. et B. E. CARTER (1996), «Impact of clinical information systems on nursing practice; Nurses' perspectives», *Comput Nurs*, vol. 14, no. 3, p.15 6-63.
- BARRIAULT, M. et M. GOSSELIN (1997), *Évaluation des coûts des projets pilotes en télécardiologie et en téléradiologie*, Ste-Foy, Université Laval, Faculté des sciences de l'administration, Département des sciences comptables.
- BÉGIN, C., JOUBERT, P. et TURGEON, J. (1999), *L'évaluation dans le domaine de la santé : conceptions, courants de pensée et mise en oeuvre, Le système de santé québécois, un modèle en transformation*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- BERNARD, H.R. (1988), *Research Methods in Cultural Anthropology*, Newbury Park, CA, Sage.
- BIERMANN, E. (2002), «Are There Time and Cost Savings by Using Telemanagement for Patients on Intensified Insulin Therapy?», *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, vol. 69, no. 2, August, p. 137-146.
- BRITTON, B. P. (2000), *Soins non épisodiques des élèves du primaire souffrant d'asthme chronique – Utilisation de la technologie des télésoins à domicile*, Ottawa, Cybersanté Canada.
- CARPENTER, D. (1999), «Breakthroughs in Supplier Partnerships : Profiting from Win-Win Relationships», *Hospital Materiel Management*, vol. 20, no. 3, p. 11-13.
- CENTRE CANADIEN DE SÉCURITÉ DES SYSTÈMES (1993), *Critères canadiens d'évaluation des produits informatiques de confiance*, Ottawa, Version 3.0f, Centre de la sécurité des télécommunications, Gouvernement du Canada.
- CENTRE DE SANTÉ ORLÉANS (2002), *CLSC du futur : maintien à domicile et télésoins*, Québec, Manuel d'organisation de projet, janvier.
- CENTRE DE SANTÉ ORLÉANS (2003), *CLSC du futur : maintien à domicile et télésoins*, Québec, Manuel d'organisation de projet, février.
- CHEVRIER, M. (2004), *Rapport de projet final : Projet CLSC du Futur - Une nouvelle façon de faire*, Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé (PPICS), Santé Canada, mars 2004.
- CLOUGH, K., MALLINSON, M. et I. JARDINE (2001), «The potential for telemedicine to improve coronary heart disease services», *Journal of Telemedicine and Telecare*, vol. 7, supplement 1, p. 49-51.

- CLOUTIER, A., FORTIN, J.-P. (2001), *Rapport sur les résultats du projet, La télémédecine au service des régions : Un projet de démonstration aux Îles-de-la-Madeleine*, Québec, Projet soumis au Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) de Santé Canada, Février.
- CLSC ORLÉANS (2000), *CLSC du futur : maintien à domicile et télésoins*, Québec, Projet soumis par le Centre local de services communautaires (CLSC) ORLÉANS au programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé (PPICS), Août.
- COMMISSION D'ÉTUDES SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (2000), *Rapport de la Commission «Les solutions émergentes»*. Ste-Foy, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CLSC ORLÉANS (2001), *Rapport annuel : CLSC Orléans 1999-2000. Consolidation des locaux du CLSC Orléans (Secteur Beauport)*, Québec, en soutien au projet médical du CLSC – en arrivage avec l'implantation des GMF sur le territoire, Novembre.
- CURRELL, R., et al. (2000), «Telemedicine versus face to face patient care: effects on professional practice and health care outcomes», *Cochrane Database Systematic Review*, january, no. 2, CD002098.
- DEAKIN, N. (2000), «Public-Private Partnerships : A UK Case Study», *Public Management Review*, vol. 4, no. 2, June, p. 133-147.
- DEBRAY M., et al. (2001), «A Preliminary Study of the Feasibility of Wound Telecare for the Elderly», *Journal of Telemedicine and Telecare*, vol. 7, no. 6, p. 353-358.
- DEMIRIS G., SPEEDIE, S. et S. FINKELSTEIN (2000), «A Questionnaire for the Assessment of Patients' Impression of the Risks and Benefits of Home Telecare», *Journal of Telemedicine and Telecare*, vol. 6, no. 5, p. 278-284.
- DEMIRIS G., SPEEDIE, S. et S. FINKELSTEIN (2001), «Change of patients' perception of TeleHomeCare», *Journal of Telemedicine and E-Health*, vol. 7, no. 3, p. 241-248.
- DENIS, J.-L., LAMOTHE, L. et A. LANGLEY (2001), «The Dynamics of Collective Leadership and Strategic Change in Pluralistic Organizations», *Academy of Management Journal*, vol. 44, no. 4, p. 809-837 .
- DIARRA, A. (2001), «Making a Public-Private Partnership Work – an Insider's View», *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 79, no. 8, p. 795-796.
- DOUGHTY, K., CAMERON, K. et P. GARNER (1996), «Three Generations of Telecare of the Elderly», *Journal of Telemedicine and Telecare*, vol. 2, no. 2, p. 71-80.
- DOZET, A., LYTTKENS, C.H. et P. NYSTEDT (2002), «Health Care for the Elderly : Two Cases of Technology Diffusion», *Social Science & Medicine*, vol. 54, p. 49-64.
- DUFOUR, Y. et L. LAMOTHE (1999), *Les approches au changement dans les systèmes de santé* in Bégin, C. et al. (Ed), *Le système de santé québécois, un modèle en transformation*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- DZINKOWSKI, R. (2000), «Private Parts : the Need for Efficiency in Government Has Prompted Many Changes in Public Sector Management Practices Around the World», *CMA Management*, vol. 74, no. 1, p. 267-274.

- ELFORT, P. et M. FAMSAY (2001), « Télésoins à domicile : Le projet pilote du téléhospice de West Prince », Ottawa, présenté à la 5^e conférence internationale sur les aspects médicaux de la télémédecine. *Santé Canada*.
- FISK, M.J. (1997), «Telecare Equipment in the Home. Issues of Intrusiveness and Control», *Journal of Telemedicine and Telecare*, vol. 3 , p. 30-32.
- FORTIN, J.-P., JOUBERT, P. (1996), *Évaluation du projet québécois d'expérimentation de la carte santé à microprocesseur*, Sainte-Foy, Université Laval, Département de médecine sociale et préventive, Centre hospitalier régional de Rimouski, Unité de santé publique, Centre de santé publique de Québec.
- FORTIN, J.-P. et al. (1998), *Rapport d'évaluation des projets pilotes en télécardiologie et en téléradiologie*, Québec, Centre de santé publique de Québec, Université Laval, Département des systèmes d'information organisationnels et Département de médecine sociale et préventive, sous la direction du CEFRIO.
- FORTIN, J.-P. et al. (2001), *Expériences québécoises de télémédecine et carte santé*, Chapitre d'un ouvrage collectif : L'introduction des nouvelles technologies de l'information dans le réseau de prestation de soins, à quelles conditions, in Carré, D et Lacroix J-G. (dir.), *La santé et les autoroutes de l'information. La greffe informatique*, Paris, L'Harmattan.
- FORTIN, J.-P. et al. (2003), « Rapport sur les enseignements de projets de recherche et d'expérimentation d'envergure », Ste-Foy, *ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec*, Octobre, 38p.
- FORTIN, J.-P. et al. (2003), *Cadre stratégique pour une évaluation utile et utilisée*, Québec, Rapport exécutif déposé au Bureau de la santé et l'inforoute de Santé Canada, Juillet.
- FRIESINGER, G.C. et J. FRANCIS (1999), «Promises and Perils of Managed Care for Older Patients with Cardiac Disease», *Cardiology Clinics*, vol. 17, no. 1, February.
- GAGNON, M-P. et J-P. FORTIN (2002), *Déterminants individuels, professionnels et organisationnels de l'adoption de la télésanté dans la pratique médicale : L'expérience du projet de démonstration des Îles-de-la-Madeleine*. Journées francophones d'informatique médicale, Colloque international, Québec, Mai.
- GAGNON, M-P. et al. (2003), «An adaptation of the theory of interpersonal behaviour to the study of telemedicine adoption by physicians», *International Journal of Medical Informatics*, vol. 71, nos. 2-3, septembre, p. 103-115.
- GAMSON, W. (1961), «A theory of coalition formation», *American Sociological Review*. Vol. 26, p. 373-382.
- GHernaouti-Hélie, S. (1998), *Stratégie et ingénierie de la sécurité des réseaux*, Paris, InterÉditions.
- GREEN, L. W. et M. W. KREUTER (1991), *Health promotion planning. An educational and environmental approach*, Mountain View (2^e édition), Toronto, London : Mayfield Publishing Company.
- GUBA, E. et Y. LINCOLN (1981), *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*, San Francisco, Jossey-Boss.

- GUISEPPE, R. (2002), «The Emergence of E-Health : Using Virtual Reality and the Internet for Providing Advanced Healthcare Services», *International Journal of Healthcare Technology & Management*, vol. 4, nos. 1,2, p. 15-40.
- HAYES, T. (2002), «The Non-Profit Sector, Government and Business : Partners in the Dance of Change – an Irish Perspective», *Public Management Review*, vol. 4, no. 2, June, p. 257-264.
- HÉBERT, R. (2001), « Les réseaux intégrés de services aux personnes âgées : une solution prometteuse aux problèmes de continuité des services », *Le médecin du Québec*, vol. 36, no. 8, Août, p. 77-84.
- HELLESO, R. et C. RULAND (2001), «Developing a module for nursing documentation integrated in the electronic patient record», *Journal of Clinical Nursing*, vol. 10, no. 6, p. 799-805.
- HOOVER GS et al. (2001), «Telehealth and the Diagnosis and Management of Cardiac Disease», *Journal of Telemedicine and Telecare*, vol. 7, no. 5, p. 249-256.
- HU, P.J. et P.Y. CHAU (1999), «Physician Acceptance of Telemedicine Technology : an Empirical Investigation», *Top Health Inf Management*, vol. 19, no. 4, May, p. 20-35.
- HUBERMAN A.M. et M.B. MILES (1991), *Analyse de données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes*, Bruxelles Éditions De Doeck.
- INFORMATION SOCIETY PROJECT OFFICE OF THE EUROPEAN COMMISSION (1997), *Étude de cas No 18: Les télésoins dans les bonnes pratiques dans l'utilisation de la Société de l'information pour les personnes âgées et les personnes handicapées*.
- JENNETT, P. et al. (2000), «Telelearning in a Partnership Between a University Faculty and a Regional Health Authority : Benefits, Challenges and Strategies», *Journal of Telemedicine and Telecare*, vol. 6, p. 32-35.
- JENNETT, P.A. et K. ANDRUCHUK (2001), «Telehealth : 'Real life' Implementation Issues.», *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, vol. 64, p. 169-174.
- JERANT, A.F., AZARI, R. et T.S. NESBITT (2001), «Reducing the Cost of Frequent Hospital Admissions for Congestive Heart Failure : a Randomized Trial of a Home Telecare Intervention», *Med Care*, vol. 39, no. 11, November, p. 1234-1245.
- KALRA, L. et A. FOWLE (1994), «An integrated system for multidisciplinary assessments in stroke rehabilitation», *Stroke*, vol. 25, no. 11, p. 2210-4.
- KENNEDY, R. H. (2000), «Partnering Through Telemedicine to Improve the Quality of Health-Care», *Journal of Telemedicine and Telecare*, vol. 6, p. 137-139.
- KESHAVJEE, K. et al. (2001), *Measuring the success of electronic medical record implementation using electronic and survey data*, Hamilton (Ontario), Centre for Evaluation of Medicines and McMaster University.
- KINSELLA, A. (1998), «Home Telecare in the United States», *Journal of Telemedicine and Telecare*, vol. 4, no. 4, p. 195-200.
- LAHDENPERÄ L. (2000), «Patient's view about information technology in the treatment of hypertension», *Journal of Telemedicine and Telecare*, vol. 6, no. 2, p. 108-113.
- LAMARCHE P. et al. (2003), « Une synthèse des politiques sur les services de première ligne ». *Coup d'œil sur la recherche et l'évaluation*, no. 12, Mars, 4p.

- LAMOTHE, L. (1999), « La reconfiguration des hôpitaux : un défi d'ordre professionnel », *Ruptures*, vol. 6, no. 2, p. 132-148.
- LAMOTHE, L. (2002), « La recherche de réseaux de services intégrés : Un appel pour un renouveau de la gouverne », *Gestion*, vol. 27, no. 3, p. 23-30.
- LEE, F. et al. (1996), «Implementation of physician order entry: user satisfaction and self-reported usage patterns», *J Am Med Inform Assoc*, vol. 3, no. 1, p. 42-55.
- LEMIEUX, V. (1999), *Les politiques publiques et les alliances d'acteurs. Le système de santé au Québec : Organisations, acteurs et enjeux*, Ste-Foy, Les Presses de l'Université Laval.
- LONG CO. (1999), «Patient Satisfaction in Home Healthcare : What are the Essentials ?», *Home Health Nurse Manag*, vol. 3, no. 2, March-April, p. 9-13.
- LYNCH et al. (2001), *La télésanté pour les soins palliatifs: Le point de vue d'ici*, Ottawa, présenté à la 5^e conférence internationale sur les aspects médicaux de la télémédecine, Santé Canada.
- MAIR FS., et al. (1999), «The Role of Telecare in the Management of Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in the Home», *Journal of Telemedicine and Telecare*, vol. 5, January, p. S66-7.
- MANAGHAN, B.J., MALEK A-M. et H. SIMSON (2001), «Public-Private Partnerships in Healthcare : Criteria for Success», *Healthcare Management : Forum Gestion des soins de santé*, vol. 14, no. 4, Hiver, p. 44-49.
- MATHIEU, G. et al. (2004), *Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal. L'informatisation des réseaux intégrés : orientations régionales préliminaires*, Montréal, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, Éditeur Louis Côté, directeur de l'information et de la planification, Mars.
- MCNEIL-MCDONALD, C. (2001), «Building the case for Web-based Solutions», *Caring*, vol. 20, no. 9, p. 40-42.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1994), *Les services à domicile de première ligne : cadre de référence*, Ste-Foy, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003), *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*, Sainte-Foy, 43p.
- MONNIER, É. (1992), *Évaluations de l'action des pouvoirs publics*, (2^e édition revue et augmentée), Paris : Économica.
- PAGEAU, M. et M. FERLAND (2002), *Le portrait de santé : La région de Québec et ses territoires de CLSC*, Québec, Direction régionale de santé publique de Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 346p.
- PATTON, M.Q. (1997), *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3e edition), Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- PATTON, M.Q. (1997), *Utilization-focused evaluation, The new Century Text* (3e edition), Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- RAYMOND, CHABOT, GRANT, THORNTON (2003), *Étude coûts-bénéfices, Projet Carte santé du Québec*, Québec, Rapport présenté à la Régie de l'assurance maladie du Québec, Avril, 84p.

- ROGERS, E.M. (1995), *Diffusion of innovations* (4e édition), New York, The Free Press.
- ROMANOW, R.J. (2002), *Guidé par nos valeurs. L'avenir des soins de santé au Canada*, Ottawa, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- ROSSI, P.H. et H.E. FREEMAN (1993), *Evaluation: a systematic approach* (5e édition), Newbury, CA: Sage Publications.
- RUGGIERO C., SACILE R. et M. GIACOMINI (1999), «Home Telecare» *Journal of Telemedicine and Telecare*, vol. 5, no. 1, January, p. 11-17.
- RIDLEY, R.G. (2001), «Putting the Partnership into Public-Private Partnerships (Editorial)», *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 79, no. 8, p. 694.
- SANTÉ CANADA (1998), *Activités internationales en télésoins à domicile –Document de travail*, Ottawa, Bureau de la santé et l'inforoute, Septembre.
- SANTÉ MANITOBA, *Loi sur les offices régionaux de services de santé*, sanctionnée en novembre 1996, Manitoba.
- SIBLEY, K. (2000), «P to the Power of Three : Public-Private Partnerships that Work Well Are Those Where Both Partners Are Respectful of the Paradigm the Other Is Working on», *Technology in Government*, vol. 7, no. 11, p. 53-9.
- STARFIELD, B. et al (2003), «Comorbidity: Implications for the Importance of Primary Care in 'Case' Management», *Annals of family medicine*, vol. 1, no. 1, mai-juin 2003, p. 8-14.
- STATISTIQUE CANADA (2001), *Recensement de la population et de l'agriculture 2001*, Ottawa.
- STROETMANN, K.A. et al. (2001), «Improving Quality of Life for Dialysis Patients Through Telecare», *Journal of Telemedicine and Telecare*, vol. 6, no. 1, p. 80-83.
- TACHAKRA, S. (2000), «The Changes Patients Expect to Result from Telemedicine», *Journal of Telemedicine and Telecare*, vol. 6, no. 5, p. 295-300.
- TANNENBAUM H. et al. (1977), *Hierarchy in Organizations*, San Francisco, Jossey-Bass.
- TOURIGNY, A. et al. (2003), *Système d'information géranto-gériatrique interdisciplinaire et inter établissements: utilité perçue et utilisation en temps réel*, Ste-Foy, Rapport de recherche.
- WHITTEN P, COLLINS, B. et F. MAIR (1998), «Nurse and Patient Reactions to a Developmental Home Telecare System», *Journal of Telemedicine and Telecare*, vol. 4, no. 3, p. 152-160.
- WIDDUS, R. (2001), «Public-Private Partnerships for Health : Their Main Targets, Their Diversity, and Their Future Directions», *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 79, no. 8, p. 713-720.
- WILLIS, A.K. (1998), «Creating Win-Win Customer – Supplier Partnerships», *Hospital Materiel Management Q*, vol. 19, no. 3, p. 15-22.
- YIN, R. K. (1989), *Case study research : design and methods*. (édition révisée), Newbury Park (CA) : Sage Publications.
- YIN, R. K. (1993), «Applications of case study research», *Applied Social Research Methods Series*, vol. 34, Newbury Park (CA) : Sage Publications.
- YIN, R.K. (1999), «Enhancing the quality of case studies in health services research», *Health Services Research*, vol. 34, no. 5, Part II, p.1209-1224.

YOUNG, M. et al. (2001), «A telephone-linked computer system for COPD Care», *Chest*, vol. 119, no. 5, p. 1-12.

ANNEXE A : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

 CLSC Association de services et de soutien	 CENTRE DE SANTÉ ORLÉANS CHSLD	IDENTIFICATION DE L'USAGER	
☐ BEAUPORT ☐ BEAUPRÉ ☐ ÎLE D'ORLÉANS			
PROJET CLSC DU FUTUR			
CONSENTEMENT			
		N° DOSSIER :	:
		NOM :	:
		PRÉNOM :	:
		ADRESSE :	:
		MUNICIPALITÉ :	:
		CODE POSTAL :	:
		TÉLÉPHONE RÉG. :	:
		TÉLÉPHONE TRAV. :	:
		TÉLÉPHONES AUTRES :	:
		DATE DE NAISSANCE :	ÂGE :
		NAM :	:

CONSENTEMENT AUX SOINS ET SERVICES

Par la présente, je confirme avoir été informé(e) des soins et services que je suis susceptible de recevoir et j'accepte de participer aux évaluations ainsi qu'aux choix des soins et services qui me sont proposés.

CONSENTEMENT À LA TRANSMISSION D'INFORMATIONS
--

Je comprends que ma situation et mon état de santé nécessitent des soins et des services dispensés par des équipes professionnelles de différents organismes du réseau de la santé et des services sociaux (CLSC, clinique médicale, pharmacie, centre hospitalier, centre d'hébergement de soins de longue durée, etc.).

Je comprends que ces équipes professionnelles échangeront entre elles, dans la plus grande confidentialité, uniquement l'information nécessitée par mes soins et mes services. Je consens donc à ce que ces équipes professionnelles consultent mes différents dossiers et conservent, dans leur propres dossiers et systèmes informatiques, les informations nécessaires à leurs interventions.

Je consens également, dans le cadre de l'évaluation du projet, à ce que le Dr Jean-Paul Fortin et son équipe aient accès aux informations obtenues des soins et services que je reçois. Je consens aussi à ce que cette équipe me sollicite, et/ou un de mes proches, pour participer à un sondage et/ou des entrevues pour connaître ma satisfaction de ces soins et services. Le Dr Fortin et son équipe feront usage de ces renseignements personnels dans la plus grande confidentialité.

J'atteste avoir reçu les informations nécessaires à la compréhension de ce qui précède.

Je sais que les présents consentements peuvent être annulés en tout temps.

Autres informations : _____

Ce consentement est effectif du ____ au ____.

Signature de l'utilisateur ou de son représentant légal	Signature de la professionnelle ou du professionnel
---	---

Date : _____

152 (2003-07-03) PROJET CLSC DU FUTUR – CONSENTEMENT Dossier de l'utilisateur
MAD

ANNEXE B : OUTILS DE RÉFÉRENCE

Format Acrobat Reader	Format Lien Internet	Format propriétaire
• Bottin du regroupement des organismes communautaires de Beauport • Liste des cliniques médicales de Beauport • Liste des CLSC et CHSLD de la région 03 • Liste des pharmacies du territoire Orléans • Liste des résidences privées pour personnes âgées du territoire Orléans • Bottin des ressources du soutien à domicile • Liste des numéros de cellulaire des intervenants du CLSC du futur • Coordonnées des infirmières de liaison des centres hospitaliers de Québec • Liste téléphonique des employés du Centre de santé Orléans • Liste des médecins de la région de Québec avec les coordonnées de leurs cliniques médicales respectives • Liste des numéros de poste pour les intervenants du soutien à domicile • Liste des numéros de téléavertisseur des intervenants de soutien à domicile • Nomenclatures des codes statistiques de chaque catégorie de professionnel (agents de relations humaines, ergothérapeutes, physiothérapeutes, infirmières, nutritionnistes) • Codes des sous-services administratifs • Médicaments au répertoire • Document sur la prévention des agressions • Document sur les transferts à l'auto	• Vademecum anglais • Association des CLSC et CHSLD du Québec • CEFRIO • CLSC du Québec par régions • Établissements de santé de la région 03 • Info-Santé • Logibec • MSSS • RAMQ • RRSSS de Québec • Sogique	• Messages téléphoniques • Autorisation à communiquer des renseignements • Fiche de mise à jour 24/7 • Fiche de transfert • Inscription RSIPAPA • Demande de référence à l'interne • Demande d'autorisation d'absence • Feuille de transmission par télécopieur • Évaluation psychosociale • Modèle de lettre d'admission au centre de jour

ANNEXE C : PROFIL DE CHACUN DES PARTENAIRES ET LEURS RÔLES RESPECTIFS DANS LE PROJET AU CENTRE DE SANTÉ ORLÉANS

Centre de santé Orléans

Le Centre de santé Orléans agit à titre de maître d'œuvre du projet et en gère les activités. Une trentaine d'intervenants du Centre de santé et du territoire (médecins, infirmières, intervenants sociaux, ergothérapeutes, physiothérapeutes, nutritionniste, etc.) participent activement au projet. Le Centre de santé Orléans est impliqué autant dans les outils de travail informatisés que dans les télésoins.

Logibec

Le développement des outils de travail informatisés dont le dossier clinique informatisé est réalisé par Logibec. La Société travaille aussi sur les processus de travail des intervenants, en plus de favoriser l'arrimage technique des composantes, en lien avec les autres partenaires soit la Sogique, CIFRA Médical inc. et HomMed.

Cette société a une forte expérience dans la conception, le développement et le déploiement de systèmes d'information et de contenu médical visant à améliorer l'accessibilité, l'efficacité et la coordination des services de santé à la population. Son expertise est un atout majeur pour le volet lié aux outils de travail informatisés. Les progiciels développés et commercialisés par la société couvrent divers domaines tous liés au secteur de la santé : SICHELD-Plus, un système d'information sur la clientèle hébergée en soins de longue durée; Clinibase, un système d'information composé de plusieurs modules intégrés conçus spécifiquement pour les établissements à vocations multiples; Intégration-CLSC, un système d'information utilisé par les 149 CLSC du Québec; Espresso, gestion financière, gestion des ressources matérielles des établissements de santé.

HomMed

La compagnie HomMed est le partenaire pour les télésoins. Cette compagnie américaine située à Milwaukee (WI) a pour mission d'améliorer la qualité de vie des usagers et de réduire considérablement les coûts de soins de santé. Leader dans le secteur du monitoring des soins de santé, HomMed cherche à fournir des solutions innovatrices et efficaces pour la gestion des soins de santé afin de permettre à des personnes atteintes de maladies chroniques de demeurer le plus longtemps à domicile.

Le principe du système de « monitoring à distance » mis de l'avant par la compagnie est le dépistage et la prévention. En assurant des contrôles au quotidien, il est possible d'intervenir précocement et d'éviter des hospitalisations et des visites à l'urgence.

Pour le projet CLSC du futur, HomMed fournit les appareils qui permettent de faire le monitoring à distance à partir du domicile des usagers retenus pour l'expérimentation. La compagnie fournit aussi le support technique nécessaire au bon fonctionnement des appareils.

Cifra Médical inc.

Cifra Médical inc. est principalement impliquée dans la numérisation des dossiers antérieurs des usagers concernés par le projet et dans l'arrimage avec la compagnie retenue pour les télésoins, HomMed. L'expérience de Cifra au niveau de la conception et de l'exploitation de solutions de télémédecine pour favoriser l'efficacité interne des établissements de santé par l'amélioration de leurs mécanismes de gestion de l'acheminement des signaux diagnostiques multimédias fait de celle-ci un partenaire de choix en tant qu'aviseur technologique en matière de télésoins.

HP Canada et Procontact

Informatique ProContact est une compagnie québécoise spécialisée en conception, installation et optimisation de réseaux informatiques et de communication. Fondée en 1990, sa mission est d'offrir continuellement les meilleurs services spécialisés, livrés par une équipe compétente au niveau de l'évolution technologique. Plus spécifiquement, Informatique ProContact est spécialisée dans le déploiement et le soutien de réseaux, architecture et conception de réseaux avec ou sans fil, solution de sécurité, gestion de données, service de réparation sur place et en atelier, banque d'heures, service d'implantation, contrat de service. La compagnie offre aussi un service autorisé HP, IBM, Seanix, Lexmark et Apple.

Par son partenariat avec Informatique ProContact, HP Canada participe à certaines validations et expérimentations des outils utilisés dans le projet. Elle participe également comme fournisseur afin d'accompagner et de proposer des solutions répondant aux besoins spécifiques du projet (ex. les portables).

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec a fait du projet CLSC du futur un projet d'intérêt régional. La Régie contribue financièrement au projet, en plus de fournir à l'équipe de projet trois ressources de trois directions directement interpellées :

Direction de l'organisation des services, Direction des ressources technologiques et Direction des ressources immobilières.

Technocentre

De plus, le Technocentre de la région de Québec, qui soutient les CLSC au plan technologique, est largement impliqué au niveau du support technologique. En effet, il agit comme intégrateur des solutions techniques des partenaires ; supporte l'élaboration de l'infrastructure technologique en lien avec le système d'Intégration-CLSC et les modules particuliers développés dans le projet CLSC du futur ; s'assure de la mise en place des procédures nécessaires afin de garantir la sécurité des informations qui seront acheminées entre les intervenants et les établissements, ainsi que la sécurité des entreposages.

Sogique

Au sein du CLSC du futur, Sogique est responsable de l'intégration de l'architecture d'ensemble du réseau et est impliquée dans le développement et l'implantation technologiques. Elle fait partie du comité directeur, du comité de coordination et des groupes de travail concernant les systèmes d'information et les technologies. Aussi, elle supporte la directrice du projet afin de fournir :

- Conseils et assistance en matière d'intégration à l'architecture d'ensemble du système sociosanitaire;
- Conseils et assistance afin de répondre aux exigences administratives du PPICS, et
- Conseils et assistance afin d'adapter les processus de gestion pour le projet.

La Sogique est un organisme sans but lucratif mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les Régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) pour gérer les actifs informationnels d'intérêt commun, coordonner le développement informatique, soutenir le déploiement des systèmes et en maintenir l'évolution. Finalement, la Sogique assure la gestion des infrastructures technologiques du réseau. Elle est donc au cœur des opérations du RTSS (Réseau de télécommunications sociosanitaires) sur lequel le projet actuel prend place en tant que plaque tournante de transfert d'information.

CEFRIO (Centre francophone d'informatisation des organisations) et l'équipe de recherche associée

Le CEFRIO s'est associé une équipe de recherche pour réaliser l'évaluation du projet. Cette équipe est codirigée par un chercheur rattaché à l'Unité de recherche en santé des populations, à l'Institut national de santé publique (Québec) et à la Direction de la santé

publique de Québec ainsi qu'à l'Université Laval et une chercheure (ou un chercheur) membre du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) et de l'Université de Montréal.

L'équipe d'évaluation accompagne les promoteurs et les intervenants impliqués au cours de chacune des phases du projet. Cet accompagnement est participatif, dans le sens où les chercheurs contribuent à optimiser les résultats attendus tout au cours du projet. La proactivité de l'équipe de recherche est un gage additionnel de succès dans un projet aussi important et à l'avant-garde des pratiques courantes.

École d'architecture de l'Université Laval

L'École d'architecture de l'Université Laval est un sous-contractant du CLSC du futur. Le tableau suivant résume les activités de ce partenaire de même que les rôles et responsabilités associés :

Activités, rôles et responsabilités de l'École d'architecture de l'Université Laval

Activités	Rôles et responsabilités
Évaluation du parc immobilier actuel du Centre de santé Orléans et de son territoire	Localisation et description du parc immobilier du Centre de santé Orléans Localisation et description du parc immobilier des cliniques médicales et pharmacies Analyse du cadre résidentiel existant Analyse et évaluation du PFT actuel
Élaboration de scénarios d'adaptation du parc immobilier	Hypothèses d'adaptation et de restructuration du parc immobilier Cartographie de points de services complémentaires Hypothèses de logements adaptés
Proposition finale d'adaptation du parc immobilier de son territoire	Proposition de consolidation et d'adaptation du parc immobilier Rédaction d'un nouveau PFT Directives d'adaptation du domicile

Centre de santé Saint-Boniface (CSSB), Manitoba

Le CSSB participe au projet CLSC du futur par l'implantation du volet télésoins. Le CSSB se retrouve dans une situation unique comme partenaire en ce qui a trait à son financement, son organisation et sa participation au projet.

Le CSSB n'est ni un hôpital ni une clinique traditionnelle et, au Manitoba, reflète une nouvelle approche communautaire de prestation de soins et de services de santé primaire. Son but est d'offrir toute une gamme de soins et de services de santé primaire sous un même toit. Quand le Centre ne peut rencontrer les besoins de sa clientèle, les demandes de services sont acheminées aux professionnels de santé les plus adéquats dans la communauté. Cela assure un accès plus rapide et une meilleure continuité dans les services offerts.

Le Centre, un carrefour communautaire de santé primaire, joue un rôle important dans la coordination et l'intégration des soins et des services dans la communauté, par l'entremise de partenariats avec d'autres établissements de soins de santé. Son approche, qui met l'accent autant sur la promotion de la santé, la prévention et l'éducation que les traitements de maladies et de blessures, est le fondement de l'amélioration de la santé de la communauté.

Le mandat du Centre est d'offrir des services de santé primaire à la population d'expression française de la ville de Winnipeg ainsi qu'à la population anglophone de la région de Saint-Boniface. Le Centre fut mis sur pied à titre de projet pilote pour une durée de trois ans, c'est-à-dire de juillet 1999 jusqu'au mois de juillet 2002.

Le Centre a maintenant relevé le défi de projet pilote et est confirmé institution permanente au sein de la communauté franco-manitobaine. Afin de répondre à son mandat, le Centre continue de développer des programmes et des services qui répondent aux besoins de la communauté qu'il est appelé à desservir.

Il est à souligner que dans le contexte du CLSC du futur, le Centre de santé a une relation étroite avec le soutien à domicile dans la ville de Winnipeg. Cependant il ne gère pas la prestation de services de soutien à domicile pour la population desservie. Il a donc été primordial, dans le contexte de ce projet, de développer une entente avec l'Office régional de la santé de Winnipeg pour un appui au Centre dans leur participation à ce projet.

Santé Canada

Le Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé (PPICS) est un programme d'encouragement à frais partagés de 80 millions de dollars répartis sur deux ans, qui vise à appuyer la mise en œuvre d'applications innovatrices de nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC), afin d'améliorer la santé des Canadiens et des Canadiennes et de leur fournir de meilleurs services de santé.

ANNEXE D : PROFIL DE CHACUN DES PARTENAIRES ET LEURS RÔLES RESPECTIFS DANS LE PROJET AU MANITOBA

➤ Le Centre de santé Saint-Boniface (CSSB)

Le CSSB est membre du comité directeur du CLSC du futur. Il utilise le même volet télésoins que celui qui est implanté à Québec. Le CSSB s'assure que l'expérimentation des télésoins auprès de sa clientèle rencontre les échéanciers et critères préétablis par le projet et il mobilise les partenaires et participants autour du projet.

➤ L'Office régional de la santé de Winnipeg (ORSW)

L'Office régional de la santé de Winnipeg dessert une population de 646 733. Les régions de Saint-Boniface et Saint-Vital qui participent au projet CLSC du futur donnent l'accès à la majorité des résidents d'expression française de Winnipeg. La population de Saint-Boniface est de 45 784, dont 13,9 % sont d'expression française et la population de Saint-Vital est de 60 293, dont 4,4 % sont d'expression française.

L'ORSW comprend plus de deux cents (200) services, organismes et programmes de santé, dont quatre (4) hôpitaux communautaires, deux (2) hôpitaux de soins tertiaires, trois (3) centres de soins de longue durée, trente-neuf (39) foyers de soins personnels et dix-neuf (19) centres de santé communautaire.

Parmi les services offerts par l'ORSW on retrouve les suivants : soins de longue durée, santé publique, soins primaires, soutien à domicile, santé mentale et soins aigus. Il existe vingt (20) équipes de programmes, variant de la santé des enfants à la chirurgie. Chaque équipe est typiquement formée d'une direction des soins infirmiers, une direction de soins paraprofessionnels, une direction médicale et une direction générale.

Le soutien à domicile de l'ORSW a un personnel d'environ trois mille cent (3 100) employés et dessert environ 13 500 usagers par mois dans la ville de Winnipeg. Le programme de soutien à domicile offre, entre autres, un service d'évaluation, de planification des services, de coordination et de prestation des services ainsi qu'un service 24/7, la gestion de cas et les acheminements à d'autres organismes et programmes au besoin, l'information à leur clientèle, l'éducation et le développement communautaire pour leur clientèle.

Le service offert par le soutien à domicile touche tous les groupes d'âge, quoique environ soixante-quinze pour cent (75 %) des services sont dirigés au groupe des 65 ans et plus.

ORSW participe au projet CLSC du futur à trois niveaux : (1) Il fournit la coordination clinique pour la durée du projet afin d'assurer la continuité et la viabilité des télésoins à domicile pour l'avenir; (2) Il assure la participation active des prestataires du soutien à domicile pour les quartiers de Saint-Boniface et de Saint-Vital et (3) Il assure l'appui technologique au projet.

➤ **MB Telehealth**

Le programme MB Telehealth est dirigé par l'Office régional de la santé de Winnipeg. Grâce à des fonds de démarrage reçus de PPICS et de l'équivalent contribué par Santé Manitoba et toutes les régies régionales du Manitoba, MB Telehealth a mis en œuvre vingt-et-un (21) sites de télésanté dans la province du Manitoba. Depuis avril 2003, le programme a une structure régulière de financement permanente. MB Telehealth offre une prestation de services cliniques interactive par vidéoconférence, (rehaussée de caméras, d'otoscopes et de stéthoscopes numériques), éducation pour les prestataires, administration des soins de santé et, dans certains sites, une capacité accrue de téléradiologie.

MB Télésanté offre un appui dans les phases de démarrage, de l'expérimentation et dans l'évaluation du projet.

➤ **Office régional de la santé du Centre du Manitoba (ORS du Centre)**

Le programme de soutien à domicile offre essentiellement les mêmes services que celui de l'ORSW. En moyenne, ce programme offre à sa communauté environ 50 000 heures de services par mois pour appuyer environ 1 500 usagers à domicile.

L'ORS du Centre participe au projet en (1) assurant une plus grande participation de francophones à la phase d'expérimentation des télésoins; (2) en assurant un appui technologique à la région et en (3) fournissant les intervenants nécessaires pour assurer la phase d'expérimentation des télésoins à domicile dans cette région.

➤ **Santé Manitoba**

Santé Manitoba contribue en nature au projet en fournissant l'expertise de l'équipe technologique en collaboration avec les deux offices régionaux participants. En collaboration avec les offices régionaux, il participe à (1) fournir le support technologique; (2) à agir comme intégrateur des solutions techniques des partenaires; (3) à supporter l'élaboration de l'infrastructure technologique en lien avec le système du Réseau provincial de santé et à (4) assurer la sécurité des informations et de l'entreposage.

➤ **Santé Canada**

Le programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé (PPICS) est un programme d'encouragement à frais partagés de 80 millions de dollars répartis sur deux ans qui vise à appuyer la mise en œuvre d'applications innovatrices de nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) afin d'améliorer la santé des Canadiens et Canadiennes et de leur fournir de meilleurs services de santé.

➤ **Patrimoine canadien**

Une initiative du ministère du Patrimoine canadien, Partenariat interministériel des communautés de langue officielle (PICLO) de 5,5 millions par année sur 5 ans, permet d'offrir un financement complémentaire à d'autres contributions fédérales et vise à encourager le développement des communautés de langues officielles en situation minoritaire (francophones à travers le pays et anglophones au Québec) En 2001-2002, la part de PICLO a permis à Santé Canada d'investir plus de 1 775 000 \$ dans des projets élaborés de concert avec les associations qui représentent les communautés de langues officielles.

ANNEXE E : COMPOSITION ET RESPONSABILITÉS DES COMPOSANTES DE LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE AU CENTRE DE SANTÉ ORLÉANS

La structure de coordination

Directeur général intérimaire, Centre de santé Orléans

Le directeur général intérimaire du Centre de santé Orléans est responsable des aspects politiques et stratégiques du projet, des orientations et de son appropriation par le milieu. Ses fonctions sont de nommer les membres du comité directeur, présider le comité directeur, définir et recommander au comité directeur les critères de représentativité des membres des comités aviseurs ad hoc ainsi que leur mode de fonctionnement, et enfin, s'assurer en collaboration avec la directrice du projet, de l'affectation des ressources requises à la réalisation du projet et à l'atteinte des objectifs.

Comité directeur

Le comité directeur est une structure multipartite comprenant un nombre limité de membres qui est présidé par le directeur général intérimaire du Centre de santé Orléans. Il constitue l'équivalent du conseil d'administration du projet. Les membres proviennent des différents milieux impliqués, soit local, régional et national, public ou privé, ce qui en fait une instance représentative de l'ensemble des besoins. Les membres du comité directeur relèvent d'organismes ou d'unités administratives qui assurent leur permanence. C'est le lieu d'intégration de l'ensemble des intérêts de tous les organismes associés au projet.

Plusieurs responsabilités sont imputables au comité directeur. Une de ses principales fonctions est d'analyser et d'approuver diverses composantes du projet : la planification et les changements en cours de projet (début et fin d'expérimentation, devis d'évaluation, etc.), certains biens livrables produits dans le cadre du projet, les aspects financiers (planification, répartition, dépenses non prévues, sources de financement, etc.) et le plan de communication. Il doit aussi s'assurer du maintien des orientations du projet, prendre connaissance de l'évolution du projet par des révisions régulières, prendre les décisions nécessaires à son bon déroulement et s'assurer de la satisfaction des intervenants. Finalement, il doit déterminer des stratégies visant la pérennité du projet.

Les partenaires suivants composent le comité directeur : le directeur général intérimaire du Centre de santé Orléans, la directrice de projet, un représentant de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, du Centre de santé

de Saint-Boniface (Manitoba), de la Sogique, de Logibec, de Cifra Médical inc., du CEFRIQ, de l'équipe de recherche et d'évaluation, de Santé Canada et de HomMed.

Direction du projet

La directrice du projet assume les fonctions de planification, d'organisation, de coordination et de contrôle. Au niveau de la planification, elle est responsable de déterminer le cheminement critique du projet et d'en assurer le suivi, de réaliser le plan de communication et d'assurer la mise à jour, d'élaborer le plan de gestion des risques, de définir les besoins fonctionnels et informationnels à faire supporter par des moyens technologiques, de définir les rôles et responsabilités du personnel utilisant le progiciel, afin de les transposer adéquatement dans la structure de droits d'accès du progiciel, de planifier les formations nécessaires pour le personnel (la disponibilité du personnel, son remplacement, l'emplacement pour la dispensation des séances de formation tel le local, l'ameublement, les connections réseautiques et les postes de travail nécessaires).

Au niveau de l'organisation, elle doit mettre en place une nouvelle organisation du travail permettant d'utiliser au maximum les bénéfices escomptés par la mise en place du progiciel, mettre en œuvre le plan de gestion des risques, mandater les ressources affectées au projet selon les besoins et s'assurer de leur participation, assurer la responsabilité des démarches en vue des changements opérationnels requis en regard des nouvelles façons de faire au programme de soutien à domicile et s'assurer de la gestion des biens livrables produits.

Au niveau de la coordination, elle doit veiller à mobiliser les ressources du projet et s'assurer des liens opérationnels entre les partenaires, convoquer et animer les rencontres avec le comité de coordination, l'équipe de pilotage, l'équipe d'évaluation et de recherche, et de tout autre comité créé au besoin, faire le lien avec le comité des relations de travail prévu à la convention collective et présidé par le directeur intérimaire des ressources humaines du Centre de santé Orléans et diriger les revues de projet par rapport à l'ensemble des équipes.

Finalement, au niveau du contrôle, elle a la responsabilité d'aviser le directeur général intérimaire du Centre de santé Orléans des écarts de planification et soumettre, au besoin, des recommandations pour y remédier, de trancher les litiges qui peuvent survenir entre les différents acteurs du projet, de gérer les dépenses en fonction du budget, de préparer la reddition de comptes et leur distribution, de faire rapport au comité directeur du déroulement et de l'état d'avancement des travaux par des revues de projet régulières, d'approuver tous les biens livrables du projet à l'exception de ceux qui doivent être soumis à l'approbation du comité directeur. Dans ce dernier cas, la directrice du projet en fait la recommandation, s'assure de la qualité des biens livrables produits et valide les produits et services développés au cours du projet.

Directrice adjointe

Une directrice adjointe épaula la directrice du projet dans les responsabilités qui lui incombent. Plus spécifiquement, elle est responsable des activités opérationnelles du projet. Elle est responsable de toutes les activités qui touchent directement les intervenants concernés.

Adjointe administrative

L'adjointe administrative est sous la responsabilité de la directrice du projet et assume les fonctions de secrétariat du projet, de rédaction des processus de travail et du support technique.

Équipe de recherche et évaluation

L'équipe de recherche et évaluation est responsable d'évaluer toutes les phases du projet. Elle est sous la responsabilité du comité directeur du projet. Cette équipe réalise les dimensions évaluatives du projet. Elle fait connaître les éléments qui seront évalués tout au long du projet et fait le lien avec les différents comités au besoin. Elle est composée de chercheurs universitaires, d'un représentant du CEFRIO et de la directrice du projet.

La structure de réalisation

Équipes thématiques

Les équipes thématiques représentent les groupes de travail nécessaires pour bâtir le système informationnel en réponse aux besoins. Elles touchent les thèmes de la technologie, de la clinique et des processus de travail. Ces équipes sont sous la responsabilité de la direction du projet.

Parmi leurs principales responsabilités, les équipes thématiques s'assurent du respect des orientations ministérielles; utilisent, dans la mesure du possible, des solutions existantes pour minimiser les délais; proposent à l'équipe un système qui répond à leurs besoins; réalisent l'architecture fonctionnelle; réalisent l'architecture technologique et voient à son intégration; rendent le système opérationnel; trouvent des solutions pour tout problème pouvant surgir; s'impliquent dans le volet « formation » des intervenants cliniques; évaluent le fonctionnement du système; proposent des outils à expérimenter en regard du volet « télésoins » et assurent la cohésion des actions entre les partenaires.

Ces équipes thématiques sont composées d'un représentant de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, de Logibec, de Cifra Médical inc., du « Service conseil technologique » de Sogique, du Technocentre régional et du Technocentre national.

Équipe du plan fonctionnel et technique (PFT)

L'équipe PFT représente le groupe de travail nécessaire pour revoir les plans fonctionnel et technique du Centre de santé Orléans en regard de l'aménagement des espaces en fonction du télétravail et des télésoins. Cette équipe est sous la responsabilité de la directrice du projet.

L'équipe PFT est responsable de décrire, quantifier et qualifier l'utilisation présente du parc immobilier du Centre de santé Orléans; d'identifier les secteurs les plus ciblés par le projet; de repenser et réécrire les plans fonctionnel et technique du Centre de santé Orléans et d'évaluer les impacts de l'utilisation des nouvelles technologies sur le besoin d'espace.

Ce comité est composé de représentants de l'École d'architecture de l'Université Laval, de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, du directeur intérimaire des ressources humaines du Centre de santé Orléans, de l'équipe de soutien à la direction du projet et de la directrice du projet.

Les intervenants du programme de soutien à domicile

Les intervenants du programme de soutien à domicile forment la pierre angulaire du projet. Ils sont les principaux utilisateurs du dossier clinique informatisé et des outils de gestion implantés. Ils doivent revoir leur organisation de travail et être soutenus tout au long du processus. Leurs rétroactions doivent en tout temps être prises en considération et les efforts nécessaires doivent être déployés pour résoudre les difficultés qu'ils perçoivent. Cette équipe est sous la responsabilité de la directrice adjointe du projet.

Les intervenants du soutien à domicile sont invités à participer, de façon volontaire, au projet. Ils doivent avoir le goût de travailler avec une nouvelle technologie, avoir l'esprit critique et être capables d'avancer des solutions. Ils doivent pouvoir verbaliser leurs insatisfactions et leurs difficultés et décrire le processus de travail actuel afin de proposer le processus de travail souhaité. Les responsables du projet s'attendent à ce qu'ils identifient les bases de connaissances requises pour le travail à domicile et les outils de gestion pouvant améliorer l'organisation du travail. On s'attend aussi à ce qu'ils identifient et accompagnent la clientèle qui aura accès à des équipements de télésoins et à ce qu'ils la sécurisent au besoin. Ils expérimentent la nouvelle technologie, participent aux étapes d'évaluation du projet et travaillent en étroite collaboration avec le personnel du Technocentre régional qui assure le support technologique.

Les intervenants de l'équipe du secteur B, les auxiliaires familiales, les chefs d'équipe et de programme font partie de ce groupe.

ANNEXE F : COMPOSITION ET RESPONSABILITÉS DES COMPOSANTES DE LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE AU MANITOBA

La structure de coordination

Direction générale du Centre de santé Saint-Boniface

La directrice générale du Centre de santé Saint-Boniface est principalement responsable des aspects politiques et stratégiques du projet. Ses fonctions sont de :

- Nommer les membres du comité directeur au Manitoba;
- Présider le comité directeur;
- Définir et recommander au comité directeur les critères de représentativité des membres des comités consultatifs ad hoc ainsi que leur mode de fonctionnement;
- S'assurer, en collaboration avec la coordinatrice clinique du projet de l'affectation des ressources requises à la réalisation du projet et à l'atteinte des objectifs;
- Appuyer la coordinatrice clinique dans ses responsabilités de planification, d'organisation, de coordination et de contrôle ;
- Participer au comité directeur du projet Centre de santé Orléans du futur.

Comité directeur du Manitoba

Le comité directeur du Manitoba est présidé par la directrice générale du Centre de santé Saint-Boniface. Ce comité directeur est complémentaire au comité directeur du projet CLSC du futur au Québec et ne constitue donc pas son équivalent.

Les membres du comité directeur proviennent des différents milieux impliqués, soit local ou régional. Des membres ad hoc peuvent être invités à se joindre au comité directeur afin d'apporter les expertises nécessaires au niveau technologique ou autres.

Les responsabilités du comité directeur sont :

- Approuver le plan de travail du projet;
- S'assurer du maintien des orientations du projet;

- Approuver certains biens livrables produits dans le cadre du projet;
- Approuver la planification budgétaire du projet;
- Approuver le plan de communication;
- Approuver le budget et les répartitions des paiements provenant des fonds budgétaires;
- Approuver les dépenses non arrimées au budget;
- Prendre connaissance de l'évolution du projet par des revues régulières du projet;
- Prendre les décisions nécessaires à son bon déroulement;
- Approuver le devis d'évaluation pour le Manitoba;
- Approuver les changements importants proposés par la direction du projet;
- S'assurer de la satisfaction des intervenants;
- Déterminer la fréquence des rencontres du comité;
- Identifier les sources de financement;
- Déterminer les stratégies visant la pérennité du projet;
- Identifier les orientations technologiques;
- Assurer l'arrimage de toutes les étapes du projet, y inclus identifier les activités cibles quand à la meilleure pratique des services;
- Être conseil à la qualité;
- Permettre aux membres d'orienter les activités du projet afin de mieux répondre aux attentes cliniques dans le respect des orientations professionnelles et ministérielles;
- Harmoniser les activités de développement et d'implantation;
- Assister à la revue du projet dans toutes ses différentes composantes;
- Faire état des difficultés prévues ou rencontrées et identifier des solutions;
- Proposer des éléments de solutions à tous les problèmes issus de l'application des conventions collectives, s'il y a lieu.

Soutien à la direction du projet au Manitoba, équipe de Québec

Tous les comités et équipes de travail qui ont été mis sur pied au sein du projet au Québec serviront à un soutien à la direction du projet au Manitoba.

Comités de travail

Les comités suivants ont été mis sur pied au Manitoba. Ceux-ci rassemblent des ressources reliées à diverses dimensions et retombées du projet : Comité clinique, de communication et d'évaluation.

Ces comités travaillent étroitement avec les comités de travail au Québec afin d'assurer une consistance dans les approches et une complémentarité dans les équipes.

Coordinatrice de projet

La coordinatrice de projet coordonne l'ensemble des activités du projet au Manitoba urbain et rural. Plus spécifiquement, elle est responsable du volet opérationnel, de la collecte de données pour l'évaluation, de la rédaction de rapports d'étapes et d'assister les équipes terrains dans la résolution de problèmes. D'autres rôles sont aussi attribués à la coordinatrice de projet : présider les réunions, rassembler une équipe pour le comité d'évaluation, présenter le projet aux partenaires de la communauté, faire les liens entre le CSSB, les WRHA, le CRHA et les évaluateurs de Québec.

Adjointe administrative

L'adjointe administrative est sous la responsabilité de la directrice du projet et assume les fonctions suivantes : effectuer le secrétariat du projet et rédiger les processus de travail.

Les intervenants du programme de soutien à domicile

Les intervenants du programme de soutien à domicile forment la pierre angulaire du projet. Ils sont les principaux utilisateurs des télésoins. Ils doivent revoir leur organisation de travail et être soutenus tout au long du processus. Cette équipe est sous la responsabilité de la coordinatrice de projet. Attentes face aux intervenants du soutien à domicile :

- Participer de façon volontaire au projet;
- Avoir le goût de travailler avec une nouvelle technologie;
- Avoir l'esprit critique et être capables d'avancer des solutions;
- Verbaliser leur insatisfaction et les difficultés rencontrées;
- Décrire le processus de travail actuel et proposer le processus de travail souhaité;
- Identifier les bases de connaissances requises pour le travail à domicile;
- Identifier les outils de gestion pouvant améliorer l'organisation du travail;
- Identifier et accompagner la clientèle qui aura accès à des équipements de télésoins;

- Expérimenter la nouvelle technologie;
- Participer aux étapes d'évaluation du projet;
- Travailler en étroite collaboration avec les techniciens qui assureront le support technologique.

La composition de l'équipe :

- Les intervenants qui desservent les régions de Saint-Boniface et Saint-Vital du Manitoba urbain;
- Les intervenants qui desservent les régions de St-Léon, Manitou et de Notre-Dame-de-Lourdes du Manitoba rural.

ANNEXE G : GRILLES D'ENTREVUE UTILISÉES AU COURS DE L'ÉVALUATION DU PROJET CLSC DU FUTUR

GRILLE D'ENTREVUE POUR LES GESTIONNAIRES DU PROJET CLSC DU FUTUR AU T0

Émergence du projet

Quelles sont les origines du CLSC du futur (d'où est venue l'idée du projet, qui l'a lancée, qui s'y est intéressé à ce moment?)

Comment les partenaires ont-ils été choisis?

Quels acteurs ont joué un rôle prédominant dans l'émergence du projet?

Comment les alliances se sont-elles créées entre ces acteurs?

Définition du projet

Pourriez-vous décrire le projet en terme d'objectifs, d'avantages et de désavantages (pour le CLSC, les usagers et les intervenants impliqués)?

Description de la situation au début du projet

À quoi vont ressembler les services SAD après l'implantation du projet? (aux niveaux des gestionnaires, des usagers et des intervenants)? En quoi vont-ils différer des services actuels?

Quelles sont les caractéristiques de la population visée par le projet?

Aspect opérationnel du projet (gestion du projet)

Comment prévoit-on réaliser le projet comme tel? (Mobilisations des intervenants, conditions d'implantation, processus de choix de la technologie, etc.)

Quels sont les facteurs (individuels, professionnels et organisationnels) qui peuvent influencer :

- la conduite du projet
- l'adhésion des intervenants et des usagers à cette nouvelle forme d'organisation de prestation des soins?

Quelles sont les difficultés qui risquent de surgir lors de l'implantation du CLSC du futur?

Des solutions sont-elles envisagées? Lesquelles?

À qui appartiendront les produits technologiques après le projet?

Aspect stratégique du projet

Pourquoi le CLSC Orléans s'engage-t-il dans ce projet?

Quel est le rôle du CLSC dans ce projet?

À quoi servent les comités directeur et de coordination?

Quels sont les rôles des acteurs (incluant le CLSC) présents dans ces comités?

À quoi servent les équipes de pilotage et d'intervenants SAD?

Quels sont les rôles des acteurs (incluant le CLSC) présents dans ces équipes?

Comment se situe le projet d'un point de vue régional?

Comment le projet est-il perçu dans votre milieu?

Pérennité du projet

Quelles sont les conditions qui assureraient que le projet continue au-delà de son financement?

Quelles sont les conditions qui permettraient de reproduire ce projet dans un autre territoire de CLSC?

GRILLE D'ENTREVUE POUR LES PARTENAIRES DU PROJET CLSC DU FUTUR AU T0

Quelle est la visée de votre association?

Quel est votre rôle dans cette association?

Émergence du projet

Comment avez-vous été approché pour participer au CLSC du futur?

Quels sont votre rôle et votre contribution à ce projet? (Expertise)

En quoi ce projet peut-il vous être utile? (Pourquoi les partenaires sont-ils intéressés par ce projet; où sont leurs intérêts?)

Avec quel(s) partenaire(s) du projet aviez-vous des liens avant le projet?

Quel type de collaboration aviez-vous avec ces partenaires?

Définition du projet

Pour vous, c'est quoi le CLSC du futur? (Avantages et désavantages)

Vous partez bientôt, comment allez-vous assurer la relève au sein du CLSC du futur?
Comment allez-vous expliquer à votre successeur le rôle de l'association au projet?

Comment croyez-vous que le projet va s'implanter?

Quels sont les résultats attendus du projet?

Quelles sont les difficultés qui risquent de surgir lors de l'implantation du CLSC du futur?

Quels sont les facteurs (individuels, professionnels et organisationnels) qui peuvent influencer la conduite du projet et l'adhésion des intervenants et des usagers à cette nouvelle forme d'organisation de prestation des soins?

Quelle sera l'utilité du projet pour la clientèle du CLSC, pour le CLSC lui-même et pour les organisations participantes?

Quelles sont vos attentes et appréhensions vis-à-vis le projet?

Comment les organisations participant au CLSC du futur aideront à atteindre les diverses finalités du projet? (Mobilisations des intervenants, conditions d'implantation, processus de choix de la technologie)

Comment le projet est-il perçu dans votre milieu?

Quels sont les personnes et les groupes de personnes qui pourraient être favorables (ou défavorables) à l'utilisation de vos outils dans ce projet?

Pérennité du projet

Quelles sont les conditions qui assureraient que le projet continue au-delà de son financement?

Quelles sont les conditions qui permettraient de reproduire ce projet dans un autre milieu?

GRILLE D'ENTREVUES POUR LES INTERVENANTS DU PROJET CLSC DU FUTUR AU T0

Intérêt

Qu'est-ce qui vous a amené à participer au projet CLSC du futur?

Êtes-vous favorable à ce projet? Pourquoi?

Connaissance du projet

Que savez-vous de ce projet?

Avez-vous été consulté lors de son élaboration ? Vos collègues?

Quelle information vous a-t-on transmise concernant le projet?

Vous a-t-on sensibilisé au projet? Qui et comment?

Vous diriez-vous bien, assez ou peu informé sur ce projet?

Avez-vous parlé de ce projet avec vos usagers? Si oui, quelles sont leurs perceptions?

Attentes et appréhensions

Quelles sont vos attentes face à ce projet?

- pour vous
- pour les autres intervenants
- pour les usagers
- pour le CLSC

En quoi ce projet peut-il vous être utile?

- pour vous
- pour les autres intervenants
- pour les usagers
- pour le CLSC

Avez-vous des appréhensions ou inquiétudes face à ce projet? Lesquelles?

- vous
- vos collègues
- vos usagers
- vos supérieurs

Organisation du travail

Selon vous, quels changements ce projet apportera-t-il dans votre mode de pratique?

Comment envisagez-vous ces changements?

- aspects positifs
- aspects négatifs
- autres

Comment percevez-vous le fait d'être moins présent au CLSC?

- pour vous
- pour vos collègues
- pour vos supérieurs

Avez-vous pensé au déroulement de votre journée de travail dans le cadre de ce projet? Si oui, décrivez-la moi.

Quelles connaissances avez-vous de l'informatique et des technologies prévues dans ce projet?

Vous diriez-vous très, assez, peu ou pas à l'aise à utiliser ces technologies. Expliquez.

Lorsqu'il y aura un problème, que ferez-vous?

Un support technique est-il prévu?

GRILLE D'ENTREVUES POUR LES REPRÉSENTANTS SYNDICAUX AU T0

Intérêt

Quelle est la vision du projet CLSC du futur?

Êtes-vous favorable à ce projet? Et votre Fédération? Pourquoi?

Connaissance du projet

Que savez-vous de ce projet?

Avez-vous été consulté lors de son élaboration ? Les autres représentants syndicaux?

Quelle information vous a-t-on transmise concernant le projet?

Vous a-t-on sensibilisé au projet? Qui et comment?

Vous diriez-vous bien, assez ou peu informé sur ce projet?

Avez-vous parlé de ce projet avec votre Fédération, vos membres? Si oui, quelles sont leurs perceptions?

Comité des relations de travail

Quelles sont vos perceptions sur ce comité et votre rôle?

Attentes et appréhensions

Quelles sont vos attentes et celles de vos membres face à ce projet?

Voyez-vous une utilité à ce projet? Laquelle ou lesquelles?

- pour vos membres
- pour les usagers
- pour le CLSC

Avez-vous des appréhensions ou inquiétudes face à ce projet? Lesquelles?

- vous (en tant que syndicat)
- vos membres
- les autres représentants syndicaux

Organisation du travail

Selon vous, quels changements ce projet apportera-t-il dans le mode de pratique de vos membres?

Comment envisagez-vous ces changements?

- aspects positifs
- aspects négatifs
- autres

Comment percevez-vous le fait que vos membres soient moins présents au CLSC?

GRILLE D'ENTREVUE POUR LES INFORMATEURS CLÉS AU T0

Émergence du projet

Quelle est l'origine du projet?

Comment les partenaires ont-ils été choisis?

Quels sont le rôle et la contribution de chacun des partenaires présents au projet?

Quel acteur a joué un rôle prédominant dans l'émergence du projet?

Comment les alliances se sont-elles créées?

En quoi ce projet peut-il être utile pour les partenaires du projet? (Pourquoi les partenaires sont-ils intéressés par ce projet; où sont leurs intérêts?)

Comment anticipez-vous que ce partenariat puisse évoluer?

Définition du projet

Pour vous, comment se définit le projet CLSC du futur en terme d'objectifs, d'avantages et de désavantages?

Quels sont les facteurs (individuels, professionnels et organisationnels) qui peuvent influencer la conduite du projet et l'adhésion des intervenants et des usagers à cette nouvelle forme d'organisation de prestation des soins?

Quelle sera l'utilité du projet pour la clientèle du CLSC, pour le CLSC lui-même et pour les organisations participantes?

Quelles sont vos attentes et appréhensions vis-à-vis le projet? Les changements attendus, le rôle des utilisateurs?

Comment les organisations participant au CLSC du futur aideront-elles à atteindre les diverses finalités du projet? (Mobilisations des intervenants, conditions d'implantation, processus de choix de la technologie)

Quelles sont les difficultés qui risquent de surgir lors de l'implantation du CLSC du futur?

Comment le projet est-il perçu dans votre milieu?

Pérennité du projet

Quelles sont les conditions qui assureraient que le projet continue au-delà de son financement?

Quelles sont les conditions qui permettraient de reproduire ce projet dans un autre milieu?

GRILLE D'ENTREVUE POUR LES GESTIONNAIRES DU PROJET CLSC DU FUTUR AU T2

Déclenchement de la restructuration du projet

Pouvez-vous nous rappeler la situation qui a amené la restructuration du projet et faire une sorte de diagnostic de la situation qui a amené cette restructuration.

N.-B. S'assurer que le diagnostic couvre les dimensions stratégiques (incluant le partenariat privé-public) et les dimensions opérationnelles du projet.

Mise en oeuvre de la restructuration

En quoi consiste-t-elle?

Au plan de la structure?

Comment devait-elle être enclenchée?

Quelles étaient les choses les plus importantes à faire?

Quel a été votre rôle dans la restructuration ?

Quelles ont été les difficultés rencontrées (facteurs facilitants et contraignants)?

Comment voyez-vous les liens avec les autres partenaires associés, que ce soit sur le terrain ou dans le développement technologique ? Quel type de collaboration aviez-vous avec ces partenaires? Comment cette collaboration s'est-elle créée?

Est-ce que les efforts de restructuration ont porté fruit? En quoi?

Autres considérations en lien avec le projet

Est-ce que le fait qu'il y ait un projet de création d'un GMF sur le territoire est considéré comme un avantage ou un inconvénient? Expliquer.

En réalisant ce projet, quelle sont les découvertes qui ont pu être faites? C'est-à-dire quelles sont les choses qui se sont déroulées différemment de ce qu'on avait prévu? Quelles sont les choses auxquelles on n'avait pas pensé qui se sont révélées comme importantes en cours de route? Expliquer.

Lancement de l'expérimentation

Quelles ont été les actions jugées prioritaires afin d'assurer le démarrage de la phase d'expérimentation?

En quoi l'expérimentation dans laquelle on s'engage est-elle conforme ou différente de ce que l'on avait anticipé au moment du démarrage du projet? Autrement dit, en quoi le projet s'est-il redéfini en cours de processus?

Est-ce que ceci est vu comme positif ou négatif?

Avenir du projet

Quelles sont les conditions qui assureraient que le projet continue au-delà de son financement? Quelles sont les conditions pour assurer la pérennité dans le cadre d'un projet en partenariat ?

Est-ce que ce projet a entraîné des changements permanents au CLSC? Ou dans l'organisation des soins et services au Centre de santé Orléans? Ou entre le Centre de santé et ses partenaires du réseau?

N.-B. Penser aux liens particuliers pour les usagers télésoins atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique et d'insuffisance cardiaque, accélération de l'implantation de I-CLSC, etc.

Quelles sont les conditions qui permettraient de reproduire ce projet dans un autre milieu?

GRILLE D'ENTREVUES #1 POUR LES INTERVENANTS DU PROJET CLSC DU FUTUR AU T2

Restructuration

Depuis la dernière fois que nous nous sommes rencontrés, le projet s'est restructuré, Pouvez-vous nous rappeler la situation qui a amené cette restructuration ? Faire une sorte de diagnostic de la situation qui a amené cette restructuration.

Est-ce que cette restructuration a changé quelque chose dans votre perception du projet? (Nouvelles attentes, appréhension, impacts sur la pratique...)

Vous diriez-vous plus informé, plus impliqué? Comment se fait cette implication?

Quelle est votre confiance en ce projet depuis cette restructuration? Et votre motivation?

Outils

Actuellement quels outils utilisez-vous? À quoi servent-ils?

Comment ce choix a-t-il été fait?

Quelle a été votre formation quant à l'utilisation de ces outils?

Êtes-vous satisfait de cette formation?

Vous diriez-vous à l'aise d'utiliser ces outils? Qu'est-ce qui a facilité et nui à votre utilisation?

Avez-vous du soutien quant à l'utilisation de ces outils?

Qu'arrive-t-il lorsque vous avez un problème avec ces outils?

Organisation du travail

Depuis que vous utilisez ces outils, y a-t-il eu des changements au niveau de votre pratique?

Qu'est-ce que ces outils vous permettent de faire?

Quels inconvénients voyez-vous à l'utilisation de ces outils?

Comment percevez-vous le fait d'être moins présent au CLSC? (pour vous; pour vos collègues; pour vos supérieurs)

Pouvez-vous nous décrire le déroulement de votre journée de travail avec ces outils?

Déterminants de l'adoption et de l'utilisation

D'après vous, quelles sont les conditions de succès de l'implantation de ces outils?

Dans votre milieu de travail, est-ce que l'implantation de ces outils a été réussie? Quels facteurs ont favorisé la réussite/ l'échec de l'implantation de ces outils?

En ce qui vous concerne, quels facteurs ont facilité ou limité votre utilisation de ces outils?

Si vous aviez la possibilité de changer des aspects à l'intérieur de ces outils, quels seraient-ils? Comment changeriez-vous ces aspects?

Comment envisagez-vous l'avenir de l'utilisation de ces outils dans votre pratique actuelle ou dans votre organisation?

GRILLE D'ENTREVUES #2 POUR LES INTERVENANTS DU PROJET CLSC DU FUTUR AU T2

Organisation du travail

Ce projet implique une réorganisation du travail qui touche à la fois votre environnement ou milieu de travail et votre pratique. Nous aimerions aborder ces deux volets avec vous.

Milieu de travail

Au niveau de votre milieu de travail, quels ont été pour vous les changements les plus importants? Expliquez.

Vous a-t-on consulté pour ces changements?

Est-ce que vous percevez ces changements comme positifs ou négatifs? Expliquez.

Y a-t-il des choses que vous aimeriez changer et comment?

Est-ce que cette réorganisation de votre milieu de travail a changé vos relations avec les gens de l'équipe, vos pairs, les autres professionnels du CLSC, les médecins, et vos usagers?

Comment percevez-vous le fait de ne plus avoir votre propre bureau?

Pratique

Pour une meilleure compréhension de votre pratique, pourriez-vous nous définir, dans un premier temps, vos tâches administratives.

Depuis que vous utilisez les outils informatisés, y a-t-il eu des changements au niveau de votre pratique? Si oui, quels sont les changements les plus importants?

Est-ce que vous percevez ces changements comme positifs ou négatifs? Expliquez.

Quels sont les avantages, les désavantages et les valeurs ajoutées de ces outils pour votre travail?

Est-ce que vos tâches administratives ont diminué? Si oui, de combien de temps par jour?

Est-ce que ces nouveaux outils ont changé vos relations avec les usagers, avec les autres professionnels du CLSC, avec les médecins, avec d'autres personnes?

Est-ce que ces outils ont changé ou modifié votre routine de travail? Si oui, en quoi?

Pouvez-vous nous décrire une journée de travail avant ce projet et maintenant?

Passez-vous plus de temps qu'avant avec les usagers? Si oui, combien de temps en moyenne?

Voyez-vous plus d'usagers qu'avant? Si oui, combien?

D'après vous, quels sont les impacts des changements pour les usagers?

D'après vous, est-ce que l'information fournie par la technologie a permis d'améliorer votre pratique, vos rapports avec les usagers, les collègues, les médecins, les autres professionnels?

Est-ce que l'information est pertinente? Expliquez.

Pouvez-vous, aujourd'hui, sortir du domicile de l'utilisateur avec son dossier finalisé? Expliquez.

Avez-vous rencontré des problèmes avec vos outils de travail? Si oui lesquels?

Lorsque vous avez un problème, y a-t-il du support de prévu? Si oui lequel?

Combien de temps par jour passez-vous au CLSC maintenant? Combien de temps y passiez-vous avant?

À quelle fréquence venez-vous au CLSC, (fréquence par jour)

Quelles sont les raisons qui vous font venir au CLSC?

À quel moment de la journée venez-vous au CLSC?

Vous arrive-t-il de travailler ailleurs (maison, voiture, etc.)? Si oui à quelle fréquence, combien de temps et à quelle période?

Déterminants de l'adoption et de l'utilisation

D'après vous, quelles sont les conditions de succès de l'implantation de ces outils?

Dans votre milieu de travail, est-ce que l'implantation de ces outils est réussie? Quels facteurs ont favorisé la réussite/ l'échec de l'implantation de ces outils?

En ce qui vous concerne, quels facteurs ont facilité, limité ou empêché votre utilisation de ces outils?

Si vous aviez la possibilité de changer des aspects à l'intérieur de ces outils, quels seraient-ils et pourquoi? Comment changeriez-vous ces aspects?

Comment envisagez-vous l'avenir de l'utilisation de ces outils dans votre pratique actuelle, dans votre organisation, dans les autres CLSC?

GRILLE D'ENTREVUE POUR LA DIRECTRICE ADJOINTE AU T2

Pourriez-vous nous raconter comment vous en êtes venue à participer à ce projet?

Quels sont votre rôle et votre mandat dans ce projet?

À ce jour, quelles ont été vos principales réalisations?

Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées lors de l'implantation du projet et comment les avez-vous réglées?

Selon vous, d'autres difficultés pourraient-elles surgir? Si oui, lesquelles et comment allez-vous y répondre?

Avez-vous l'appui et le support nécessaires pour accomplir votre mandat?

Quelles sont les caractéristiques de la population visée par le projet (SAD et télésoins)?

Quels sont les facteurs (individuels, professionnels et organisationnels) qui peuvent influencer :

- la conduite du projet
- l'adhésion des intervenants et des usagers à cette nouvelle forme d'organisation de prestation des soins?

À quoi devraient ressembler les services SAD après l'implantation du projet? (aux niveaux des gestionnaires, des usagers et des intervenants)?

Selon vous, quels sont les avantages, les désavantages et les valeurs ajoutées de ce projet pour les usagers, les intervenants, les gestionnaires, les partenaires du CLSC?

Pourquoi le CLSC Orléans s'est-il engagé dans ce projet?

Quel est le rôle du CLSC dans ce projet?

Comment se situe le projet d'un point de vue régional?

Comment le projet est-il perçu dans votre milieu?

Pérennité du projet

Quelles sont les conditions qui assureraient que le projet continue au-delà de son financement?

Quelles sont les conditions qui permettraient de reproduire ce projet dans un autre territoire de CLSC?

GRILLE D'ENTREVUE POUR LES MÉDECINS AU T2

Intérêt

Qu'est-ce qui vous a amené à participer au projet CLSC du futur?

Êtes-vous favorable à ce projet? Pourquoi?

Connaissance du projet

Que savez-vous de ce projet?

Avez-vous été consulté lors de son élaboration ? Vos collègues?

Quelle information vous a-t-on transmise concernant le projet?

Vous a-t-on sensibilisé au projet? Qui et comment?

Vous diriez-vous bien, assez ou peu informé sur ce projet?

Avez-vous parlé de ce projet avec vos usagers? Si oui quelles sont leurs perceptions?

Attentes et appréhensions

Quelles sont vos attentes face à ce projet?

- pour vous
- pour vos relations avec le CLSC
- pour les usagers

En quoi ce projet peut-il vous être utile?

- pour vous
- pour vos relations avec le CLSC
- pour les usagers

Avez-vous des appréhensions ou inquiétudes face à ce projet? Lesquelles?

- vous
- pour vos relations avec le CLSC
- vos usagers

Organisation du travail

Selon vous, quels changements ce projet apporte-t-il dans votre mode de pratique?

Comment envisagez-vous ces changements?

- aspects positifs
- aspects négatifs
- autres

Comment envisagez-vous vos relations avec le CLSC suite à ce projet?

Quelles connaissances avez-vous de l'informatique et des technologies prévues dans ce projet?

Vous diriez-vous très, assez, peu ou pas à l'aise à utiliser ces technologies. Expliquez.

Lorsqu'il y a un problème, que faites-vous?

Déterminants de l'adoption

D'après vous, quelles sont les conditions de succès de l'implantation de ces technologies?

Dans votre milieu de travail, est-ce que l'implantation de ces technologies a été réussie? Quels facteurs ont favorisé la réussite/ l'échec de l'implantation de ces technologies?

En ce qui vous concerne, quels facteurs ont facilité *votre* utilisation de ces technologies?

Et les facteurs qui ont limité *votre* utilisation de ces technologies?

Si vous aviez la possibilité de changer des aspects à l'intérieur de ces technologies, quels seraient-ils? Comment changeriez-vous ces aspects?

Comment envisagez-vous l'avenir de l'utilisation de ces technologies dans votre pratique actuelle ou dans votre organisation?

GRILLE D'ENTREVUE POUR LES MÉDECINS ASSOCIÉS AUX TÉLÉSOINS AU T2

Expérience des télésoins

Comment avez-vous été amené à participer au volet télésoins du projet CLSC du futur?

Que savez-vous de ce projet?

Quels sont les points positifs et négatifs?

Que pensez-vous du choix de la clientèle?

Quelles difficultés ont été rencontrées?

Quelles sont les améliorations que vous souhaiteriez?

Comment ce projet a-t-il été perçu par vos patients?

Organisation du travail

Les télésoins ont-ils apporté des changements dans votre mode de pratique?

Si oui, lesquels?

Comment envisagez-vous ces changements? (Aspects positifs, négatifs, autres)

Les télésoins ont-ils apporté des changements dans vos relations avec vos patients, les infirmières du CLSC, vos collègues, le CLSC, le réseau de services?

Selon vous, quelle vision vos collègues ont-ils des télésoins?

Comment percevez-vous votre rémunération pour les services offerts?

Déterminants de l'adoption et de l'utilisation

D'après vous, quelles sont les conditions de succès de l'implantation de ces technologies?

En ce qui vous concerne, quels facteurs ont facilité ou limité votre utilisation de ces technologies?

Si vous aviez la possibilité de changer des aspects à l'intérieur de ces technologies, quels seraient-ils? Comment changeriez-vous ces aspects?

Comment envisagez-vous l'avenir de l'utilisation de ces technologies dans votre pratique, dans votre organisation?

Pour la clientèle

À qui profiterait le plus cette technologie?

Critères de sélection en terme de gravité de la maladie

Autres

GRILLES D'ENTREVUES POUR LES USAGERS AVANT L'EXPÉRIMENTATION DES TÉLÉSOINS AU T2

Problèmes de santé et services actuels

Pour quelles raisons avez-vous besoin de services de soutien à domicile?

En quoi consistent ces services?

Quelles ressources vous les dispensent? À quelle fréquence?

Depuis combien de temps recevez-vous les services du CLSC?

En quoi consistent ces services?

Qui les dispense?

À quelle fréquence?

Combien de temps demandent-ils?

Avez-vous de l'aide de vos proches? Lien de parenté.

En quoi consiste-t-elle et à quelle fréquence?

Êtes-vous satisfait des services reçus?

Accès (accueil du CLSC, intervenants, médecins, etc.)

Rapidité (temps de la demande versus le service dispensé)

Connaissances et compétences

Communications (CLSC, intervenants, médecins, pharmacien)

Coûts, bénéfices

Y a-t-il des améliorations que vous souhaiteriez?

Avez-vous un médecin de famille ou autre? Fréquence des visites et disponibilité.

Quand vous avez un problème que faites-vous?

Ressources utilisées

À quelle fréquence cela vous arrive-t-il? Intervalle entre les épisodes de soins.

Réponses (rapidité et satisfaction)

Dans la dernière année, combien de fois êtes-vous allé à l'urgence? Quand et pourquoi?

Combien de fois avez-vous été hospitalisé? Pourquoi et durée des séjours.

Comment s'est déroulée la continuité des services à votre sortie de l'hôpital?

Communication (entre les établissements, les intervenants, le médecin, le pharmacien)

Services prescrits versus services reçus

Rapidité

Satisfaction

Enfin, vous diriez-vous en confiance, rassuré, par les services qui vous sont offerts par le CLSC? Expliquer.

Intérêt et connaissance du projet

Qu'est-ce qui vous a amené à participer au projet CLSC du futur?

Que savez-vous de ce projet? Des télésoins?

Qui vous en a parlé?

Vous diriez-vous bien, assez ou peu informé sur ce projet?

Qu'est-ce que ce projet changera au niveau des services que vous recevez présentement?

Attentes et appréhensions

Quelles sont vos attentes face à ce projet?

- pour vous
- pour vos proches aidants
- des intervenants, de votre médecin
- du CLSC

En quoi ce projet peut-il vous être utile?

Avez-vous des appréhensions ou inquiétudes face à ce projet? Lesquelles?

Selon vous, quels changements ce projet apportera-t-il dans votre quotidien, votre mode de vie?

Comment envisagez-vous ces changements?

- aspects positifs
- aspects négatifs
- autres

Technologies

Quelles connaissances avez-vous des technologies prévues dans ce projet? Expliquer.

Lesquelles vont être installées chez-vous? À quoi servent-elles?

Comment voyez-vous leur présence dans votre maison?

Y a-t-il une formation prévue à cette fin? Expliquer.

Si formation reçue : Qui vous a enseigné à utiliser les technologies? Satisfaction.

Vous diriez-vous très, assez, peu ou pas à l'aise d'utiliser ces technologies.

Faites-vous confiance à ces technologies, aux informations qu'elles vont transmettre.

Au niveau de la sécurité vous diriez-vous plus en sécurité, comme avant, moins en sécurité avec l'ajout de ces appareils?

Lorsqu'il y aura un problème, que ferez-vous?

Finalement, est-ce qu'il y a autre chose que vous aimeriez nous faire savoir?



POST-TÉLÉSOINS

Sondage auprès des patients

Bonjour mon nom est **Françoise Labbé** de l'Unité de recherche en santé publique de Québec. Notre équipe de recherche a reçu le mandat d'évaluer le projet Télésoins qui se déroule au Centre de santé Orléans.

Aussi, comme vous avez utilisé les télésoins dans le cadre de ce projet, nous aimerions connaître votre opinion. Accepteriez-vous de répondre à quelques questions? Soyez assuré que toutes vos réponses seront traitées de façon confidentielle et que votre nom ne sera jamais mentionné.

Code d'identification :

Âge : _____ Sexe : M ☐ F ☐

Diagnostic : _____

Participation au projet Télésoins : du _____ au _____ Nb de mois : _____

Qu'est-ce qui vous a amené à participer à ce projet (pourquoi, comment, etc.)? _____

Qui vous a invité à participer à ce projet? _____

Êtes-vous allé à l'urgence dans l'année précédant les télésoins? Oui ☐ Non ☐

Si oui, combien de fois? _____ À quelle période? _____

Pourquoi? _____

Moyen de transport utilisé? _____

Avez-vous été hospitalisé dans l'année précédant les télésoins? Oui ☐ Non ☐

Si oui, combien de fois? _____ À quelle période? _____

Pourquoi? _____

Durée approximative de l'hospitalisation? _____

Receviez-vous des soins à domicile avant et pendant votre participation aux télésoins? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquels? _____ À quelle fréquence? _____

Temps requis? _____

Recevez-vous encore ces soins? Oui ☐ Non ☐

Étiez-vous suivi par un médecin de famille (clinique, CLSC, domicile, autres) avant, pendant votre participation aux télésoins? Oui ☐ Non ☐

Si oui, nom et lieu des visites? _____

Raisons et fréquence des visites? _____

Avez-vous encore ce suivi? Oui ☐ Non ☐

Étiez-vous suivi par un spécialiste avant, pendant votre participation aux télésoins? Oui ☐ Non ☐

Si oui, nom et spécialité? _____

Raison, fréquence et lieu des visites? _____

Avez-vous encore ce suivi? Oui ☐ Non ☐

Technologie

Quel équipement vous a-t-on installé à la maison? _____

Périphériques? _____

Avez-vous reçu une formation avant d'utiliser cette technologie? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous trouvé cette technologie facile d'utilisation? Oui ☐ Non ☐

Expliquez? _____

Avez-vous besoin d'aide pour l'utiliser? Oui ☐ Non ☐

Si oui, qui vous aide? _____

Avez-vous confiance en cette technologie? Oui ☐ Non ☐

Expliquez? _____

Avez-vous rencontré des problèmes? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquels et comment ont-ils été réglés? _____

Y a-t-il des améliorations que vous souhaiteriez? _____

Expérience vécue

Pouvez-vous nous parler de votre expérience avec les télésoins?

- Avantages : _____

- Désavantages : _____

- Réponses aux attentes : _____

- Sécurité pour vous : _____

- Pour vos proches : _____

Les télésoins demandent une participation active de la part des patients, par exemple la prise quotidienne des mesures. De cette participation du patient à son processus de soins, pouvez-vous nous dire quels sont :

- Les avantages : _____

- Les désavantages : _____

- Les valeurs ajoutées : _____

Au cours de cette expérience, avez-vous connu des alertes? Oui ☐ Non ☐

Si oui, combien et fréquence? _____

Interventions réalisées et par qui? _____

Vous sentiez-vous en confiance avec l'infirmière qui assurait le suivi de l'information transmise par télésoins?

Oui ☐ Non ☐

Expliquez? _____

Ces alertes ont-elles nécessité des visites à domicile? Oui ☐ Non ☐

Si oui, combien, de qui et pourquoi? _____

À l'urgence? Oui ☐ Non ☐

Si oui, combien et pourquoi? _____

Des hospitalisations? Oui ☐ Non ☐

Si oui, nombre et durée de séjour? _____

Ce suivi par télésoins vous a-t-il évité des visites à l'urgence? Oui ☐ Non ☐

Si oui, combien et comment? _____

Des hospitalisations? Oui ☐ Non ☐

Si oui, combien et comment? _____

Ce suivi par télésoins a-t-il changé ou modifié les services que vous receviez :

- Du SAD : _____
- De votre médecin de famille : _____
- De votre spécialiste : _____
- De vos proches : _____

Ce suivi par télésoins a-t-il changé ou modifié vos relations avec :

- Votre médecine de famille : _____
- De votre spécialiste : _____
- Les professionnels du SAD : _____
- Vos proches : _____

Ce suivi par télésoins vous a-t-il appris à mieux gérer vos problèmes de santé? Expliquez?

Êtes-vous satisfait des services reçus? Expliquez ? _____

Recommanderiez-vous les télésoins à une personne ayant les mêmes problèmes de santé? Oui ☐ Non ☐

Pourquoi? _____

Post-télésoins

Vous n'avez plus de suivi avec les télésoins depuis combien de temps? _____

Date d'arrêt : _____

Avez-vous été consulté pour que l'on mette fin à ce suivi? Oui ☐ Non ☐

Étiez-vous d'accord pour qu'on mette fin à ce suivi? Oui ☐ Non ☐

Expliquez? _____

Avez-vous reçu des visites à domicile pour un problème de santé depuis l'arrêt des télésoins?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, combien, de qui et pourquoi? _____

Êtes-vous allé à l'urgence depuis l'arrêt des télésoins? Oui ☐ Non ☐

Combien de fois et pourquoi? _____

Moyen de transport utilisé? _____

Avez-vous été hospitalisé? Oui ☐ Non ☐

Combien de fois? _____

Pourquoi et durée du séjour? _____

Avez-vous d'autres commentaires à ajouter? _____

Merci de votre collaboration

GRILLE D'ENTREVUE DES INFIRMIÈRES TÉLÉSOINS AU T2

Projet

Avez-vous été consultée pour l'élaboration de ce projet?

Diriez-vous avoir été bien informée, moyennement ou peu informée sur ce projet?

Étiez-vous très motivée, moyennement ou peu motivée pour ce projet? Expliquez.

Des changements ont été apportés à ce qui était prévu à l'origine. Parlez-nous de ces changements, de leurs impacts et comment vous les percevez?

Pouvez-vous nous parler du recrutement des usagers (usagers du SAD, nouvelle clientèle, etc.).

Selon vous, est-ce que des patients avec d'autres pathologies pourraient bénéficier des télésoins? Si oui, lesquels?

Formation

Vous avez reçu une formation avant d'utiliser ces outils. Pouvez-vous nous en parler? (Aspects positifs et négatifs, réponses aux attentes).

Vous diriez-vous très satisfaite, satisfaite ou peu satisfaite de cette formation? Commentez.

Vous sentez-vous à l'aise avec cette technologie? Quels sont les points positifs et négatifs? Les améliorations souhaitées?

Diriez-vous que son utilisation est très facile, facile ou peu facile?

Organisation du travail

Quels sont les impacts des télésoins dans votre travail? Effets de l'ajout de cette clientèle?

Y a-t-il eu des changements au niveau de votre pratique? Si oui, quels sont les changements les plus importants? Est-ce que vous percevez ces changements comme positifs ou négatifs? Expliquez.

Quels sont les avantages, les désavantages et les valeurs ajoutées de ces outils pour votre travail? Pour les usagers?

Est-ce que ces nouveaux outils ont changé vos relations avec les usagers, avec les autres professionnels, avec les médecins, avec d'autres personnes?

Est-ce que ces outils ont permis de créer de nouvelles relations? Si oui, lesquelles?

Est-ce que ces outils ont changé ou modifié votre routine de travail? Si oui, expliquez.

Pensez-vous que ces usagers vont vous apporter un surplus de travail? Expliquez.

D'après vous, quels sont les impacts des télésoins pour les usagers? (sécurité, etc.)

Avez-vous rencontré des problèmes avec ces outils? Si oui lesquels?

Lorsque vous avez un problème y a-t-il du support de prévu? Si oui lequel?

Déterminants de l'adoption et de l'utilisation

D'après vous, quelles sont les conditions de succès de l'implantation de ces outils?

Dans votre milieu de travail, est-ce que l'implantation de ces outils a été réussie? Quels facteurs ont favorisé la réussite/ l'échec de l'implantation de ces outils?

En ce qui vous concerne, quels facteurs ont facilité ou limité votre utilisation de ces outils?

Si vous aviez la possibilité de changer des aspects à l'intérieur de ces outils, quels seraient-ils et pourquoi? Comment changeriez-vous ces aspects?

Comment envisagez-vous l'avenir de l'utilisation de ces outils dans votre pratique actuelle, dans votre organisation, dans d'autres organisations similaires?

Quel serait le modèle idéal?

Comment fonctionne le recrutement des usagers?

Combien y a-t-il eu de visites à domicile à la demande de l'infirmière au monitoring?

Quelles ont été les raisons et durées approximatives de la visite ?

Pouvez-vous me décrire le programme d'enseignement pour les usagers des télésoins?

ANNEXE H : DÉTAILS DE LA DÉMARCHÉ ÉVALUATIVE

Sources de données selon les phases du projet

Niveau stratégique

Phases du projet	Émergence du projet Avril 2000 – Déc. 2001	Préexpérimentation Jan. 2002 – Mars 2003	Expérimentation Avril 2003 – Déc. 2003
Sources des données	Procès-verbaux des réunions des comités et des documents connexes Observation participante lors de réunions des comités Entrevues individuelles : gestionnaires (3) partenaires (11)	Procès-verbaux des réunions des comités et des documents connexes Observation participante lors de réunions des comités Entrevues individuelles : gestionnaires (3) partenaires (7) Test de Tannenbaum : 1re cueillette de données au comité directeur printemps 2002	Procès-verbaux des réunions des comités et des documents connexes Observation participante lors de réunions des comités Entrevues individuelles : gestionnaires (6) partenaires (3) Test de Tannenbaum : 2e cueillette de données au comité directeur à l'été 2003

Sources de données selon les phases du projet

Niveau opérationnel

Phases du projet	Émergence du projet Avril 2000 – Déc. 2001	Préexpérimentation Janvier 2002 – Mars 2003	Expérimentation Avril 2003 – Déc. 2003
Sources des données	Procès-verbaux des réunions des comités et des documents connexes Observation participante lors de réunions des comités	Procès-verbaux des réunions des comités et des documents connexes Observation participante lors de réunions des comités Entrevues individuelles : intervenants (13)	Procès-verbaux des réunions des comités et des documents connexes Observation participante lors de réunions des comités <u>Début de l'expérimentation</u> : Entrevues de groupe avec les intervenants (2) et entrevue individuelle avec un gestionnaire (1) <u>Fin de l'expérimentation</u> : Entrevues individuelles avec usagers prétéléssoins (9) et posttéléssoins (17) Entrevues de groupes avec intervenants (3) Entrevues individuelles : pneumologues (2), infirmière de liaison (1) et usagers du système d'information en SAD (6) Accompagnement d'intervenants dans l'exécution de leurs travaux

Cadre d'analyse des effets

Objectifs du projet, résultats attendus, indicateurs et sources de données

Objectifs	Résultats attendus par le projet	Indicateurs	Sources
Accès à l'information au domicile	Présence de cette information	Présence de cette information	• Observations, entrevues de groupe
Meilleure efficacité des services de soins à domicile³	Réduction des déplacements des intervenants	Nombre, temps et raisons de déplacements	• Rapport de l'école d'architecture • Frais de déplacement, observations et entrevues de groupe (intervenants) • Dépenses au kilométrage
	Réduction des tâches administratives des intervenants	Temps alloué à ces tâches	• Rapport de l'école d'architecture • Observations et entrevues de groupe • Fiches de temps supplémentaire
	Augmentation du temps de contact avec les usagers	Temps alloué à ces tâches	• Rapport de l'école d'architecture • Observations et entrevues de groupe
	Réduction des délais d'attente des usagers	Délais d'attente	• Entrevues de groupe et individuelles (intervenants et usagers)
	Outils utiles et acceptables	Perceptions de l'utilité et de l'acceptabilité des outils	• Entrevues individuelles (usagers) • Entrevues de groupe (intervenants)
Meilleure intégration des services	Formation d'un réseau de partenaires	Nombre de partenaires Continuité du réseau existant	• Estimation de l'étendue du réseau et entrevues de groupe
Effets sur la santé	Prolongation du séjour	Lourdeur des cas	• Entrevues de groupe

³ N.-B. : Des indicateurs de l'évolution de la charge de travail du personnel seront évalués à l'aide du SIC et du document Évolution du volume de la clientèle et de leurs caractéristiques; évolution de la nature des services requis; évolution du « case-load » des intervenants.

Objectifs	Résultats attendus par le projet	Indicateurs	Sources
	au domicile	Identification de décisions de report d'institutionnalisation	(intervenants) • SMAF
	Augmentation du sentiment de sécurité des usagers	Effets sur habitudes et qualité de vie	• Entrevues individuelles (usagers)
Efficienne organisationnelle	Réduction du temps de l'utilisation des locaux du CLSC par l'intervenant	Temps d'utilisation des locaux	• Rapport de l'école d'architecture • Observations et entrevues
	Réduction des investissements	Projection des investissements requis (aménagement) p/r investissements technologiques	• Rapport de l'école d'architecture
	Amélioration de la gestion des services	Nouveaux modes de pratique et de gestion : • Organisation éclatée, décentralisée, virtuelle • Planification et organisation territoriale des services • Équipes autonomes, sentiment d'appartenance • Organisation où l'intervenant est de plus en plus mobile et fonctionnel sur les plans professionnel et informationnel • Indicateurs de performance : voir tableau suivant	• Rapport de l'école d'architecture, observations, entrevues de groupe et l-CLSC
Efficacité des technologies	Technologies en lien avec les objectifs	Les objectifs du projet	• Entrevues de groupe (intervenants) et individuelles (usagers)
	Technologies bien intégrées aux habitudes		• Observations • Entrevues de groupe (intervenants) et individuelles (usagers)
Protection de la vie privée et sécurité des technologies	Solutions acceptables pour les utilisateurs et les usagers	• Appréciation des mécanismes de consentement et d'accès à l'information • Obtention du consentement • Utilisation des solutions	• Entrevues de groupe (intervenants) et individuelles (usagers)

Objectifs	Résultats attendus par le projet	Indicateurs	Sources
Pérennité du projet	Mise en place de conditions spécifiques au contexte du projet favorisant la pérennité de celui-ci	• Appréciation des conditions de pérennité; • Appréciation du potentiel de diffusion; • Appréciation de l'arrimage entre l'infrastructure organisationnelle et l'organisation des services cliniques; • Identification des conditions liées à l'infrastructure organisationnelle (cadre et mécanismes de gestion, incitatifs, indicateurs de suivi, etc.) qui permettent de soutenir l'atteinte des objectifs.	• Observations au comité directeur

Indicateurs de performance (comparaison entre le T0 et le T1)
Caractéristiques de la clientèle :
• Nombre d'utilisateurs et âge moyen par groupes d'âge Raisons d'intervention / tranches d'âge
Nature des services offerts à la clientèle :
• Nombre d'utilisateurs, âge moyen, nombre d'interventions ou d'actes, durée totale et durée moyenne d'interventions ou d'actes, degré d'autonomie (SMAF)/ profil d'intervention/ raison d'intervention / type d'acte
Raison de cessation :
• Nombre d'utilisateurs, âge moyen et degré d'autonomie/raison de cessation
Charge de travail par intervenant :
• Nombre d'utilisateurs, âge moyen, nombre d'interventions, durée totale et durée moyenne d'interventions, degré d'autonomie (SMAF) de la clientèle,/ intervenant /type d'intervenant

ANNEXE I : PROGRAMMES D'ENSEIGNEMENT

Programme d'enseignement du Centre de santé Orléans

Insuffisance cardiaque		
1^{re} rencontre	2^e rencontre	3^e rencontre
• Information sur l'insuffisance cardiaque • Anatomie du cœur • Circulation normale • Les artères coronaires • Définition de l'insuffisance droite et gauche • Signes et symptômes • Causes et facteurs de risques • Causes de l'insuffisance cardiaque • Facteurs de risques incontrôlables (3) • Facteurs de risques contrôlables (7)	• Les 3 composantes du traitement • Médication • Conseils généraux • Nom, posologie • Effets spécifiques • Saine alimentation réduite en sel • Restriction sodique • Conseils pratiques • Restriction liquidienne • Restriction liquidienne • Conseils pratiques • Recommandations nutritionnelles	• Vivre au quotidien • Changements psychologiques • Réorganiser ses habitudes de vie • Gérer son stress • Bon dosage de repos et d'activités physiques • Précautions • Personnes ressources • Feuillet : « Quand contacter l'infirmière »

Lorsqu'un usager présente les deux pathologies, les éléments spécifiques à la 2^e pathologie sont enseignés lors d'une 4^e rencontre. De plus, selon les besoins des usagers, une rencontre supplémentaire peut avoir lieu pour traiter des points spécifiques tels les exercices physiques, le sommeil, la sexualité et le tabagisme.

Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)		
1 ^{re} rencontre	2 ^e rencontre	3 ^e rencontre
• Information sur MPOC • Anatomie des poumons • Physiologie de la bronchite chronique • Physiologie de l'emphysème • Signes et symptômes • Causes et facteurs aggravants • Causes de la bronchite chronique • Causes de l'emphysème • Facteurs aggravants • Composantes du traitement • Techniques de respiration • Technique de toux contrôlée • Plan d'action • Traitement régulier • Traitement relié aux facteurs aggravants • Traitement relié à une infection respiratoire • Conseils si non réponse au traitement	• La médication • Broncho-dilatateur • Anti-inflammatoire • Antibiotiques (plan d'action) • Nom, posologie • Effets spécifiques • Entretien des dispositifs d'inhalation	• Habitudes de vie • Observance du traitement • Saine alimentation • La relaxation • Cycle d'anxiété • Essoufflements • Techniques de relaxation • Conservation de l'énergie • Suggestions

ANNEXE J : CRITÈRES D'ANALYSE DES TECHNOLOGIES

Convivialité. Principe selon lequel les mécanismes d'accès sont faciles d'utilisation et la formation adaptée aux conditions d'utilisation;

Disponibilité. Principe selon lequel l'utilisateur a accès à l'information et aux applications dont il a besoin en tout temps et tout lieu : mobilité d'accès, tolérance aux pannes, robustesse, reprise;

Évolutivité. Principe selon lequel les composantes du système sont considérées comme normalement provisoires, celles-ci devant forcément évoluer;

Interopérabilité. Principe selon lequel les applications s'arriment entre elles : arrimage aux projets connexes, utilisation de normes et standards;

Maturité. Principe selon lequel les composantes du système ont atteint un état d'achèvement d'un processus de développement, d'une maturation;

Performance. La performance concerne la capacité d'un système à fonctionner rapidement et avec une économie de moyens;

Polyvalence. La polyvalence renvoie à la capacité d'utiliser en totalité ou en partie les fonctions d'un système et que ces fonctions appuient diverses applications;

Propriété. Principe selon lequel les droits de propriété intellectuelle des composantes d'un système, publics ou privés, sont respectés;

Sécurité. La sécurité concerne plus précisément la confidentialité, l'intégrité et l'imputabilité des données du système lors de l'acquisition, du stockage, du transfert et du traitement de celles-ci;

Validité. Principe en vertu duquel les données saisies sont conformes à la réalité : bon appariement de l'utilisateur et de son dossier, fiabilité de l'enregistrement des données saisies;

Vigie. La vigie renvoie à une activité de surveillance permanente devant permettre un repérage anticipé de signes ou d'indices révélateurs de changements technologiques importants.

ANNEXE K : ACRONYMES

Agence	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale
CAI	Commission d'accès à l'information
CHA	Centre hospitalier affilié universitaire de Québec
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CSO	Centre de santé Orléans, Québec
CSSB	Centre de santé Saint-Boniface, Manitoba
DCI	Dossier clinique informatisé
DMZ	Zone démilitarisée
DSIE	Demande de services interétablissements
ECG	Électrocardiogramme
GMF	Groupes de médecine de famille
I-CLSC	Intégration-CLSC
MOP	Manuel d'organisation de projet
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NTIC	Nouvelles technologies de l'information et de la communication
OÉMC	Outil d'évaluation multiclientèle
ORSC	Office régional de la santé du Centre
ORSW	Office régional de la santé de Winnipeg
PFT	Plan fonctionnel et technique
PICLO	Partenariat interministériel avec les communautés de langue officielle
PPICS	Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
RSIPAPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie
RTSS	Réseau de télécommunications sociosanitaires
SAD	Soutien à domicile
SICHELD	Système d'information clientèle en centre d'hébergement et de soins de longue durée
SIC-PLUS	Noyau de l'application I-CLSC
SIGG	Système d'information géronto-gériatrique interdisciplinaire et interétablissements
WRHA	Winnipeg Regional Health Authority