

**Inventaire des systèmes d'information dans le réseau de la santé
et leur utilisation dans le cadre de la pratique infirmière**

Juillet 2002

Rédaction

Sylvie Dubois, inf., M.Éd., M.B.A., coordonnatrice du soutien professionnel, Direction du développement et du soutien professionnel, OIIQ

Collaborations spéciales

Louise Cantin, inf., M.Sc.inf., secrétaire générale adjointe et directrice, Direction du développement et du soutien professionnel, OIIQ

Judith Leprohon, inf., Ph.D., directrice scientifique, OIIQ

Louiselle Bouffard, inf., M.Sc.inf., infirmière-conseil, Direction du développement et du soutien professionnel, OIIQ

Révision linguistique

Direction des services aux clientèles et des communications, OIIQ

Distribution

Centre de documentation

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

4200, boulevard Dorchester Ouest

Montréal (Québec) H3Z 1V4

Téléphone : (514) 935-2501 ou 1 800 363-6048

Télécopieur : (514) 935-5273

cdoc@oiiq.org

<http://www.oiiq.org>

Dépôt légal

2^e trimestre 2002

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 2-89229-300-6

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2002

La reproduction d'extraits de ce document est autorisée à la condition qu'il soit fait mention de la provenance.

Note — Conformément à la politique rédactionnelle de l'OIIQ, le féminin est utilisé seulement pour alléger la présentation.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	5
INTRODUCTION	7
MÉTHODOLOGIE.....	9
SOURCES D'INFORMATION	9
LIMITES DE LA MÉTHODOLOGIE.....	12
RÉSULTATS DES SONDAGES	13
PROFIL DES PARTICIPANTS AUX SONDAGES	13
PRINCIPAUX SYSTÈMES D'INFORMATION UTILISÉS DANS LE CADRE DE LA PRATIQUE CLINIQUE	14
SYSTÈMES D'INFORMATION ET LEUR DISTRIBUTION PAR RÉGIONS	16
SATISFACTION EXPRIMÉE EN FONCTION DES RÉPONSES OBTENUES.....	19
IMPACTS DES SYSTÈMES D'INFORMATION SUR LA PRATIQUE DES INFIRMIÈRES	24
CONSTATS ET DISCUSSION PORTANT SUR LES RÉSULTATS.....	31
L'AVENIR DES SYSTÈMES D'INFORMATION DANS LE CADRE DE LA TÉLÉSANTÉ.....	35
CONCLUSION	38
RÉFÉRENCES	39
ANNEXES	40
ANNEXE I - MEMBRES DU COMITÉ-CONSEIL DE VIGIE TECHNOLOGIQUE	41
ANNEXE II - APERÇU DES ACTIVITÉS RÉALISÉES PAR L'OIIQ À L'ÉGARD DE L'INFORMATISATION DANS LE CADRE DES SOINS INFIRMIERS	42
ANNEXE III - DESCRIPTION DES SYSTÈMES ET DES APPLICATIONS — AOÛT 2000	43

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 - NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS PARTICIPANTS PAR RÉGION ET PAR MISSION	11
TABLEAU 2 - NOMBRE D'INFIRMIÈRES RECENSÉES ET POSTES OCCUPÉS.....	13
TABLEAU 3 - LISTE DES SYSTÈMES ET PRODUITS LES PLUS UTILISÉS	15
TABLEAU 4 - SYSTÈMES D'INFORMATION DANS LES CHSLD PARTICIPANTS SELON LA RÉGION.....	16
TABLEAU 5 - SYSTÈMES D'INFORMATION DANS LES CH PARTICIPANTS SELON LA RÉGION	17
TABLEAU 6 - SYSTÈMES D'INFORMATION DANS LES CLSC PARTICIPANTS SELON LA RÉGION	18
TABLEAU 7 - SOMMAIRE DES SYSTÈMES D'INFORMATION UTILISÉS PAR MISSION.....	19
TABLEAU 8 - SATISFACTION EXPRIMÉE PAR LES ÉTABLISSEMENTS RÉPONDANTS MISSION CHSLD	20
TABLEAU 9 - SATISFACTION EXPRIMÉE PAR LES ÉTABLISSEMENTS PARTICIPANTS MISSION CH.....	21
TABLEAU 10 - SATISFACTION EXPRIMÉE PAR LES ÉTABLISSEMENTS PARTICIPANTS MISSION CLSC	22
TABLEAU 11 - SOMMAIRE DE LA SATISFACTION DES ÉTABLISSEMENTS PARTICIPANTS PAR MISSION D'ÉTABLISSEMENT	23
TABLEAU 12 - IMPACTS DES SYSTÈMES CLINIQUES ET CLINICO-ADMINISTRATIFS SUR LA PRATIQUE EN CHSLD SELON LES ÉTABLISSEMENTS PARTICIPANTS.....	25
TABLEAU 13 - IMPACTS DES SYSTÈMES CLINIQUES ET CLINICO-ADMINISTRATIFS SUR LA PRATIQUE EN CH SELON LES ÉTABLISSEMENTS PARTICIPANTS.....	26
TABLEAU 14 - IMPACTS DES SYSTÈMES CLINIQUES ET CLINICO-ADMINISTRATIFS SUR LA PRATIQUE EN CLSC SELON LES ÉTABLISSEMENTS RÉPONDANTS.....	28
TABLEAU 15 - SOMMAIRE DES IMPACTS DES SYSTÈMES CLINIQUES ET CLINICO-ADMINISTRATIFS SELON LES ÉTABLISSEMENTS PARTICIPANTS PAR TYPE D'ÉTABLISSEMENT	30
TABLEAU 16 — TÉLÉSANTÉ	36

SOMMAIRE

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a décidé, en 2000, de réaliser une étude visant à faire état de la situation concernant l'utilisation des nouvelles technologies en lien avec la profession. Un comité-conseil de vigie technologique *ad hoc* a donc été mis en place afin d'alimenter les travaux qui ont été principalement associés à des sondages. Un premier sondage a été effectué par l'OIIQ et un deuxième, par le ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des technologies de l'information. Les données issues du sondage de l'OIIQ ont été complétées et croisées avec celles du Ministère.

On a procédé à un recensement des différents systèmes d'information clinique et clinico-administrative et de leur application dans le réseau de la santé et des services sociaux. L'ensemble de ces données a permis de dresser un tableau de l'informatisation clinique et de l'utilisation des systèmes clinico-administratifs et cliniques dans le réseau de la santé et des services sociaux, particulièrement pour les établissements ayant une mission CHSLD, CH et CLSC.

Étant donné que les systèmes d'information sont étroitement liés à la télésanté, le volet du télénursing (soins infirmiers à distance) a été abordé dans cette étude en lien avec différentes activités de l'OIIQ qui ont également permis de déterminer les enjeux qui découlent de la transformation du réseau à cet égard.

Force nous est de constater que la majorité des projets informatiques et des systèmes développés dans le réseau de la santé et des services sociaux sont initiés par le Ministère, les régions régionales ou les fournisseurs informatiques. Peu de systèmes, applications ou projets sont créés ou développés par les infirmières. De plus, l'accent porte prioritairement sur les systèmes d'information clinico-administrative au détriment des projets d'information clinique.

La faible représentativité des infirmières dans le dossier de l'informatisation fait qu'elles ont rarement l'occasion d'influencer les développements dans ce domaine. Ce constat est renforcé d'une part par le petit nombre de postes, parmi les infirmières, qui sont dédiés à ce dossier et, d'autre part, par l'insuffisance de la dimension clinique dans les systèmes d'information qu'utilisent les infirmières. Celles-ci doivent donc participer activement au développement des systèmes d'information clinique pour que les produits répondent aux besoins de la pratique.

Les infirmières ont besoin de soutien en ce qui concerne le dossier des nouvelles technologies de l'information tant pour la gestion des connaissances que pour l'utilisation judicieuse des outils technologiques et le développement de la pratique du télénursing. Par une représentativité plus importante, les infirmières pourront accroître leur leadership en ce qui a trait au développement technologique. Elles pourront également contribuer à l'adoption d'une vision commune par les établissements de santé et les établissements d'enseignement afin que les technologies de l'information puissent soutenir adéquatement la pratique.

INTRODUCTION

Lors de la mise en place de sa stratégie organisationnelle en 1999 et, afin de relever les défis de l'avenir, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a décidé dans un premier temps de réaliser une étude visant à faire état de la situation concernant l'utilisation des nouvelles technologies qui ont un lien direct avec la profession et, dans un deuxième temps, de réfléchir sur l'avenir des systèmes d'information dans le cadre de la télésanté.

Comme il est fait mention dans l'énoncé de politique de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC, 2001b), l'infirmière a un rôle à jouer dans le développement des nouvelles technologies de la santé. Il faut que les infirmières puissent intervenir à tous les stades du processus pour définir les besoins, mettre au point des technologies, procéder à l'application de la technologie et évaluer ses retombées sur les soins.

Les technologies de l'information utilisées en santé sont réparties en trois axes : les systèmes d'information clinique et clinico-administrative, le télénursing et les technologies de soins. Tout en reconnaissant l'importance de chacun de ces axes, cette étude a ciblé principalement les systèmes d'information clinique et clinico-administrative et leur application dans le réseau en tenant compte du leadership exercé par les infirmières dans ce domaine. Néanmoins, le volet du télénursing a été abordé, notamment par le biais de la participation de l'OIIQ à la Table ministérielle en télésanté et il sera traité dans le dernier chapitre de ce document en le situant dans une perspective d'avenir.

Les principaux travaux effectués dans le cadre de cette étude sont associés à des sondages. Un premier sondage a été effectué par l'OIIQ pour recenser les différents systèmes d'information et leur application dans le réseau, et un deuxième sondage mené par la Direction des technologies de l'information du ministère de la Santé et des Services sociaux a permis de compléter les données recueillies dans le cadre du sondage de l'OIIQ.

Pour le sondage de l'OIIQ, un comité-conseil de vigie technologique *ad hoc* a été mis en place afin d'alimenter les travaux. Ce comité se composait de 11 membres. Huit de ces membres ont été choisis pour leur expertise dans le domaine de l'informatisation clinique et les trois autres membres, notamment la responsable du projet (voir l'annexe I), étaient des conseillères de l'OIIQ.

Le rôle du comité-conseil a consisté principalement à valider le questionnaire du sondage et à participer à l'évaluation des résultats. Ce comité a tenu trois rencontres et a participé aux travaux suivants :

- production d'un recensement des écrits sur les systèmes d'information (systèmes d'information clinique et clinico-administrative incluant les systèmes de classification, les bases de données, etc.) ;
- production d'un inventaire des systèmes d'information (systèmes d'information clinique et administrative) existants et utilisés au Québec, et ce, par le biais des réponses fournies par le sondage.

Au cours de ces travaux, le comité-conseil a constaté :

- l'absence d'uniformisation de la terminologie liée à l'informatique infirmière ;
- l'absence de liste des associations infirmières qui s'intéressent au domaine de l'informatisation ;
- la difficulté d'accéder à de l'information pertinente dans le domaine, et enfin ;
- la fragmentation de l'information sur les systèmes d'information existants dans le réseau de la santé.

Ces constats ont amené le comité-conseil de vigie technologique à élaborer différents outils, notamment un lexique définissant chacun des termes utilisés dans le domaine de l'informatisation clinique et une liste d'acronymes couramment employés dans les écrits sur l'informatique clinique. Une médiagraphie a également été développée pour permettre le regroupement de références documentaires et une liste d'associations de référence dans le domaine a été créée.

Même si le mandat du comité-conseil de vigie technologique est terminé et que le comité a été dissous à l'été 2000, l'Ordre a réalisé plusieurs activités et il a collaboré à des comités ministériels d'importance. L'annexe II décrit plus en détail les activités réalisées par l'OIIQ.

Ce document présente tout d'abord la méthodologie et les résultats de l'étude ainsi que les constats généraux établis à partir de l'ensemble des sources d'information. Il aborde ensuite l'avenir des systèmes d'information dans le cadre de la télésanté.

MÉTHODOLOGIE

Cette étude comporte deux volets. Le premier volet concerne une étude faite auprès des établissements du réseau de la santé, et le second volet est une réflexion sur l'avenir des systèmes d'information dans le cadre de la télésanté. L'étude a été faite par le biais de deux sondages, essentiellement auprès de deux sources d'information. Le premier sondage a été effectué par l'Ordre auprès des conseils des infirmières et infirmiers (CII), avec la collaboration du comité-conseil de vigie technologique, et le second a été réalisé par le ministère de la Santé et des Services sociaux auprès des directrices de soins infirmiers (DSI) et des responsables des soins infirmiers (RSI). La fusion des données en provenance de ces deux sources de données a permis la présentation des résultats qui vont suivre.

Sources d'information

Sondage de l'OIIQ et taux de participation

Le CII est une instance qui représente l'ensemble des infirmières d'un établissement, y compris la directrice ou la responsable des soins infirmiers, et il a accès à l'information pertinente dans les établissements de santé. De plus, la position stratégique qu'il occupe au sein de l'organisme, la responsabilité qu'il a de donner son avis au directeur général sur l'organisation scientifique et technique du centre et le rôle important qu'il joue quant aux décisions relatives aux technologies informationnelles ont conduit le comité-conseil à consulter les CII. La consultation a été effectuée au printemps 2000 au moyen d'un sondage par questionnaire écrit. Il a été annexé au bulletin « CII à l'écoute » de février 2000 et envoyé aux présidentes de CII de l'ensemble des établissements de santé du réseau. Pour chaque système utilisé, le questionnaire portait sur :

- le système d'information utilisé et une brève description ;
- son utilisation (totale, partielle) ;
- les types d'utilisateurs ;
- la satisfaction des utilisateurs ;
- l'implantation du système (unité de soins, établissement) ;
- les impacts du système sur la pratique clinique.

Le nombre total d'établissements ayant répondu au sondage de l'OIIQ est de 116 sur 465¹, ce qui représente un taux de réponse de 25 %.

1. Nombre total d'établissements exploitant les missions CHSLD, CH et CLSC.

Sondage du MSSS et taux de participation

Afin d'obtenir un portrait de l'informatisation clinique dans le réseau de la santé, la Direction des technologies de l'information (DTI) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a enclenché, en juin 2000, en collaboration avec l'OIIQ, une opération de recensement des systèmes d'information clinique et clinico-administrative en soins infirmiers.

Un sondage a été adressé aux directrices et aux responsables de soins infirmiers de l'ensemble des établissements de santé du réseau. Pour chaque système utilisé, le questionnaire portait sur :

- le système d'information utilisé ;
- son utilisation par le personnel infirmier ;
- les unités de soins qui l'utilisent ;
- la satisfaction des utilisateurs ;
- les impacts du système sur la pratique clinique.

Les résultats de cette opération, prévus pour le début de l'automne 2000, ont été disponibles à la fin de juillet 2001, venant ainsi compléter l'inventaire de l'OIIQ.

Le nombre total d'établissements ayant répondu à ce deuxième sondage est de 146 sur 465², ce qui représente un taux de réponse de 31 %.

Fusion des sondages et taux de participation

Étant donné la similitude du contenu des questionnaires et le fait que les mêmes établissements de santé étaient visés par ces sondages, les résultats ont été fusionnés. Cependant, certaines questions qui ont été posées dans les sondages n'ont pu être traitées en raison de l'absence ou de l'insuffisance de réponses. Les éléments bonifiés à la suite de la fusion des sondages touchaient au profil des participants, aux principaux systèmes d'information utilisés et à leur distribution par régions, à la satisfaction exprimée envers les systèmes utilisés, et aux impacts qu'ont ces systèmes sur la pratique clinique.

La combinaison des résultats des deux sondages a permis d'augmenter le taux de réponse à 41 %, soit 190 sur 465 établissements exploitant les missions CHSLD, CH et CLSC.

Nombre d'établissements participants par mission et par région

Compte tenu des fusions administratives, chaque établissement peut répondre pour plus d'une mission. Les données issues du répertoire des établissements de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ, 2000) et de l'annuaire des établissements de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2000) ont été utilisées pour répartir les établissements participants en fonction de leur mission respective.

2. Nombre total d'établissements exploitant les missions CHSLD, CH et CLSC.

Le tableau ci-dessous montre la représentation régionale des établissements participants en fonction de leurs missions.

TABLEAU 1 - NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS PARTICIPANTS PAR RÉGION ET PAR MISSION				
Régions³	Nombre d'établissements participants	Nombre d'établissements par mission		
		CHSLD	CH	CLSC
01	9	4	4	6
02	14	4	8	6
03	16	8	9	5
04	17	8	8	8
05	3	1	3	1
06	39	8	21	14
07	11	5	6	7
08	7	3	4	4
09	0	3	4	3
10	-	-	-	-
11	3	-	2	1
12	18	11	6	9
13	4	3	1	3
14	6	3	2	4
15	11	8	-	6
16	27	10	8	12
17	-	-	-	-
18	-	-	-	-
Total	190	79	86	89

Nombre total d'établissements dans le réseau	465	190	126	149
Taux de participation	41 %	42 %	68 %	60 %

On note que 3 régions sur 18 n'ont pas répondu aux sondages, soit les régions du Nord-du-Québec (10), du Nunavik (17) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (18). Néanmoins, plusieurs régions dont Montréal-Centre (6) et Montérégie (16) ont participé de façon importante.

3. 1. Bas-Saint-Laurent 2. Saguenay—Lac-Saint-Jean 3. Québec 4. Mauricie—Centre-du-Québec 5. Estrie 6. Montréal-Centre 7. Outaouais 8. Abitibi-Témiscamingue 9. Côte-Nord 10. Nord-du-Québec 11. Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine 12. Chaudière-Appalaches 13. Laval 14. Lanaudière 15. Laurentides 16. Montérégie 17. Nunavik 18. Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Par ailleurs, sachant qu'un établissement peut comporter plus d'une mission, soit CHSLD, CH ou CLSC, le taux de participation des établissements participants par mission varie du taux de participation pour l'ensemble des établissements. Ainsi, il est de 42 % pour les CHSLD, 68 % pour les CH et 60 % pour les CLSC, comparativement au taux global de 41 %.

Limites de la méthodologie

La méthodologie utilisée comporte des limites. Les premières concernent les questionnaires. L'existence de deux sources de données comportant des questions traitant des mêmes sujets, mais libellées différemment, et le manque d'uniformisation dans le vocabulaire utilisé pour répondre aux questionnaires constituent des obstacles.

Une autre limite concerne la question visant à recenser les systèmes d'information en utilisation. Afin de pallier son manque de précision, seuls les systèmes ayant un lien avec la pratique clinique ont été considérés. De ce fait, les systèmes administratifs comme la paie, les achats, le budget, etc., ont été exclus de l'étude, car ils ne sont pas liés aux fonctions de soins. Également, les applications « maison » utilisant, par exemple, Excel ou Access pour compiler et gérer les données n'ont pas été considérées du fait qu'elles ne sont ni reconnues ni documentées.

Cette consultation a été réalisée auprès des CII, des DSI et des RSI. Le fait que des participants non infirmiers aient répondu à des questions concernant la pratique clinique pourrait constituer une limite additionnelle selon la consultation effectuée au préalable auprès des utilisatrices.

Néanmoins, les résultats de cette consultation auprès des DSI, des RSI et des CII permettent de dégager un portrait de l'informatisation clinique du réseau de la santé et de la représentativité infirmière dans ce dossier.

RÉSULTATS DES SONDAGES

Profil des participants aux sondages

La majorité des personnes qui ont répondu aux sondages occupent des postes tels que directeur de l'informatique, responsable informatique, coordonnateur régional, chef du Service des ressources humaines, conseiller en projets spéciaux, etc. Par contre, le sondage a révélé que, dans plusieurs établissements participants, certaines infirmières étaient également responsables du dossier de l'informatisation ou y étaient associées.

Le tableau ci-dessous montre la représentation régionale des infirmières parmi les participants aux questionnaires, ainsi que le poste occupé.

TABLEAU 2 - NOMBRE D'INFIRMIÈRES RECENSÉES ET POSTES OCCUPÉS		
Régions	Nombre d'infirmières identifiées en lien avec le dossier d'informatisation	Poste ⁴
01	3	RSI, coordonnatrice, chargée de projets
02	4	RSI, chargé de projets (3)
03	6	DSI, directrice adjointe à la directrice des soins infirmiers (DSI) (2), infirmière soignante, assistante infirmière-chef, chargé de projets
04	7	DSI (2), RSI (3), infirmière soignante, agente de projets
05	1	Coordonnateur du développement de systèmes d'information clinique
06	21	DSI (4), RSI (1), adjointe DSI (3), conseillère aux projets spéciaux, infirmière soignante (10), chargée de projets (2)
07	3	Responsable de service, infirmière soignante (2)
08	3	RSI, DSI, infirmière clinicienne
09	1	Infirmière
10	-	—
11	1	RSI
12	16	DSI (2), RSI, infirmière-chef adjointe, assistante des unités de soins, coordonnatrice, directrice de programme, conseillère en gestion de programme, conseillère clinique, chargée de projets , directrice des services à la clientèle (4), conseillère en application informatique , infirmière
13	1	Infirmière-chef adjointe
14	4	Coordonnatrice, RSI, DSI, infirmière
15	2	Infirmière-chef, infirmière-chef adjointe
16	5	DSI (2), infirmière responsable du système , infirmière, infirmière-chef d'équipe
17	-	—
18	-	—
Total	78	Total de 12 postes dédiés

4. Les postes inscrits en caractères gras sont ceux dédiés au dossier de l'informatisation, soit un total de 12.

Tel que démontré dans le tableau ci-dessus, dans l'ensemble des régions, 78 infirmières sont associées au dossier de l'informatisation. Les données montrent également que toutes les régions qui ont répondu au sondage ont au moins une infirmière qui participe au dossier de l'informatisation. Les régions qui se démarquent en ce qui concerne le nombre d'infirmières sont celles de Montréal-Centre (6) et de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine (12). Dans cette dernière région, ce nombre s'explique par le fait qu'elle procède actuellement à des développements technologiques importants afin de garantir des liens avec des centres urbains et assurer ainsi des soins et services à sa clientèle, malgré la distance.

En ce qui concerne la nature des postes occupés, au moins 12 infirmières ont un poste dédié au dossier de l'informatisation, soit à titre de chargée de projets, agente de projets, responsable du système ou conseillère en applications informatiques. Quant aux 66 autres infirmières, elles cumulent d'autres fonctions, en plus de ce dossier.

Principaux systèmes d'information utilisés dans le cadre de la pratique clinique

Une des questions du sondage portait sur la présence ou l'absence de systèmes d'information dans les établissements de santé. La consultation d'une analyse portant sur les systèmes d'information utilisés dans le réseau ainsi que de la littérature dans le domaine a permis au comité-conseil de vigie technologique de déterminer que deux types de systèmes étaient utilisés dans le cadre de la pratique clinique : les systèmes cliniques et les systèmes clinico-administratifs.⁵

Le comité-conseil a convenu, à partir des écrits et des expertises, qu'un système clinique est un système qui contient, entre autres, des plans de soins ou tout autre contenu se rattachant à la pratique clinique (soins donnés au patient) et peut inclure une note narrative dans un champ de texte. Même si ces systèmes ne permettent pas d'extraire les données, de faciliter la rédaction des notes ou de générer une synthèse des données recueillies selon un vocabulaire infirmier normalisé, ces systèmes sont considérés comme des systèmes cliniques. Certains permettent la consultation de plans de soins types, d'autres permettent d'en documenter une partie, qui est complétée de façon manuscrite, et d'autres encore offrent la possibilité de faire de la gestion de risques ou de lits et de gérer la médication des patients.

Les systèmes clinico-administratifs, eux, sont étroitement associés aux fonctions de gestion liées aux soins et services donnés à la clientèle. Le comité-conseil utilise les termes *systèmes d'index-patient, d'admission-départ-transfert, de pharmacie, de radiologie, d'information clientèle et de laboratoire*.

L'analyse des données recueillies a donc permis de répertorier les principaux systèmes⁶ qu'on trouve dans les établissements de santé participants et de classer ces systèmes par types et par secteurs d'activité avec le nom du produit disponible sur le marché.

5. Le mot « système » est utilisé comme abréviation pour « système d'information » afin d'alléger le texte.

6. Ce sont les systèmes reconnus, utilisés et documentés.

Le tableau ci-dessous présente le classement des systèmes qu'on trouve dans les établissements de santé participants tel que défini par le comité-conseil de vigie.

TABLEAU 3 - LISTE DES SYSTÈMES ET PRODUITS LES PLUS UTILISÉS⁷		
Systèmes	Cadres	Produits
Clinique	Courte durée	Médiplan, PIMDI, Ariane/Hélios
	Longue durée	SICHELD (3 fournisseurs ⁸ : SICHELD Plus, Clinicheld, Médicheld)
Clinico-administratif	Laboratoire	Médirésult, Calculus
	Urgence	Triurge, Siurge, Uργο
	Salle d'opération	Opéra, Périscope
	« Intensité des soins » ⁹	Apache, Grasp (Mistro), Messii, Plaisir, PRN, Panda
	CLSC	Intégration CLSC, Info-Santé CLSC

Par ailleurs, il convient d'apporter une précision au sujet de SICHELD. Le SICHELD est un système que le comité-conseil a défini comme étant un système clinique. Il comprend trois modules : le module 1, qui est un module clinico-administratif (admission-départ-transfert), le module 2, qui permet de tracer le profil bio psycho social du patient, et le module 3, qui contient les interventions cliniques. À notre connaissance, le module 1 de ce système, c'est-à-dire le module clinico-administratif est majoritairement utilisé dans l'ensemble des centres, contrairement aux deux autres (le dernier, en particulier), qui sont peu utilisés à ce jour¹⁰. Malgré ces considérations, le comité a choisi de définir ce système comme étant clinique.

7. Voir l'annexe III pour plus d'information sur chacun des produits.

8. Donnée de 2000. Depuis, des changements au niveau des fournisseurs ont été amorcés.

9. Les systèmes d'intensité des soins sont plus ou moins informatisés, à l'exception de MESSII.

10. Information fournie par l'Association des CLSC et CHSLD du Québec.

Systèmes d'information et leur distribution par régions

Les tableaux 4, 5 et 6 ci-dessous présentent le nombre de centres qui ont précisé dans le sondage avoir (ou non) un système d'information clinique ou clinico-administratif, ou les deux. La distribution est faite par régions et par missions d'établissements.

TABLEAU 4 - SYSTÈMES D'INFORMATION DANS LES CHSLD PARTICIPANTS SELON LA RÉGION							
Régions	Nombre total de CHSLD participants	Systèmes cliniques		Systèmes clinico-administratifs		Aucun système ¹¹	
		n ¹²	%	n	%	n	%
01	4	-	-	2	50	2	50
02	4	2	50	1	25	2	50
03	8	6	75	2	25	1	13
04	8	7	88	4	50	-	-
05	1	-	-	1	100	-	-
06	8	8	100	2	25	-	-
07	5	2	40	3	60	1	20
08	3	3	100	1	33	-	-
09	3	-	-	3	100	-	-
10	-	-	-	-	-	-	-
11	-	-	-	-	-	-	-
12	11	10	91	2	18	-	-
13	3	2	67	3	100	-	-
14	3	1	33	3	100	-	-
15	8	7	88	-	-	1	13
16	10	9	90	5	50	1	10
17	-	-	-	-	-	-	-
18	-	-	-	-	-	-	-
Total	79	57	72 %	32	41 %	8	10 %

Pour les CHSLD, aux régions 10, 17 et 18, qui n'ont pas répondu du tout au sondage, s'ajoute la région de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine (11) où aucun CHSLD n'a répondu dans la région.

Parmi les établissements qui exploitent la mission CHSLD, 72 % d'entre eux indiquent utiliser des systèmes cliniques. Ce pourcentage élevé était prévisible, puisqu'il reflète en grande partie le déploiement du système SICHELD, système d'information utilisé en soins de longue durée.

11. Les établissements ont spécifié n'avoir aucun système, ce qui est différent de « sans réponse ».

12. Nombre de CHSLD participants pour chaque type de système.

TABLEAU 5 - SYSTÈMES D'INFORMATION DANS LES CH PARTICIPANTS SELON LA RÉGION							
Régions	Nombre total de CH participants	Systèmes cliniques		Systèmes clinico-administratifs		Aucun système	
		n¹³	%	n	%	n	%
01	4	2	50	3	75	1	25
02	8	4	50	4	50	1	13
03	9	4	44	3	33	1	11
04	8	3	38	6	75	2	25
05	3	1	33	2	67	1	33
06	21	7	33	17	81	-	-
07	6	-	-	2	33	4	67
08	4	3	75	3	75	-	-
09	4	1	25	3	75	-	-
10	-	-	-	-	-	-	-
11	2	1	50	1	50	-	-
12	6	5	83	4	67	-	-
13	1	-	-	1	100	-	-
14	2	1	50	2	100	-	-
15	-	-	-	-	-	-	-
16	8	5	63	5	63	-	-
17	-	-	-	-	-	-	-
18	-	-	-	-	-	-	-
Total	86	37	43 %	56	65 %	10	12 %

Pour les CH, aux régions 10, 17 et 18, qui n'ont pas répondu du tout au sondage, s'ajoute la région des Laurentides (15) où aucun établissement participant ne possède une mission CH. Autre fait saillant, dans la région de l'Outaouais (07), 4 des 6 établissements participants mentionnent n'avoir aucun système d'information.

Parmi les CH participants, 43 % d'entre eux disent détenir des systèmes cliniques. Les principaux systèmes cliniques mentionnés par ces derniers sont Médiplan, Pimdi, Ariane/Hélios.

13. Nombre de CH participants pour chaque type de système.

TABLEAU 6 - SYSTÈMES D'INFORMATION DANS LES CLSC PARTICIPANTS SELON LA RÉGION							
Régions	Nombre total de CLSC participants	Systèmes cliniques		Systèmes clinico-administratifs		Aucun système	
		n¹⁴	%	n	%	n	%
01	6	-	-	4	67	2	33
02	6	1	17	5	83	1	17
03	5	2	40	4	80	-	-
04	8	3	38	8	100	-	-
05	1	-	-	1	100	-	-
06	14	4	29	11	79	1	7
07	7	-	-	7	100	-	-
08	4	3	75	3	75	-	-
09	3	-	-	3	100	-	-
10	-	-	-	-	-	-	-
11	1	-	-	1	100	-	-
12	9	6	67	4	44	-	-
13	3	2	67	3	100	-	-
14	4	1	25	4	100	-	-
15	6	2	33	4	67	1	17
16	12	5	42	11	92	-	-
17	-	-	-	-	-	-	-
18	-	-	-	-	-	-	-
Total	89	29	33 %	73	82 %	5	6 %

Pour les CLSC, des réponses ont été obtenues pour toutes les régions, sauf pour les régions 10, 17 et 18.

Parmi les CLSC participants, 33 % d'entre eux disent détenir des systèmes cliniques. Actuellement, au Québec, aucun système clinique n'est conçu pour la mission CLSC. Ce pourcentage s'explique par le fait que les établissements utilisent les systèmes cliniques des centres ayant une mission CHSLD ou CH fusionnés avec les CLSC.

Contrairement à ce qui est véhiculé dans le réseau, à savoir que tous les CLSC sont informatisés, 6 % des CLSC participants disent n'avoir aucun système clinique ou clinico-administratif. Ce pourcentage s'explique, entre autres, par le fait que certaines régions, comme le Bas-Saint-Laurent (1), ont opté pour une centralisation régionale des services d'Info-Santé CLSC. Les appels étant dirigés vers un CLSC, cela fait qu'il y a absence de système Info-Santé CLSC dans les autres CLSC.

14. Nombre de CLSC participants pour chaque type de système.

Le tableau 7 présente un sommaire du nombre de centres qui ont répondu avoir (ou non) un système d'information clinique ou clinico-administrative, ou les deux par mission, toutes régions confondues.

TABLEAU 7 - SOMMAIRE DES SYSTÈMES D'INFORMATION UTILISÉS PAR MISSION							
Mission	Nombre total d'établissements participants	Systèmes cliniques		Systèmes clinico-administratifs		Aucun système	
		n¹⁵	%	n	%	n	%
CHSLD	79	57	72	32	41	8	10
CH	86	37	43	56	65	10	12
CLSC	89	29	33	73	82	5	6

Il appert, selon les établissements répondants, que les systèmes clinico-administratifs prédominent à 82 % dans les établissements à mission CLSC, notamment à cause des systèmes déployés pour Info-Santé CLSC.

Dans le cas des CHSLD, le pourcentage est plus élevé pour les systèmes cliniques que pour les systèmes clinico-administratifs en raison de l'utilisation de SICHELD.

Quant aux CH, 65% d'entre eux possèdent des systèmes clinico-administratifs et 43% possèdent des systèmes cliniques.

Satisfaction exprimée en fonction des réponses obtenues

Après avoir indiqué les systèmes utilisés, chaque établissement était appelé à se prononcer sur son degré de satisfaction envers chacun de ces systèmes. Les réponses obtenues en regard de la satisfaction apparaissent dans les tableaux suivants en fonction de la mission de chacun des établissements.

15. Nombre d'établissements participants par mission pour chaque type de système

TABLEAU 8 - SATISFACTION EXPRIMÉE PAR LES ÉTABLISSEMENTS RÉPONDANTS MISSION CHSLD

Régions		Satisfaction envers les systèmes cliniques								Satisfaction envers les systèmes clinico-administratifs							
		Nombre de CHSLD ayant répondu	Satisfait		Insatisfait		Aucun commentaire		Nombre de CHSLD ayant répondu	Satisfait		Insatisfait		Aucun commentaire			
			n ¹⁶	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%		
01	4	0	-	-	-	-	-	-	2	1	50	1	50	-	-		
02	4	2	-	-	2	100	-	-	1	1	100	-	-	-	-		
03	8	6	3	50	1	17	2	33	2	1	50	1	50	-	-		
04	8	7	6	86	1	14	-	-	4	4	100	-	-	-	-		
05	1	0	-	-	-	-	-	-	1	1	100	-	-	-	-		
06	8	8	3	38	2	25	3	38	2	1	50	1	50	-	-		
07	5	2	1	50	-	-	1	50	3	2	67	-	-	1	33		
08	3	3	2	67	1	33	-	-	1	1	100	-	-	-	-		
09	3	0	-	-	-	-	-	-	3	3	100	-	-	-	-		
10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
12	11	10	1	10	3	30	6	60	2	1	50	1	50	-	-		
13	3	2	-	-	-	-	2	100	3	3	100	-	-	-	-		
14	3	1	-	-	-	-	1	100	3	3	100	-	-	-	-		
15	8	7	1	14	4	57	2	29	0	-	-	-	-	-	-		
16	10	9	7	78	1	11	1	11	5	4	80	1	20	-	-		
17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Total	79	57 (72%)	24	42 %	15	26 %	18	32 %	32 (41%)	26	81 %	5	16 %	1	3 %		

Parmi les établissements participants exploitant une mission CHSLD, aux régions 10, 17 et 18 (qui n'ont pas répondu du tout au sondage) s'ajoute la région Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine (11) où aucun établissement ayant répondu ne possède une mission CHSLD.

Concernant leur satisfaction envers les systèmes en place, soit cliniques, clinico-administratifs ou les deux, près des trois quarts (72 %) des établissements ont répondu à la question sur les systèmes cliniques comparativement à 41 % pour les systèmes clinico-administratifs. Parmi ces établissements, 42 % ont dit être satisfaits des systèmes cliniques et 81 % ont dit être satisfaits des systèmes clinico-administratifs. De plus, il est à noter qu'en regard des systèmes cliniques, 32 % des établissements ayant répondu ont spécifié n'avoir aucun commentaire à formuler. Les réponses suggèrent que les systèmes clinico-administratifs utilisés dans les CHSLD répondent davantage aux besoins des utilisateurs que les systèmes d'information clinique en place.

16. Nombre de CHSLD participants pour chaque type de système.

TABLEAU 9 - SATISFACTION EXPRIMÉE PAR LES ÉTABLISSEMENTS PARTICIPANTS MISSION CH

Régions	Nombre total de CH participants	Satisfaction envers les systèmes cliniques							Satisfaction envers les systèmes clinico-administratifs						
		Nombre de CH ayant répondu	Satisfait		Insatisfait		Aucun commentaire		Nombre de CH ayant répondu	Satisfait		Insatisfait		Aucun commentaire	
			n ¹⁷	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%
01	4	2	-	-	2	100	-	-	3	2	67	1	33	-	-
02	8	4	2	50	2	50	-	-	4	4	100	-	-	-	-
03	9	4	3	75	-	-	1	25	3	2	67	1	33	-	-
04	8	3	2	67	1	33	-	-	6	5	83	-	-	1	17
05	3	1	-	-	-	-	1	100	2	2	100	-	-	-	-
06	21	7	2	29	-	-	5	71	17	6	35	4	24	7	41
07	6	0	-	-	-	-	-	-	2	1	50	-	-	1	50
08	4	3	1	33	1	33	1	33	3	1	33	1	33	1	33
09	4	1	1	100	-	-	-	-	3	2	67	-	-	1	33
10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	2	1	-	-	-	-	1	100	1	-	-	-	-	1	100
12	6	5	1	20	2	40	2	40	4	3	75	1	25	-	-
13	1	0	-	-	-	-	-	-	1	1	100	-	-	-	-
14	2	1	1	100	-	-	-	-	2	1	50	1	50	-	-
15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16	8	5	3	60	1	20	1	20	5	3	60	1	20	1	20
17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	86	37 (43%)	16	43 %	9	24 %	12	32 %	56 (65%)	33	59 %	10	18 %	13	23 %

Rappelons pour les établissements participants exploitant la mission CH, aux régions 10, 17 et 18 (qui n'ont pas répondu du tout au sondage) s'ajoute la région des Laurentides (15) où aucun établissement participant ne possède une mission CH.

Concernant leur satisfaction en regard des systèmes en place soit cliniques, soit clinico-administratifs ou les deux, moins de la moitié (43%) des établissements ont répondu à cette question pour les systèmes cliniques comparativement à 59 % pour les systèmes clinico-administratifs.

Ces établissements ont indiqué leur satisfaction dans 43 % et 59 % des cas en ce qui concerne les systèmes cliniques et clinico-administratifs respectivement. Les réponses suggèrent que les systèmes clinico-administratifs utilisés dans les CH répondent davantage aux besoins des utilisateurs que les systèmes d'information clinique en place.

17. Nombre de CH participants pour chaque type de système.

TABLEAU 10 - SATISFACTION EXPRIMÉE PAR LES ÉTABLISSEMENTS PARTICIPANTS MISSION CLSC

Régions	Nombre total de CLSC participants	Satisfaction envers les systèmes cliniques								Satisfaction envers les systèmes clinico-administratifs							
		Nombre de CLSC ayant répondu	Satisfait		Insatisfait		Aucun commentaire		Nombre de CLSC ayant répondu	Satisfait		Insatisfait		Aucun commentaire			
			n ¹⁸	%	n	%	n	%									
01	6	0	-	-	-	-	-	-	4	1	25	2	50	1	25		
02	6	1	-	-	1	100	-	-	5	4	80	-	-	1	20		
03	5	2	-	-	1	50	1	50	4	3	75	1	25	-	-		
04	8	3	2	67	1	33	-	-	8	8	100	-	-	-	-		
05	1	0	-	-	-	-	-	-	1	1	100	-	-	-	-		
06	14	4	1	25	1	25	2	50	11	8	73	1	9	2	18		
07	7	0	-	-	-	-	-	-	7	4	57	-	-	3	43		
08	4	3	1	33	1	33	1	33	3	2	67	-	-	1	33		
09	3	0	-	-	-	-	-	-	3	3	100	-	-	-	-		
10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
11	1	0	-	-	-	-	-	-	1	1	100	-	-	-	-		
12	9	6	-	-	3	50	3	50	4	3	75	1	25	-	-		
13	3	2	-	-	-	-	2	100	3	3	100	-	-	-	-		
14	4	1	-	-	-	-	1	100	4	4	100	-	-	-	-		
15	6	2	1	50	1	50	-	-	4	4	100	-	-	-	-		
16	12	5	3	60	2	40	-	-	11	10	91	1	9	-	-		
17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Total	89	29 (33%)	8	28 %	11	38 %	10	34 %	73 (82%)	59	81 %	6	8 %	8	11 %		

Rappelons pour les établissements participants exploitant la mission CLSC, toutes les régions ont obtenu des réponses, sauf pour les régions 10, 17 et 18. Cependant, n'ayant pas de systèmes cliniques, des établissements de certaines régions ont répondu à une partie seulement de la question.

Concernant leur satisfaction envers les systèmes en place, le tiers seulement des établissements a répondu à la question sur les systèmes cliniques comparativement à 82 % pour les systèmes clinico-administratifs.

Parmi les établissements qui ont répondu à la question, 28 % ont dit être satisfaits des systèmes cliniques utilisés, alors que 38 % ont dit en être insatisfaits. Par ailleurs, dans le cas des systèmes clinico-administratifs, 81 % ont dit être satisfaits et 8 %, insatisfaits. Les réponses suggèrent que les systèmes clinico-administratifs utilisés dans les CLSC répondent davantage aux besoins des utilisateurs que les systèmes d'information clinique en place.

18. Nombre de CLSC participants pour chaque type de système.

Le tableau ci-dessous présente le sommaire de la satisfaction des établissements participants par mission, toutes régions confondues.

TABLEAU 11 - SOMMAIRE DE LA SATISFACTION DES ÉTABLISSEMENTS PARTICIPANTS PAR MISSION D'ÉTABLISSEMENT															
Mission	Nombre total d'établissements participants	Satisfaction envers les systèmes cliniques							Satisfaction envers les systèmes clinico-administratifs						
		Nombre d'établissements ayant répondu	Satisfait		Insatisfait		Aucun commentaire		Nombre d'établissements ayant répondu	Satisfait		Insatisfait		Aucun commentaire	
			n ¹⁹	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%
CHSLD	79	57	24	42	15	26	18	32	32	26	81	5	16	1	3
CH	86	37	16	43	9	24	12	32	56	33	59	10	18	13	23
CLSC	89	29	8	28	11	38	10	34	73	59	81	6	8	8	11

Il appert que les systèmes clinico-administratifs sont appréciés pour l'ensemble des missions. Le pourcentage s'avère plus faible dans les CH, mais il est quand même important, soit 59 %. On note que plus de 30 % des établissements ayant répondu n'ont exprimé aucun commentaire à l'égard des systèmes cliniques. Les réponses suggèrent que les systèmes clinico-administratifs utilisés dans les établissements participants, toutes missions confondues, répondent mieux aux besoins des utilisateurs que les systèmes d'information clinique en place.

Globalement, les taux de satisfaction sont moins élevés et les taux d'insatisfaction plus élevés pour les systèmes cliniques que pour les systèmes clinico-administratifs.

19. Nombre d'établissements participants par mission pour chaque type de système.

Impacts des systèmes d'information sur la pratique des infirmières

L'impact des systèmes d'information sur la pratique de l'infirmière a été vérifié dans le cadre des sondages. Les réponses obtenues aux questions ouvertes du sondage de l'OIIQ ont été regroupées en cinq catégories. Les catégories A et B concernent la nature de l'impact qu'ont les systèmes d'information sur la pratique des infirmières. Les catégories C et D concernent les facteurs qui influent sur l'utilisation des systèmes. La catégorie E, quant à elle, regroupe les réponses indiquant spécifiquement l'absence de commentaire. Il faut souligner que plus d'un commentaire pouvait être formulé relativement au système utilisé par l'établissement.

Voici le détail des cinq catégories :

A. Amélioration de la gestion des unités de soins

Cette catégorie regroupe toutes les réponses qui faisaient état d'activités améliorant la gestion des unités. Par exemple, l'obtention de statistiques sur les clients et la production de rapports sur les activités et les différents types de clientèles.

B. Augmentation de la charge de travail des infirmières

Cette catégorie regroupe toutes les réponses qui indiquent que le temps nécessaire pour l'entrée de données dans les systèmes augmente la charge de travail.

C. Insuffisance de soutien sur le plan matériel, technique ou en ce qui concerne la formation

Cette catégorie regroupe toutes les réponses qui faisaient état d'un manque de soutien sur le plan matériel, technique ou en ce qui concerne la formation. Ces facteurs augmentent la difficulté d'utilisation.

D. Insuffisance de l'information sur les systèmes d'information et manque de participation de la part des infirmières

Cette catégorie regroupe toutes les réponses qui faisaient état de l'insuffisance d'information sur les systèmes et du manque de participation de la part des infirmières. Ces facteurs rendent plus difficiles les décisions relatives aux choix technologiques liés à la pratique.

E. Aucun commentaire

Cette catégorie regroupe toutes les réponses indiquant spécifiquement l'absence de commentaire qui ont été données aux questions ouvertes.

Les tableaux suivants présentent les impacts des systèmes cliniques et clinico-administratifs rapportés par les établissements participants sur la pratique des infirmières dans les CHSLD, les CH et les CLSC.

TABLEAU 12 - IMPACTS DES SYSTÈMES CLINIQUES ET CLINICO-ADMINISTRATIFS SUR LA PRATIQUE EN CHSLD SELON LES ÉTABLISSEMENTS PARTICIPANTS

Régions	Nombre total de CHSLD participants	SYSTÈMES CLINIQUES						SYSTÈMES CLINICO-ADMINISTRATIFS					
		Impacts du système sur la pratique des infirmières						Impacts du système sur la pratique des infirmières					
		Nombre de CHSLD ayant répondu	A	B	C	D	Aucun commentaire	Nombre de CHSLD ayant répondu	A	B	C	D	Aucun commentaire
		n ²⁰	n	n	n	n	n		n	n	n	n	n
01	4	0	-	-	-	-	-	2	-	1	-	1	-
02	4	2	-	1	-	-	1	1	-	-	-	1	-
03	8	6	3	4	1	1		2	1	1	-	-	-
04	8	7	1	3	-	-	3	4	2	2	-	-	1
05	1	0	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
06	8	8	-	5	-	-	3	2	-	-	1	-	1
07	5	2	-	1	-	-	1	3	2	-	-	-	1
08	3	3	-	1	1	-	1	1	1	-	-	-	-
09	3	0	-	-	-	-	-	3	3	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12	11	10	-	1	1	1	8	2	1	-	-	-	1
13	3	2	-	-	1	-	1	3	1	-	-	-	2
14	3	1	-	-	-	-	1	3	3	-	-	-	-
15	8	7	-	3	-	-	4	0	-	-	-	-	-
16	10	9	-	8	-	-	2	5	4	-	1	-	1
17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	79	57	4 (7 %)	27 (47 %)	4 (7 %)	2 (4 %)	25 (44 %)	32	18 (56 %)	4 (13 %)	2 (6 %)	2 (6 %)	8 (25 %)
A Gestion améliorée. B Charge de travail augmentée. C Soutien (matériel, technique, formation) insuffisant. D Information ou implication insuffisantes. E Aucun commentaire.													

Pour les établissements participants exploitant la mission CHSLD, aux régions 10, 17 et 18 (qui n'ont pas répondu du tout au sondage) s'ajoute la région de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine (11) où aucun établissement participant ne possède une mission CHSLD. Cependant, selon le type de système en place, des établissements de certaines régions ont répondu à une partie seulement de la question. En ce qui concerne les systèmes cliniques, 47 % des commentaires reçus indiquent l'augmentation de la charge de travail générée par l'utilisation de ces systèmes, et 44 % des CHSLD ayant répondu, n'ont spécifié aucun commentaire. En ce qui concerne les systèmes clinico-administratifs, 56 % des réponses obtenues révèlent une amélioration de la gestion grâce à l'utilisation de ces systèmes.

20. Nombre de CHSLD participants pour chaque type de système.

TABEAU 13 - IMPACTS DES SYSTÈMES CLINIQUES ET CLINICO-ADMINISTRATIFS SUR LA PRATIQUE EN CH SELON LES ÉTABLISSEMENTS PARTICIPANTS

Régions	Nombre total de CH participants	SYSTÈMES CLINIQUES						SYSTÈMES CLINICO-ADMINISTRATIFS					
		Impacts du système sur la pratique des infirmières						Impacts du système sur la pratique des infirmières					
		Nombre de CH ayant répondu	A	B	C	D	Aucun commentaire	Nombre de CH ayant répondu	A	B	C	D	Aucun commentaire
			n ²¹	n	n	n	n		n	n	n	n	n
01	4	2	-	1	-	-	1	3	-	-	-	2	1
02	8	4	-	2	-	-	4	4	1	1	-	2	1
03	9	4	2	5	1	-	-	3	1	1	-	-	1
04	8	3	-	3	-	-	-	6	4	-	1	1	1
05	3	1	-	-	-	-	1	2	1	-	-	-	1
06	21	7	-	-	-	-	7	17	6	-	-	-	11
07	6	0	-	-	-	-	-	2	2	-	-	-	-
08	4	3	-	-	-	-	3	3	1	-	-	1	1
09	4	1	-	1	-	-	-	3	3	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	2	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1
12	6	5	1	2	1	-	2	4	2	-	-	-	2
13	1	0	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-
14	2	1	-	-	-	-	1	2	2	-	-	-	-
15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16	8	5	-	2	-	-	3	5	3	-	-	-	3
17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	86	37	3 (8 %)	16 (43 %)	2 (5 %)	0 (0 %)	23 (62 %)	56	27 (48 %)	2 (4 %)	1 (2 %)	6 (11 %)	23 (41 %)
A Gestion améliorée. B Charge de travail augmentée. C Soutien (matériel, technique, formation) insuffisant. D Information ou implication insuffisantes. E Aucun commentaire.													

Pour les établissements participants comportant une mission CH, aux régions 10, 17 et 18 (qui n'ont pas répondu du tout au sondage) s'ajoute la région des Laurentides (15) où aucun établissement participant ne possède une mission CH. Cependant, selon le type de système en place, des établissements de certaines régions ont répondu à une partie seulement de la question.

21. Nombre de CH participants pour chaque type de système.

Quarante-trois pour cent (43 %) des commentaires révèlent une augmentation de la charge de travail associée à l'utilisation des systèmes cliniques. De plus, 62 % des CH ayant répondu n'ont spécifié aucun commentaire.

Les systèmes clinico-administratifs, quant à eux, récoltent un pourcentage de 48 %, ce qui indique que ces systèmes améliorent la gestion. Finalement, 41 % des CH ayant répondu n'ont spécifié n'avoir aucun commentaire.

TABLEAU 14 - IMPACTS DES SYSTÈMES CLINIQUES ET CLINICO-ADMINISTRATIFS SUR LA PRATIQUE EN CLSC SELON LES ÉTABLISSEMENTS RÉPONDANTS													
Régions	Nombre total de CLSC participants	SYSTÈMES CLINIQUES						SYSTÈMES CLINICO-ADMINISTRATIFS					
		Impacts du système sur la pratique des infirmières						Impacts du système sur la pratique des infirmières					
		Nombre de CLSC ayant répondu	A	B	C	D	Aucun commentaire	Nombre de CLSC ayant répondu	A	B	C	D	Aucun commentaire
			n ²²	n	n	n	n		n	n	n	n	n
01	6	0	-	-	-	-	-	4	-	3	-	-	1
02	6	1	-	-	-	-	1	5	3	4	-	1	-
03	5	2	1	1	-	1	-	4	2	1	-	-	2
04	8	3	-	2	-	-	1	8	6	2	-	-	1
05	1	0	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
06	14	4	1	2	-	-	1	11	7	1	1	-	2
07	7	0	-	-	-	-	-	7	5	-	-	-	2
08	4	3	-	-	1	-	2	3	2	-	-	-	1
09	3	0	-	-	-	-	-	3	3	-	-	-	-
10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	1	0	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
12	9	6	-	-	1	1	5	4	2	-	-	-	2
13	3	2	-	-	1	-	1	3	1	-	-	-	2
14	4	1	-	-	-	-	1	4	4	-	-	-	-
15	6	2	-	1	-	-	1	4	4	-	-	-	-
16	12	5	-	4	-	-	1	11	9	2	3	-	1
17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	89	29	2 (7 %)	10 (34 %)	3 (10 %)	2 (7 %)	14 (48 %)	73	48 (66 %)	13 (18 %)	4 (5 %)	1 (1 %)	16 (22 %)
A Gestion améliorée.													
B Charge de travail augmentée.													
C Soutien (matériel, technique, formation) insuffisant.													
D Information ou implication insuffisantes.													
E Aucun commentaire.													

22. Nombre de CLSC participants pour chaque type de système.

Pour les établissements répondants de type CLSC, toutes les régions ont obtenu des réponses à la question, sauf pour les régions 10, 17 et 18. Cependant, certaines régions ont obtenu des réponses pour une partie seulement de la question, les établissements participants n'ayant pas de systèmes cliniques.

Trente-quatre (34 %) des commentaires reçus concernent l'augmentation de la charge de travail associée à l'utilisation des systèmes cliniques. Finalement, 48 % des CLSC ayant répondu ont spécifié n'avoir aucun commentaire.

Cependant, dans le cas des systèmes clinico-administratifs, même si 18 % des commentaires reçus révèlent que ces systèmes augmentent la charge de travail, 66 % mentionnent que ces systèmes facilitent la gestion, et ce, plus en termes des statistiques produites de façon systématique par le système Info-Santé CLSC.

Le tableau ci-dessous présente le sommaire des impacts des systèmes cliniques et clinico-administratifs sur la pratique des infirmières dans les CHSLD, les CH et les CLSC.

TABLEAU 15 - SOMMAIRE DES IMPACTS DES SYSTÈMES CLINIQUES ET CLINICO-ADMINISTRATIFS SELON LES ÉTABLISSEMENTS PARTICIPANTS PAR TYPE D'ÉTABLISSEMENT																							
		SYSTÈMES CLINIQUES												SYSTÈMES CLINICO-ADMINISTRATIFS									
		Impacts du système sur la pratique des infirmières												Impacts du système sur la pratique des infirmières									
Mission	Nombre total d'établisse- ments participants	Nombre d'établis- sements ayant répondu	A		B		C		D		Aucun commentaire		Nombre d'établis- sements ayant répondu	A		B		C		D		Aucun commentaire	
			n ²³	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CHSLD	79	57	4	7	27	47	4	7	2	4	25	44	32	18	56	4	13	2	6	2	6	8	25
CH	86	37	3	8	16	43	2	5	-	-	23	62	56	27	48	2	4	1	2	6	11	23	41
CLSC	89	29	2	7	10	34	3	10	2	7	14	48	73	48	66	13	18	4	5	1	1	16	22
A Gestion améliorée.																							
B Charge de travail augmentée.																							
C Soutien (matériel, technique, formation) insuffisant.																							
D Information ou implication insuffisantes.																							
E Aucun commentaire.																							

Il est à noter que trois catégories regroupent des réponses qui font état d'un impact négatif sur la pratique infirmière. Le fait que l'utilisation des systèmes cliniques augmente la charge de travail de l'infirmière dans au moins 34 % des cas parmi les établissements ayant répondu, peut constituer un obstacle à l'implantation des systèmes. Il est à noter qu'un faible pourcentage des réponses fait état d'un soutien insuffisant ainsi que d'une participation (de la part des infirmières) ou d'une information sur le type de système utilisé qui sont insuffisantes.

En ce qui concerne les systèmes clinico-administratifs, plus de la moitié des commentaires recueillis, toutes missions confondues, indiquent que ces systèmes facilitent la gestion. Dans ce cas également, il est rarement fait mention de l'augmentation de la charge de travail ou de l'insuffisance du soutien, de l'information ou du manque de participation des infirmières.

23. Nombre d'établissements participants par mission pour chaque type de système.

CONSTATS ET DISCUSSION PORTANT SUR LES RÉSULTATS

Profil des participants

Les résultats des sondages nous ont permis de constater qu'il existe, dans toutes les régions du Québec, des infirmières associées au dossier de l'informatisation. Par contre, parmi elles, on note seulement 12 infirmières, soit 15 %, qui occupent un poste dédié à ce dossier. Cela nous paraît préoccupant, étant donné l'importance des développements technologiques en cours qui influent directement sur la pratique clinique. Le fait que les infirmières soient très peu représentées dans le domaine des technologies compromet l'influence qu'elles peuvent exercer sur ces développements.

Systèmes d'information utilisés et leur distribution par mission

Dans le cadre de cette étude, les systèmes d'information ont été classés en deux catégories : systèmes cliniques et systèmes clinico-administratifs. Les principaux systèmes d'information clinique utilisés sont Médiplan, PIMDI, Ariane/Hélios et SICHELD. Les principaux systèmes d'information clinico-administrative utilisés sont ceux du secteur *laboratoire* (Médirésult et Calculus), du secteur *urgence* (Triurge, Siurge et Uργο), du secteur *salle d'opération* (Opéra et Périscope), du volet *intensité des soins* (Apache, Grasp, MESSII et Plaisir) et du secteur *CLSC* (Intégration CLSC et Info-Santé CLSC). Tous les systèmes recensés offrent un soutien à la gestion des soins.

Dans le réseau de la santé, étant donné que les systèmes sont en développement, leur application actuelle ne répond pas nécessairement à leur vraie définition puisque certains volets ne sont pas encore en fonction. On citera, par exemple, le système SICHELD dont seulement les fonctions clinico-administratives ont été mises en application alors que la raison d'être est principalement de soutenir la pratique clinique. Cette réalité a rendu difficile le classement des systèmes d'information et elle doit être prise en considération lors de la lecture des résultats.

Le tableau 3, qui présente la liste des principaux systèmes utilisés par secteur d'activité, indique que la majorité de ces systèmes sont de type clinico-administratif et proviennent d'initiatives du MSSS/Sogique/Régies (il s'agit donc d'une conception descendante). Peu de systèmes ont été créés ou développés par les professionnels (conception ascendante).

Nous ne sommes pas étonnées de constater que les systèmes cliniques sont peu développés comparativement aux systèmes clinico-administratifs. Les raisons qui font obstacle au développement des systèmes cliniques sont nombreuses. Citons notamment les difficultés pour normaliser le vocabulaire, intégrer ces données et favoriser la convivialité de leur utilisation. Des solutions pourraient être apportées par des infirmières qualifiées dans le domaine. Cependant, leur faible représentativité dans le domaine informatique constitue un frein important à ces développements.

Étudions à présent plus en détail les systèmes utilisés pour chacune des missions d'établissement (tableaux 4, 5 et 6).

- Mission CHSLD

Le pourcentage des systèmes utilisés est plus élevé pour les systèmes cliniques (72 %) que pour les systèmes clinico-administratifs (41 %) en raison de l'utilisation importante du module clinico-administratif de SICHELD. On doit noter que ce système, qu'a instauré le MSSS, s'accompagnait d'un incitatif financier qui a permis son implantation dans les établissements de longue durée dans tout le Québec. Nous ne sommes donc pas étonnées des résultats.

- Mission CH

Pour cette mission, les systèmes clinico-administratifs sont présents dans 65 % des établissements participants, alors que les systèmes cliniques ne sont implantés que dans 43 % d'entre eux. Ces pourcentages reflètent également la réalité de terrain.

- Mission CLSC

Les systèmes cliniques sont présents dans 33 % des établissements participants, que ce soit dans les CLSC fusionnés avec des CH ou avec des CHSLD. Par ailleurs, les systèmes clinico-administratifs sont présents dans 82 % des CLSC, principalement en raison de l'utilisation du système Info-Santé CLSC. Rappelons que ce système fait partie des priorités du Ministère.

À la suite de ces résultats, certaines réflexions s'imposent. Tout d'abord, il faut reconnaître la nécessité de définir les systèmes d'information puisque ces définitions constituent un point de référence pour leur développement et permettent aussi de mieux cerner l'état d'avancement des travaux en cours. Afin de mieux saisir l'évolution des systèmes, quelle approche devrait-on privilégier pour les classer ? Devrait-on les classer selon leurs fonctions réelles et actuelles ou selon les fonctions visées et optimales ? Lorsqu'on évalue actuellement l'utilisation des systèmes d'information dans le réseau, on ne peut que constater l'état parcellaire et « asynergique » de ces systèmes puisque les outils disponibles ne représentent qu'une infime partie de ce que devrait être un système.

Un groupe de travail mis en place par le MSSS pour les départements d'urgence en 2000 a défini ce que devrait être un système clinique. « Le système doit être un soutien aux activités courantes et non seulement viser à améliorer la gestion locale de l'unité. Il doit faciliter le travail des cliniciens, en remplaçant plus ou moins complètement le dossier papier par un dossier informatisé, en assistant la décision nursing et la décision médicale, et en permettant de soutenir les activités d'amélioration de la qualité. Ces systèmes doivent donc contribuer à une prise en charge plus adéquate du patient en permettant de mieux cibler l'intervention » (MSSS, 2001a). Cette réflexion ministérielle montre combien il est urgent pour notre profession de participer activement au processus afin de s'assurer que le produit final répond aux besoins de la pratique infirmière.

À l'heure actuelle, les travaux relatifs aux systèmes d'information dans le domaine des soins infirmiers sont encore à un stade embryonnaire et éclaté. Pour illustrer cette réalité, mentionnons, entre autres, que la nécessité de normaliser le vocabulaire infirmier est à peine reconnue, que l'évaluation des besoins de la pratique infirmière ne fait pas encore consensus et que le nombre

d'experts en informatique infirmière est faible. Néanmoins, malgré le peu de représentativité des infirmières, le fait qu'un certain nombre d'entre elles soit engagé dans ce dossier indique l'importance que les établissements y accordent. De plus, le fait que plus de 40 % des CII, des DSI et des RSI aient répondu aux questionnaires, témoigne de l'intérêt que portent à ces dossiers les décideurs en soins infirmiers.

Satisfaction exprimée par les établissements participants

Les sondages ont tenté d'explorer le degré de satisfaction envers les systèmes d'information par une question ouverte à laquelle il suffisait de répondre, sans autre élaboration, par oui ou non, ou par « sans commentaire ».

Les résultats (tableaux 8, 9 et 10) montrent que la majorité des établissements, toutes missions confondues, sont satisfaits des systèmes clinico-administratifs utilisés. Cette satisfaction est plus grande dans les CHSLD et les CLSC. Les systèmes cliniques sont généralement moins satisfaisants. Par ailleurs, plus de 30 % des établissements ont indiqué ne pas avoir de commentaires à formuler. Les systèmes clinico-administratifs répondent davantage aux besoins des utilisateurs que les systèmes d'information clinique en place.

La satisfaction constatée chez les participants, selon les membres du comité-conseil, suggère que malgré les inconvénients inhérents aux systèmes d'information qui sont en place, les infirmières y trouvent des avantages par rapport à leurs anciennes méthodes de travail.

Impacts des systèmes sur la pratique des infirmières

Peu des impacts rapportés (tableaux 13, 14 et 15) s'appliquent spécifiquement à la pratique clinique infirmière. Les résultats révèlent que les systèmes d'information actuellement en vigueur ne soutiennent qu'en partie la documentation clinique. Par exemple, il est impossible pour l'infirmière de générer une note synthèse de l'état du patient par quart de travail. Les systèmes en usage ne permettent pas d'intégrer les connaissances des infirmières ni pour la documentation clinique ni pour l'aide à la décision. La pratique infirmière est donc difficilement observable, autant en quantité qu'en qualité, puisque les données relatives aux activités infirmières ne peuvent en être ni répertoriées ni traitées.

Les commentaires formulés sur les impacts identifiés par les établissements sont plus nombreux et plus négatifs pour les systèmes cliniques que pour les systèmes clinico-administratifs. L'impact le plus important concerne l'augmentation de la charge de travail des utilisateurs liée à l'entrée des données dans le système en place. Cette charge est accrue lorsque l'utilisateur doit entrer les mêmes données dans plusieurs systèmes non reliés, d'où l'importance de développer des systèmes intégrés et conviviaux.

Examinons à présent l'impact positif, c'est-à-dire l'amélioration de la gestion rendue possible par l'utilisation des systèmes d'information clinico-administrative en place. Cette amélioration s'avère plus importante dans les CLSC (66 %) et les CHSLD (56 %) que dans les CH (48 %). L'obtention de statistiques sur les clients et la production de rapports sur les activités et les différents types de clientèles contribuent de façon positive à la gestion des soins. Les besoins en gestion des soins infirmiers sont mieux définis que les besoins de la pratique clinique et ils font l'objet d'un consensus. Par conséquent, les données sont plus facilement traitées dans les systèmes d'information qui fournissent ainsi des outils utiles à la gestion.

Le manque de soutien matériel, technique et de formation concernant les deux types de systèmes d'information utilisés, toutes missions confondues, a été peu mentionné (moins de 10 % des établissements) comme facteur influant sur l'utilisation des systèmes d'information. Lors du II^e Colloque des ressources informationnelles de 2001, le MSSS a pourtant souligné l'impact important que peut avoir l'environnement technologique en ce qui concerne l'équipement informatique, l'appareillage, l'ergonomie, la structure d'implantation, le soutien technologique, la formation, l'évaluation après implantation, etc., sur la pratique clinique de tous les jours. Ces éléments (souvent déficients ou négligés) représentent des facteurs critiques de succès (ou d'échec) pour l'intégration technologique. Conscient de ces facteurs, le MSSS veut soutenir le développement des projets technologiques. À cet égard, le développement de l'infrastructure technologique du réseau de la santé ainsi que la création de comités de travail sur des problématiques ciblées réunissant les différents intervenants du réseau de la santé font partie de son plan d'action.

Les commentaires des établissements concernant l'insuffisance d'informations disponibles sur les systèmes d'information et la faible participation des infirmières dans le cadre informatique sont également peu nombreux (10 % ou moins). Il est probable que si ces facteurs avaient été examinés de façon systématique, les résultats auraient été différents. Néanmoins, il est nécessaire de porter un regard critique sur les systèmes pour faire un choix éclairé, par exemple en étudiant les résultats de l'implantation de systèmes d'information dans d'autres établissements du réseau. L'absence de profil concernant les divers systèmes implantés dans le réseau limite l'accès et le partage d'information pertinente et en empêche le partage. Les commentaires formulés sur la participation des infirmières portent, principalement, sur le fait qu'elles sont peu consultées lorsque vient le temps de choisir et d'implanter un système d'information, d'où leur manque de participation. Il aurait été intéressant que le sondage puisse faire ressortir des données plus précises sur le sujet.

De façon globale, nous pouvons nous questionner sur les pourcentages d'établissements qui ont spécifié n'avoir aucun commentaire sur l'impact des systèmes d'information. Ces pourcentages sont presque deux fois plus importants pour les systèmes cliniques en place que pour les systèmes clinico-administratifs. Comment doit-on interpréter cette absence de commentaire ? Peut-on penser que cette absence reflète une certaine réserve des établissements à commenter les facteurs liés à l'infrastructure technologique ou aux systèmes ?

L'AVENIR DES SYSTÈMES D'INFORMATION DANS LE CADRE DE LA TÉLÉSANTÉ

La télésanté représente un dossier prioritaire pour les gouvernements fédéral et provincial. Pour les années 2000 à 2005, les administrations fédérale et provinciales prévoient appuyer davantage le développement de la télésanté en consacrant de 500 à 700 millions de dollars canadiens à l'établissement de sites de télésanté et à la réalisation de projets dans le domaine (MSSS, 2001b). Cependant, les solutions ne passent pas uniquement par l'injection de fonds additionnels ; le système éprouve des difficultés réelles à s'adapter à la pression d'une demande de services qui s'accroît par rapport à une offre qui s'est resserrée (MSSS, 2001b).

En 2001, l'OIIQ a participé activement aux travaux de la Table ministérielle en télésanté qui avait pour mandat de proposer une vision, des orientations et des stratégies pour le développement de la télésanté au Québec. Le rapport de cette table ministérielle a été adopté au printemps 2001 par le MSSS. La télésanté, y compris le télénursing²⁴, fait maintenant partie des priorités ministérielles. Elle contribuera à la réorganisation du système de santé québécois et permettra le passage d'une approche établissement à une approche réseau.

Les recommandations de la Table ministérielle en télésanté abondent dans le sens du rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2000), qui insiste sur la nécessité de mettre en place des réseaux de services intégrés, notamment en renforçant la coordination entre les établissements et les professionnels. Le but est d'intégrer harmonieusement et économiquement la télésanté dans l'ensemble des services de santé et des services sociaux. L'arrimage potentiel des groupes de médecine de famille (GMF) avec le service Info-Santé CLSC est un exemple d'harmonisation. Ceci amènera un élargissement du rôle de l'infirmière dans ce domaine de pratique, notamment en ce qui a trait à la surveillance et au suivi de la clientèle. Cela exigera également un accroissement des ressources, particulièrement en ce qui a trait à l'infrastructure, ainsi que l'apport de nouvelles connaissances dans le domaine des technologies de l'information.

24. La pratique des soins infirmiers regroupant toutes les activités centrées sur le client et réalisées à l'aide des technologies de télécommunication (AIIC, 2000).

Pour une meilleure compréhension, le tableau ci-dessous illustre les trois volets de la télésanté : la santé électronique, les soins et services de santé et, enfin, le dossier du patient.

TABLEAU 16 — TÉLÉSANTÉ						
SANTÉ		SOINS ET SERVICES DE SANTÉ, SERVICES SOCIAUX		DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ		
Information et enseignement multimédia aux professionnels et au public	Consultation de professionnels de la santé dans Internet	Télémédecine		Index patient	Dossier patient partageable	Système requêtes-résultats
		Télénursing				
		Téléprofessions – santé et services sociaux				
		Téléformation				
		Télé-éducation				

Source : MSSS (2001b)

Ces orientations exigent le développement de nouvelles connaissances et de nouvelles façons de faire. Les infirmières sont donc concernées comme professionnelles de la santé autant par le volet des systèmes d'information, qui représente un outil important en soutien à la pratique infirmière, que par le télénursing.

En ce qui concerne les systèmes d'information, le Rapport du groupe de travail sur l'évaluation des systèmes d'information et de gestion des départements d'urgence (SIGDU) de mars 2000, auquel l'OIIQ a participé, mentionnait que « le bénéfice majeur visé pour le personnel clinique consiste en un allègement du fardeau clérical, une augmentation de la disponibilité auprès des patients, une plus grande instantanéité au point de service d'une information validée et la possibilité d'analyser et d'améliorer les soins et les processus. Cela représente, sans doute, un facteur favorable à la stabilité du personnel soignant et à une augmentation de la rétention à long terme qui sont directement proportionnelles à l'augmentation du niveau de satisfaction ». Sans compter, naturellement, la nécessité d'une identification facile et unique pour l'infirmière qui utilise le système d'information, d'un accès rapide et facile aux données cliniques, d'une convivialité des systèmes pour la rédaction des notes qui évite la retranscription, de l'aide à la décision, de l'interopérabilité des systèmes, de la journalisation, etc. Tous les outils technologiques qui peuvent apporter un soutien à la pratique infirmière de tous les jours, permettant ainsi de considérer les outils technologiques comme une valeur ajoutée, sont donc primordiaux.

Il faut se rendre à l'évidence que parmi les multiples causes d'échec des systèmes d'information figure l'absence de prise en compte des besoins réels des intervenants, des infirmières particulièrement, lors du développement de systèmes dont elles seront les utilisatrices (Beauchemin, 2001). Les données du présent rapport confirment la faible participation des infirmières dans le dossier de l'informatisation.

Cette faible participation peut être liée à différents facteurs :

- Les infirmières ont-elles accès à de la formation continue pour développer les compétences liées à l'utilisation des technologies de l'information ?
- Sont-elles informées des tendances dans ce domaine, des différents systèmes existants ?
- Réalisent-elles l'importance de leur implication dans les développements informatiques ?
- Savent-elles où trouver les sites de référence pour les infirmières qui s'intéressent à l'informatique, les associations d'infirmières qui développent l'informatique infirmière, les écrits qui traitent du sujet ? (AIRC, 2001a).
- Les infirmières font-elles le lien entre les systèmes d'information et la télésanté ?

Les infirmières doivent être guidées afin de participer à l'évolution de la pratique infirmière dans une perspective de télésanté. Elles doivent avoir accès à des conseils, à une assistance professionnelle de la part d'experts dans le domaine de l'informatique infirmière afin d'utiliser la technologie et d'améliorer la prestation des soins à la clientèle. Les infirmières devront, tôt ou tard, se prononcer sur des normes concernant les systèmes d'information qui feront partie intégrante de leur pratique.

Il est donc nécessaire que les infirmières soient des partenaires et des agentes de changement afin de contribuer aux développements technologiques et d'en tirer des avantages. « Organisons-nous avant de se faire organiser » comme le disait si bien Carmen Loiselle, professeure à l'Université McGill, lors de sa conférence au Congrès annuel de l'OIIQ, le 30 octobre 2001. À cet effet, certains centres hospitaliers ont amorcé un changement à leur structure organisationnelle en créant officiellement un «département » d'informatique lié aux soins infirmiers. En bref, cela signifie que ce sont les infirmières qui traduisent les besoins infirmiers et dirigent les travaux de développement de produits en collaboration avec les informaticiens. Les produits répondront ainsi aux besoins des infirmières, non l'inverse. Cela représente un changement majeur de culture dans les organismes.

Par ailleurs, il ressort de cette étude et des travaux de la Table ministérielle en télésanté que le télénursing, quoiqu'il soit en émergence, n'est pas encore bien défini. L'OIIQ a commencé à se pencher sur le sujet. Le télénursing est appelé à se développer pour répondre aux besoins évolutifs de la clientèle. L'utilisation des technologies dans ce contexte permettra d'augmenter l'accessibilité aux soins et aux services professionnels, de rendre la consultation plus efficace en fournissant l'information et le soutien nécessaires à une prise de décision adéquate et de favoriser une utilisation judicieuse des ressources et des services. Le service Info-Santé CLSC est un exemple d'application de télénursing.

CONCLUSION

L'inventaire des systèmes d'information présenté dans ce document a permis de constater que les systèmes étaient principalement utilisés pour la gestion et que les infirmières étaient peu impliquées dans les développements des systèmes d'information.

La technologie doit servir la pratique et non l'inverse. Elle doit apporter aux infirmières l'information et le soutien nécessaires leur permettant d'exercer leurs fonctions. Le recours aux technologies de l'information et des communications doit viser à répondre aux besoins évolutifs de la pratique infirmière et contribuer à l'amélioration de la qualité des soins donnés à la clientèle.

Comme il est indiqué dans l'énoncé de politique de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2001b), les infirmières ont un rôle à jouer en ce qui concerne le développement des nouvelles technologies de la santé. Il est nécessaire qu'elles puissent intervenir à tous les stades du processus de développement d'un produit : la définition des besoins, la mise au point des technologies, l'application de la technologie et l'évaluation de ses retombées sur les soins. Ainsi, pour être en mesure de répondre aux besoins cliniques, il faut intégrer l'expertise informatique à l'expertise infirmière, ce qui exige le développement de connaissances et de nouvelles façons de faire.

En s'impliquant dans le développement des technologies de l'information, les infirmières pourront non seulement s'assurer d'en tirer des avantages mais également contribuer à l'évolution des soins de santé au Québec.

Références

ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC (2000). *Annuaire 2000*, Montréal, l'Association.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC – AHQ (2000). *Répertoire des établissements membres de l'Association des hôpitaux du Québec*, Montréal, AHQ.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA – AIIC (2000). « Télésanté : possibilités et responsabilités », *Zoom sur les soins infirmiers*, n° 9.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA – AIIC (2001a). « Qu'est-ce que l'informatique infirmière et pourquoi est-elle aussi importante? », *Zoom sur les soins infirmiers*, n° 11.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA – AIIC (2001b). *Le rôle de l'infirmière dans la télépratique : énoncé de position*, Ottawa, AIIC.

BEAUCHEMIN, R. (2001). *Priorisation et gestion des projets en technologie de l'information*, allocution prononcée lors du Colloque du ministère de la santé et des Services sociaux, *Cap sur l'action. Les ressources informationnelles au service du réseau intégré de services*, Sainte-Foy, 12-13 juin 2001.

COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (2000). *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX – MSSS (2001a). *Rapport du groupe de travail sur l'évaluation des systèmes d'information et de gestion des départements d'urgence (SIGDU)*, Québec, MSSS.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX – MSSS (2001b). *Vision, orientations et stratégies de développement de la télésanté au Québec. Rapport de la Table ministérielle en télésanté*, Québec, MSSS.

Annexes

Annexe I - Membres du comité-conseil de vigie technologique

Daniel Boulanger, directeur adjoint des soins infirmiers, Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), Québec, région de Québec.

Suzanne Deschamps, infirmière clinicienne, Centre hospitalier LaSalle, région de Montréal/Laval.

Carole Deshaies, conseillère à la Direction de la qualité de l'exercice, OIIQ.

Sylvie Dubois, conseillère à la Direction de la planification et chargée du projet, OIIQ.

Gabrielle Farley, directrice adjointe des soins infirmiers, Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM), région de Montréal Centre.

Francine Fiset, infirmière et enseignante à la retraite, présidente de l'ANADIM (Association nord-américaine des diagnostics infirmiers section Montréal)²⁵.

Luc Mathieu, coordonnateur du développement des systèmes d'information clinique, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS) (région de l'Estrie)

Daniel Morin, spécialiste en informatique des soins infirmiers, Centre universitaire de santé McGill (CUSM), région de Montréal Centre.

Dominic Saindon, infirmière, représentante du Centre hospitalier Brome Missisquoi Perkins, région de la Montérégie.

Hélène Salette, conseillère à la Direction de la planification, OIIQ.

Angèle St-Jacques, directrice adjointe, Centre hospitalier Anna-Laberge, région de la Montérégie.

25. Devenue depuis novembre 2001 l'AQCSI, l'Association québécoise des classifications de soins infirmiers.

Annexe II - Aperçu des activités réalisées par l'OIIQ à l'égard de l'informatisation dans le cadre des soins infirmiers

- Symposium sur les classifications de soins infirmiers, congrès annuel 2000.
- Publication, dans la revue *L'Infirmière du Québec*, juillet/août 2001, de l'article « La classification des soins : une question de plus-value ».
- Publication, dans la chronique « [Inf@net](#) et technologies » de *L'Infirmière du Québec*, de septembre / octobre 2001, de l'article « Le télénursing, ça change pas l'monde, sauf que... ».
- Publication, dans la revue *L'Infirmière du Québec*, été 2002, d'un article sur les classifications de soins infirmiers et leur application clinique dans les systèmes d'information clinique.
- Publication, dans la revue *L'Infirmière du Québec*, été 2002, d'un article sur une expérience de téléformation.
- Publication, dans le quotidien *Le Nouvelliste*, 21 juin 2001, de l'article « Un défi qui n'est pas que technologique ».
- Publication, dans le quotidien *Le Soleil*, 7 août 2001, de l'article, « Le défi de l'informatisation ».
- Conférences données dans le cadre de colloques (symposium sur la télésanté, colloques de l'AHQ, colloque sur l'informatisation des dossiers de santé, congrès scientifique annuel de l'AIUQ) afin de faire valoir la contribution de l'infirmière dans le cadre des technologies et de partager nos préoccupations en regard de la pratique clinique et des enjeux reliés à ces développements
- Participation aux comités ministériels pour collaborer aux travaux de développement technologique qui sont actuellement en cours dans le réseau de la santé et des services sociaux, et en influencer les orientations.
- Participation au sondage du MSSS pour obtenir un portrait de l'informatisation clinique dans le réseau de la santé.
- Partenariat entre l'OIIQ et la revue *Réseau Informatique* pour la publication d'articles en 2001 et en 2002 afin de mettre à contribution les infirmières expertes en informatique infirmière.
- Collaboration de l'OIIQ à l'élaboration du contenu de l'article « Les TI et les soins, un virage annoncé en pratique infirmière », publié dans la revue *Réseau Informatique*, printemps 2001.
- Soutien de l'OIIQ en mars 2002 à la création de l'AQIISTI (Association québécoise des infirmières et infirmiers en systèmes et technologies de l'information).

Annexe III - Description des systèmes et des applications — août 2000

1. SYSTÈMES UTILISÉS POUR LA MESURE DE L'INTENSITÉ DES SOINS

APACHE

- Système de mesure de l'intensité de soins à l'unité des soins intensifs.
- Utilisé à l'Hôpital général juif de Montréal.

CTMSP : « Classification par types en milieu de soins et services prolongés »

- Outil de triage visant l'aide à la prise de décisions quant à l'orientation optimale des personnes âgées en perte d'autonomie dans les établissements d'hébergement et de soins de longue durée. Ce système procède en quatre étapes soit l'évaluation médicale et de l'autonomie fonctionnelle, la détermination des services requis, la mesure des ressources requises et la spécification du programme auquel on fera appel.
- Ce n'est pas un outil créé dans le but de mesurer la charge de travail.

GRASP : « Grace-Reynolds Application and Study of Peto »

- Instrument qui évalue le temps nécessaire pour l'accomplissement de certaines tâches ne tenant pas compte de la façon dont elles doivent être exécutées ou leur agencement. Il permet la documentation des tâches de façon prospective ou rétrospective et mesure les heures-soins que l'infirmière doit consacrer quotidiennement à chaque patient. Il permet également de les comparer avec les heures-soins disponibles.
- GRASP est une méthodologie, non un instrument.
- Utilisé à l'Hôpital général de Montréal.

MÉDICUS : « Medicus Nursing Management Information System »

- Instrument qui classe les patients selon leur degré d'indépendance par rapport aux soins infirmiers. Il mesure ensuite la charge de travail du personnel infirmier.
- Utilisé dans un établissement au Québec.

MESSII : « Système de mesure de soins et de services infirmiers informatisés »

- Logiciel qui permet de mesurer les activités de soins et de services infirmiers directement liés à un usager ou à ses proches, dans le cadre d'un épisode de soins. Il est une composante du projet SIRACDOF-DRG.
- Fondé sur le modèle de soins McGill, il comprend un répertoire d'activités de soins associées à des valeurs de temps ; les activités sont liées à l'infirmière, non à l'unité ; le répertoire a été révisé en 1997 ; il contient plus de 2000 activités. Doit être jumelé à un plan de soins informatisé pour être utilisé.

SIRACDOF : « Système d'information reliant les activités cliniques aux données opérationnelles et financières »

- Projet chapeauté par un regroupement de sept hôpitaux dans le but de mesurer le coût des épisodes de soins par les DRG. Les activités de tous les membres du milieu clinique sont quantifiées en temps, afin de déterminer le budget de fonctionnement de l'établissement. Les directeurs de soins infirmiers qui participent à ce projet ont pris l'initiative d'élaborer un outil de mesure appelé MESSII.

NISS : « Nursing Information System for Saskatchewan »

- Fait parti du projet « Nursing Information System for Saskatchewan ».
- Objet : La mesure en fonction de la formule suivante : $WH1 \times 0,1 / HS \times \% DC$;
WHI = l'index d'échelle de travail par patient ;
0,1 = constance (chaque unité de charge de travail égale 6 minutes = 0,1 heure ;
HS = nombre d'heures de travail par service ;
% DC = pourcentage de temps pour donner des soins directs.

PANDA : « Patient Analysis Nursing Diagnosis and Assessment »

- Ce logiciel, qui a été conçu spécifiquement pour les établissements de soins psychiatriques, permet d'évaluer la charge de travail des infirmières et le traitement global dans le secteur de la santé mentale.
- Panda détermine les charges de travail des infirmières, y compris le temps qu'elles consacrent aux patients, directement ou indirectement, et facilite ensuite l'harmonisation des charges de travail en fonction de la **chronicité** de l'unité, des symptômes des patients et des plans de soins.
- www.anthrometrics.com
- Utilisé au Centre hospitalier Douglas et dans deux autres centres.

PLAISIR : « Planification informatisée des soins infirmiers requis »

- Système d'information clinico-administratif permettant d'évaluer la qualité et la quantité des soins dispensés aux patients qui résident dans les établissements de santé à long terme.
- Système vérifié automatiquement par le groupe EROS par le biais des plans de soins et des anamnèses infirmières. Le système permet une représentation tridimensionnelle du patient (profil biopsychosocial), en ce qui concerne les maladies, les déficiences, les problèmes, les compensations et les handicaps ; le profil des services requis pour répondre à ses besoins et le profil des ressources requises (mesurées en temps) pour fournir les services requis. Il possède des normes indicatives de soins mises en place en 1983, lors de sa création.
- Utilisé dans presque toutes les régions du Québec, sauf dans quatre d'entre elles où est utilisé un outil « pirate », c'est-à-dire issu de l'outil original.

PRN : « Projet de recherche en nursing »

- Élaboré par le Centre hospitalier Sainte-Justine en 1976.
- L'instrument détermine l'effectif en personnel nécessaire par unité de soins pour chacune des trois périodes de travail du lendemain. Il se base essentiellement sur les informations planifiées à partir de la démarche de soins et suppose donc l'existence et la bonne tenue des plans de soins infirmiers.

- Utilisé entre autres au Centre hospitalier Pierre-Boucher, à Villa Médica et à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

SMAF : « Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle »

- Outil d'évaluation multiclientèle qui s'appuie sur les notions d'incapacité et de handicap (ou désavantages) telles qu'elles ont été décrites par l'Organisation mondiale de la santé dans sa classification des déficiences, incapacités et handicaps. Il permet de quantifier et de standardiser l'évaluation du professionnel pour comparer les sujets entre eux, ou le même sujet d'une période à une autre, ou encore pour résumer l'état fonctionnel d'un groupe d'individus lors d'une démarche de gestion ou de recherche. Il synthétise et systématise les différentes échelles proposées pour mesurer le fonctionnement des personnes âgées ou handicapées.
- Il peut être utilisé pour l'attribution des services à domicile, l'allocation des ressources d'hébergement, le plan d'intervention quotidien des soignants et la gestion des services communautaires et institutionnels.
- Conçu par des chercheurs du Centre de recherche en gériatrie et gérontologie de l'Institut universitaire gériatrique de Sherbrooke.
- SMAF a fait l'objet d'une informatisation pour le maintien à domicile dans la région Bois-Francs. Il a été informatisé grâce à l'outil multiclientèle élaboré par la Régie régionale de Montréal-Centre.
- Ce n'est pas un outil créé pour mesurer la charge de travail.

SYSACS : « Système clinique de données cliniques et statistiques »

- Outil de gestion de données (résultats de laboratoires) qui donne un profil de patient sectoriel et qui transmet ces données au logiciel Gestlab.
- Utilisé au Centre hospitalier universitaire de Québec depuis un an et demi.

2. SYSTÈMES INFORMATISÉS DÉDIÉS À LA GESTION CLINICO-ADMINISTRATIVE OU ORIENTÉS VERS LA PRATIQUE CLINIQUE

Systèmes informatisés clinico-administratifs

ADT : « Admission-Départ-Transfert »

- Logiciel de gestion administrative des informations relatives aux patients concernant l'admission, le transfert et le départ du bénéficiaire.

CLINIBASE 2000

- Logiciel d'index-patient auquel peuvent se rattacher plusieurs modules comme la pharmacie, la radiologie, l'urgence, le logiciel de soins de longue durée (SICHELD).
- Fournisseur : Logibec.
- Utilisé dans plusieurs centres dont deux en Estrie.

ERRIIC : « Expérimentation de requêtes et résultats intégrés des informations cliniques »

- Projet qui a été rebaptisé à la fin de 1998 : « Expérimentation de requêtes et résultats intégrés des informations cliniques » (laboratoires).
- Le projet comporte trois volets cliniques :
 - la transmission des données du monitoring des paramètres physiologiques (signes vitaux) du Centre hospitalier Beauce-Etchemin (CHBE) à des médecins spécialistes de garde à leur résidence et à des CLSC ;
 - la transmission des ECG du CHBE à des médecins spécialistes de garde à leur résidence et à des CLSC ;
 - la transmission des résultats d'analyse de laboratoire et des interprétations des ECG.
- Le projet comporte également un axe d'expérimentation portant sur l'intégration des technologies diverses et nouvelles liées à ces applications, afin de démontrer la faisabilité de la transmission des données cliniques concrètes et à haut volume dans un environnement performant et hautement sécuritaire. Le rapport d'étape comporte une vision de l'architecture des processus et de l'architecture technologique.
- **Historique** : Le projet initial se nommait « Établissement d'un réseau d'intégration et d'intercommunication de l'information clinique » et consistait à expérimenter, en milieu rural, un réseau intégré de télécommunications cliniques véhiculant des informations vitales à l'établissement de diagnostics et à l'administration des soins. Le projet portait sur deux applications cliniques spécifiques, soit la transmission des ECG et des signes vitaux du Centre hospitalier Beauce-Etchemin (CHBE) à des médecins spécialistes de garde à leur résidence et à des CLSC, et la transmission des résultats de laboratoire du CHBE vers tous les établissements pilotes (sources : trois CLSC, trois cliniques privées, deux médecins spécialistes). L'objectif visé était d'accroître l'efficacité globale du système de santé de la région en favorisant l'élimination de la duplication d'actes inutiles, une meilleure attribution des ressources et la mise à jour continue de l'information.

- Ce projet s'est inscrit dans le cadre de la politique de financement ministérielle pour les projets d'infrastructure dans le secteur de la santé et des services sociaux. Cette politique a été élaborée afin de promouvoir la mise sur pied de projets de ce type dans le secteur sociosanitaire. Le rapport d'étape a été déposé en août 1998.
- Le projet fait l'objet d'un partenariat public privé tant en ce qui concerne sa planification, sa conception et sa réalisation que sa stratégie de financement. Les partenaires sont maintenant connus. Ils sont au nombre de quatre pour le secteur privé : le Groupe CGI, Hewlett-Packard, Médiosolution Motus Technologie et Québecitel, et de deux pour le secteur public : la RAMQ et SOGIQUE. Ces derniers s'ajoutent à la Régie régionale de Chaudière-Appalaches, au CHBE, et aux sites pilotes retenus (trois CLSC, trois cliniques privées).
- Système de gestion
- Concerne les établissements suivants : Centre hospitalier Beauce-Etchemin (CHBE), CLSC, cliniques privées de cette région.
- Utilisateurs : professionnels de la santé.

GESTLAB : « Gestion laboratoires »

- Ce logiciel est un système de gestion qui permet à tous les laboratoires médicaux du Québec d'effectuer la saisie informatisée des données de production.
- Responsable : SOGIQUE.
- Système de gestion.
- Concerne tous les établissements qui utilisent les laboratoires.
- Utilisateurs : professionnels de la santé.
- Fonctionnement : Compile les données de tous les laboratoires de la région ; transmet les données des centres recueillies par Gestlab à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Québec. Ces données sont ensuite transmises au Ministère.
- Buts : Évaluer la productivité des laboratoires, leurs problèmes, et trouver des solutions.

INTÉGRATION CLSC (SIC Plus, rendez-vous, prêt de dossier, vaccination)

- Système d'information qui regroupe, autour d'un même index-usager, plusieurs applications (modules) développées parallèlement et déjà utilisées dans le passé par les différents services des CLSC. Comprend les quatre modules suivants :
 - Le module SIC Plus : principal module d'intégration CLSC qui se trouve au cœur du système. Permet de recueillir toutes les informations concernant les usagers, les particuliers, les groupes et les communautaires. Il comprend les fonctions accueil et usager (ou index client), la gestion d'épisodes de services et la saisie d'interventions. Il inclut la production de rapports sur la clientèle. Il permet donc aux intervenants et aux gestionnaires des CLSC d'enregistrer et d'analyser les demandes de services, d'établir la priorité d'interventions, d'assigner à un sous-programme et à un intervenant la gestion des charges de cas et d'enregistrer automatiquement des données à des fins statistiques. SIC Plus est un outil qui permet d'assurer le suivi des demandes et la coordination des services. De plus, il permet d'effectuer une répartition des charges de travail entre les intervenants.
 - Le module rendez-vous : permet de noter l'ensemble des rendez-vous du CLSC, de chercher les disponibilités ou de consulter les réservations relatives à un service.
 - Le module prêt de dossier : permet à un intervenant de vérifier la disponibilité du dossier physique d'un usager et d'effectuer une demande de réservation ou de prêt.

- Le module vaccination : c'est un support à la pratique mis à la disposition de l'intervenant. Avec un accès direct au Protocole d'immunisation du Québec, l'intervenant peut consulter rapidement de l'information sur les pratiques de vaccination, vérifier une contre-indication, ou encore diffuser aux usagers de l'information sur les effets secondaires.
- Responsable : SOGIQUE. Le développement a été fait en collaboration avec Logibec.
- Outil de planification et de gestion.
- Concerne les établissements suivants : CLSC en partenariat avec les CHSLD. Déploiement en cours pour les 149 CLSC du Québec.
- Utilisateurs : gestionnaires, professionnels de la santé.

INFO-SANTÉ CLSC

- Système d'information qui soutient les opérations et la gestion du programme Info-Santé CLSC opéré par les centrales régionales et par l'ensemble des CLSC.
- Il comprend quatre modules interreliés :
 - la fiche d'appel ;
 - la fiche d'inscription ;
 - le répertoire des ressources ;
 - les protocoles infirmiers.
- Responsable : SOGIQUE. L'élaboration du contenu clinique a été faite par des infirmières.
- Outil de gestion.
- Concerne les établissements suivants : les CLSC.
- Utilisateurs : gestionnaires, infirmières.
- Objectifs du service Info-Santé CLSC :
 - assurer l'accessibilité à une réponse téléphonique professionnelle adéquate, 24 heures par jour, 7 jours par semaine, à toute personne qui le requiert, sur le territoire de toutes les régions régionales de la santé et des services sociaux du Québec ;
 - diffuser rapidement l'information utile sur les services de santé, les services sociaux et les services communautaires offerts sur le territoire ;
 - tenir compte des caractéristiques socioculturelles et linguistiques des personnes qui s'adressent au service 24 / 7 ;
 - favoriser l'utilisation des modes de communication adaptés aux limitations fonctionnelles des personnes, compte tenu des ressources disponibles ;
 - assurer le lien avec les soins infirmiers à domicile aux personnes inscrites au programme de maintien à domicile dans les cas nécessitant une intervention immédiate à domicile ;
 - assurer le recours aux ressources existantes les plus aptes à répondre aux besoins des personnes qui font appel au service ;
 - diminuer l'utilisation des salles d'urgence et de l'urgence sociale pour les besoins ne justifiant pas de tels services ;
 - assurer une surveillance préalerte en santé publique et une prise en charge rapide des situations problématiques.

LIEN CH-CLSC

- Application « Notes » intégrée au système de courrier électronique qui permet de transmettre une demande de soins ou de services à domicile d'un centre hospitalier auprès des CLSC, de façon rapide et sécuritaire plutôt que par télécopieur.
- Responsable : SOGIQUE.
- Outil de communication et de gestion.

MediResult : « Système informatisé de requêtes diagnostiques »

- Logiciel de gestion des requêtes diagnostiques.
- Permet d'échanger des requêtes entre divers départements d'un hôpital et d'autres établissements, et offre aux intervenants un accès instantané aux données de laboratoire, de radiologie et de pharmacie.
- Fournisseur : MédiSolution.
- Système de gestion.
- Concerne les établissements suivants : CH, CLSC, CHSLD, cliniques.
- Utilisateurs : gestionnaires, professionnels de la santé.

OPERA : « Système informatisé pour les salles d'opération »

- Logiciel qui permet de planifier l'ordre des interventions chirurgicales selon des critères médicaux établis. Permet également de coordonner les examens et les consultations préalables à l'intervention et de générer des rapports prédéfinis ou des analyses spéciales répondant à des besoins spécifiques en information et en statistique.
- Fournisseur : Systèmes informatiques CHCA inc.
- But : permettre au Ministère d'obtenir une image plus juste des listes d'attente et d'intervenir là où l'on dépasse véritablement le nombre prévu.
- Outil de gestion des admissions.
- Concerne les établissements suivants : centres hospitaliers.
- Utilisateurs : gestionnaires, professionnels de la santé.

PIJ : « Projet Intégration Jeunesse »

- Système qui vise à regrouper quatre systèmes d'information utilisés dans les centres de jeunesse et d'autres systèmes déjà utilisés dans le réseau.
- Responsable : SOGIQUE.
- Système d'information clientèle.
- Concerne les établissements suivants : centres de jeunesse.
- Utilisateurs : gestionnaires, professionnels des services sociaux.
- Site Web : www.pij.qc.ca

REASSUME : « Réadaptation système statistique et unité de mesure »

- Logiciel qui permet la gestion de données statistiques relatives aux centres de physiothérapie, d'ergothérapie, d'audiologie et d'orthophonie.
- Responsable : SOGIQUE.
- Outil de gestion administrative.
- Concerne les établissements suivants : CH, CHSLD, CLSC et CR.
- Utilisateurs : gestionnaires, professionnels de la santé.

RTQ : « Registre des traumatismes du Québec »

- Système qui vise à fournir des données sur les services et les soins dispensés par les établissements désignés centres de traumatologie, afin d'évaluer la qualité et l'efficacité des soins et des services offerts. Le système utilise des outils de mesure standards (Abreviated Injury Scale — AIS) et Injury Severity Score — ISS) pour faciliter la comparaison des résultats avec d'autres centres en Amérique du Nord.
- Responsable : SOGIQUE.
- Système de gestion administrative.
- Concerne les établissements suivants : centres hospitaliers.
- Utilisateurs : gestionnaires.

SIC-DI : « Système d'information clinique en déficience intellectuelle »

- Système utilisé pour gérer les dossiers cliniques de l'ensemble de la clientèle des centres de réadaptation ; il permet aussi la gestion administrative des ressources.
- Responsable : SOGIQUE.
- Système d'information clientèle et de gestion administrative.
- Utilisateurs : gestionnaires, professionnels des services sociaux.

SIG : « Système d'information de gestion pour la planification des activités des services de santé au travail »

- Ce progiciel vise à habiliter les intervenants des CLSC et des directions régionales de santé publique de planifier les activités en santé au travail et à en faire un bilan annuel.
- Responsable : SOGIQUE.
- Système de gestion et de planification.
- Concerne les établissements suivants : MSSS, CSST.
- Utilisateurs : régies, CLSC.

SIGP : « Système d'information pour la gestion des plaintes »

- Système qui permet une gestion intégrée et rapide de l'ensemble des activités liées à l'examen des plaintes et des demandes acheminées aux responsables de l'examen des plaintes.
- Responsable : SOGIQUE.
- Système de gestion administrative.
- Concerne les établissements suivants : CH, CHSLD, CJ, CLSC, CR, MSSS et organismes.
- Utilisateurs : gestionnaires.

SIPA²⁶ : « Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie »

- Le SIPA est à la fois un modèle d'administration, d'organisation et de financement des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. Il a pour objectif de maintenir et de promouvoir l'autonomie des personnes âgées en favorisant l'utilisation optimale des ressources communautaires, hospitalières et institutionnelles.

26. Projet terminé au début de l'an 2002.

- Système de gestion.
- L'équipe SIPA a des assises communautaires. Elle assume l'entière responsabilité clinique et financière des services qu'elle administre elle-même, mais dans le cas des services qui sont dispensés à sa clientèle par d'autres établissements (CHSGS, CHSLD, CHR), elle partage la responsabilité clinique et assume l'entière responsabilité financière.
- Géré par les deux CLSC sites pilotes.
- Utilisateurs : gestionnaires, professionnels de la santé.
- Le modèle est en expérimentation dans deux sites pilotes, l'un situé au CLSC Bordeaux-Cartierville et l'autre, au CLSC Côte-des-Neiges. L'expérimentation est assortie d'une évaluation qui comporte cinq volets : la qualité des services, l'implantation et l'organisation du SIPA, l'impact sur l'état de santé, l'utilisation des services et leurs coûts. Le modèle de financement par capitation est simulé pendant cette expérimentation.
- Les outils cliniques utilisés sont :
 - des protocoles cliniques interdisciplinaires sur des problèmes gériatriques courants (en collaboration avec le projet MCGG, l'un d'eux sera informatisé sous peu) ;
 - un dossier clinique informatisé (conçu dans le cadre du projet MCGG), surtout ses composantes « Profil médicamenteux » et « Plan de services ».

SIPQDCS : « Système d'information pour le programme québécois de dépistage du cancer du sein »

- Système intégré, visant le contrôle de la qualité du mammographe et de ses composantes.
- Utilisé aussi bien à l'échelle locale, régionale que provinciale, il sert de soutien à l'ensemble des activités du programme - activités de dépistage, de gestion et d'évaluation.
- Conçu à partir du collecticiel *Lotus Notes*, il achemine l'information clinique et administrative entre les intervenants concernés. Au total, 80 centres de dépistage et centres de référence en investigation désignés seront interreliés et en lien permanent avec les 18 centres de coordination régionaux et le centre de gestion provincial. Dans le cas de résultats de mammographie anormaux, on ajoute la mention « En attente d'une investigation » au dossier conservé dans la base de données « Notes régionales ». Ainsi, peu importe le centre d'investigation où la participante se présentera, le personnel connaîtra immédiatement sa situation et sera prêt à l'accueillir.
- Novembre 1999 : Le système SIPQDCS est déjà déployé dans 11 régions sociosanitaires. La dernière région qui vient d'être connectée au système est la région du Nord-du-Québec (10).
- Au total, 300 intervenants (personnel d'accueil, infirmières, techniciens en radiologie ou radiologistes, omnipraticiens, autres médecins spécialistes, professionnels en intervention psychosociale) notent de l'information dans le système, et ce, afin de fournir un suivi rapide et de qualité à chaque participante. Si une participante décide de passer sa mammographie ou ses examens complémentaires dans un centre désigné situé hors région, le centre de coordination peut suivre tout de même l'état d'avancement de son dossier et lui faire parvenir, ainsi qu'à son médecin traitant, les résultats de ses examens.
- Responsable : SOGIQUE.
- Système d'information qui permet la circulation de données cliniques interétablissements.
- Concerne les établissements suivants : centres hospitaliers, MSSS.
- Utilisateurs : gestionnaires, professionnels de la santé.
- Site Web : <http://www.msss.gouv.qc.ca/PQDCS/>

SISMAD : « Système d'information des services de maintien à domicile »

- Système d'information qui soutient la mise en place du programme de maintien à domicile. Il vise à faciliter le travail administratif, à alléger les opérations liées à la gestion des services à domicile, à faciliter l'intégration des systèmes d'information des CLSC, à soutenir le *continuum* des services avec les partenaires du réseau, à fournir une meilleure connaissance des résultats, à produire des données comparables permettant l'évaluation, à aider à l'uniformisation des pratiques et à gérer de l'information fiable. Il est composé de huit modules :
 - module « Accueil / Orientation »,
 - module « Évaluation »,
 - module « Plan d'intervention interdisciplinaire »,
 - module « Appels en attente »,
 - module « Plan périodique »,
 - module « Gestion opérationnelle »,
 - module de communication appelé « Stylet »,
 - module « Rapports ».
- Sites pilotes CLSC de Rosemont et CLSC Samuel de Champlain.
- À la suite de ces deux sites pilotes, une refonte totale du logiciel avait été planifiée afin de mieux répondre aux besoins des utilisateurs ; malheureusement, aucun budget n'a été attribué pour ce projet par le Ministère et le projet de refonte de SISMAD a donc été mis de côté pour l'instant.
- Responsable : SOGIQUE.
- Système d'information clientèle.
- Concerne les établissements suivants : les CLSC.
- Utilisateurs : gestionnaires, professionnels de la santé et des services sociaux.

SIURGE : « Système d'information pour les services d'urgence »

- Système d'information qui se veut un outil pour gérer en temps réel les services d'urgence. Dans le système québécois, la répartition des ambulances relève de la responsabilité des régions régionales ou des centrales d'appels. Le système a été conçu pour pouvoir transmettre, par le biais du RTSS, les états de situation des urgences aux gestionnaires concernés.
- L'ensemble des données saisies par les intervenants est présenté sous forme de rapports dénominalisés, décrivant l'état de situation des urgences. Tous les modules sont liés entre eux, et les tableaux de bord consultés par les gestionnaires sont donc mis à jour au même rythme que ceux utilisés par l'équipe de soins de l'urgence.
- Les états de situation produits par le système comprennent de l'information de base comme le nombre d'usagers inscrits à l'urgence, le taux d'occupation, le pourcentage en attente d'admission, de transfert ou de consultation. Les différents rapports permettent notamment d'identifier la lourdeur des cas (patients classés par degrés de priorité) et de connaître les durées d'attente pour chacune des interventions auprès des usagers de l'urgence.
- Le Groupe provincial SIURGE (GPS), constitué d'une expertise multidisciplinaire en soins infirmiers d'urgence, en médecine, en administration et en technologie de l'information, propose aux divers sites d'urgence un modèle générique d'organisation de projet accompagné d'une démarche rigoureuse d'informatisation.
- But : assurer la transmission instantanée, voire automatisée, des états de situation auprès des régions régionales et du Ministère afin de permettre de mieux soutenir les activités de coordination et de planification des services.

- Sites : En date du 22 mars 2000, le système était utilisé dans neuf sites d'urgence : l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, le Pavillon Hôtel-Dieu de Québec, la Cité de la Santé de Laval, l'Hôpital de Montréal pour enfants, l'Hôpital Louis-Hyppolyte-Lafontaine, l'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville, l'Hôpital Santa Cabrini, l'Hôpital Laval et le Pavillon du CHUL à Québec. Plusieurs établissements ont commencé leur démarche d'informatisation, préalable à l'implantation du système, qui dessert environ 1000 utilisateurs dans toute la province.
- Responsable : SOGIQUE.
- Système de gestion.
- Concerne les établissements suivants : centres hospitaliers.
- Utilisateurs : gestionnaires, professionnels de la santé.

SMEST : « Surveillance médico-environnementale de la santé des travailleurs »

- L'application SMEST contient les informations nécessaires à la gestion du dossier informatisé en santé au travail, mais la facilité d'utilisation du système est à revoir.
- L'idée de développer un système d'information en santé au travail remonte au début de l'implication des CH-DSC et des CLSC en santé au travail, soit au début de 1982. Un de ces comités de travail, formé principalement de médecins et d'infirmières de CLSC et de DSC, entreprit par la suite le développement du module médical du système SMEST. Les travaux de développement et de programmation ont été réalisés par Logibec Groupe Informatique ltée. Le système a, par la suite, subi une période d'essai dans six sites pilotes CLSC et DSC, de septembre 1988 à avril 1989. Les sites pilotes qui ont participé à cette phase d'essais étaient les suivants : CLSC La Guadeloupe, CLSC Montréal-Nord, CLSC J. Octave-Roussin, CLSC de Sept-Îles, DSC Maisonneuve-Rosemont, DSC Baie-Comeau / Hauterive. Par la suite, soit en décembre 1990 et au début de l'année 1991, un déploiement régional a été réalisé dans la région de la Côte-Nord.
- En 1998, il a été statué de renouveler le matériel informatique utilisé en santé au travail.
- L'application SMEST contient quatre grands modules qui correspondent respectivement aux principaux instruments de sauvegarde utilisés jusqu'à aujourd'hui par les intervenants en santé au travail. Ces modules sont : « Établissement », « Médical », « Hygiène » et « Agenda ».
- Responsable : SOGIQUE.
- Système de gestion.
- Concerne les établissements suivants : départements de santé au travail au Québec (CLSC et directions régionales de santé publique), MSSS et CSST.
- Utilisateurs : gestionnaires, professionnels de la santé.
- But : une partie des données saisies dans SMEST (données non nominales) sont transférées vers la banque de données ministérielle (BDM), au MSSS. À son tour, le MSSS transfère ces mêmes données vers la CSST. Une fois transférées, les données sont identifiées dans le cadre normatif SMEST.

URGO : « Système d'information de gestion pour les services d'urgence »

- Système d'information qui affiche une fenêtre sur les données d'admission du patient, produit des rapports sur les délais entre les demandes de consultation et les visites, les durées de séjour, ainsi que le nombre de bénéficiaires par heure. Ce logiciel a été conçu par un informaticien, pour son propre compte, même s'il travaillait pour la Cité de la Santé de Laval. En utilisation depuis deux ans.
- Système de gestion.
- Concerne l'établissement suivant : Centre hospitalier Jean-Talon.
- Utilisateurs : gestionnaires, infirmières.

Systèmes informatisés cliniques

CLINICHELD : « Système d'information sur la clientèle de longue durée » (voir SICHELD)

MCGG : « Mécanisme de coordination géronto-gériatrique » (aussi appelé **GUPA** ou **outil multiclientèle**)

- Mécanisme de coordination des services aux personnes âgées selon un modèle de soins intégrés comportant un système de triage et de dépistage, la gestion par cas et la systématisation du plan de services individualisés. Pour soutenir le travail interdisciplinaire et les échanges cliniques interétablissements tout le long du processus de soins, une application informatique a été développée (1998), soit le dossier clinique partageable. Cette application soutient les échanges cliniques en temps réel et le cheminement en perte d'autonomie entre les divers services, en soutien au travail en réseau intégré de services.

L'information suivante est intégrée au DCI (dossier clinique informatisé) :

- l'identification du client et des aidants naturels ainsi que le consentement du client ;
 - les demandes de services interétablissements ; la prise de contact ;
 - la décision et la priorité d'intervention du service ayant reçu une demande de services ;
 - la mesure de l'autonomie fonctionnelle continue dans le temps pour un client (SMAF), soit les SMAF faits dans chacun des services ;
 - l'évaluation globale de besoin de services : l'évaluation multiclientèle ;
 - le profil médicamenteux actuel et l'historique de la médication ;
 - le PSI, le plan de services individualisés de l'intervenant pivot ;
 - les plans d'interventions (PI) de tous les services unis et interdisciplinaires ;
 - les notes évolutives ;
 - le profil évolutif qui se génère automatiquement dès qu'un SMAF ou une évaluation globale est remplie ;
 - les guides cliniques utilisés sur mode papier seront informatisés bientôt, de même que les outils diagnostiques spécifiques requis selon l'évolution du client.
- Système de gestion et de coordination.
 - Participation de SOGIQUE au développement de l'application.
 - Géré par la région des Bois-Francs.
 - Concerne les établissements suivants : CH, CHSLD, CLSC et ressources communautaires.
 - Utilisateurs : gestionnaires, professionnels de la santé.
 - Site pilote : région Bois-Francs (territoire du CLSC Suzor-Côté et du CLSC de L'Érable).

MEDICHELD : « Système d'information sur la clientèle de longue durée » (voir SICHELD)

MEDIPLAN : « Système d'information sur la clientèle de courte durée »

- Progiciel de soins et de services infirmiers permettant de grouper, d'organiser et de présenter les informations relatives à l'épisode de soins du patient. Il permet de :
 - structurer et ordonner la documentation du plan d'intervention auquel est intégré le module de charge de travail ;
 - alléger la rédaction des notes d'observation ;
 - évaluer les objectifs et les résultats obtenus ;
 - accéder au volet allergies ;

- accéder à la banque de diagnostics infirmiers de l'Association nord-américaine du diagnostic infirmier (ANADI) ;
- concevoir des plans de soins types, des plans d'enseignement, des protocoles, des gestions de cas, des techniques et des procédés de soins ainsi que des plans de soins individualisés ;
- produire des rapports ;
- accéder à une présentation visuelle de résultats (exemple : signes vitaux, *ingesta-excreta*) en format tableau.
- Fournisseur : MédiSolution.
- Outil d'aide à la décision.
- Concerne les établissements suivants : centres hospitaliers.
- Utilisateurs : gestionnaires, professionnels de la santé.

PIMDI : « Plans d'interventions multidisciplinaires informatisés »

Progiciel de gestion de soins permettant d'offrir aux différents professionnels de la santé un outil de planification pour mieux communiquer et consigner les renseignements pertinents de la clientèle. Ses fonctions sont :

- gestion des admissions, transferts et départs ;
- gestion de la collecte de données (habitudes et comportements) ;
- gestion de la démarche de soins (jugement clinique de l'infirmière) ;
- gestion des éléments de surveillance ;
- gestion des déclarations : plaies de pression, infection, réanimation, erreur de médicaments, accident ;
- gestion des AVQ (activités de la vie quotidienne) ;
- intégration du profil des médicaments provenant de la pharmacie dans la note de l'infirmière ;
- gestion des perfusions : solutés, transfusions, dérivés sanguins ;
- gestion des paramètres sans saisie de résultats ;
- gestion des plans de soins types et des protocoles de soins infirmiers ;
- intégration des consultations au plan de soins ;
- gestion avec MESSII ;
- gestion des outils de travail (collecte de données, plan d'activités et note d'évolution de l'infirmière, feuille de route du préposé, ordre du jour, liste de la technicienne en nutrition, plans de soins types, profil de soins, liste d'occupation des lits) ;
- intégration des demandes d'analyses et des examens au plan de soins ;
- consultation des résultats (laboratoires, imagerie) ;
- gestion de l'aide interactive à l'utilisateur pour l'utilisation du logiciel ;
- gestion des liaisons interdépartementales selon les normes HL-7.
- Fournisseur : Hôtel-Dieu de Québec.
- Sert à la gestion clinico-administrative.
- Concerne l'établissement suivant : Hôtel-Dieu de Québec.
- Utilisateurs : gestionnaires, professionnels de la santé.

SICHELD : « Système d'information sur la clientèle en centre d'hébergement et de soins de longue durée »

- Système d'information qui vise principalement à procurer aux intervenants qui œuvrent auprès du patient des fonctions d'aide aptes à les soutenir dans le déroulement des opérations et, ainsi, leur permettre d'améliorer l'efficacité et l'efficience des soins et services planifiés et des services dispensés à la clientèle. Ce système comprend trois modules :
 - module 1 : usager et programme de soins et de services qui permet l'identification du patient et de son environnement ;
 - module 2 : profil biopsychosocial qui trace un portrait dynamique des particularités et de l'état de santé du client;
 - module 3 : gestion des interventions qui permet de gérer les gestes à poser et les soins à prodiguer à chacun des patients du service sur le plan de leur planification, non de leur réalisation.
- Trois fournisseurs possibles :
 - CHUM Informatique de l'Hôpital Notre-Dame (Sicheld Plus) ;
 - Logibec (Clinicheld) ;
 - Médisolution (Médicheld).
- Bases de données maison.
- Système d'information clientèle.
- Utilisateurs : gestionnaires, professionnels de la santé et des services sociaux.

SIPRSA : « Système d'information de programmation régionale des services ambulatoires de la région de Laval » (anciennement CHARL : Centre hospitalier ambulatorio régional de Laval)

- Système d'information qui assure le suivi médical posthospitalisation et la continuité des soins et des services auprès des usagers dans le cadre de la Programmation régionale des services ambulatoires de la région de Laval (PRSA).
- Développé par SOGIQUE et géré par la Régie régionale de Laval.
- Système de gestion et de coordination entre les 3800 professionnels de la santé et du secteur public de la région et les professionnels du secteur privé, et ce, dans 13 programmes de soins et de services. Huit programmes sont en place présentement : gériatrie, obstétrique, oncologie, pédiatrie, système cardiovasculaire, système digestif, système nerveux musculosquelettique et système respiratoire. Chaque programme de suivi, d'éducation et de prévention est composé, entre autres, d'un programme d'enseignement, d'un plan d'action personnalisé, d'une évaluation des connaissances, de relances, etc.
- Utilisateurs : gestionnaires et professionnels de la santé.
- Fonctionnement : CHARL est au cœur du système et coordonne l'ensemble des activités. À la suite des recommandations d'un intervenant, un usager peut demander qu'on l'inscrive à la PRSA ; CHARL crée alors un nouveau dossier et transmet électroniquement une demande de soins ou de services à un établissement situé près du domicile de l'usager. Après avoir obtenu le consentement de l'usager quant à sa participation au programme, l'établissement concerné confirme la prise en charge de ce dernier au centre de coordination (CHARL) et administre les soins requis. L'intervenant doit enregistrer toutes les activités qu'il effectue. Si une mesure ou une activité n'est pas réalisée dans le délai fixé, CHARL en est automatiquement informé et peut intervenir auprès de l'établissement concerné. Présentement, les résultats ne sont pas transmis au médecin traitant et une synthèse des résultats n'est pas conservée dans le dossier de l'usager.

- But : réduction de 25 %, d'ici l'an 2001, de la durée de séjour en centre hospitalier des patients participant à la PRSA.
- Site Web : www.charl.laval.qc.ca

TRIURGE : « Système informatisé pour les services d'urgence »

- Logiciel traduit et adapté à partir d'un ouvrage britannique *Emergency Triage*. Il contient une échelle de triage conçue de façon algorithmique qui permet la modification du résultat par l'infirmière, une section paramètres, résultats, antécédents et allergies, et une liste de protocoles. Il permet de mesurer l'intensité des soins et produit une synthèse de l'état du patient qui est conservée au dossier papier.
- Fournisseur : Hôpital Maisonneuve-Rosemont.
- Système de gestion et d'information clientèle.
- Concerne l'établissement suivant : Hôpital Maisonneuve-Rosemont.
- Utilisateurs : gestionnaires, professionnels de la santé.

ULTICARE

- Système d'information qui vise principalement à procurer aux intervenants qui œuvrent auprès du patient les fonctions d'aide aptes à les soutenir dans le déroulement des opérations et, ainsi, leur permettre d'améliorer l'efficacité et l'efficience des soins et services planifiés et des services dispensés à la clientèle. Ce système comprend plusieurs modules :
 - module général ;
 - module d'admission ;
 - module de gestion de lits ;
 - module de requêtes-résultats ;
 - module de soins infirmiers et plan de soins ;
 - module médecins ;
 - module santé mentale ;
 - module nutrition ;
 - module laboratoire ;
 - module radiologie ;
 - module électrophysiologie et fonction respiratoire ;
 - module rendez-vous et clinique externe ;
 - module courrier ;
 - module épidémiologie.
- Bases de données maison.
- Fournisseur : Per-Se Technology (anciennement HDS « Health Data Sciences Corporation »),
Site Web : <http://www.per-se.com/>
- Système de gestion et d'information clientèle.
- Concerne les établissements suivants :
 - Centre hospitalier Anna-Laberge sous le nom d'HÉLIOS ;
 - CUSE (maintenant CHUS) sous le nom d'ARIANE.
- Utilisateurs : gestionnaires, professionnels de la santé.

3. PROJETS

Continuum de soins : trois applications

DDP : « Dossier patient partageable »

- Application désignée, dans le cadre du projet de création d'un système d'information pour soutenir le *continuum* de soins et de services, comme nécessaire à la mise en place de mécanismes d'accès et de partage électronique de l'information pour l'ensemble du réseau sociosanitaire.
- Le dossier-patient provincial, c'est l'outil de partage, l'outil d'accès aux informations cliniques partageables. C'est par l'entremise du DPP que l'intervenant en santé accédera à l'index-patient ainsi qu'aux résultats des tests et des examens diagnostiques de son patient, à ses images radiologiques, à l'historique de ses visites, aux actes médicaux auxquels il a été soumis, aux médicaments qui lui ont été prescrits, bref à une foule de renseignements qui accélèrent les prises de décisions médicales et diminuent les risques d'erreurs, surtout en situation d'urgence. Il est important toutefois de préciser que le dossier-patient partageable provincial serait un complément à un dossier-patient électronique plus complet que pourraient vouloir mettre en place les régions et les établissements.
- Diverses sources de données serviront à alimenter le DPP. Ainsi, seront extraites, normalisées, structurées et intégrées au DPP les données pertinentes de Med-Écho, de la base de données des actes facturés, du système d'assurance-médicaments de même que celles provenant des banques de données des pharmacies d'officine, des laboratoires et des départements d'imagerie médicale. En plus de consulter le DPP d'un usager, le professionnel de la santé aura la possibilité d'y inscrire une visite et d'y ajouter d'autres données.
- Responsable : SOGIQUE.
- Concerne tous les établissements.

IPP : « Index-patient provincial »

- Application désignée, dans le cadre du projet de création d'un système d'information pour soutenir le *continuum* de soins et de services, comme nécessaire à la mise en place de mécanismes d'accès et de partage électronique de l'information pour l'ensemble du réseau sociosanitaire.
- Responsable : SOGIQUE.
- Concerne tous les établissements.

RRG : « Requêtes et résultats génériques »

- Application désignée, dans le cadre du projet de création d'un système d'information pour soutenir le *continuum* de soins et de services, comme nécessaire à la mise en place de mécanismes d'accès et de partage électronique de l'information pour l'ensemble du réseau sociosanitaire.
- L'application requêtes et résultats génériques (RRG) sert notamment à gérer les requêtes et les résultats des analyses de laboratoire de biologie médicale : enregistrement des données de la prescription médicale (usager, requérant, analyses demandées, renseignements cliniques, date et heure du prélèvement), production des étiquettes d'identification des échantillons, gestion de la production des analyses, émission des résultats ainsi que transmission ou retransmission des résultats au DPP, au dossier-patient électronique de l'établissement, s'il y a lieu, et au requérant. Elle rendra également possible la consultation des examens d'imagerie

médicale disponibles sous format numérique en faisant la liaison avec les dépôts de données spécialisés existants.

- La mise en place de l'application RRG et, par le fait même, le transfert des données normalisées qui se fera par courrier électronique ont pour avantages de diminuer le temps de livraison des résultats, de réduire l'utilisation des formulaires papier, d'uniformiser les procédures quel que soit le fournisseur des services et, par ricochet, de rendre les activités de laboratoire plus efficaces et plus efficientes. « Il va sans dire que le plus grand défi touche avant tout l'informatisation des laboratoires puisque seulement 40 % des labos ont à ce jour informatisé leurs activités », souligne Réginald Blanchard.
- Responsable : SOGIQUE.
- Concerne tous les établissements.

DRIOQ : « Dossier-réseau informatisé en oncologie du Québec »²⁷

- Projet qui est en cours de développement (stade de démonstration) visant à concevoir, à mettre à l'essai et à évaluer un dossier-réseau informatisé en oncologie.
- Responsables : collaboration SOGIQUE et Université Laval.
- Concerne les établissements suivants : centres hospitaliers, CLSC.
- Utilisateurs : professionnels de la santé.
- Mandant : Université Laval.
- Régions concernées : Chaudière-Appalaches et Québec.
- Dossier réseau en oncologie qui permet la circulation de données cliniques interétablissements : la personne atteinte d'un cancer du sein et les intervenants qui lui prodiguent des soins et des services auront accès en permanence à son dossier médical.

GERISOFT

- Logiciel de gestion contenant des outils d'évaluation pour les volets médical, social et administratif de la personne en perte d'autonomie.
- Outil permettant la saisie et l'analyse des paramètres des divers outils d'évaluation biopsychosociale de la personne en perte d'autonomie avec générateur de rapports.
- Fournisseur : Gérisoft inc.
- Système de gestion et de coordination.
- Concerne les établissements suivants : CH, CHSLD, CLSC.
- Utilisateurs : gestionnaires, professionnels de la santé.

PROJET avec l'UQAM et le CLSC des Faubourgs

- Projet à visée recherche pour les urgences psychosociales.
- Pas de distinction en ce qui concerne les intervenants utilisateurs : peu d'infirmières l'utilisent.
- Objectifs : diminuer la quantité de papier utilisée et gagner du temps (une demi heure par intervention).

RME : « Réseau Mère-Enfant »

- Système qui soutient une nouvelle façon de dispenser les soins, le plus près possible des lieux de vie de la clientèle (mères et enfants). Regroupe l'Hôpital Sainte-Justine et la plupart des

27. Cette phase du projet s'est terminée en novembre 2001 avec le dépôt du rapport.

centres hospitaliers offrant des services de pédiatrie et d'obstétrique en Montérégie, à Laval, dans les Laurentides et dans la région de Lanaudière. En tout, il comprend un réseau de 20 établissements qui se partagent des informations cliniques pour les soins pédiatriques et qui offrent des échanges d'expertise et l'accès aux services de première et de deuxième ligne avec assurance de transfert immédiat à Sainte-Justine, si la précarité de la situation l'exige. Une application requêtes et résultats est déjà en usage pour fournir des informations aux partenaires du projet. *Lotus Notes* supporte les échanges entre les partenaires de ce réseau.

- Responsable : Hôpital Sainte-Justine. Participation de SOGIQUE au développement de l'application « Notes ».
- Système d'information qui permet la circulation de données cliniques interétablissements.
- Concerne les établissements suivants : CH, CLSC, MSSS, régie régionale, RAMQ.
- Utilisateurs : gestionnaires, professionnels de la santé.

SIIATH : « Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance » (en développement)

- Projet qui vise à mettre en place un système d'information intégré pour la planification, la gestion et le contrôle administratifs des activités transfusionnelles.
- Ce système d'information reliera entre eux tous les établissements tels qu'identifiés dans la nouvelle organisation du système du sang (les 20 centres hospitaliers désignés et les 79 centres hospitaliers associés). Des connexions particulières sont aussi prévues avec les centres d'hémophilie ainsi qu'avec le système informatique du fournisseur de produits sanguins, Héma-Québec.
- À la suite d'un appel d'offres visant la sélection d'une solution logicielle existante, c'est la solution Traceline de Mak-System qui a été retenue. Cette solution informatique a été proposée par MédiSolution qui, s'étant associée à la société française Mak-System dans le cadre du projet SIIATH, agira à titre de distributeur du logiciel Traceline. Le logiciel, qui est actuellement en cours d'adaptation pour tenir compte des particularités du réseau québécois, sera testé en site pilote au CHUM et au CUSM avant d'être déployé progressivement dans tous les centres hospitaliers désignés et associés.
- Responsable : SOGIQUE.
- Système d'information qui permet la circulation de données cliniques interétablissements.
- Concerne les établissements suivants : centres hospitaliers, MSSS.
- Utilisateurs : gestionnaires, professionnels de la santé.

SYSTÈMES MAISON

- Développés avec Microsoft Access ou tout autre logiciel pour effectuer la gestion des horaires, dresser la liste des patients, organiser les plans de travail, recueillir les statistiques de prévention en ce qui concerne les infections et la surveillance des plaies, etc.

Non documentés dans ce travail

- SIGOC** : Système d'information et de gestion des organismes communautaires (clients : régies régionales et MSSS).
- SIRTF** : Système d'information sur les ressources intermédiaires de type familial (clients : CH, CJ, CR, MSSS, RAMQ).
- SMC** : Santé mentale dans la communauté (étude de faisabilité) (clients : CH, CLSC, MSSS, organismes communautaires, RAMQ, régies régionales).
- SSP** : Système de soutien à la pratique professionnelle (clients : services sociaux).