

Université de Montréal

Analyse de la logique d'intervention d'une adaptation québécoise d'un modèle de soins centré sur le patient appuyé par un dossier médical personnel dans les suivis pédiatriques au sein d'un groupe de médecine de famille

par Maxime Demers

École de santé publique de l'Université de Montréal

Mémoire présenté à l'École de santé publique de l'Université de Montréal en vue de l'obtention du grade de Maîtrise en administration de la santé option évaluation des services et des organisations de la santé

Décembre 2014

## RÉSUMÉ

Dans l'optique d'améliorer la performance des services de santé en première ligne, un projet d'implantation d'une adaptation québécoise d'un modèle de soins centré sur le patient appuyé par un dossier médical personnel (DMP) a été mis sur pied au sein d'un groupe de médecine familiale (GMF) de la région de Montréal. Ainsi, ce mémoire constitue une analyse comparative entre la logique de l'intervention telle qu'elle est décrite dans les données probantes concernant les modèles de soins centrés sur le patient et le dossier médical personnel ainsi que la logique de l'intervention issue de nos résultats obtenus dans le cadre de ce projet au sein d'un GMF. L'analyse organisationnelle se situe durant la phase de pré-déploiement de l'intervention. Les principaux résultats sont que la logique d'intervention appliquée dans le cadre du projet est relativement éloignée de ce qui se fait de mieux dans la littérature sur le sujet. Ceci est en partie explicable par les différentes résistances en provenance des acteurs du projet (ex. médecins, infirmières, fournisseur technologique) dans le projet, mais aussi par l'absence de l'interopérabilité entre le DMP et le dossier médical électronique (DME). Par ailleurs, les principaux effets attendus par les acteurs impliqués sont l'amélioration de la continuité informationnelle, de l'efficacité-service, de la globalité et de la productivité. En outre, l'implantation d'un modèle centré sur le patient appuyé par un DMP impliquerait la mise en œuvre d'importantes transformations structurelles comme une révision du cadre législatif (ex. responsabilité médicale) et des modes de rémunérations des professionnels de la santé, sans quoi, les effets significatifs sur les dimensions de la performance comme l'accessibilité, la qualité, la continuité, la globalité, la productivité, l'efficacité et la réactivité pourraient être limités. Ces aménagements structureaux devraient favoriser la collaboration interprofessionnelle, l'interopérabilité des systèmes, l'amélioration de la communication multidirectionnelle (patient-professionnel de la santé) ainsi qu'une autogestion de la santé supportée (ex. éducation, prévention, transparence) par les professionnels de la santé.

Mots clés : Dossier médical personnel (DMP), modèle centré sur le patient, soins de première ligne, groupe de médecine familiale (GMF), interopérabilité DMP-DME, performance des services de santé, accessibilité, qualité, continuité, globalité, productivité, efficacité, réactivité

## **ABSTRACT**

In order to improve the performance of primary care services, a project in Quebec to develop an adaptation of a patient-centered care model supported by a personal health record (PHR) has been implemented in a urban family medicine group (FMG). Thus, this thesis is a comparative analysis between the logic of intervention as it is described in the literature on patient centered model and integrated PHR, and the empirical results obtained in the FMG of the project. More specifically, the analysis takes place during the pre-deployment phase of the intervention. Furthermore, it is an organizational analysis. The main results revealed that the logic of intervention applied in the project is relatively far from what is known as the «best» models in the literature on patient-centered care and integrated PHR. This is in part explainable by the resistance to change of the different stakeholders (eg. doctors, nurses, etc.) concerned by the project, which is coherent with what we found on the subject in the literature. Otherwise, the main effects expected by the actors involved in the project are the improvement of informational continuity, service efficiency, comprehensiveness and overall productivity. Furthermore, in the current structural context of Quebec's health care system, the implementation of a patient-centered model supported by a PHR would involve important structural changes such as a revision of the health care professionals remuneration model and the legislative framework (eg. medical liability), otherwise, significant effects on performance dimensions such as accessibility, quality, continuity, comprehensiveness, efficiency, effectiveness and responsiveness could be significantly limited. These structural arrangements should promote, among others, interprofessional collaboration, systems interconnectivity, improved multi-directional communication between the patient and the health care professionals and a culture in which the patient actively participates in the management of his health and where the health care professional gives him the necessary support (eg. education, prevention, transparency).

Keyword: PHR, patient-centered medical home, primary care, patient centered care model, health care performance, interconnectivity PHR-EHR, family medicine group, accessibility, quality, continuity, comprehensiveness, efficiency, effectiveness, responsiveness.

## Table des matières

CHAPITRE 1 — INTRODUCTION .....	1
1.1 Problématique de recherche .....	1
Pourquoi la première ligne?.....	1
Une nouvelle structure : le GMF.....	3
La première ligne et les soins à suivis prolongés aujourd’hui.....	4
Le E-patient et les technologies de l’information et des communications (TIC) .....	6
Une nouvelle forme de consommation de la santé.....	7
1.2 Objectifs de recherche .....	8
CHAPITRE 2 — DÉFINITION DE L’INTERVENTION À L’ÉTUDE : UNE TECHNOLOGIE DE DOSSIER MÉDICAL PATIENT.....	9
2.1 Une approche centrée sur le patient .....	9
2.2 Le DMP .....	10
CHAPITRE 3 – REVUE DE LA LITTÉRATURE .....	13
3.1 Les dysfonctionnements du système.....	13
Accessibilité.....	13
Continuité .....	14
Globalité.....	15
Réactivité .....	15
Efficacité.....	15
Productivité.....	16
Qualité.....	16
3.2 Les modèles d’adoption des TIC .....	17
Le modèle du CSSS du Sud-Ouest-Verdun .....	17
Niveau individuel .....	18
L’intention d’utiliser .....	18
Niveau organisationnel .....	18
La disposition organisationnelle au changement.....	18
Les caractéristiques du changement apporté :.....	19
Le degré de soutien et de leadership :.....	19

Le contexte organisationnel interne : .....	20
Les caractéristiques des destinataires ciblés par le changement : .....	20
Analyse sociotechnique interactive.....	21
Les modèles de Pineault et coll. et Lamarche et coll. ....	22
3.3 Niveau technologique .....	23
La catégorisation d’Archer et coll. ....	23
Les caractéristiques du système .....	23
Le contenu .....	23
L’architecture.....	24
La confidentialité et la sécurité .....	25
Les fonctionnalités.....	26
Les consultations asynchrones : .....	26
Les consultations synchrones : .....	28
Les outils de monitoring :.....	29
Les coûts et le financement.....	30
L’utilité du DMP et les fonctions cliniques.....	30
La communication patient-professionnel de la santé .....	31
L’éducation et le changement des habitudes de vie.....	32
L’autogestion de la santé et la gestion clinique .....	33
Les barrières à l’adoption .....	33
Gestion des données.....	34
Relation thérapeutique.....	35
Changement des pratiques.....	36
La charge de travail.....	36
La rémunération .....	36
Les obligations des médecins.....	37
CHAPITRE 4 – MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE .....	37
4.1 Modèle d’analyse.....	37
Concepts à l’étude .....	39
Les facteurs organisationnels .....	39

Les facteurs technologiques .....	39
Les fonctions cliniques .....	40
4.2 Devis de recherche.....	40
4.3 Choix et présentation du cas à l'étude .....	40
La clinique à l'étude .....	41
4.4 Stratégie de recherche et sources de données .....	43
Population à l'étude.....	44
Déroulement des observations.....	45
Déroulement des entrevues .....	45
4.5 Analyse des données et la diffusion des résultats .....	46
Méthode d'analyse qualitative .....	46
CHAPITRE 5 – RÉSULTATS .....	46
5.1 Le contexte organisationnel.....	46
La disposition organisationnelle au changement .....	47
Le degré de soutien.....	48
Le contexte organisationnel interne.....	49
Les caractéristiques des destinataires ciblés par le changement.....	50
Modèle ASI.....	51
5.2 Logique de l'intervention au GMF .....	51
La logique marchande.....	52
La logique technocratique et professionnelle .....	55
La clinique et les médecins .....	55
Les infirmières.....	61
CHAPITRE 6 — DISCUSSION .....	62
6.1 L'intervention.....	62
6.2 L'avenir du modèle et du DMP au Québec .....	66
6.3 Les limites.....	68
CHAPITRE 7 — CONCLUSION .....	69
BIBLIOGRAPHIE .....	72
ANNEXE 1: Convocation à une entrevue .....	i

ANNEXE 2: Formulaire de consentement .....	iii
ANNEXE 3: Questionnaires d'entrevue .....	vii
ANNEXE 4: Abécédaire .....	xi
ANNEXE 5: Plans d'action pour l'asthme .....	xxiii
ANNEXE 6: Formulaire de suivi TDAH .....	xxv



## **LISTE DES GRAPHIQUES**

Graphique 1: Évolution du taux d'adoption du DME au Québec et au Canada  
Graphique 2: Modèle conceptuel

p. 7  
p.38

## **LISTE DES ABREVIATION**

CLSC	Centre local de services communautaires
CR	Clinique Réseau
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DME	Dossier médical électronique
DMP	Dossier médical personnel
DSQ	Dossier santé Québec
GMF	Groupe de médecine familiale
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
Modèle ASI	Analyse sociotechnique interactive
PCMH	Patient centered medical home
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité
TIC	Technologie de l'information et des communications

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes et les institutions qui ont rendu possible la rédaction de ce mémoire par leurs encouragements et leur soutien.

Tout d'abord, je remercie mon directeur Claude Sicotte qui m'a supporté et guidé tout au long de cette aventure. Ces questionnements et ces réflexions m'ont permis de faire évoluer mon esprit d'analyse ce qui me servira très certainement dans ma vie professionnelle. Merci, Claude, de m'avoir appris à nuancer mes propos.

Je souhaite également remercier le département d'administration de la santé de l'École de santé publique de l'Université de Montréal et plus particulièrement Madame Nicole Roberge, qui m'aura permis d'adapter mon cheminement académique à ma nouvelle vie de papa. En outre, je remercie les professeurs Paul Lamarche, André-Pierre Contandriopoulos, François Champagne et Emmanuel Guindon de m'avoir fait réfléchir sur les enjeux du système de la santé.

Je désire aussi remercier mon employeur de m'avoir permis d'aménager mon horaire de travail afin de concilier mon travail, ma vie de famille et mes études.

De plus, je tiens à remercier les différentes organisations comme le GMF et le fournisseur de la technologie qui ont participé au projet et qui m'ont permis de m'intégrer à ce projet en m'accordant leur confiance. Je tiens aussi à remercier le CEFRIO pour le support financier durant ma maîtrise.

Mes remerciements vont aussi à ma conjointe, à ma famille et à mes amis pour m'avoir supporté dans ce cheminement qui aura été parsemé d'embûches, mais qui aura été hautement enrichissant. Finalement, je remercie mon fils, né durant ce parcours, de m'avoir fait prendre conscience de la valeur du temps qui passe.

## CHAPITRE 1 — INTRODUCTION

### 1.1 Problématique de recherche

Les soins de première ligne n'ont pas toujours été un intérêt pour nos dirigeants. Dans les faits, avant les années 1970, l'hôpital apparaît comme l'entité la plus apte à répondre aux besoins de la population en matière de santé <sup>(1)</sup>. Ce n'est qu'au début des années 1970 que le gouvernement lance une réforme visant à implanter les centres locaux de services communautaires (CLSC) qui avaient une portée plus sociale, communautaire et globale de la prise en charge de la santé. En outre, initialement, les CLSC se voulaient la porte d'entrée du système de santé <sup>(1)</sup>. Or, plutôt que de devenir la structure centrale, le système est demeuré hospitalocentrique, et ce, pour plusieurs raisons, dont l'adhésion plus forte des médecins au modèle de pratique médicale en cabinet privé qui s'est considérablement développé durant cette même période; un modèle qui est aux antipodes du modèle communautaire des CLSC<sup>i</sup> <sup>(1)</sup>. Ainsi, aujourd'hui on retrouve environ 147 CLSC pour plus de 800 cabinets privés dans les soins de première ligne <sup>(3)</sup>.

Forcé de constater l'échec des CLSC, c'est au tournant des années 2000 que la commission Clair fait état des nombreuses lacunes de la première ligne <sup>(1, 4)</sup>. La priorité devient alors le développement et l'amélioration de ce niveau de soins.

#### Pourquoi la première ligne?

D'entrée de jeu, mentionnons que la première ligne est un niveau de soins parmi d'autres. Selon Startfield, la première ligne, communément appelée la médecine familiale, devrait être le premier contact (*gatekeeper*<sup>ii</sup>) pour entrer dans le système de la santé. Elle se doit d'offrir des services continus, globaux et coordonnés à toute la population, et ce, sans égard au genre, à la maladie ou au système d'organe affecté. Pour ce qui est des soins secondaires et tertiaires, ils se distinguent par la durée et la typicité de la problématique de santé <sup>(5)</sup>. Les soins secondaires sont généralement consultatifs et de court terme et devraient principalement servir à supporter les

---

<sup>i</sup> Seulement 20% des médecins ont adhéré à la pratique en CLSC. 2. Bourgueil Y, Marek A, Mousques J. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec: quels enseignements pour la France? Questions d'économie de la santé. 2007(127):1-8.

<sup>ii</sup> La fonction de *gatekeeper* laisse entendre que la première ligne est la structure d'entrée dans le système de santé; une structure pivot qui oriente les patients en fonction de leurs besoins.

médecins en première ligne avec leurs diagnostics et les « dilemmes thérapeutiques » qui les accompagnent. Les soins tertiaires devraient quant à eux s'adresser à des problèmes de santé qui sont plus rares et peu fréquents. En outre, il se peut que le médecin au niveau tertiaire ait à assumer un suivi à long terme pour les soins requis par la maladie, mais le médecin en première ligne devrait continuer à jouer un rôle en ce qui a trait aux autres problèmes et besoins de santé du patient <sup>(5)</sup>.

Bien évidemment, il existe des variantes dans la conception de l'organisation des différents niveaux de soins. Cependant, celle qui est proposée par Starfield est très intéressante et généralement la plus acceptée dans la littérature sur le sujet. En effet, les bienfaits d'une première ligne qui agit comme un *gatekeeper* ont été empiriquement démontrés à plusieurs reprises. Par exemple, Starfield a démontré à l'aide de 12 indicateurs de santé (mortalité infantile, l'espérance de vie, taux de mortalité standardisé pour l'âge...) que les pays qui avaient un meilleur accès aux soins de première ligne avaient de meilleurs scores en ce qui concerne ces indicateurs <sup>(6)</sup>. De plus, Shea et coll. ont démontré qu'un meilleur accès aux soins de première ligne était lié à un meilleur contrôle de l'hypertension chez les « *disadvantaged minority populations* » <sup>(7,8)</sup>.

Par ailleurs, la première ligne est adéquate que les autres niveaux pour les services de santé préventifs ainsi que pour créer une relation durable et continue entre le patient et le professionnel de la santé, ce qui se traduirait à long terme en de meilleurs scores pour certains indicateurs comme l'amélioration de l'expérience « patient »; une diminution de l'utilisation des services; une diminution des coûts; une augmentation générale de la satisfaction; une diminution de l'utilisation des urgences pour des problématiques non urgentes et une diminution des admissions à l'hôpital<sup>iii</sup> <sup>(9)</sup>. Face à ces données probantes, force est de constater que l'État voit juste lorsqu'il décide de développer la première ligne. Cependant, voyons de plus près le modèle choisi pour le système québécois.

---

<sup>iii</sup> Bien évidemment, certains de ces résultats nécessitent une organisation particulière des services en première ligne. Nous verrons d'ailleurs certains des éléments nécessaires à l'atteinte de tels résultats ultérieurement dans le texte.

## Une nouvelle structure : le GMF

Dans la foulée des travaux de la commission Clair, un des besoins a été d'identifier une structure permettant de répondre aux besoins de la première ligne. Les CLSC ayant été rejetés comme modèle principal, le besoin de repenser l'organisation des cliniques médicales privées s'est traduit par la mise sur pied d'une nouvelle structure, c'est-à-dire les groupes de médecine familiale (GMF). Cette structure, dite « volontaire », réunit des médecins « qui s'engagent en tant que groupe à offrir une gamme variée de services et qui travaillent en collaboration avec des infirmières cliniciennes » <sup>(1)</sup>. Ces groupes sont alors une occasion pour les médecins qui y adhèrent de recevoir des ressources humaines, matérielles et financières afin d'assurer l'accessibilité, la continuité ainsi que la globalité des services de santé en première ligne. En ce qui concerne les caractéristiques distinctives du GMF, à la différence des CLSC, la responsabilité de la santé populationnelle n'est plus géographique, mais fonctionne plutôt sous le modèle d'une liste d'inscription de patients. En outre, les groupes peuvent réunir plusieurs organisations (ex. une clinique et des cabinets solos) et les médecins peuvent pratiquer indifféremment dans des établissements publics ou des cliniques privées. Chacun des GMF doit désigner un médecin responsable et signer un contrat d'association qui fixe les orientations, le fonctionnement et les responsabilités du groupe <sup>(1, 10)</sup>.

Pour ce qui est de l'offre de service, la clientèle des GMF est en moyenne de 15 000 personnes inscrites desservies généralement par environ 10 médecins et deux infirmières ainsi que deux personnes attitrées au travail administratif. Les services sont offerts du lundi au vendredi (sur rendez-vous et sans rendez-vous) ainsi que les weekends et les jours fériés où il doit y avoir un niveau minimal de services « sans rendez-vous » offerts. De plus, une garde téléphonique<sup>iv</sup> doit être assurée en tout temps par un médecin en dehors des heures d'ouverture du GMF, et ce, pour les personnes inscrites qui répondent à certains critères de vulnérabilité (ex. les personnes âgées, les malades chroniques). Fréquemment, cette garde est assurée en collaboration avec le service Info santé 811 <sup>(1, 10)</sup>.

En des termes plus structuralistes, le GMF correspond au modèle professionnel de coordination <sup>(11)</sup>. En ce sens, il se distingue du CLSC qui est plus conforme à un modèle communautaire

---

<sup>iv</sup> Cette garde téléphonique est généralement assurée par le service 811 - Infosanté.

intégré<sup>v</sup>. En effet, alors que le CLSC mise sur une multidisciplinarité (psychologues, travailleurs sociaux, infirmières, médecins, etc.), le GMF opte plutôt pour une structure principalement bidisciplinaire (infirmières, médecins). De plus, dans le GMF, le médecin représente le professionnel central dans la structure alors qu'il est spécifiquement désigné pour assurer le suivi et la continuité des services offerts à chacun des patients inscrits. Dans le cas du modèle communautaire intégré (c.-à-d. certains CLSC ruraux), le suivi et la continuité reposent beaucoup plus sur l'équipe pluridisciplinaire et l'infirmière joue un rôle pivot entre l'ensemble des intervenants professionnels. Finalement, dans les deux modèles, le recours aux technologies de l'information et des communications (TIC) est un aspect essentiel<sup>(11)</sup>.

Par conséquent, on constate qu'il existe des différences entre les deux principales structures de services de première ligne québécoise, ce qui constitue une distinction propre au Québec. Cependant, l'important accroissement des GMF laisse présager une transformation à venir du rôle du CLSC, mais ce questionnement dépasse les limites du présent travail. Cela dit, c'est en raison de l'important développement des GMF que pour le présent travail c'est cette structure qui a été choisie.

### **La première ligne et les soins à suivis prolongés aujourd'hui**

Par ailleurs, l'environnement dans lequel se développent les GMF est lui aussi en pleine évolution. En effet, le système de la santé est soumis à de nombreuses pressions, dont l'augmentation des patients nécessitant des suivis prolongés. Ces dernières sont principalement causées par l'augmentation des maladies chroniques au sein de notre société, faisant de celles-ci la catégorie de maladie la plus mortelle puisqu'elles sont actuellement responsables de plus de 60 % des décès mondialement<sup>vi (12, 13)</sup>. Par contre, les maladies chroniques ne sont pas les seules à nécessiter des suivis prolongés. En effet, les suivis pédiatriques sont aussi un pan non négligeable des soins à suivi prolongé. Bien que ces derniers soient moins médiatisés que les

---

<sup>v</sup> On fait référence aux CLSC en milieu rural qui semble plus intégré qu'en milieu urbain (Lamarche et coll, 2003).

<sup>vi</sup> Fait important, au Québec en 2005, 53% des personnes de 12 ans et plus étaient atteintes d'une des dix principales maladies chroniques qui incluent, entre autres, le cancer, le diabète, l'asthme, l'hypertension, les maladies cardiaques, etc. (Cazale et coll. 2009).

maladies chroniques, il n'en demeure pas moins que le Québec a connu une augmentation du taux de fécondité synthétique en 2008<sup>vii</sup> (14), et donc de la demande de suivis pédiatriques.

Pour bien comprendre l'enjeu, il est important d'expliquer en quoi consistent les suivis pédiatriques. Tous les bébés, de la naissance à l'âge de 5 ans, ont des suivis pédiatriques qui permettent aux professionnels de la santé d'évaluer l'évolution du développement de l'enfant. Ces suivis s'effectuent à 2 , 4 , 6 , 12 , 18 mois et annuellement par la suite jusqu'à l'âge de cinq ans. C'est notamment durant ces rencontres de suivi que l'immunisation de l'enfant a lieu, mais aussi le suivi du développement psychomoteur et du développement staturopondéral<sup>viii</sup>, ce qui permet entre autres de déceler rapidement les anomalies développementales et d'intervenir rapidement sur celles-ci. Afin d'assurer un meilleur suivi, les intervenants en pédiatrie utilisent comme source d'information le carnet de santé de l'enfant qui permet de colliger la majorité des informations de suivi (ex. immunisation, courbe de croissance, etc.)<sup>(15)</sup>. Cela dit, le carnet santé est traditionnellement en format papier et il est détenu par le patient. Par conséquent, il est vulnérable (perte, oublié lors des consultations, etc.), ce qui résulte en une complétion parfois incomplète de celui-ci<sup>(15)</sup>.

Par ailleurs, la particularité des soins pédiatriques réside dans l'implication de tierces personnes (les parents ou le tuteur) dans le processus thérapeutique du patient (l'enfant). Par conséquent, cela nécessite des parents beaucoup d'observations, car ils sont directement interpellés durant le processus de suivis, et ce, afin de répondre aux nombreuses questions qui constituent l'importante collecte d'information des professionnels et qui permettra d'établir l'anamnèse de l'enfant. Plus spécifiquement, ces questions sont celles de l'abécédaire<sup>ix</sup>, c'est-à-dire l'outil qui permet aux professionnels de la santé de couvrir l'ensemble des éléments nécessaires aux suivis psychomoteur et staturopondéral à chacune des rencontres de suivi. Vous pouvez consulter cet outil en annexe.

Cela dit, qu'il s'agisse des maladies chroniques ou des suivis pédiatriques, les deux types de soins nécessitent une importante allocation de temps et de ressources (humaines, financières...)

---

<sup>vii</sup> En 2000 le taux de fécondité était de 1,45 enfant par femme alors qu'en 2008 et 2009 il était de 1,74. Ce taux est d'ailleurs stable depuis 2008 (ISQ, 2012).

<sup>viii</sup> Le développement staturopondéral est le suivi de la taille et du poids du bébé dont les résultats sont représentés sur une courbe de croissance et exprimés en percentile.

<sup>ix</sup> Voir un exemple en annexe.



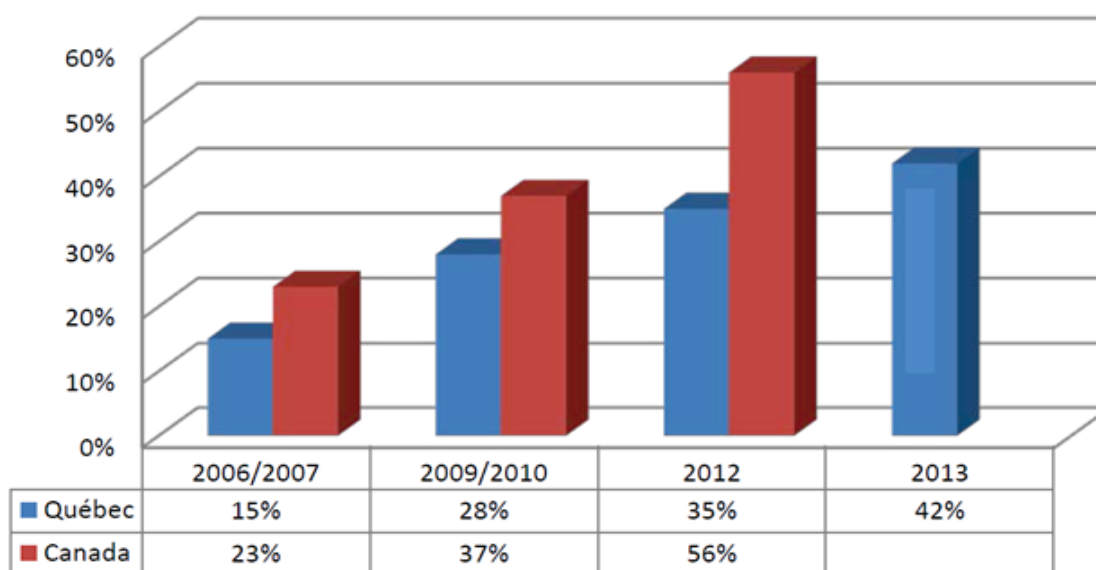
limitées qui sont souvent concurrentes dans le système de la santé <sup>(16)</sup>. Ces ressources étant déjà pleinement utilisées, l'accroissement de ces catégories de soins oblige la mise en place de pratiques qui permettront dans un premier temps, de répondre aux besoins actuels de ces clientèles; et dans un deuxième temps, d'offrir ceux-ci plus efficacement afin de limiter des effets négatifs sur le système de santé, dont l'accentuation des impacts des dysfonctionnements.

### **Le E-patient et les technologies de l'information et des communications (TIC)**

Parmi les solutions qui peuvent être envisagées, une profonde révision de la place du patient dans le processus thérapeutique est de plus en plus évoquée dans la littérature. En effet, la littérature tend à démontrer l'importance d'adopter une relation thérapeutique orientée vers une approche centrée sur le patient et dans laquelle celui-ci occupe une place active dans la gestion de sa santé. Cela dit, ceci représente un profond changement de culture dans le domaine de la santé et certains outils seraient susceptibles de favoriser la transition vers ce type de modèle. Parmi ceux-ci, les TIC sont considérés par plusieurs experts comme ayant un important potentiel d'amélioration des soins de première ligne, voire qu'ils en soient une pièce maîtresse <sup>(17, 28-30)</sup>. Qui plus est, elles peuvent être porteuses de changements et d'innovations, à condition qu'elles demeurent un support au changement et non pas l'objet principal de celui-ci <sup>(11)</sup>.

Parmi les TIC les plus prometteuses dans les soins de premières lignes, il y a notamment le DMP qui favorise une meilleure autogestion de la santé et qui représente une des solutions pour les défis engendrés par l'accroissement du nombre de patients nécessitant des suivis prolongés <sup>(31)</sup>. Cependant, l'informatisation du réseau de la santé est une tâche colossale pour laquelle le Québec a accusé beaucoup de retard dans les dernières années. Par contre, depuis 2006, le Québec tend à rattraper ce retard. À titre d'exemple, le principal enjeu de l'informatisation de la première ligne au Québec ces dernières années a été la mise en place du DME. Selon les études les plus récentes, en 2013, le taux d'adoption au Québec du DME était de 42 % comparativement à 15 % en 2006/2007 (voir graphique 1). Certes, le Québec s'est amélioré depuis quelques années, mais il n'en demeure pas moins qu'il reste encore beaucoup de travail à faire afin d'être en mesure de se comparer aux pays les plus dominants en la matière comme les Pays-Bas, la Norvège et la Nouvelle-Zélande<sup>(32)</sup>.

## ÉVOLUTION DU TAUX D'ADOPTION DU DME AU QUÉBEC ET AU CANADA



\* Graphique 1 : source (33)

### Une nouvelle forme de consommation de la santé

Parallèlement à ceci, la consommation des soins semble vouloir évoluer vers un nouveau paradigme. Ainsi, de nos jours, l'émergence d'une orientation « consommatrice » (*consumerism*) de la santé tend à remplacer l'orientation « patient » traditionnelle <sup>(34, 35)</sup>. En effet, avec les possibilités qu'offre l'Internet, les patients ont maintenant accès à un bassin quasi infini d'informations médicales et de santé qui vient transformer les relations qu'ils entretiennent avec le système de la santé et les professionnels <sup>(34, 35)</sup>. Parallèlement à ceci, la firme Deloitte rapportait en 2009 que plus de 60 % de la population canadienne souhaitait détenir un DMP qui contiendrait leurs informations médicales <sup>(36)</sup>; que 58 % des Canadiens désiraient avoir accès à domicile à des outils Internet qui leur permettraient de faire le suivi de leur santé ainsi que prendre les décisions relatives à celle-ci <sup>(36)</sup>; et finalement, la firme nous apprenait qu'environ de 60 % des Canadiens utilisent Internet comme une source d'information sur le traitement de leur maladie <sup>(36)</sup>. D'ailleurs, le CEFRIO, grâce à ses enquêtes, nous apprend que 75 % des adultes québécois utilisent régulièrement Internet dont 48 % de leurs recherches informationnelles concernent la santé ou la médecine <sup>(37)</sup>. Qui plus est, toujours selon le CEFRIO, la majorité des

recherches d'informations sur Internet chez les internautes québécois âgés (65 ans et plus) concerne le traitement de leur maladie <sup>(38)</sup>. On constate donc l'existence d'une demande pour un plus grand partage et un meilleur accès à l'information médicale chez les patients.

C'est donc dans ce contexte qu'un projet d'expérimentation a été mis sur pied en 2010 afin de développer une adaptation québécoise du modèle centré sur les patients, et ce, en réponse aux besoins des patients nécessitant des suivis prolongés dans les soins de première ligne. Pour les instigateurs du projet, l'atteinte de cet objectif passe par l'entremise d'un important support des technologies de l'information et des communications (TIC), le tout dans un contexte de révision des pratiques en première ligne et de mobilisation des acteurs. Plus spécifiquement, dans le cadre de ce projet, étant porteuse de ce modèle médical, l'implantation d'un dossier médical personnel (DMP) interopérable avec le dossier médical électronique (DMÉ) était l'objectif. Le mémoire s'intéresse à cette implantation.

## **1.2 Objectifs de recherche**

Le mémoire consiste en une analyse de l'implantation d'une innovation technologique, un dossier médical personnel (DMP) déployé dans un GMF. Cette analyse de l'implantation est de type formatif. L'objectif principal du mémoire est de réaliser une analyse de la logique d'intervention à partir de deux points de vue soit a) les données probantes provenant de la littérature scientifique et b) les caractéristiques d'une organisation de soins de première ligne de type GMF quant à l'implantation d'un DMP. Ainsi, nous analysons le bien-fondé du modèle logique théorique de l'intervention, un DMP, dans le contexte québécois. Précisons que cette recherche s'inscrit dans une démarche d'analyse organisationnelle des pratiques professionnelles en première ligne et de la gestion du changement. Elle se scindera en deux principaux objectifs:

1. Tel que conçu, est-ce que l'intervention est susceptible de produire les résultats probants contenus dans la littérature?
2. Quelles sont les conditions susceptibles de favoriser la réussite de la mise en œuvre de l'implantation?

En ce qui concerne l'intervention, comme nous le verrons, le DMP y occupe une place centrale, car il a été identifié comme étant l'outil technologique de prédilection pour ce type de changement. Cette technologie s'accompagne d'une philosophie médico-soignante particulière ce qui oblige une analyse qui dépasse le simple cadre de l'implantation technologique en mettant l'accent sur l'ensemble de la culture et des pratiques que cette technologie est susceptible de transformer.

## **CHAPITRE 2 — DÉFINITION DE L'INTERVENTION À L'ÉTUDE : UNE TECHNOLOGIE DE DOSSIER MÉDICAL PATIENT**

### **2.1 Une approche centrée sur le patient**

Comme nous l'avons mentionné, l'amélioration des services de santé en première ligne en l'orientant vers une approche centrée sur le patient semble être une des solutions aux pressions actuelles que subit le système ainsi qu'aux dysfonctionnements du système. Tout d'abord, la littérature tend à démontrer que les patients nécessitant des suivis prolongés sont pris en charge plus adéquatement dans les systèmes centrés sur les soins de première ligne que ceux orientés sur les autres niveaux de soins (secondaire, tertiaire)<sup>(5)</sup>. Par contre, il semble qu'il y est de meilleurs modèles de services de santé en première ligne, dont un de ceux qui suscitent le plus d'intérêt est le *Patient-Centered Medical Home* (PCMH). À vrai dire, cette approche constitue la « vision vers laquelle les organisations de soins primaires devraient idéalement converger »<sup>(1, 41, 42)</sup>, puisqu'elle permet, entre autres, d'améliorer la prestation des soins primaires (ex. maladies chroniques, soins préventifs), de diminuer les visites à l'urgence<sup>(43, 44)</sup> et les niveaux d'hospitalisation<sup>(45)</sup>, d'augmenter positivement la satisfaction au travail des professionnels<sup>(43, 44)</sup>, d'améliorer la santé des enfants ainsi que le suivi parental de la santé de leur enfant<sup>(45)</sup> et, si elle est bien développée et implantée, elle peut contribuer à diminuer les coûts globaux des services de santé<sup>(42, 43)</sup>. Afin de bien comprendre la portée du PCMH, voici brièvement les 7 caractéristiques que propose l'*American Academy of Pediatrics* (AAP)<sup>(45)</sup> :

1. Les patients ont un médecin de famille personnel qui dispense et dirige les soins médicaux;
2. Les soins de santé s'adressent à l'« entité globale » du patient;

3. Les soins sont continus, coordonnés et complets puisque les patients ont un accès à une équipe professionnelle;
4. Amélioration de l'accès aux rendez-vous;
5. La pratique comprend des TIC efficaces et des DMÉ;
6. La rémunération soutient le modèle de soins;
7. Suivi de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients <sup>(1, 46)</sup>.

Ainsi, ce modèle vise à construire une relation permanente et continue entre le patient et le médecin de famille <sup>(1)</sup>. De plus, le PCMH est centré sur le patient et favorise l'autogestion de la santé par les patients <sup>(47)</sup>.

Par ailleurs, avec la venue de l'informatisation, une variante du modèle PCMH a émergé, c'est-à-dire ce que le Dr Ferguson a appelé le *E-patient* <sup>(48)</sup>. Fondamentalement, il est question d'un modèle très similaire au PCMH, à l'exception l'utilisation des technologies (ex. Internet) qui n'est pas uniquement un outil important, mais plutôt central pour le patient, puisqu'elle représente une source d'information et un moyen de communication indispensable <sup>(48)</sup>. De plus, le *E-patient* met encore plus l'accent sur l'autogestion de la santé par le patient alors que ce dernier est perçu comme un réel partenaire du médecin traitant <sup>(48)</sup>. Par conséquent, ce sont ces modèles qui inspirent le projet d'expérimentation québécois lorsqu'il est question de soins centrés sur le patient.

## 2.2 Le DMP

Bien que des changements doivent être opérés dans notre système de santé, il n'en demeure pas moins que ceux qui concernent les services de première ligne et, surtout, la transformation de la philosophie médicale et, par extension, de la santé représente une tâche ardue et foncièrement complexe. Le type de changement qui est proposé en est un transformationnel <sup>(49)</sup>, puisqu'il exige des membres de l'organisation un profond changement de pratiques, et ce, en raison du changement de la culture et de la philosophie médicale qu'il implique. Le DMP est une technologie de l'information qui offre aux patients la capacité d'accéder, de gérer et de partager des informations concernant leur santé, et ce, de façon sécurisée, privée et confidentielle <sup>(50)</sup>. Spécifiquement, les DMP les plus performants sont caractérisés par cinq principaux attributs soit « a) exhaustif sur les données concernant le patient (« *lifelong and comprehensive* »); b)

accessible en tout temps et n'importe où (« *accessible from any place at any time* »); c) contient des outils d'autogestion de la santé et de support permettant de comprendre les informations contenues dans le DMP (« *must provide health management tools that assist in understanding the information contained in the PHR along with recommendations for improving health* »); d) sécuritaire et confidentiel (« *private and secure* »); e) et offre un contrôle individualisé du contenu accessible (« *individual control over access to information* ») <sup>(50-52)</sup>. Ainsi, par ces attributs, il favorise la qualité, la coordination et la continuité des soins <sup>(53, 54)</sup>.

Bien qu'il existe plusieurs similitudes entre le DME et le DMP, leur principale distinction réside dans le fait que le patient contrôle et opère le DMP alors que le DME est contrôlé et opéré par les professionnels de la santé <sup>(55)</sup>. Plus spécifiquement, le DMP est considéré comme un outil qui tente de répondre aux valeurs consommatrices qui tendent à émerger dans le secteur de la santé depuis quelques années. Ces valeurs sont notamment la volonté d'avoir accès à l'information, mais aussi la capacité de choisir à partir de cette information.

Par ailleurs, le DMP est un outil pertinent en matière d'autogestion de la santé pour les catégories de patients dont l'état de santé nécessite un suivi prolongé <sup>(16)</sup> comme c'est le cas en pédiatrie <sup>(56)</sup>. Toutefois, très peu d'études concernent l'utilisation du DMP dans le cadre des suivis pédiatriques. Il est alors pertinent de se tourner vers les recherches qui ont étudié cette technologie auprès d'autres types de clientèle nécessitant des suivis prolongés. Par exemple, il a été démontré que les patients atteints d'insuffisance cardiaque qui utilisent le DMP ont une meilleure adhésion aux conseils médicaux ainsi qu'une plus grande satisfaction relativement à la communication patient-médecin <sup>(50, 54, 57)</sup>; et que l'utilisation du DMP chez les patients diabétiques permet de mieux contrôler la glycémie, de réduire leurs hospitalisations et leurs visites en clinique <sup>(54, 58)</sup>. En outre, Jerdéna et Weinehall rapportaient que 25 % des patients avaient modifié leurs habitudes de vie (exercice, diète, habitudes liées au stress) à la suite de l'utilisation régulière des fonctions éducatives offertes par un DMP <sup>(54, 59)</sup>. On peut donc sous-tendre que des gains similaires pourraient être observés en ce qui a trait aux suivis pédiatriques alors que les parents seraient plus impliqués dans le développement de leur enfant.

Parallèlement à ceci, mentionnons qu'il existe plusieurs types de DMP comme celui dont il est question dans l'implantation au GMF à l'étude, du moins selon la logique d'intervention, soit un

DMP à suivi systématique; le modèle le plus intégré des DMP et pour lequel le potentiel de transformation en matière de santé est le plus grand <sup>(50, 54, 55, 60)</sup>. Ce modèle implique une interconnexion et des échanges d'information entre les DMP et d'autres systèmes d'information clinique (ex. DMÉ) permettant des communications bidirectionnelles entre le patient et les fournisseurs de services <sup>(50, 54, 55, 60)</sup>. Ainsi, le dossier électronique est opéré de manière autonome par le patient. Celui-ci utilise alors une application Internet pour saisir et conserver ses données cliniques personnelles. En outre, le DMP offre trois catégories d'échange d'information <sup>(16, 50, 54, 55, 60-64)</sup> :

- Capacité pour le patient de recevoir des données de divers points de services : cliniques médicales, pharmacies, hôpital... (Résultats labo, prescription de médicaments...).
- Capacité de centraliser et d'intégrer un ensemble de données cliniques pour les partager entre le patient et plusieurs professionnels de santé (ex. Dossier santé Québec).
- Capacité pour le patient de communiquer personnellement avec des fournisseurs de soins (Courrier électronique, Renouvellement de prescription, prise de rendez-vous...).

Finalement, il permet un monitoring clinique continu opéré à distance. Ce modèle clinique permet un suivi à distance synchrone ou asynchrone de l'état de santé d'un patient. Le patient fournit alors des données sur sa santé qu'une équipe clinique interprète pour intervenir au besoin. Le monitoring de données cliniques se fait sur la base des données fournies par l'auto-administration de questionnaires électroniques ou de systèmes informatisés d'autodiagnostic (ex. glycémie)<sup>x (16, 50, 54, 55, 60-64)</sup>.

Ainsi, le DMP s'accompagne de valeurs qui s'écartent d'une vision traditionnelle de la médecine. En effet, plutôt qu'appliquer un canevas relationnel paternaliste où le médecin est maître de la relation thérapeutique avec son patient, le DMP vise à favoriser une approche où le patient est beaucoup plus autonome relativement à la gestion de santé et selon lequel il participe au processus décisionnel le concernant. De plus, ce processus n'implique plus uniquement le médecin, mais une équipe pluridisciplinaire (ex. l'infirmière, nutritionniste, psychologue, etc.). Il

---

<sup>x</sup> Cette définition du DMP à suivi systématique est une proposition de Claude Sicotte et Maxime Demers dans le cadre du projet d'expérimentation. Elle prend son fondement des concepts présents dans la littérature.

s'agit donc d'une approche beaucoup plus collaborative entre un patient et une équipe de professionnels de la santé <sup>(50)</sup>. Étant cohérent avec les modèles les plus holistiques comme le *Patient-centered medical home* ou *Chronic Care model*, l'avènement du DMP, s'avère un outil qui pourrait faciliter la transition de notre système vers ces modèles.

## CHAPITRE 3 – REVUE DE LA LITTÉRATURE

### 3.1 Les dysfonctionnements du système

Pour bien comprendre ce dont il est question lorsque l'on parle des dysfonctionnements du système de la santé et, plus spécifiquement, de la première ligne, il est pertinent de se référer à certaines dimensions comme l'accessibilité, la continuité, la globalité, la réactivité, la qualité, l'efficacité et la productivité. Bien que le mémoire ne soit pas une analyse d'effet et que ces dimensions ne sont pas directement étudiées, il s'agit des concepts fondamentaux qui constituent la toile de fond des analyses sur la performance des systèmes de santé. Il convient donc de les définir et de présenter ce qu'en disent les données probantes, et ce, afin de présenter un portrait de la performance du système de santé québécois.

#### *Accessibilité*

Tout d'abord, selon Pineault et coll., l'accessibilité consiste en la « facilité ou la difficulté à entrer en contact avec les services de première ligne » <sup>(17)</sup>. En outre, les distinctions qu'apportent Lamarche et coll. relativement à l'accessibilité sont importantes. Pour eux, il y a l'*accessibilité globale* qui correspond à la définition qu'en fait Pineault, mais ils distinguent par la suite l'accessibilité aux services de première ligne ainsi que l'accessibilité aux autres niveaux de soins. Bien évidemment, dans le cas échéant l'accessibilité à la première ligne représente le principal intérêt, car il s'agit d'une réelle problématique au Québec alors que plus de 20 % de la population âgée de 12 ans et plus n'ont pas de médecins de famille <sup>(11, 18)</sup>. Or, celle-ci est intrinsèquement liée à la seconde, puisqu'une dysfonction à l'un ou à l'autre de ces niveaux se répercute en un transfert d'utilisation vers l'autre niveau. Par exemple, selon Pineault et coll. l'inaccessibilité à un médecin de famille serait en partie responsable de l'utilisation des services d'urgence pour des conditions qui devraient être traitées plutôt dans les services de première ligne <sup>(17)</sup>. Qui plus est, l'accessibilité aux niveaux secondaire et tertiaire laisse sous-entendre la



présence de la continuité, c'est-à-dire la « succession cohérente de services en relation avec les besoins et le contexte de vie des personnes »<sup>(11)</sup>.

### **Continuité**

Au Québec, la continuité semble être également problématique et ceci serait en partie attribuable au manque d'accessibilité puisque ces deux concepts sont liés<sup>(17)</sup>. Lamarche et coll. distinguent trois types de continuité, c'est-à-dire *informationnelle*, *relationnelle* et la *gestion clinique intégrée*<sup>(11)</sup>. La continuité informationnelle consiste en la « disponibilité, l'utilisation et la transmission de l'information sur des événements antérieurs et permet de fournir les services appropriés, compte tenu des circonstances actuelles du patient »<sup>(11)</sup>. Soulignons que le *Commissaire à la santé et au bien-être* (CSBE) classait le Québec en 2011 dernier parmi 14 pays membres du *Commonwealth Fund* (CF) en matière de continuité informationnelle perçue par les utilisateurs.

Pour ce qui est de la continuité relationnelle, elle représente la relation qui perdure dans le temps entre le patient et le fournisseur de services ainsi que la qualité de cette relation<sup>(11)</sup>. On peut croire que si la continuité informationnelle est déficiente, la continuité relationnelle l'est tout autant puisqu'une relation entre un patient et un professionnel de la santé nécessite l'échange d'information. Ces concepts sont donc intrinsèquement liés<sup>(11)</sup>.

Finalement, la *gestion clinique intégrée* est la fonction qui permet d'harmoniser avec cohérence les soins octroyés par les fournisseurs<sup>(11)</sup>. La gestion clinique intégrée ou l'intégration des services est caractérisée par l'intégration horizontale, c'est-à-dire l'intégration des services au même niveau de soins (ex. entre professionnels et des organisations de première ligne); et par l'intégration verticale qui « vise à mieux articuler les niveaux de services pour faciliter le cheminement du patient »<sup>(17)</sup>. L'intégration nécessite la coordination des soins<sup>(19)</sup>. Le Québec en 2011 était dernier parmi les 14 pays du CF, en ce qui concerne la coordination<sup>(20)</sup>. Ce manque de coordination laisse entendre, entre autres, une mauvaise transmission d'informations entre les médecins des différents niveaux de soins ainsi qu'une forte probabilité de répéter certains tests médicaux chez les patients; deux importantes causes d'inefficience du système de santé<sup>(17, 19, 21)</sup>.

Pour en revenir à la continuité de façon plus générale, si l'on prend le cas de patients atteints de maladies chroniques, les trois types de continuité s'avèrent pertinents. Tout d'abord, étant donné

que les malades chroniques gèrent une grande partie de leur santé ainsi que leurs traitements, il s'avère indispensable qu'il y ait une continuité informationnelle qui leur permet à la fois de suivre l'évolution de leur maladie, mais aussi, de mieux adapter leur quotidien à celle-ci. La continuité informationnelle s'avère aussi importante pour accroître la qualité de la relation thérapeutique avec leur fournisseur de soins, ce qui correspond au second type de continuité. Cette dernière est très importante, car le fournisseur de soins doit être en mesure d'encourager le patient dans sa gestion et sa responsabilisation face à sa maladie. D'ailleurs, les études ont démontré à de nombreuses reprises les biens faits d'une relation thérapeutique continue ainsi que l'application de la gestion intégrée des soins sur la santé et la qualité de vie des patients comme la réduction d'indices glycémiques chez les diabétiques <sup>(22)</sup>.

### **Globalité**

Une autre des dimensions importantes est la globalité. Bien qu'il soit difficile d'apprécier la globalité en raison du peu d'études faites sur la question, il semble qu'elle soit intimement liée à la continuité. Plus spécifiquement, Pineault souligne que les problèmes de globalité sont notamment liés à la fragmentation des services dans le cas de problèmes de santé complexes <sup>(17)</sup>. Il semble que certains changements dans les pratiques professionnelles qui permettraient une meilleure intégration des services sont susceptibles d'améliorer l'offre globale de services <sup>(17)</sup>.

### **Réactivité**

La réactivité est décrite comme « la prise en compte et le respect des attentes et des préférences des utilisateurs et des fournisseurs des services » <sup>(11)</sup>. Bien qu'il n'y ait pas de données nous permettant de juger la situation actuelle en matière de réactivité dans les soins de première ligne <sup>(17)</sup>, il semble que la réactivité dans les soins périnataux soit favorisée par la collaboration interprofessionnelle <sup>(23)</sup> et dans les soins à domicile par l'utilisation de la télésanté <sup>(24)</sup>. De plus, semblerait que les TIC soient perçues par les patients comme des outils permettant le développement de bonne relation avec les intervenants en santé <sup>(25)</sup>.

### **Efficacité**

L'efficacité est aussi un élément important de l'analyse. Il s'agit de « l'aptitude de chaque modèle à produire les résultats escomptés » <sup>(11)</sup>. Il y a d'une part l'*efficacité-santé* qui mesure la contribution des services de première ligne à l'amélioration et au maintien de la santé des

personnes et des populations. À titre d'exemple, celle-ci se mesure avec des indicateurs comme l'espérance et la qualité de vie ainsi que la réduction des taux de mortalité et de morbidité. Il y a aussi l'*efficacité-services* qui se mesure en tenant compte soit de la contribution perçue ou observée des services de première ligne en ce qui a trait à la prise en charge des problèmes de santé comme la prévention et la promotion des problèmes de santé, le traitement et le contrôle des problèmes de santé ou encore le maintien des capacités fonctionnelles des personnes affligées grâce à la réhabilitation, à la réadaptation et à la réinsertion <sup>(11)</sup>. En 2011, le Québec occupait la 13/14 position en ce qui a trait aux erreurs médicales. Dans la même optique, 24 % des Québécois ont jugé que le système fonctionne bien, ce qui place le Québec au 10/14 des pays du CF. Face à ces résultats on peut se questionner sur l'efficacité-services dans le modèle professionnel de coordination adopté par le Québec <sup>(20)</sup>.

### **Productivité**

La productivité est aussi un élément indispensable dans l'analyse, mais qui est très complexe en ce qui concerne les soins de première ligne, surtout relativement aux individus au pris avec des maladies chroniques. En effet, cette notion, qui fait référence au rapport qui existe entre les services rendus et les ressources utilisées nécessaires à l'offre de ces services, est un objectif qui trop souvent fait cavalier seul. L'accent qui est souvent mis sur la productivité peut être remis en question. Certes, elle est importante, mais cet aspect quantitatif doit être en équilibre avec les aspects qualitatifs des soins de santé. Par exemple, les clientèles qui ont des maladies chroniques nécessitent souvent un investissement de temps supplémentaire, et ce, soit en raison des besoins d'enseignement et d'éducation qu'ils requièrent. D'ailleurs, les études ont démontré que les modes de paiement médicaux qui sont orientés sur la productivité, comme le paiement à l'acte, ne favorisent pas l'éducation et la prévention <sup>(26, 27)</sup>.

### **Qualité**

En dernier lieu, le dernier aspect qui est important est la qualité telle qu'elle est perçue par les patients et par les professionnels et qui semble elle aussi être défailante. En effet, le Québec

occupe la 9/14 position des pays du CF, alors que seulement 59 % des Québécois<sup>xi</sup> ont affirmé que la qualité des soins est très bien ou excellente<sup>(20)</sup>.

Face à ces résultats, on constate que malgré l'implantation des GMF depuis 2002, beaucoup de travail reste à faire afin d'améliorer les services en première ligne et le projet du GMF à l'étude s'inscrit dans cette volonté d'amélioration.

## **3.2 Les modèles d'adoption des TIC**

Dans le cadre de la recherche, l'objectif était d'analyser un construit organisationnel. Nous avons procédé comme le suggèrent Paré et coll.<sup>(65)</sup>, c'est-à-dire en nous intéressant principalement aux éléments collectifs. Dans cette optique, les enjeux individuels sont ainsi analysés dans leurs perspectives collective et organisationnelle. Par exemple, lorsqu'il est question de variables individuelles comme l'intention d'utiliser l'outil technologique, nous la traiterons dans sa dimension collective.

Comme point de départ nous nous sommes inspirés du modèle ayant servi dans l'analyse de l'implantation du DME dans un GMF au CSSS du Sud-Ouest-Verdun<sup>(66)</sup>, de celui Pineault et coll.<sup>(17)</sup> et de celui de Paré et coll.<sup>(65)</sup>. Voyons de plus près ces modèles.

### **Le modèle du CSSS du Sud-Ouest-Verdun**

Tout d'abord, le DME étant semblable au DMP, ceci nous permet de sous-tendre qu'en ce qui concerne l'analyse organisationnelle de l'intervention, le modèle du CSSS du Sud-Ouest-Verdun qui étudie le DME est pertinent<sup>xii</sup>.

Cependant, certaines spécificités doivent être apportées relativement à celui-ci, car il s'intéresse à trois grandes dimensions, soit individuelle, organisationnelle et technologique. Comme nous l'avons précisé antérieurement, notre analyse se situe principalement au niveau collectif et moins au niveau individuel. Par contre, nous avons préservé une variable individuelle d'intérêt, c'est-à-dire l'intention d'utiliser la technologie par les professionnels. Pour ce qui est de la dimension technologique, étant donné que l'intervention est de type technologique, il est important de conserver celle-ci dans notre analyse.

---

<sup>xi</sup> Utilisation du masculin à des fins pratiques.

<sup>xii</sup> En ce sens nous souhaitons préciser qu'un modèle différent pourrait être nécessaire pour l'analyse de l'intervention dans sa dimension «patients».

## ***Niveau individuel***

### L'intention d'utiliser

Lorsqu'il est question de conduite du changement, la littérature démontre que l'intention des utilisateurs d'adopter le nouveau comportement est un bon prédicateur de l'adoption du comportement <sup>(67-70)</sup>. Dans le cas du mémoire, l'intention d'utiliser le DMP et d'adhérer à une philosophie orientée vers le patient est un prédicateur de l'utilisation du DMP et de l'adoption de la philosophie centrée sur le patient. Bien qu'ici il ne soit pas question d'étudier l'intention, ni même l'utilisation, ces variables occupent une place importante dans notre modèle comme variables sur lesquelles les dispositions organisationnelles <sup>(50, 60-62, 64, 66, 71-74)</sup> et technologiques <sup>(50, 54, 60-64, 66)</sup> auront une influence.

## ***Niveau organisationnel***

Le niveau organisationnel peut-être étudié sous divers angles. Voici donc les éléments dont nous avons tenu compte.

### La disposition organisationnelle au changement

Dans l'étude de Soto <sup>(66)</sup>, lorsqu'il est question du modèle de Paré et coll. <sup>(65)</sup>, il fait référence à la prédisposition organisationnelle que nous nommerons plutôt la disposition organisationnelle au changement (DOC)<sup>xiii</sup>. Selon cette approche, la DOC collective reflète la disposition cognitive et émotionnelle des individus à accepter et adopter un plan dont l'objectif principal est d'altérer le *statu quo* dans une organisation <sup>(65)</sup>. Par conséquent, quatre dimensions viennent influencer la DOC soit les caractéristiques du changement apporté; le degré de soutien et de leadership; le contexte organisationnel interne; et les caractéristiques des « destinataires ciblés » <sup>(66)</sup> par le changement.

---

<sup>xiii</sup> Cette précision nous apparaît importante. La traduction de *organizational readiness* est prédisposition organisationnelle. Sémantiquement, une prédisposition fait référence à « une aptitude naturelle à quelque chose » (Larousse). Nous sommes plutôt d'avis que « disposition » reflète plus justement l'idée que véhicule la théorie en question. En effet, une disposition fait référence à un « état » ou à un « arrangement des choses » et donc à un concept qui est amené à changer et évoluer plutôt qu'inné, ce qui nous apparaît comme beaucoup plus représentatif d'une réalité organisationnelle.

### *Les caractéristiques du changement apporté :*

Cette dimension se divise en trois sous-dimensions c'est-à-dire la transparence quant au changement désiré (*vision clarity*), la pertinence du changement (*change appropriateness*) et l'efficacité du changement (*change efficacy*) <sup>(65)</sup>.

La *transparence* quant au changement désiré est fondamentale dans un processus d'implantation puisqu'elle favorise une meilleure compréhension chez les agents de changement des tenants et aboutissants de la transformation apportée. Cette transparence doit permettre une meilleure compréhension de l'écart qui existe entre la situation actuelle et celle désirée, c'est-à-dire celle qui est visée par le changement, ce qui devrait se traduire par une meilleure légitimation du besoin de changement dans l'organisation <sup>(65)</sup>. L'objectif d'une telle démarche est d'éviter que le changement ne paraisse arbitraire aux yeux des milieux qui subissent ledit changement.

Relativement à la *pertinence* du changement, il s'agit du sentiment que le changement qui est proposé s'adresse réellement à la problématique et qu'il permettra de réduire l'écart entre la situation actuelle et celle désirée <sup>(65)</sup>.

Finalement, l'*efficacité* du changement fait référence au sentiment que les personnes ont face à la réussite réelle de ce projet <sup>(65)</sup>.

### *Le degré de soutien et de leadership :*

Le degré de soutien et de leadership fait référence au fait que les individus touchés par le changement ressentent, par l'entremise de leur réseau interpersonnel, qu'ils sont supportés dans l'organisation <sup>(65)</sup>. Ce support doit d'abord provenir de la haute direction puisque celui-ci accroît considérablement la réussite du projet. Cet appui peut notamment se traduire par une allocation plus importante des ressources pour développer et supporter ce nouveau système; par un accroissement des conditions facilitantes; et finalement, en améliorant les perceptions que l'organisation est bel et bien disposée à ce changement <sup>(65)</sup>.

En second lieu, l'utilisation d'un champion dans le projet, c'est-à-dire une personne qui porte positivement et activement le projet auprès des autres membres de l'organisation, s'avère être une stratégie qui aura un impact positif considérable sur la tenue du projet. D'ailleurs, l'absence d'une telle personne pourrait s'avérer être risquée pour la réussite du projet <sup>(65)</sup>.

### *Le contexte organisationnel interne :*

Le contexte organisationnel interne est décrit par certains comme les facteurs externes au changement qui ont une influence sur les croyances, les attitudes, les intentions et les comportements des individus touchés par le changement <sup>(65, 75)</sup>.

Parmi les sous-dimensions que l'on retrouve dans le contexte organisationnel interne, il y a l'histoire du changement dans l'organisation. Chaque organisation a une histoire quelconque avec le changement et celle-ci a une grande influence sur l'appréhension face au changement dans l'organisation. Il est donc indispensable de tenir compte de la « mémoire organisationnelle » en matière de changement lors d'une intervention <sup>(76)</sup>.

Deuxièmement, les conflits organisationnels, qui sont inhérents aux interactions sociales, ont aussi beaucoup d'impacts sur la conduite d'un projet. Dans le domaine de la santé, ceci est d'autant plus vrai puisque les relations sont caractérisées par des interactions entre plusieurs acteurs (ex. médecins, gestionnaires, industriels, etc.) aux intérêts souvent divergents. Il convient donc de tenir compte de ce « jeu » entre les acteurs puisqu'il a directement des impacts sur le projet <sup>(66)</sup>.

Troisièmement, la flexibilité organisationnelle est un élément qui aura d'importants effets sur la réussite du projet. Une organisation dont la culture organisationnelle permet une certaine flexibilité des politiques organisationnelles de façon à « assimiler le changement » <sup>(66)</sup> est susceptible d'être mieux disposée au changement lorsque celui-ci se présente <sup>(53, 65)</sup>.

### *Les caractéristiques des destinataires ciblés par le changement :*

Cette dimension fait référence aux conditions personnelles des individus qui influencent leurs croyances, leurs attitudes et leurs intentions lorsqu'ils sont confrontés au changement <sup>(65)</sup>. Plus spécifiquement, dans le cadre de notre recherche, nous faisons référence à l'*auto-efficacité collective*, c'est-à-dire à « la perception des individus quant à leur capacité d'apprendre de nouvelles méthodes et outils de travail pour atteindre les objectifs du changement » <sup>(66)</sup>. De plus, l'appartenance à certains groupes professionnels pourrait aussi avoir une influence, car certaines caractéristiques comme les rôles ou responsabilités viennent influencer leurs croyances, leurs attitudes et leurs intentions (ex. médecins) <sup>(77)</sup>. À titre d'exemple, il existe des différences

comportementales entre les médecins quant à l'adoption du DMP, et ce, en fonction de du sexe, de lieu d'exercice (rural, urbain) et de la spécialité <sup>(77)</sup>.

### Analyse sociotechnique interactive

Le modèle d'analyse sociotechnique interactive (ASI) d'Harrison et coll. <sup>(78)</sup> repose sur la prémisse que l'introduction d'une nouvelle technologie peut résoudre des problèmes, mais peut aussi générer des conséquences pernicieuses notamment dans les systèmes sociaux et techniques existants <sup>(66, 78)</sup>. Plus spécifiquement, ce modèle « met l'accent sur la nature itérative et récursive des relations et sur le potentiel de production de conséquences non intentionnelles ou inattendues dans les systèmes sociaux et techniques » <sup>(66, 78)</sup>. Il va sans dire que ces conséquences sont potentiellement nocives pour l'implantation de la nouvelle technologique, ce qui pourrait se traduire dans le cas des technologies de l'information en santé en une sérieuse atteinte à la dispensation des soins de santé (sécurité et qualité) <sup>(66, 78)</sup>.

Selon le modèle ASI, il existe cinq types d'interaction possibles :

1. Les nouvelles technologies de l'information en santé (TIS) modifient le système social existant dans l'organisation. Cette réalité découle du fait que les technologies de la santé ont souvent comme objectif la modification des structures de travail, de la communication organisationnelle ainsi que les relations entre les différents professionnels de la santé. Cependant, les initiateurs de l'implantation sont trop souvent pris par surprise par des changements indésirables qui découlent des interactions entre le milieu et la technologie. À titre d'exemple, il se pourrait que l'implantation d'une nouvelle TIS engendre un accroissement de l'intensité et une surcharge de travail pour lesdits professionnels, et ce, en augmentant le temps requis pour documenter les activités de soins <sup>(66, 78)</sup>.
2. Une autre des interactions qui altère le déploiement d'un TIS est liée à l'interaction qui existe entre les infrastructures techniques et physiques présentes dans l'organisation et la TIS. Qu'il s'agisse des problèmes d'interopérabilité entre les nouveaux systèmes et ceux déjà en place ou encore de la persistance de la tenue de dossier en format papier, un piètre « fit » entre la nouvelle technologie et les infrastructures techniques et physiques



déjà présentes dans l'organisation est susceptible d'avoir des impacts très négatifs sur la dispensation des soins, et ce, notamment en perturbant les décisions cliniques ou encore en provoquant des erreurs qui pourraient porter atteinte à la santé et la sécurité des patients <sup>(66, 78)</sup>.

3. La négociation et la réinterprétation à propos de la nouvelle technologie par les utilisateurs, ce qui provoque souvent des changements dans l'utilisation et les pratiques initialement désirées par les développeurs. Cette réalité découle souvent d'un développement technologique qui n'a pas tenu compte du milieu et des besoins des utilisateurs <sup>(66, 78)</sup>.
4. Il existe un phénomène de récursivité, c'est-à-dire que le système social influence l'implantation d'une technologie (type 3) et l'utilisation de celle-ci influence à son tour le système social de l'organisation. En effet, le déploiement de la technologie pourrait provoquer des changements dans la structure de pouvoir, générer une importante dépendance vis-à-vis la technologie ou encore dénaturer les canaux de communications présents dans l'organisation <sup>(66, 78)</sup>.
5. Contrairement au type 4, celui-ci fait référence à des changements beaucoup plus profonds, il est commun de voir une mutation de la technologie, et ce, en raison de l'interaction entre celle-ci et le système social de l'organisation. Nombreuses sont les requêtes et les exigences des utilisateurs relativement à la technologie, ce qui force en quelque sorte la transformation de la technologie. Il faut ajouter à cela l'ensemble des demandes qui sont difficiles à combler. Par conséquent, l'objet final devient différent de ce que les développeurs avaient envisagé initialement <sup>(66, 78)</sup>.

Cela dit, dans le cas du mémoire, étant donné qu'il concerne le processus de pré-implantation, seulement les points 2 et 3 seront à l'étude, car les autres nécessitent des analyses per et post implantation. Il serait donc judicieux que le groupe de recherche tienne compte de ces éléments dans leur analyse d'implantation.

### **Les modèles de Pineault et coll. et Lamarche et coll.**

Par ailleurs, le modèle du CSSS du Sud-Ouest-Verdun a été enrichi par celui de Pineault et coll.

<sup>(17)</sup> puisque celui-ci permet de représenter plus adéquatement la logique théorique de

l'intervention en matière de TIC. Ce modèle établit un lien causal entre les TIC et l'amélioration des caractéristiques organisationnelles que nous vous avons présentées précédemment. Comme vous pouvez le constater dans notre modèle, des caractéristiques comme l'intégration des services, la collaboration interprofessionnelle et d'autres déterminants dont le plus important est l'échange d'information entre les acteurs ont des effets sur les dimensions comme la continuité, la globalité et l'accessibilité. Lamarche et coll. <sup>(11)</sup> ajoute à ces effets la productivité, l'efficacité et la qualité. Ces derniers ont alors des effets notamment sur la réactivité, le recours à l'urgence et les autres niveaux de soins ainsi que sur d'autres effets comme la santé et les coûts <sup>(17)</sup>.

### **3.3 Niveau technologique**

La dernière dimension qui concerne le DMP est le niveau technologique et il est grandement documenté dans la littérature. En ce qui nous concerne, nous avons adopté la catégorisation d'Archer et coll. <sup>(55)</sup> dans leur revue de littérature sur le DMP. Ceux-ci regroupent en cinq catégories l'information contenue dans la littérature soit les caractéristiques du système; l'utilité du DMP; l'acceptation, l'adoption et l'utilisation; les barrières à l'utilisation; et les effets cliniques<sup>xiv (55)</sup>.

#### **La catégorisation d'Archer et coll.**

##### ***Les caractéristiques du système***

Cette catégorie fait référence à cinq sous-catégories, c'est-à-dire le contenu du dossier; l'architecture de la technologie; la confidentialité et la sécurité; les fonctionnalités; et les coûts et le financement <sup>(55)</sup>.

##### **Le contenu**

Le contenu concerne la caractérisation des informations contenues dans le DMP. La littérature nous indique que l'information doit être importante, compréhensible et crédible aux yeux des professionnels de la santé et des patients, et ce, tout en restant appropriée pour un outil Internet accessible aux patients <sup>(55)</sup>. En ce sens, le DMP doit contenir une information pertinente et claire <sup>(60)</sup>, et ce, sur l'ensemble de la vie du patient. En outre, l'information doit provenir de multiples

---

<sup>xiv</sup> Il est à noter que les effets cliniques ne vous sont pas présentés comme une catégorie en soit, mais sont plutôt incorporés aux autres catégories.

sources en incluant autant les soins cliniques que ceux individuels <sup>(50)</sup>. La littérature a démontré qu'il était possible de partager avec les patients les problèmes de santé du patient, les notes cliniques, la médication et les informations sur les allergies ainsi que les résultats laboratoires et diagnostiques, tout comme il est possible pour le patient de partager plus d'informations avec les professionnels de la santé <sup>(50)</sup>. Plus particulièrement, plusieurs études <sup>(16, 59, 79-83)</sup> ont identifié certaines composantes d'intérêts, dont la capacité pour les patients de joindre des communautés d'intérêts; d'avoir accès à du contenu informationnel en provenance de sites Internet de grande qualité et fiabilité; à de l'information en provenance de leurs professionnels de la santé et à des sites Internet à propos de programmes de traitement, d'hygiène de vie, de gestion du poids; du support pour des programmes d'autogestion de maladies chroniques, etc. Ainsi, l'accessibilité à l'information médicale est donc considérablement accrue, ce qui permet d'une part aux patients d'améliorer l'autogestion de leur santé ainsi que les décisions qui l'accompagnent <sup>(55, 60)</sup>; et d'autre part, offre aux professionnels de la santé un portrait plus complet de la santé de leurs patients <sup>(50, 55, 61)</sup>, et ce, par l'entremise d'une meilleure continuité informationnelle. On pourrait alors dire que le DMP devient un outil qui favorise la transformation de la pratique médicale vers un modèle de collaboration et de concertation entre le patient et les professionnels de la santé <sup>(50)</sup>. En outre, la continuité relationnelle entre le patient et le professionnel de la santé est améliorée, ce qui permet d'identifier plus rapidement et plus efficacement les problèmes de santé qui peuvent surgir <sup>(50)</sup>. En outre, la littérature nous indique qu'il y a une meilleure adhésion au DMP lorsque le contenu est pertinent, ce qui implique pour les professionnels de la santé que le contenu du DMP doit représenter une valeur ajoutée à leur pratique actuelle <sup>(84, 85)</sup>.

### L'architecture

Concernant l'architecture du DMP, l'importance de l'interopérabilité entre le DMP et le DME est certainement l'élément qui fait le plus l'unanimité dans la littérature <sup>(50, 55)</sup>. Ainsi, la valeur ajoutée du DMP est beaucoup plus importante lorsqu'il est à suivi systématique, c'est-à-dire pleinement interopérable plutôt que de type *standalone*, et ce, autant pour les patients que pour les professionnels de la santé. De cette manière, un modèle à suivi systématique permet l'accès et l'échange de l'information partout et en tout temps <sup>(61)</sup>.

Tout comme le contenu, une architecture qui favorise l'interopérabilité entre les systèmes permettra l'identification plus précoce des situations critiques et la mise en place des interventions qui les accompagnent, mais aussi la capacité de faire un suivi continu en temps réel, ce qui améliore la réactivité du système <sup>(50, 55, 60)</sup>. De plus, une architecture efficacement développée, c'est-à-dire conviviale et selon laquelle la compréhension et l'interprétation de l'information pour le patient et pour le professionnel facilitera l'identification de l'information pertinente pour le processus thérapeutique, ce qui aura pour effet d'accroître l'utilisation de l'outil <sup>(50, 55, 60)</sup>. En outre, la combinaison d'une telle architecture et d'un contenu pertinent et clair est un élément qui favorise la mise en place d'une pratique proactive de la médecine plutôt qu'une pratique fondamentalement réactive <sup>(16)</sup>.

Paradoxalement, dans l'optique d'une meilleure adoption, le modèle proposé aux professionnels de la santé doit respecter les processus (*workflow*) cliniques actuels de la dispensation des soins, ce qui implique le respect des rôles de chacun (ex. infirmières, médecins. etc.). Les outils proposés doivent donc être configurés pour qu'ils s'intègrent facilement aux manières de faire actuelles. Cela dit, cette affirmation ne remet pas en cause la capacité du DMP d'être un outil porteur de changement et d'innovation, il s'agit plutôt de réaffirmer que l'implantation d'un DMP doit nécessairement s'inscrire dans un processus de discussion et de concertation permettant une réflexion sur lesdites manières de faire <sup>(85)</sup>.

Finalement, pour en revenir à l'interopérabilité, celle-ci peut aussi permettre une diminution des coûts pour les établissements et les cliniques médicales <sup>(86)</sup>, et ce, en diminuant les coûts de la gestion des maladies chroniques <sup>(87)</sup> et potentiellement le coût des programmes de mieux-être <sup>(50)</sup>; en permettant une gestion à des coûts raisonnables des prescriptions et des rendez-vous; et en permettant de diminuer le nombre d'erreurs médicales et de dédoublement d'actes médicaux (ex. prescription d'examen laboratoire) <sup>(55, 88)</sup>. En d'autres mots, l'interopérabilité et une architecture bien développée permettent d'améliorer l'efficacité-services.

### La confidentialité et la sécurité

Troisièmement, la confidentialité et la sécurité sont une question centrale dans le cas du DMP. Dans un premier temps, la sécurité informatique peut être analysée sous l'angle de l'objet, c'est-à-dire que la possibilité d'interopérabilité entre le DMP et le DME permet un stockage des

informations sur les bases de données du DME qui sont généralement à l'extérieur du site de dispensation des soins. De plus, les données des DME sont souvent conformes avec des protocoles de sauvegarde multiple (*backup*) et sont donc hébergées sur plusieurs sites de stockage et donc moins vulnérables physiquement que pourraient l'être des dossiers papier (ex. intempéries, feux, etc.)<sup>(50)</sup>. Ainsi, un DMP interopérable avec un DME est moins vulnérable que peut l'être un carnet de santé physique.

Pour ce qui est de la confidentialité, les possibilités qu'offre la technologie peuvent se traduire en un accroissement de celle-ci. Par exemple, les traces numériques que laisse la consultation des données sur Internet permettent la mise en place des identifiants qui permettent de retracer qui a consulté le dossier du patient, à quel moment et pour quelle information. On voit d'ailleurs l'application d'un tel système dans le cas du Dossier Santé Québec (DSQ), dans lequel toutes les traces de consultations sont préservées et associées à l'identifiant de la personne qui a effectué les requêtes. Les professionnels sont alors imputables et doivent consulter les informations qui concernent seulement leurs patients, car ces derniers peuvent demander à voir l'historique des consultations, ce qui était impossible avec un dossier papier<sup>(89)</sup>. Cela dit, dans tous les cas, il est donc nécessaire qu'il y ait l'aménagement d'un encadrement légal afin de limiter les dérives<sup>(61)</sup>.

### Les fonctionnalités

Plusieurs fonctionnalités peuvent être offertes par le DMP permettant ainsi la collecte d'information, l'échange et l'autogestion de l'information<sup>(55)</sup>. Cela dit, lorsqu'il est question des fonctionnalités du DMP, trois grandes dimensions sont importantes et permettent de catégoriser la plupart des paramètres cliniques soit les consultations asynchrones, les consultations synchrones et les outils de monitoring<sup>(54)</sup>.

#### *Les consultations asynchrones :*

Dans un premier temps, il y a les outils qui permettent les consultations asynchrones, c'est-à-dire la consultation médicale différée qui inclut notamment l'envoi et la réception de messages électroniques (ex. courriel) entre les patients et les professionnels de la santé ou encore la consultation des outils de suivi de santé et médical (ex. journaux alimentaires, glycémiques, pharmacologiques...) <sup>(54)</sup>; de renouvellement d'ordonnance et de gestion de prise de rendez-vous; d'autorisation de référence et de consultation; de consultation de profils pharmacologiques et

allergiques; ainsi qu'une série d'outils d'information concernant la santé et les bonnes pratiques d'hygiène de vie <sup>(90)</sup>. Pour être efficace, ces outils doivent être combinés à des outils de communication comme la messagerie électronique, l'Internet ou encore les plateformes mobiles (ex. téléphones intelligents) <sup>(54)</sup>. Lorsqu'il y a de telles combinaisons, on observe des améliorations de l'état de santé chez plusieurs patients et donc de l'efficacité-santé. Par exemple, dans le cadre du programme *Care Coordination Home Telehealth* du *Department of Veteran Affairs* (VA) aux États-Unis <sup>(91)</sup>, les textes messages sont utilisés pour améliorer la globalité et la réactivité des soins en supportant le patient dans la gestion quotidienne de sa santé en lui donnant accès à des rappels sur sa santé, des conseils ou encore par l'entremise d'un support à la décision en cas de résultats anormaux qui pourraient être transmis par un patient diabétique. C'est aussi par l'entremise de ce type de message que le patient peut demander des conseils à un professionnel de la santé qui serait alors en mesure d'intervenir soit en lui téléphonant ou en portant une action spécifique comme le renouvellement d'une prescription, ce qui a contribué à diminuer l'hospitalisation des patients diabétiques ainsi que le nombre total de visites médicales. Parallèlement à ceci, l'utilisation de gabarit permettant de guider les patients lors des visites médicales en ligne semble aussi être un outil efficace pour traiter certaines maladies chroniques comme l'asthme, puisqu'il permet à ces derniers de préciser et de journaliser plus efficacement certaines informations aux professionnels de la santé, dont le nombre d'utilisations de l'inhalateur. Ainsi, 74 % des utilisateurs de ce type de gabarit par l'entremise d'une application mobile ont signifié avoir une meilleure compréhension de l'asthme et de leurs symptômes et ils ont rapporté avoir amélioré le suivi et la gestion de leur santé <sup>(92)</sup>. Des résultats positifs similaires ont été aussi observés avec une application web qui a notamment permis une meilleure observance thérapeutique et une amélioration de la fonction pulmonaire <sup>(93)</sup>. Ce type de gabarit a aussi d'excellents résultats avec les patients atteints d'hypertension qui ont vu le contrôle de celle-ci s'améliorer <sup>(94)</sup>.

Pour ce qui est de l'utilisation du courriel sécurisé ou des textes messages, elle tend à être de plus en plus fréquente dans le domaine de la santé sur le plan mondial comme outil de communication. L'objectif de ces outils est d'améliorer la continuité informationnelle entre le patient et les professionnels de la santé par des outils qui sont plus flexibles et faciles à gérer et

dont la réactivité est meilleure que le traditionnel téléphone <sup>(54)</sup>. Cela dit, la littérature démontre que les communications électroniques doivent être complémentaires aux consultations en face à face et non substitutives <sup>(61, 64)</sup>. Lorsqu'elles sont appliquées dans un tel contexte, il s'avère que les résultats sont positifs pour les patients qui perçoivent ces outils comme un atout important du DMP, puisqu'ils ont l'impression d'avoir un accès plus personnalisé aux professionnels de la santé <sup>(64)</sup>. En outre, il a été démontré que les préférences communicationnelles varient en fonction de l'objet de l'interaction. Par exemple, il semble que les communications électroniques soient préférées par les patients pour les renouvellements des prescriptions ou pour la transmission d'informations générales sur la santé, alors que le face-à-face devrait être privilégié pour tout ce qui concerne les directives relativement à un traitement spécifique. Parallèlement à ceci, de leur côté, il semble que les professionnels de la santé préfèrent l'utilisation du téléphone et les consultations en personne dans la plupart des situations. Dans les faits, les données probantes nous ont démontré qu'il existe une résistance chez les professionnels de la santé quant à l'utilisation des communications électroniques <sup>(50, 64)</sup>.

Cela dit, il est important de préciser que les consultations asynchrones s'adressent plus spécifiquement à des processus cliniques préventifs ou de suivi puisqu'il serait impensable de traiter des événements de santé urgents par l'entremise de ce type de communication.

#### *Les consultations synchrones :*

Dans les modèles les plus matures informatiquement, le DMP permet les consultations synchrones ou en temps réel. Parmi les fonctionnalités les plus prometteuses, on y retrouve notamment la télémédecine. Contrairement aux consultations asynchrones, on pourrait envisager d'utiliser les consultations synchrones dans le cadre de certaines situations urgentes <sup>(54)</sup>. En outre, ces visites virtuelles ont des avantages considérables sur les visites physiques en cabinet comme une plus grande accessibilité et réactivité <sup>(54)</sup>. Par exemple, dans une étude menée par Dixon et Stahl <sup>(95)</sup>, il a été démontré que pour certains épisodes de soins aigus non urgents (ex. infection des voies respiratoires, maux de dos...), les consultations par vidéoconférence sont aussi efficaces que les consultations en face à face, sans compter que les patients ont été très satisfaits des visites virtuelles. D'autres résultats intéressants ont été observés relativement aux visites virtuelles et leur l'efficacité-santé, et ce, notamment avec le *Informatics for Diabetes Education*

*and Telemedicine project (IDEATel)* <sup>(96)</sup>, pour lequel l'utilisation de cette technologie aurait contribué à l'atteinte d'un meilleur contrôle de la glycémie, de la tension artérielle ainsi que du cholestérol (LDL<sup>xv</sup>) que chez les patients qui étaient suivis par l'entremise du fonctionnement traditionnel (face-à-face). Parallèlement à ceci, ce système a permis d'identifier plus rapidement des situations urgentes qui autrement ne l'auraient pas été et de rectifier plusieurs cas de mauvaise utilisation médicamenteuse. Cela dit, il est important de souligner que dans le cas des visites virtuelles, les suivis n'étaient pas principalement effectués par les médecins, mais par des infirmières, ce qui laisse à penser que le plein potentiel de ce type d'outil nécessite une révision des rôles et responsabilités interdisciplinaires <sup>(97)</sup>.

Les outils de monitoring :

Comme nous l'avons mentionné, les outils de monitoring sont un des atouts importants du DMP. En effet, que ce soit les outils de suivis cliniques qui permettent l'entrée de données cliniques (ex. glycémie, pression artérielle); les carnets de suivi général (ex. nutritionnel, activité physique); ou plus du type « carnet santé pédiatrique » (ex. vaccination, poids, taille), ces outils permettent de transférer une partie importante de la collecte de données du professionnel vers le patient, ce qui transforme profondément le modèle unilatéral actuel vers un modèle plus orienté vers un modèle du contrôle partagé entre le professionnel et le patient <sup>(61)</sup>. Cela dit, en matière d'outils de monitoring dans le domaine des suivis pédiatriques, l'utilisation des carnets de santé est centrale dans ce secteur <sup>(98)</sup>. Par contre, qu'il s'agisse des informations immunologiques qui sont nombreuses avant l'âge de 5 ans ou qu'il soit question des données de croissances et de développement psychomoteur, le carnet traditionnel en papier, dont plusieurs données sont souvent uniquement contenues dans le dossier physique du patient à la clinique, est en quelque sorte très vulnérable (ex. perte, oubli), et ce, malgré l'importance capitale qu'il revêt. Dans une certaine mesure, l'utilisation d'outils de monitoring interconnecté de type DMP permet aux parents de compléter au fur et à mesure des informations importantes du développement de l'enfant et, surtout, obtient une meilleure protection de celles-ci puisque ces informations sont alors stockées numériquement <sup>(50)</sup>.

---

<sup>xv</sup> *Low-density lipoprotein*



La combinaison des outils de monitoring avec une approche médicale centrée sur le patient permet la responsabilisation de ces derniers face à leur santé et celle de leur enfant, et ce, en permettant un partage plus dynamique de la gestion de l'information de leur santé. Par conséquent, ceci permettra aux professionnels de la santé d'avoir une vision plus globale, complète et actualisée de leur patient, ce qui permet de détecter et d'intervenir plus rapidement en cas d'anomalie de santé <sup>(61)</sup>.

### Les coûts et le financement

Lorsqu'il est question d'informatisation, la question des coûts constitue un élément important. Dans le cas du financement public du DMP, celui-ci est plus facile à obtenir si le format de DMP qui est proposé permet de réduire de façon significative les coûts de santé tout en accroissant l'efficacité des services. Comme nous le rapporte la revue de la littérature d'Usul et Stausberg <sup>(99)</sup>, l'adoption du DMP pourrait se traduire en des réductions de coûts, et ce, à différents niveaux administratifs et cliniques comme la saisie et la recherche de l'information, les soins cliniques, le personnel infirmier, le matériel, la facturation, la pharmacologie et les méthodes de traitement. Par contre, l'efficacité sur l'amélioration des services doit être quant à elle nuancée <sup>(50)</sup>. Le DMP est un outil technologique qui peut améliorer les soins lorsque certains paramètres spécifiques sont appliqués, dont certains que nous avons vus précédemment. Dans ces cas, certaines structures de financement pourraient être mises en place comme une formule utilisateur-payeur. Des études ont même indiqué que les consommateurs seraient prêts à payer mensuellement jusqu'à 4,50 \$ (US) et même plus pour les individus atteints de maladies chroniques plus importantes <sup>(84)</sup>. Considérant la difficile réalité budgétaire dans le secteur de la santé, cette option permet d'envisager l'outil comme ayant un impact financier moindre sur le système.

### L'utilité du DMP et les fonctions cliniques

Dans le cadre de notre recherche, l'utilité du DMP est l'élément le plus important de la logique de l'intervention. En effet, au regard des différentes dimensions présentées jusqu'ici, elles permettent d'appuyer les différentes utilités du DMP qui sont principalement partagées entre la communication entre les patients et les professionnels de la santé, l'éducation et le changement des habitudes de vie ainsi que la gestion et l'autogestion de la santé. Cela dit, il est important de

rappeler que la particularité du DMP est que l'utilité de cet outil pour les professionnels de la santé est intrinsèquement liée à l'utilité qu'en retire leur patient.

### La communication patient-professionnel de la santé

L'amélioration de la continuité informationnelle et relationnelle par l'entremise de l'amélioration de la communication entre le patient et le professionnel de la santé est un des éléments centraux justifiant l'utilisation du DMP. Cette communication englobe à la fois les canaux de communication entre ces acteurs, mais aussi l'accessibilité aux diverses informations de santé comme les résultats d'examens médicaux <sup>(50, 55, 57)</sup>.

Un des premiers éléments de cette « communication facilitée »<sup>xvi</sup> est la portabilité des informations du patient, c'est-à-dire un accès partout<sup>xvii</sup> et à tout moment est une avancée importante dans le domaine de la santé <sup>(61)</sup>. De plus, il permet un meilleur accès au patient à un ensemble d'informations auquel il n'avait jusque là pas ou difficilement accès, ce qui, comme nous l'avons vu, leur permet d'améliorer leur santé et mieux gérer leurs maladies <sup>(50)</sup>. Qui plus est, l'amélioration de la communication bidirectionnelle ou multidirectionnelle permet un suivi constant et continu, ce qui permet d'identifier plus rapidement les situations de santé critiques et de faciliter les interventions en conséquence <sup>(55, 60)</sup>.

Un autre des phénomènes que provoque la communication bidirectionnelle est une personnalisation des services ou la réactivité, et ce, en fonction des particularités de la condition de chaque patient. Cette personnalisation peut être au niveau de l'accompagnement médical aux patients <sup>(16)</sup> ou encore plus directement dans les soins (ex. asthmatique <sup>(92, 93)</sup>), ce qui se traduit en des impacts positifs sur la santé et le contrôle de leur maladie <sup>(55)</sup>.

Le DMP interconnecté favorise aussi le développement d'une relation de confiance entre le patient et son professionnel de la santé. Cette confiance du patient envers son professionnel de la santé ainsi que l'établissement de santé se traduit par une diminution des barrières entre ceux-ci, ce qui favorise une plus grande propension à la confiance et une améliore l'atteinte des objectifs de santé du patient <sup>(100)</sup>.

---

<sup>xvi</sup> L'utilisation des termes «communication facilitée» font référence aux meilleurs modèles de DMP, ce qui implique l'application des meilleures pratiques identifiées précédemment.

<sup>xvii</sup> Partout où il y a un accès à Internet.

Par ailleurs, les outils de gestion de la santé sont un des éléments de communication qui semblent avoir une portée significative sur l'amélioration de leur santé, puisqu'ils permettent aux professionnels de la santé de maintenir un suivi plus actualisé sur les données de santé des patients <sup>(60)</sup>.

En somme, le DMP est avant tout un outil de saisie et de consultation de l'information de santé pour le patient. Cependant, c'est son caractère communicationnel qui permet le partage de l'information entre le patient et son professionnel de la santé et vice et versa qui lui accorde sa plus grande valeur.

### L'éducation et le changement des habitudes de vie

Dans un deuxième temps, comme nous l'avons déjà souligné, le DMP est un outil centré sur le patient qui lui permet de gérer sa santé, ce qui implique un accompagnement différent de ce dernier. Ainsi, ses capacités communicationnelles et informationnelles (ex. information clinique, le statut social, l'historique familial ou encore des informations concernant l'environnement (ex. style de vie, travail...) du patient) permettent de cibler plus efficacement les besoins du patient. Dès lors, il est possible de mettre à sa disposition via le DMP, un contenu éducationnel qui concerne sa condition de santé spécifique. Le patient est notamment en mesure de mieux comprendre les tenants et aboutissants des anomalies et les enjeux de leur maladie ; de connaître les facteurs influençant (positivement ou négativement), ce qui à maintes reprises dans la littérature a démontré des impacts positifs sur les indicateurs de santé du patient <sup>(55, 101, 102)</sup>. De plus, en ayant cette connaissance, les patients sont en mesure de participer plus activement dans le processus thérapeutique et prennent des décisions de santé beaucoup plus éclairées <sup>(16)</sup>. D'ailleurs, certaines études ont démontré que sur une période de six mois d'utilisation du DMP, 25 % des patients avaient rapporté des changements dans leurs habitudes de vie (ex. exercice, alimentation...). En outre, en plus de la communication entre les patients et les professionnels de la santé, certains DMP offrent la possibilité d'accéder à des forums où ils sont en mesure d'échanger sur leur maladie avec d'autres personnes atteintes de celle-ci <sup>(28)</sup>. En ce sens, le DMP sert d'outil d'éducation médicale et de santé ainsi que de prévention <sup>(54, 61)</sup>.

## L'autogestion de la santé et la gestion clinique

L'autogestion est directement liée à l'éducation. Le DMP est un outil qui a le potentiel d'améliorer la gestion quotidienne de l'information liée à la santé des patients et par le fait même, leur santé. Que ce soit pour la gestion des rendez-vous <sup>(55)</sup>, de la médication <sup>(60)</sup>, des données de suivi de santé quotidienne ou pour l'information clinique que le patient reçoit lors de ses consultations médicales, ces éléments du DMP accroissent son autonomie face à la gestion de sa santé et lui permettent de prendre des décisions beaucoup plus éclairées <sup>(55)</sup> et d'avoir une meilleure adhésion au traitement médical qui leur est prescrit <sup>(54)</sup>. Évidemment, le développement et l'aménagement du DMP doivent être alignés sur une philosophie médicale orientée vers la concertation et centrée sur le patient <sup>(55, 103)</sup>. En outre, pour observer les meilleurs effets sur la santé, il est nécessaire d'adopter un DMP à suivi systématique qui permet des consultations synchrones et asynchrones et qui donne accès à des outils de monitoring personnels fiables et accessibles <sup>(50, 55, 61)</sup>.

Parallèlement à ceci, dans certains cas, le DMP a permis d'accroître l'efficacité des soins de première ligne, et ce, notamment en facilitant la coordination des cas urgents et non urgents <sup>(54)</sup>. De plus, en favorisant l'autogestion, certaines études ont démontré que l'utilisation d'un DMP à suivi systématique pourrait se traduire en des économies de coûts notamment en raison d'un besoin moins important en infrastructure physique <sup>(50)</sup>.

Bien qu'il y ait d'autres utilités au DMP, nous estimons que les trois catégories précédentes sont les plus importantes. Par contre, les combinaisons de paramètres du DMP sont multiples, ce qui sous-entend qu'il y ait de meilleurs DMP que d'autres, et ce, à la fois pour la pratique des professionnels de la santé que pour les patients. Cela dit, les meilleurs DMP sont ceux qui sont cohérents avec le milieu de pratique et la clientèle auxquels ils s'adressent. Dans le cas contraire, plusieurs barrières à l'adoption peuvent surgir et venir limiter considérablement l'adhésion à un tel outil.

## **Les barrières à l'adoption**

Pour illustrer ces barrières, nous utiliserons la classification de Yau et coll. <sup>(64)</sup> selon laquelle il existe trois principales catégories de barrières pour les professionnels soit la gestion des données, le changement dans la relation thérapeutique ainsi que les enjeux liés aux changements des pratiques. Dans tous les cas, il est démontré que les médecins sont d'entrées de jeu plus

susceptibles que les patients d'anticiper des problèmes quant à l'utilisation du DMP que de voir les bénéfices de celui-ci <sup>(50, 104)</sup>.

### **Gestion des données**

Cette première dimension concerne les enjeux de sécurité et de confidentialité qui peuvent être liés à l'utilisation du DMP. Cependant, bien qu'elle ait été grandement améliorée, la sécurité et la confidentialité demeurent des barrières importantes pour l'adoption du DMP <sup>(54)</sup>. Toutefois, ce phénomène dépasse largement le cadre du DMP et est plutôt associé à la méfiance face à la vulnérabilité de l'Internet au piratage, et ce, autant du côté des patients que des professionnels <sup>(64)</sup>. Il faut dire que lorsqu'il s'agit des technologies, il existe d'importants enjeux de protection de la vie privée et de résistance culturelle <sup>(54)</sup>. En outre, les préoccupations concernent la transmission « sans fil » des données médicales, ce qui inclut la discrétion<sup>xviii</sup>, l'intégrité, la confidentialité ainsi que l'identification et les mécanismes d'autorisation des utilisateurs <sup>(55)</sup>. D'ailleurs, un sondage national mené par le CHCF a démontré que 75 % des adultes n'ayant pas de DMP seraient préoccupés par la confidentialité de l'information médicale si elle était contenue dans un DMP <sup>(105)</sup>.

On relate aussi l'absence dans plusieurs systèmes d'une législation spécifique permettant d'encadrer les questions de confidentialité et de sécurité dans le DMP, c'est-à-dire un système où l'information est en grande partie contrôlée par le patient <sup>(106)</sup>. Ces questionnements concernent notamment la limitation de la distribution de l'information médicale à des fins uniquement cliniques <sup>(107)</sup>. En effet, il y a beaucoup d'inquiétudes sur l'utilisation de ces données notamment en ce qui concerne la transmission de ces données à de tierces parties qui pourraient s'en servir à d'autres fins que cliniques comme l'évaluation assurantielle.

Cela dit, l'envers de la médaille de cette réalité serait l'application de mesures de sécurité outrancières qui viendraient considérablement limiter l'utilisation de l'outil technologique, voire alourdir le travail quotidien des professionnels de la santé <sup>(50, 55)</sup>. Ce phénomène est d'autant plus

---

<sup>xviii</sup> Dans la littérature anglophone, on établit une distinction entre «*privacy*» et «*confidentiality*» alors que cette distinction lexicologique n'est pas aussi claire en français. La «*privacy*» que nous avons nommée «discrétion», fait référence aux processus relationnel entre le patient et son professionnel de la santé. La «*confidentiality*», fait référence plus spécifiquement à la confidentialité des données et de l'information médicale.

vrai dans un contexte où les systèmes d'informations ne sont pas tous interopérables et intégrés, ce qui oblige les professionnels de la santé à s'identifier à plusieurs reprises pour différent TIC.

Par ailleurs, plusieurs professionnels de la santé craignent que la qualité des informations contenues dans le DMP ne soit pas suffisante ou que celles-ci soient inexactes ce qui pourrait mener à des erreurs dans l'évaluation clinique d'un médecin <sup>(64)</sup>. Dans la littérature, la qualité de l'information a été identifiée comme une barrière importante à l'adoption du DMP pour les professionnels <sup>(50)</sup>. En effet, le fait que l'information entrée par les patients puisse être incomplète, imprécise et désorganisée ne rassure pas les professionnels de la santé. Parallèlement à ceci, la quantité de l'information qui s'accumule peut être très importante et difficile à filtrer pour les professionnels. Il est alors nécessaire que le développement du DMP soit fait de façon à ce que l'information soit bien colligée par le patient ainsi que bien classifier et facilement accessible (ex. contenir des formulaires à remplir par les patients avec les informations spécifiquement désirées par les professionnels de la santé), sinon cela pourrait décourager les professionnels de la santé de l'utiliser <sup>(55)</sup>.

Une autre des considérations des professionnels concerne la confidentialité des données pour certaines clientèles comme les enfants qui ont droit à un certain niveau de confidentialité face à leurs informations de santé (ex. 14-17 ans au Québec). Certains professionnels craignent que si ces enfants ont accès à un certain nombre d'informations de santé via le DMP, ils puissent être exposés à des pressions de la part de leurs parents pour avoir accès à ces informations <sup>(64)</sup>.

### ***Relation thérapeutique***

Plusieurs professionnels craignent que l'absence de l'encadrement traditionnel de l'information médicale, c'est-à-dire la transmission de l'information en face à face, ne se traduise par des effets pervers chez les patients. En effet, ceux-ci sont réticents à transmettre certaines informations cliniques à leurs patients, puisqu'ils considèrent qu'il peut s'agir d'un important anxiogène chez ces derniers, notamment lorsque cela concerne des résultats de santé défavorables <sup>(55, 64)</sup>. Cela dit, la littérature souligne que la consultation face à face devrait encore être privilégiée dans les cas où l'information est défavorable comme l'annonce d'un cancer <sup>(55)</sup>.

En outre, l'anxiété pourrait aussi être accentuée par une incapacité pour les patients de comprendre l'information médicale qui leur est transmise <sup>(60)</sup> ainsi que l'argot médical qui y est

associé <sup>(61)</sup>. Cette difficulté à comprendre l'information pour les patients peut non seulement se traduire par un accroissement de l'anxiété, mais aussi par une incapacité pour ces derniers de prendre une décision médicale de base <sup>(61)</sup>. Par conséquent, il est primordial que des outils d'interprétation des informations cliniques soient disponibles sur le DMP et accompagnés d'un encadrement vulgarisé de ladite information <sup>(50)</sup>.

### **Changement des pratiques**

Le DMP provoque des changements dans les pratiques et certains de ces changements représentent des barrières à l'adoption du DMP pour les professionnels. Sans réitérer l'ensemble de la démonstration du changement que représente l'adoption d'un outil qui nécessite l'adhésion des professionnels de la santé à un modèle de soins centré sur le patient, c'est-à-dire fondé sur la concertation (voir la section *Approche centrée sur le patient*). Les modalités (partage de l'information, libre choix au patient, etc.) qui accompagnent cette approche constituent des résistances au changement pour plusieurs professionnels de la santé <sup>(50, 55, 64)</sup>.

### **La charge de travail**

La perception de l'accroissement de la surcharge de travail peut-être associée à divers éléments. Cependant, dans l'ensemble l'inquiétude est liée à une augmentation des communications entre le professionnel et le patient. Par exemple, lorsqu'il est question de l'utilisation des courriels, plusieurs hésitent à l'adopter, car ils craignent de devoir gérer un nombre trop important de communications électroniques en provenance des patients <sup>(64)</sup>. Cependant, cette perception peut être remise en question puisque la littérature sous-tend que la charge de travail ne change pas avec l'utilisation des messageries électroniques, mais c'est plutôt le type et l'organisation du travail qui changent <sup>(108, 109)</sup> comme l'intégration d'une pratique axée sur la pluridisciplinarité.

### **La rémunération**

Si une certaine transformation des pratiques dans le cadre d'une utilisation du DMP a bel et bien lieu, elle est principalement marquée par un déplacement de l'activité d'un modèle en face à face vers un modèle à distance et externe à la clinique. En ce sens, la littérature souligne que les professionnels de la santé s'inquiètent d'une non-révision de leur mode de rémunération, c'est-à-dire un modèle dans lequel l'acte à distance (ex. envoi de courriel, etc.) n'est pas rémunéré, et ce, principalement lorsque le modèle de rémunération dominant est à l'acte <sup>(55, 64)</sup>. Ainsi, il

semble que cette problématique soit omniprésente lorsqu'il est question de la surcharge de travail, ce qui implique que ces deux questions doivent être adressées comme un tout et implique des révisions à la fois des processus, mais aussi des structures dans les soins de santé <sup>(110)</sup>.

### *Les obligations des médecins*

En dernier lieu, plusieurs professionnels s'inquiètent des responsabilités qui accompagnent l'utilisation du DMP, et ce, principalement dans le contexte canadien. La plupart des solutions DMP appartiennent à des organisations privées au Canada comme aux États-Unis (ex. Microsoft) ce qui pose la question de la responsabilité des médecins en ce qui concerne la transmission des données notamment en matière de secret professionnel <sup>(50, 64)</sup>. De plus, plusieurs de ces craintes pourraient ne pas être étrangères aux débats qui ont cours dans la société relativement à l'utilisation des données sur l'Internet (ex. affaire Snowden) ou encore aux dérives qui sont associées à d'autres applications plus démocratisées comme Facebook <sup>(64)</sup>. Ce sentiment pourrait être accentué par la sensibilité des informations de santé. Par conséquent, pour des questions éthiques, certains sont très méfiants quant à l'utilisation de cet outil <sup>(64)</sup>.

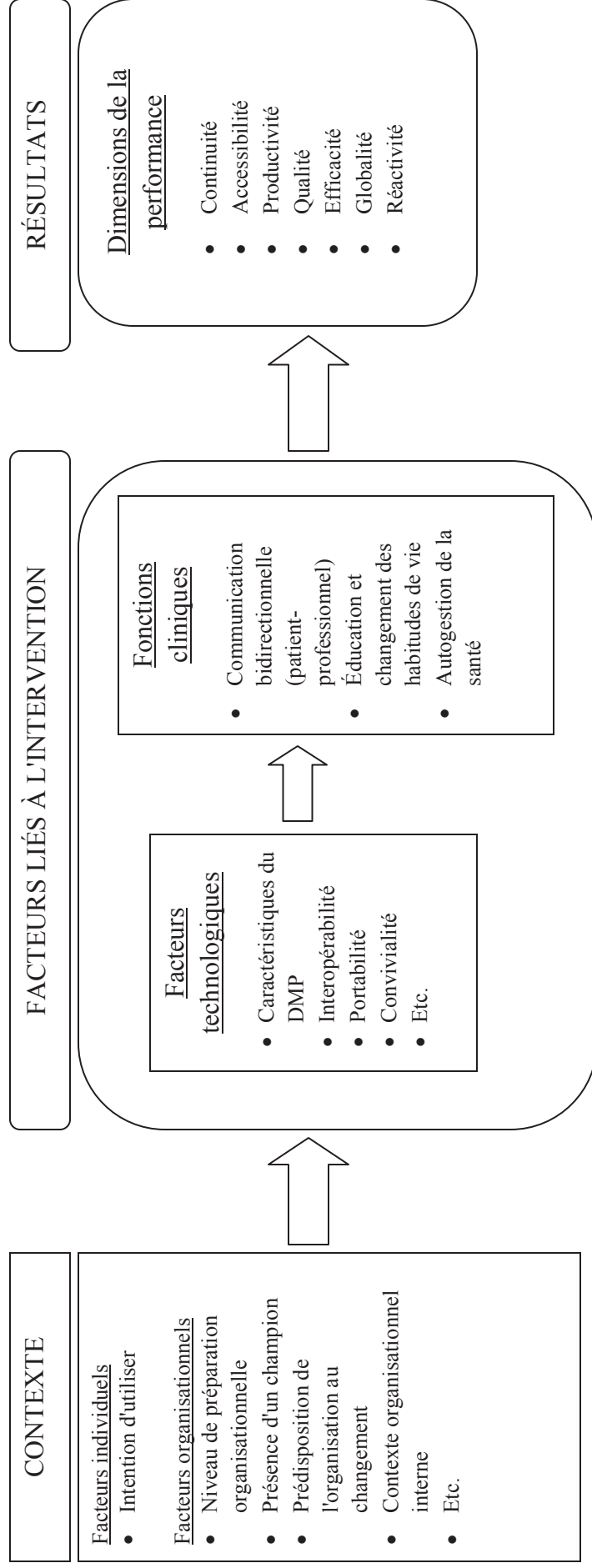
## **CHAPITRE 4 – MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE**

### **4.1 Modèle d'analyse**

L'utilisation d'un modèle conceptuel a permis de structurer l'analyse autour de différents éléments constituant la logique de l'intervention. Celui-ci s'inspire des données probantes les plus actualisées sur la question et permet d'illustrer nos hypothèses de recherche.



**Graphique 2 : Modèle conceptuel**



## **Concepts à l'étude**

Bien que l'intérêt du mémoire ne soit pas d'analyser l'intention ni l'adoption du comportement désiré comme le propose le modèle du CSSS Sud-Ouest-Verdun, ces variables sont illustrées dans le modèle d'analyse, car elles sont nécessaires pour que les effets sous-jacents à la logique de l'intervention aient lieu. En ce sens, la relation entre l'intention et l'utilisation revêt un caractère déterministe non absolu, c'est-à-dire que l'intention est nécessaire puisqu'il s'agit d'un bon prédicateur du comportement sans toutefois être suffisant pour que l'utilisation du DMP ait lieu <sup>(67-70, 111)</sup>. De la même manière, l'utilisation du DMP a un caractère déterministe non absolu lorsqu'il est question de l'adoption de l'approche centrée sur le patient qui à son tour, aura des effets sur les dimensions de la performance. Évidemment, il n'est pas question d'une analyse d'effet ici, mais plutôt d'analyser la logique sous-jacente à l'intervention. Ainsi, d'autres facteurs viennent agir sur le comportement réel <sup>(67-70, 111)</sup> des professionnels soit des prédispositions organisationnelles et technologiques et ce sont ces éléments qui sont d'intérêts dans le mémoire.

## ***Les facteurs organisationnels***

Les facteurs organisationnels identifiés dans la littérature sont le niveau de préparation organisationnelle ; la présence d'un champion ; la prédisposition de l'organisation au changement ; la participation des utilisateurs (ex. médecins, infirmières, patients) dans l'élaboration du plan d'implantation ; le partage des rôles et responsabilités des professionnels ; un leadership fort ; la qualité de la gestion du projet ; l'impact sur le processus de travail; la surcharge de travail et la perte ou le manque de temps ; la qualité des modalités de formation ; la qualité du soutien technique; la communication avec les utilisateurs ; les ressources matérielles ; la qualité de la stratégie d'implantation; les modes de rémunération <sup>(50, 60-62, 64, 66, 71)</sup>.

## ***Les facteurs technologiques***

Les écrits scientifiques rapportent des éléments technologiques comme les caractéristiques du DMP; le manque de compatibilité avec les systèmes existants; l'interopérabilité; l'utilisation de terminologies normalisées dans le système ; la cohérence des spécificités du DMP avec le cadre juridique qui encadre la pratique dans le domaine de la santé, la portabilité (accessibilité au DMP en tous lieux et en tout temps); la possibilité d'un support technologique; l'interface et la facilité d'utilisation <sup>(50, 54, 60-64, 66)</sup>.

Cela dit, un autre des facteurs importants et qui dépassent le cadre du mémoire est l'utilisation du DMP ainsi que l'adhésion au modèle clinique par les patients. Bien que les facteurs soient plus facilement contrôlables en ce qui concerne les professionnels de la santé, il n'est pas garanti que les patients eux adhèrent, car leurs besoins sont différents et que le changement de philosophie qui est proposé représente aussi un profond changement pour les patients. Ainsi, une infirmière pourrait difficilement utiliser le DMP pour faire un suivi pédiatrique si le patient décidait qu'il refuse de l'utiliser à ces fins ou encore de prendre en charge certaines dimensions de sa santé<sup>(112, 113)</sup>.

### **Les fonctions cliniques**

Bien qu'il ne s'agisse pas d'une analyse d'effets, la logique d'intervention est liée aux effets potentiels que peut apporter l'implantation d'un DMP. Dans le cas des effets ou fonctions cliniques, il s'agit des éléments mentionnés dans la revue de littérature, c'est-à-dire la communication entre le patient et les professionnels de la santé, l'éducation, le changement des habitudes de vie et l'autogestion de la santé.

## **4.2 Devis de recherche**

Notre recherche repose sur un devis d'étude de cas unique. Le cas à l'étude est un GMF/clinique réseau (CR) situé sur l'île de Montréal. Cette analyse de cas a permis d'approfondir la compréhension « d'événements réels, complexes, tels que les comportements de groupe, les processus organisationnels et administratifs »<sup>(114)</sup> qui sont susceptibles d'influencer l'adoption des comportements liés à l'intervention. Plus spécifiquement, cette démarche a permis de mener une analyse évaluative de la logique de l'intervention, et ce, par l'entremise d'une étude de pré-déploiement fondée sur une analyse comparative entre ce qui était la conception des utilisateurs de l'intervention durant la période *ante* implantation et les données probantes contenues dans la littérature.

## **4.3 Choix et présentation du cas à l'étude**

Le choix du site a été fait selon une approche opportuniste. En effet, la présence d'un projet dans un GMF où une entreprise de télécommunication offrait un DMP expérimental représentait une opportunité d'accéder à un premier cas d'expérimentation d'un DMP dans un GMF au Québec.

Ainsi, la possibilité d'étudier un DMP s'adressant à une clientèle intéressante (pédiatrique) et la possibilité d'interopérabilité avec un DME ont justifié le choix de cette étude de cas. Cela dit, le site en question est caractérisé par un certain nombre de critères que la littérature décrit comme des atouts lors de l'implantation d'un DMP <sup>(54, 55, 61)</sup>. En effet, l'objectif de ce projet étant d'étudier des modèles innovateurs qui dépassent l'utilisation du DME, la littérature nous indique que l'interopérabilité avec le DME s'avère incontournable dans les modèles les plus « efficaces » de DMP<sup>(50, 61)</sup>.

Dans un deuxième temps, étant donné qu'il est question d'une intervention qui ne concerne pas seulement l'intégration d'une nouvelle technologie, mais aussi une approche innovatrice en santé, les données probantes nous indiquent que les meilleurs modèles de services de santé en première ligne sont basés sur une organisation du travail qui favorise à la fois la multidisciplinarité ainsi qu'une approche collaborative entre le patient et une équipe de soins (ex. PCMH) <sup>(61, 115)</sup>.

### **La clinique à l'étude**

Depuis l'ouverture de la clinique il y a deux ans, les professionnels utilisent le DME. Qui plus est, la direction générale de la clinique accorde une place centrale à l'innovation et à l'utilisation des TIC. On peut donc dire que l'organisation est très orientée vers le développement d'un environnement numérique. Dès l'ouverture, la clinique avait déployé un DME. Tous les médecins qui ont joint le GMF étaient informés de l'importance des TIC. À titre d'exemple de la culture organisationnelle du GMF, la clinique s'est équipée de cinq ordinateurs de bureau et de 20 tablettes numériques, ce qui permet aux professionnels de consulter les dossiers médicaux électroniques (DMÉ) en temps réel, de gérer leurs horaires de travail et d'offrir la prise de rendez-vous en ligne aux usagers. En outre, la clinique utilise un système de gestion des rendez-vous (*docteurdirect.ca*). Ainsi, sur le plan technologique, le GMF à l'étude est avancé dans son informatisation comparativement à la moyenne des cliniques au Québec.

Pour ce qui est de la pratique interdisciplinaire, la clinique est caractérisée par une collaboration entre les infirmières et les médecins. La collaboration occupe une place centrale dans la culture de l'organisation. De façon plus détaillée, les omnipraticiens et les pédiatres du GMF travaillent

de concert avec des infirmières auxiliaires, des infirmières cliniciennes et une infirmière praticienne spécialisée (IPS), dont les rôles varient en fonction de leur qualification. À titre d'exemple, les infirmières auxiliaires assurent certaines responsabilités d'évaluation, dont la préparation pré-médicale<sup>xix</sup>, alors que les infirmières dites GMF, c'est-à-dire les cliniciennes ont un rôle de « suivi » notamment en prenant en charge une grande partie des suivis de certaines clientèles comme les asthmatiques.

Parallèlement à ceci, une autre des particularités du GMF à l'étude est qu'il fait partie d'un complexe santé dans lequel de multiples services de santé sont offerts tels que la physiothérapie, la radiologie, un service de psychologie, une pharmacie, un centre de prélèvement pour des analyses de laboratoire ainsi que de la médecine spécialisée (ex. allergologue, endocrinologie, chirurgie générale, interniste), et ce, en plus des consultations médicales avec et sans rendez-vous, et de la clinique mère-enfant que le GMF offre.

Outre la pluralité des services offerts, la clinique est considérée comme « sans papier », ce qui signifie qu'un patient du GMF à l'étude a un seul dossier médical qui est partagé par l'ensemble des professionnels de la santé du centre de santé. Mentionnons que cela est possible grâce à l'utilisation qu'ils font des technologies, dont le DME. De plus, la clinique est certifiée CR, ce qui lui confère un rôle de coordination et de liaison avec le CSSS de son arrondissement<sup>(116)</sup>.

Concernant les besoins de la clinique, il s'avère que sur son territoire, il y aurait plus de 1000 bébés en attente d'un médecin pour leur suivi pédiatrique sur ce territoire<sup>xx</sup>. Bien que les GMF ne fonctionnent pas selon un modèle populationnel, il n'en demeure pas moins que culturellement, les patients se réfèrent aux services les plus rapprochés d'eux. Par conséquent, c'est face à ce besoin que la clinique à l'étude a manifesté sa volonté de participer au projet afin de répondre à cette demande.

---

<sup>xix</sup> À titre d'exemple de ces fonctions, les infirmières auxiliaires sont amenées à faire le triage des patients lors des sans rendez-vous ou encore à préparer les patients pour la rencontre médicale, et ce, notamment en complétant des parties d'une l'évaluation (ex. l'abécédaire).

<sup>xx</sup> Ces données proviennent du Guichet Accès à la Clientèle Orpheline (GACO) du CSSS qui dessert le territoire sur lequel la clinique a ses activités.

#### 4.4 Stratégie de recherche et sources de données

Différentes stratégies ont été utilisées afin de répondre aux objectifs du mémoire. Tout d'abord, un état des connaissances de la littérature a été effectué sur les GMF et les modèles organisationnels de services de santé en première ligne notamment le *Patient centered medical home* (PCMH); sur les TIC et plus spécifiquement sur l'utilisation du DMP dans les services de première ligne; sur la gestion du changement; et finalement, sur les suivis pédiatriques dans les soins de première ligne.

Cette revue de littérature a été faite à partir des principales bases de données notamment Pubmed, Embase et Medline. En outre, l'utilisation de revues systématiques de la littérature a été privilégiée autant que possible, et ce, afin d'accroître la robustesse des données probantes<sup>(117)</sup>.

Dans un deuxième temps, nous avons effectué une recherche synthétique visant à analyser le GMF à l'étude, et ce, afin de comparer le contexte organisationnel de celui-ci avec les données probantes concernant le DMP et les soins pédiatriques en première ligne. Pour effectuer cette recherche terrain, nous avons tout d'abord recueilli de l'information grâce aux documents internes (ex. les protocoles, les plans de travail), à la documentation officielle en provenance des instances gouvernementales, à la littérature concernant la première ligne québécoise et d'autres documentations pertinentes. Relativement à la pertinence de l'information, nous avons eu recours à des informateurs-clés (infirmières, médecins...) au sein de l'organisation ainsi qu'au directeur du mémoire.

Mise à part cette recherche documentaire, la plus importante source d'information à laquelle nous avons eu recours est la dizaine de séances d'observation non participatives durant les réunions préimplantatoires du projet dans la clinique. Ces réunions, dont les participants variaient d'une fois à l'autre, réunissaient la plupart du temps un membre de chacun des groupes d'acteurs, c'est-à-dire des professionnels de la clinique, des membres de l'équipe de recherche et des membres de l'équipe du fournisseur du DMP. Ces réunions servaient principalement à déterminer les tenants et aboutissants de l'intervention et surtout, à développer le modèle de DMP qui est implanté dans la clinique à l'étude. La sélection des candidats membres de la clinique qui a participé à ces séances et, de façon plus générale au projet, a été faite selon une approche de choix raisonnés caractérisée par l'utilisation d'informateurs-clés. Ainsi, ce processus

a permis d'identifier un champion médecin réceptif à l'informatique et qui désirait exploiter beaucoup plus les TIC dans sa pratique. En partant de cette championne et de son expérience dans le projet, le groupe de recherche a intégré au projet deux autres médecins au sein de l'organisation qui pratiquent la pédiatrie. Pour ce qui est des infirmières, leur nombre étant limité, surtout en matière de suivis pédiatriques, leur sélection a été faite en collaboration avec la direction.

Finalement, comme dernière source d'information, nous avons procédé à des entrevues semi-dirigées avec des membres-clés au sein de chacun des groupes d'acteurs. En raison du riche contenu des observations, ces entrevues avaient comme principal objectif de compléter lesdites observations en confirmant ou infirmant certains éléments que nous avons observés. Elles ont aussi permis de recueillir certaines précisions sur des facteurs clés qui étaient moins apparents lors des réunions de groupe. Plus spécifiquement, nous avons rencontré deux membres de l'équipe du fournisseur de la technologie ainsi qu'un de la direction de la clinique. Cette démarche nous a permis de préciser la position de ces acteurs d'influence présents dans nos observations, et ce, sur deux principaux thèmes soit les aspects organisationnels et les aspects technologiques de l'implantation de l'intervention.

### **Population à l'étude**

La population ciblée est l'ensemble des professionnels du GMF impliqué directement dans le processus de soins pédiatriques des patients de ladite clinique. Ceci nécessite donc qu'ils soient impliqués dans le processus thérapeutique ou qu'ils aient un effet sur celui-ci, mais aussi sur l'intervention au GMF. Par conséquent, pour les professionnels, la majeure partie de leur clientèle doit être pédiatrique. Ainsi, ceci inclut les quatre médecins qui pratiquent spécifiquement des soins pédiatriques et les cinq infirmières qui les supportent. De plus, les trois principaux membres (propriétaire et la direction clinique) du personnel de gestion et de direction occupent aussi une place d'intérêt dans la recherche.

Pour ce qui est de la firme informatique, les représentants de l'organisation dans le cadre du projet d'expérimentation sont aussi des acteurs d'intérêts ciblés dans le cadre du projet de mémoire.

## Déroulement des observations

Dans le cadre des observations, elles sont la source principale de collecte d'information. La période d'observation de 9 mois a été constituée de 8 rencontres de 1 à 3 heures durant lesquelles il y a eu des présentations du modèle d'implantation. Ceci dit, ces rencontres ont principalement servi de périodes de discussion entre les acteurs afin d'adapter la technologie et l'intervention, ce qui représentait une source importante d'information pour le mémoire. Dans la phase de pré-déploiement, les rencontres se sont divisées en deux types. Tout d'abord, pour les trois premières, elles ont permis de planifier les tenants et aboutissants de l'intervention comme les objectifs de l'intervention, la portée du projet, mais aussi les attentes et les limites de la clinique. Dans le cadre de ces rencontres, étant donné les discussions autour des enjeux plus administratifs, les acteurs interpellés étaient constituées d'un ou deux représentants du fournisseur technologique, d'au moins un gestionnaire et d'un des deux propriétaires de la clinique et des représentants du groupe de recherche soit la chargée de projet du CEFRIO et deux membres du groupe universitaire. Par la suite, les autres rencontres concernaient plus spécifiquement l'opérationnalisation de l'intervention et l'adaptation du DMP aux besoins cliniques. Par conséquent, le médecin champion et la gestionnaire des soins se sont ajoutés au groupe décrit précédemment alors que le propriétaire s'est retiré.

## Déroulement des entrevues

Pour ce qui est des entrevues, les chercheurs sont entrés eux-mêmes en contact avec les participants par l'entremise d'un envoi par courriel d'un feuillet d'information<sup>xxi</sup>. Ce courriel a permis de les inviter à prendre part à cette activité. En procédant ainsi, nous avons voulu nous assurer que les participants avaient le libre choix de participer au projet. L'identité des personnes qui ont participé ou refusé a été préservée confidentielle. Parallèlement à ceci, mentionnons qu'il n'y a eu aucune compensation d'offerte aux participants et ils en ont été préalablement informés. Un formulaire de consentement a été signé par tous les répondants.

Les entrevues ont été menées sur les lieux de travail respectifs de chacun des participants. De plus, la durée était approximativement de 30 à 45 minutes par entrevue. Aucune compensation

---

<sup>xxi</sup> Voir annexe.



financière n'a été versée et les organisations impliquées avaient accepté que leurs employés participent<sup>xxii</sup>.

## 4.5 Analyse des données et la diffusion des résultats

### Méthode d'analyse qualitative

Dans le cadre de la recherche, une approche par thèmes a été utilisée<sup>(66, 120)</sup>. Ainsi, l'analyse est dans un premier temps, constituée d'un modèle de thèmes selon lequel on a recueilli des données propres au contexte à l'étude. Les informations recueillies ont été classées en fonction des niveaux d'influence auxquels ils étaient rattachés, c'est-à-dire les facteurs présentés dans le cadre conceptuel à savoir 1) organisationnels et 2) technologiques<sup>(66)</sup>. Les informations sont issues des observations et des entrevues et elles ont été appariées avec celles recueillies dans la littérature.

## CHAPITRE 5 – RÉSULTATS

Les deux prochaines sections soit *Résultats* et *Discussion* sont complémentaires et vise à répondre à l'objectif principal du mémoire qui est d'analyser le bien-fondé du modèle logique théorique de l'intervention à partir de deux points de vue soit a) les données probantes provenant de la littérature scientifique et b) les caractéristiques d'une organisation de soins de première ligne de type GMF quant à l'implantation d'un DMP. Les données probantes ayant déjà été présentées, les deux prochaines sections visent 1) à présenter les résultats obtenus dans le cadre de nos analyses au GMF (*Résultats*); et 2) la *Discussion* qui constitue l'analyse comparative entre cette logique de l'intervention et celle décrite par les données probantes récoltées dans la littérature.

### 5.1 Le contexte organisationnel

Comme présenté précédemment, les éléments d'intérêts dans le cadre du contexte organisationnel sont la disposition organisationnelle au changement, le degré de soutien, le contexte organisationnel interne, les caractéristiques des destinataires ciblés par le changement ainsi que le modèle ASI.

---

<sup>xxii</sup> Pour toutes les informations concernant les autorisations et les questions d'ordre éthique, veuillez-vous référer à la section *Éthique*.

## La disposition organisationnelle au changement

Le premier élément d'intérêt est la disposition organisationnelle au changement de la clinique à l'étude. Bien que dans le projet, le « développement » de l'intervention et de l'outil s'inscrit dans une démarche itérative, la phase préimplantatoire nous permet d'analyser adéquatement les tenants et aboutissants de cette dimension.

L'application d'une démarche ouverte impliquant à la fois des acteurs représentant l'organisation et du fournisseur, le tout dans une ambiance de concertation marquée par des rencontres fréquentes, donne de la transparence au projet. Par contre, celle-ci aurait profité d'une plus grande inclusion dans le processus des acteurs terrains comme les infirmières et les autres médecins de la clinique. Cela dit, ils ont bénéficié de séances de présentation de l'outil et de l'objectif de l'intervention dans laquelle elles ont été en mesure de poser leurs questions au fournisseur.

Ces rencontres ont permis de légitimer la pertinence de cette intervention auprès de ces acteurs. Toutefois, le choix de prioriser la clientèle pédiatrique ou plutôt de limiter le projet à celui-ci a été à maintes reprises remis en question. Plusieurs membres de la clinique ont manifesté leur besoin d'appliquer un tel outil et une telle approche à leurs autres clientèles, principalement les patients atteints de maladies chroniques et leur clientèle gérontologique. Un représentant de la direction de la clinique a notamment dit :

**Participant direction :** « Moi, je veux qu'on utilise ça (DMP) pour nos malades chroniques [...] je vois vraiment l'avantage pour ces clients-là. En plus, je suis certain que j'aurais plein de médecins qui seraient intéressés »

Un autre médecin impliqué dans le projet a aussi manifesté son intérêt pour ces autres clientèles :

**Participant médical :** « [...] je vois vraiment une utilité pour ma personne âgée diabétique [...] j'ai hâte que l'on soit rendu là. »

Cependant, par consensus, la décision a été prise de ne pas étendre la clientèle, car le cadre expérimental du projet n'assurait pas la pérennité financière de l'utilisation du DMP. Malgré tout, compte tenu de l'enthousiasme de la clinique face à l'intervention et son potentiel au regard

d'autres clientèles que pédiatrique, le projet aurait pu d'entrée de jeu bénéficier d'un choix différent de la clientèle. Malgré tout, la pertinence de l'outil a été reconnue par tous dans le cas de la clientèle pédiatrique. Un consensus s'est formé autour des critères d'inclusion de population. Au départ, la population cible était de 0-5 ans compte tenu de la particularité des suivis avant 5 ans. Or, une intervention d'un membre du groupe de recherche a permis d'étendre celle-ci :

**Participant recherche :** « [...] je ne suis pas d'accord avec ça. Selon moi, on ne devrait pas limiter la clientèle cible à 5 ans et moins. S'ils dépassent 5 ans, on va pas les refuser. Un enfant asthmatique de 8 ans pourrait aussi bénéficier de cet outil. La clientèle pédiatrique c'est moins de 18 ans alors... »

Par contre, pour des raisons légales, l'âge applicable pour le projet a été par la suite révisé à moins de 14 ans. En effet, les 14-17 ans au Québec ont certains droits relativement à la confidentialité de leurs informations médicales et les parents n'ont pas le droit d'accéder à celles-ci. Dans le cadre du projet, étant donné que la démarche privilégiée était de cibler les jeunes enfants qu'il fallait alors faire appel aux parents pour la gestion du DMP. De plus, le fournisseur était réticent à élaborer un processus de transmission de la gestion du compte du parent à l'enfant.

### **Le degré de soutien**

La question du soutien a été abordée sous plusieurs angles dans le cadre de ce projet. Premièrement, le DMP est perçu comme étant un outil de soutien aux professionnels dans le cadre de leur travail quotidien. L'allègement du travail et l'amélioration du suivi qu'il propose sont une réponse à la dysfonction de certains processus cliniques. D'ailleurs, cette perception a été véhiculée durant les séances de présentation de l'outil et répétée en entrevue par la direction de la clinique :

**Participant direction :** « *Si les parents arrivent avec ces informations déjà compilées, c'est sûr que ça va faciliter le travail de mon infirmière, puis même du médecin.* »

Pour ce qui est du soutien lors de l'implantation, le fournisseur a accepté de fournir un certain niveau de soutien dit « technique » lié à l'utilisation de l'outil, ce qui est conforme aux bonnes pratiques vues précédemment.

### **Le contexte organisationnel interne**

L'analyse a permis de cerner certains éléments du contexte organisationnel concernant l'application de l'intervention au sein de cette organisation.

Par exemple, en termes de flexibilité organisationnelle, bien que la clinique fût de prime abord très ouverte à faire des aménagements particuliers dans le cadre du projet, cette ouverture s'est progressivement réduite en cours de projet. En effet, plusieurs paramètres fondamentaux de la logique d'intervention d'un DMP à suivi systématique n'ont pas obtenu l'appui de la direction (ex. courriel, téléchargement des données du DMP au DMÉ, etc.). Par ailleurs, d'autres éléments n'ont pas été abordés comme la possibilité de suivis synchrones.

Enfin, certains indices laissent croire que le mode de pratique de certains médecins soit un élément qui affecte l'utilisation future de l'outil. En effet, lors d'une entrevue avec un membre de la clinique, cette personne nous a signifié que certains médecins pourraient être réticents à utiliser le DMP :

**Participant direction :** *« J'ai un ou deux médecins que je ne suis pas sûre qu'ils vont aller le consulter (DMP). Ils vont être super contents que son infirmière ait plus de temps et puis qu'elle fournisse plus de patients, mais je suis pas sûre qu'ils iront le consulter ».*

De plus, le participant nous souligne que l'aisance de certains médecins avec la technologie pourrait être un des facteurs de cette résistance :

**Participant direction :** *« Les infirmières s'adaptent généralement très bien à ce qui a de nouveau. Par contre, le médecin, pour tout ce qui touche sa pratique, quand y a des nouveautés par rapport à leur pratique... Juste ici de ne pas mettre le petit dossier papier dans la porte et de mettre un statut (informatique) arrivé, j'ai des médecins que ça les déstabilise. »*

**Intervieweur :** *« Ah oui! Malgré le fait que vous êtes identifiés comme une clinique sans papier? »*

**Participant direction :** « *J'ai des médecins qui arrivent ici et qui sont au courant que c'est sans papier. [...] ils arrivent et vont voir moitié moins de patients que papier [...] Ça, la technologie c'est pas pour tout le monde! J'ai des médecins, on doit leur fournir fréquemment du support [...] qui utilisent au minimum la technologie. On a encore 5 médecins dans toute la batch qui font pas de prescription électronique (prescripteur informatique du DME) [...] Tranquillement pas vite, on ne leur donne plus accès au matériel papier et on leur dit : «habituez-vous». [...] C'est justement un des points de notre analyse d'implantation de notre DME. On aurait dû dès le départ obliger l'utilisation du DME et ne pas permettre l'utilisation du papier. »*

On perçoit donc que même au sein d'une organisation qui s'identifie comme « sans papier », il existe de la résistance chez certains médecins à pleinement intégrer les outils technologiques dans leur pratique. Dans l'éventualité d'une pleine implantation d'un DMP, ceci pourrait représenter une résistance. En ce sens, le constat que le participant a fait quant aux expériences avec le DME et que le groupe de recherche a avancé pourrait s'avérer une approche judicieuse :

**Participant recherche :** « *Je crois qu'il est important que l'utilisation du DMP soit perçue comme l'intégration d'un nouveau processus obligatoire au processus de suivi thérapeutique. »*

Cela dit, cette approche peut être judicieuse, mais requiert l'implantation d'un outil qui a été validé et pour lequel il y a eu un certain consensus quant au format appliqué. En d'autres termes, une approche comme celle-ci implique que l'outil répond aux besoins des usagers et des utilisateurs et doit être accompagnée d'une démarche itérative et flexible permettant l'aménagement d'accommodements qui pourraient émerger de l'utilisation de l'outil, et ce, comme nous l'avons vu dans le modèle ASI.

### **Les caractéristiques des destinataires ciblés par le changement**

Comme il a été énoncé précédemment, il semble que des médecins puissent être résistants au changement. Compte tenu du peu d'étude sur le DMP au Québec, il est intéressant de se référer aux résistances de ce groupe de professionnels dans le cadre du DME. Selon une étude menée au Québec par Paré et coll. <sup>(121)</sup>, les deux principales catégories de résistance sont économiques et liées à des enjeux de connaissances. Par contre, dans le cas du DMP, il faut aussi considérer que

le changement proposé peut impliquer un changement de valeurs face à celles acquises en cours de formation et de leur expérience de pratique antérieure.

Pour ce qui est des infirmières, comme nous l'a démontré le témoignage du membre interviewer ainsi que les observations, elles semblent ouvertes à l'utilisation de cet outil, et ainsi à se voir confier une plus grande autonomie et plus de responsabilités face aux patients. Cependant, au sein d'un GMF, le rôle assumé par les infirmières reste déterminé par les médecins <sup>(10)</sup>.

### **Modèle ASI**

Deux des cinq dimensions du modèle ASI ont pu être observées dans le cadre du processus de pré-implantation. Premièrement, le processus de concertation avec le milieu de soins appliqué durant la pré-implantation a permis la négociation et la réinterprétation de la nouvelle technologie de sorte que la logique d'intervention initiale telle qu'elle est décrite dans la littérature s'est graduellement transformée en une intervention relativement éloignée de ce qui était envisagé comme modèle initial fondé sur les données probantes. Par contre, c'est en raison de la volonté de tenir compte du milieu que la technologie a mutée vers un modèle plus distancié de ce que propose la logique théorique de l'intervention. Or, sans cette démarche, la littérature démontre qu'il y aurait de fortes probabilités que l'intervention soit un échec dû à l'inadéquation de l'intervention et de la technologie avec le milieu <sup>(50)</sup>.

Deuxièmement, l'autre dimension observée est la difficulté lors du déploiement du DMP d'assurer l'interopérabilité avec le principal système utilisé par les médecins et les infirmières, le DME. L'interopérabilité technique recherchée entre le DMP et le DME a été finalement confiée aux infirmières, ces dernières doivent faire une opération de copier-coller afin d'assurer que l'information mise dans le DMP soit transférée et disponible à l'équipe clinique dans le DME.

### **5.2 Logique de l'intervention au GMF**

Les dispositions organisationnelles précédentes ont influencé la logique de l'intervention au GMF à l'étude. Pour présenter cette logique, cette section la présente en fonction des différentes logiques qui l'ont influencé. Cette approche permettra de voir les écarts qui existent entre la logique théorique et celle appliquée au GMF.

## La logique marchande

Le fournisseur du DMP est un partenaire de premier plan, puisqu'il est le détenteur des solutions technologiques utilisées à la clinique à l'étude. Cette grande entreprise canadienne de télécommunications possède un vaste éventail d'applications informatiques dans le domaine de la santé. Parmi ces applications, il y a un dossier clinique informatisé pour les hôpitaux, diverses solutions de DME dans différentes provinces canadiennes, plusieurs outils de monitoring de santé et une solution de DMP. Concernant cette dernière, le fournisseur informatique, possède la licence d'exploitation canadienne de *Microsoft HealthVault*.

Le modèle de DMP proposé par cette entreprise a été en constante évolution pendant la phase de pré-expérimentation. Au départ, l'entreprise proposait un modèle de DMP de type autonome à usage exclusif offrant des fonctionnalités unidirectionnelles en provenance des professionnels. Le processus de négociation tenu pendant la phase pré-implantation du projet a permis de mieux adapter la solution technologique au besoin de la clinique. Cette ouverture du fournisseur informatique a permis la possibilité d'implanter une technologie qui correspond mieux au modèle du DMP à suivi systématique. Les discussions avec le groupe de recherche a permis d'intégrer le principe de mise en place d'une interopérabilité permettant l'échange d'information entre le DMP et le DME et vice-et-versa.

Il est intéressant de souligner que, concernant l'interopérabilité, durant les entrevues, un des membres du fournisseur informatique a mentionné :

**Participant fournisseur :** « ... *un carnet santé pour les gens, pour qu'ils puissent mettre leurs informations (Standalone), n'a pas réellement de valeur s'il n'est pas interconnecté ou s'il n'est pas associé à une clinique ou une intervention clinique ou une connaissance clinique à l'arrière.* »

Cependant, malgré cette ouverture, le fournisseur n'avait pas mis en place une interopérabilité technique entre les systèmes de DMP et DME à l'automne 2013 et ne prévoyait pas la réaliser pendant la durée de l'expérimentation. Les efforts de programmation requis n'ont pas été consentis en prévision du démarrage de l'expérimentation au GMF. Cette situation a entraîné plusieurs limitations à la communication entre le DMP et le DME. Même si c'était le même

fournisseur informatique qui offrait les deux solutions, le DME et le DMP, l'équipe de développement du DME a été peu impliquée dans les négociations avec le GMF. Au sein de cette entreprise, les deux solutions informatiques sont gérées par deux divisions distinctes qui possèdent leurs propres directeurs, plans de développement et équipes d'informaticien. Ainsi, l'interopérabilité technologique entre les solutions technologiques aurait nécessité un alignement entre les priorités de développement des divisions qui ne s'est pas manifesté. Ainsi, aux dires des personnes rencontrées chez le fournisseur informatique relativement aux demandes faites pour l'expérimentation:

**Participant fournisseur :** « ... *il faut comprendre que les gens du DME ont d'autres priorités* ».

Par conséquent, plusieurs demandes qui auraient nécessité des modifications et de nouveaux paramétrages dans le DME comme l'utilisation dans certains cas de données granulaires pour les questionnaires plutôt qu'en format image n'ont pu être appliquées. En somme, l'interopérabilité n'a pas atteint la qualité espérée initialement dans le cadre du projet.

La vision défendue par les représentants du fournisseur à ce moment a explicitement été décrite par un des membres rencontrés durant les entrevues :

**Participant fournisseur :** « *Voilà. Plutôt que d'avoir une solution qui s'appelle [...] on va l'appeler clinique X, ou encore clinique ABC, ou encore association XYZ, donc d'être capable de refléter la marque de l'institution ou de l'organisation qui commandite le déploiement plutôt que de le présenter comme un produit de notre bannière, parce que là encore, on peut prendre un rôle non pas d'avant-plan, mais d'arrière-plan, pour présenter la solution telle qu'elle est offerte par l'organisation commandit... l'organisme commanditaire plutôt que d'y aller par eh... une qui est notre solution.* »

Ainsi, il semble que la stratégie du fournisseur informatique a évolué pour passer d'une solution commercialisée sous leur nom à une solution affichée comme la solution de l'utilisateur, ici un GMF. Initialement, l'entreprise poursuivait une stratégie de marketing grand public : le DMP



était directement commercialisé auprès aux patients en contrepartie d'un abonnement au service. Cette approche n'avait pas été concluante tel que l'affirmation un des membres de l'organisation:

**Participant fournisseur :** *« Tout à fait, pour décrire ça facilement, on avait une offre commerciale au départ, qui est une offre directement aux consommateurs, ce qu'on appelle le B2C<sup>xxiii</sup>, qui marche pas, dans le sens que les consommateurs ne veulent pas acheter un produit de notre bannière, mais si on offre un produit B2B2C<sup>xxiv</sup>, donc un produit qui serait avec le nom de la [clinique à l'étude] par exemple, offert par la clinique aux membres de la clinique sans que ce soit marqué... ».*

**Intervieweur :** *« Le nom d'une grande compagnie? »*

**Participant :** *« C'est ça. Que ça a plus de potentiel. Donc bien entendu on n'ira pas vendre individuellement ce produit dans un de nos magasins. On l'offrira pas en tant que tel, mais s'il n'est pas appuyé par une clinique ou une opération clinique en arrière, ça marchera pas. C'est pour ça qui est important d'avoir la connexion avec les médecins de la clinique. C'est pour ça qui est important, parce qu'on s'est rendu compte que dans tous les cas que ce soit les cas de gestion de maladies chroniques ou quoi que ce soit, les gens s'ils n'ont pas accès, ou s'ils n'ont pas eh... un lien quelconque avec leur équipe de soins ça marchera pas. [...] On est très présent chez les professionnels. Chez les individus, on l'est pas, parce qu'on est associé avec une marque, qui est au niveau des téléphones. Pis c'est correct! L'idée c'est de... de... d'aller là où la valeur est. La valeur est dans la relation entre le médecin avec son patient, le pharmacien avec son patient. Donc, le nom [du fournisseur informatique] n'a pas de valeur, disons n'apporte pas une valeur commerciale pour ce processus-là. Au niveau de la santé. »*

Comme on peut le constater, les visions commerciales et marketing de l'outil ont été un enjeu important guidant les décisions du fournisseur. La vision consommatrice de la santé dans laquelle les professionnels de la santé ainsi que leurs patients sont des clients est en tout point représentative de ce que rapporte la littérature <sup>(60)</sup>. Ainsi, pour le fournisseur l'adhésion à l'outil doit être faite selon un modèle le plus rentable possible.

---

<sup>xxiii</sup> Signifie *business to customer*, c'est-à-dire de la vente directe au consommateur.

<sup>xxiv</sup> Signifie *business to business to customer*, c'est-à-dire que la vente se fait par l'entremise d'un intermédiaire.

Parallèlement à ceci, la vision d'un des participants rencontrés chez le fournisseur informatique a permis d'exposer une autre facette de leur vision du DMP. Avec la venue d'une multitude d'applications web permettant le monitoring de la santé, le DMP dans la vision du fournisseur informatique doit devenir un portail de gestion de ces différentes applications. Ainsi, en plus de l'interface qui s'apparente au carnet de santé, les patients pourraient ajouter des applications interopérables avec le DMP ce qui permettrait de centraliser l'ensemble des outils santé au même endroit.

**Participant fournisseur :** « *Notre vision du DMP est qu'il devienne un outil qui permet de gérer toutes les applications santé que le patient utilise. Par exemple, y a une application mobile qui a été développée en collaboration avec l'"Ontario lung association" permet à un asthmatique de mieux gérer et monitorer sa condition de santé. L'application permet notamment de conseiller le client en fonction des conditions atmosphériques du milieu dans lequel il se trouve, par exemple si y a du smog ou si c'est très humide. Ça lui donne alors des conseils sur l'ajustement de la médication, sur des trucs à prendre pour éviter une potentielle crise. Le patient peut saisir sa médication, certains symptômes observés ce qui lui permettra d'avoir un historique de la progression de sa maladie. Bien on veut que cet outil soit interopérable avec le DMP de façon à ce que le client n'ait qu'à se brancher sur le DMP et naviguer au travers de ces applications et que les données soient accessibles dans le DMP. »*

Le fournisseur informatique souhaite donc que le DMP devienne un outil pleinement intégré dans la gestion de la santé de leurs clients. Ainsi, dans le cadre du projet, l'ensemble de la dimension de l'approche centrée sur le patient devient une opportunité pour l'organisation de positionner leur section santé, ce qui fait que la technologie et son adoption sont une fin en soi.

## **La logique technocratique et professionnelle**

### ***La clinique et les médecins***

Dans le cas des GMF, la logique technocratique et la logique professionnelle tendent à se chevaucher puisque les propriétaires de la clinique sont des médecins qui pratiquent au sein de l'organisation. En tant que représentants de la logique technocratique, le projet apparaît comme étant une alternative permettant aux propriétaires d'améliorer l'efficacité de la clinique en ce qui

a trait à l'utilisation optimale des ressources de la clinique pour satisfaire mieux les besoins de la population. Ainsi, le potentiel du DMP d'augmenter le nombre d'individus inscrit à la clinique, compte tenu de l'apparente saturation actuelle que connaît le GMF en matière de soins pédiatriques, en fait un outil intéressant pour ces derniers. À ce bénéfice s'ajoute celui économique qui semble être un important incitatif pour les propriétaires de la clinique qui ont souvent fait référence à cette dimension durant le processus. Par exemple, la capacité du DMP de réduire la durée des consultations médicales et ainsi accroître à la fois le nombre de clients vu et le nombre enregistré sur la liste de patients pourrait contribuer à augmenter les revenus de la clinique et des médecins y travaillant. D'ailleurs, ce point de vue a été à maintes reprises défendu par la direction de la clinique durant les réunions pré-implantatoire. Il est donc primordial pour ceux-ci que l'implantation du DMP se traduise par l'augmentation de la clientèle et une amélioration des processus cliniques permettant d'augmenter le nombre de consultations quotidiennes faites.

Parallèlement à ceci, la logique professionnelle a été omniprésente dans le cadre du projet, car en tant que membre d'une profession dont la pratique est très règlementée, les dirigeants de l'organisation, qu'ils soient médecins ou infirmières, ne pouvaient pas agréer à toutes les demandes qui étaient proposées en ce qui concerne les paramètres du DMP ou de la transformation des pratiques professionnelles au sein de la clinique, et ce, entre autres en raison du cadre légal qui régit les professions en santé (ex. code de déontologie).

Par ailleurs, en ce qui concerne la clinique plus spécifiquement, les médecins propriétaires étaient très enthousiastes relativement au projet, et ce, depuis le tout début. Ils étaient très ouverts aux différentes propositions de fonctionnalités du DMP. Par contre, au fur et à mesure que le projet a évolué et que la technologie s'est définie, certaines préoccupations de la part de ceux-ci se sont manifestées et se sont avérées totalement représentatives de ce qui avait été identifié en matière de résistance aux changements dans la littérature sur le DMP. Parmi ces résistances, dès le départ les dirigeants de la clinique tout comme les médecins y pratiquant ont exigé qu'il n'y ait pas de transfert automatisé des données ajoutées par le patient dans son DMP vers le DME qu'utilise le médecin, et ce, pour des raisons de responsabilité légale du médecin qui pourraient émerger lors de conditions cliniques urgentes. Par exemple, un patient qui enverrait dans le DME

des informations relatant une situation nécessitant des soins urgents et que le médecin ne les verrait pas ou prendrait connaissance trop tardivement de celles-ci pourrait mettre ce dernier dans une position légale vulnérable.

Par contre, l'absence d'interopérabilité entre le DMP et le DME pour lequel le fournisseur informatique ne veut pas modifier ses priorités de développement et ne veut pas dépenser dans l'interopérabilité est venue éliminer cette problématique, car le dépôt des données du DMP au DME se fait manuellement. Cette mesure agit donc comme une protection relativement à l'engagement de la responsabilité professionnelle du médecin et de la clinique.

Par conséquent, les données granulaires du DMP, c'est-à-dire les données dynamiques sont converties en PDF par l'infirmière qui les valide avec le patient lors de la rencontre médicale. Pour ce qui est de la volonté de valider les données, elle n'était pas seulement explicable par la résistance des médecins relativement aux enjeux légaux, mais aussi par la volonté des infirmières de conserver un contrôle sur l'information et de préserver l'ancien mode de fonctionnement. Ainsi, l'ensemble de ce mode fonctionnement n'est pas conforme à la pratique idéale puisqu'il affecte la fluidité de l'interopérabilité et il pourrait même affecter la valeur ajoutée de l'outil quant à l'amélioration des processus. En outre, au fur et à mesure des discussions avec les médecins durant les réunions, il a été possible de constater que cette résistance relativement à l'information en provenance du patient relate aussi une vision négative de la qualité de l'information que peuvent fournir les patients sur leur état de santé. En effet, un des médecins a même été jusqu'à dire ouvertement :

**Participant médical :** « *Moi, l'information que j'veux c'est celle que l'infirmière ou moi entre. Les informations des patients je ne veux pas les voir... non, mais, je commencerai pas à chercher dans toutes l'information que les patients mettent, je finirai jamais.* »

Cette position a été souvent rapportée dans la littérature et semble explicable par deux éléments. Premièrement, il y a la crainte de voir le travail s'alourdir par une gestion d'une importante volumétrie d'information en provenance du patient. Deuxièmement, elle est fondée sur la perception médicale quant à son rôle et celui du patient<sup>(50)</sup>. C'est d'ailleurs en ce sens que le

DMP doit accompagner une transformation de la pratique médicale selon laquelle le patient est beaucoup plus impliqué dans le processus. Par conséquent, la littérature souligne que ces transformations font partie d'un processus graduel et continu par lequel certains éléments doivent être progressivement intégrés dans la relation thérapeutique pour que les perspectives évoluent. Par contre, pour dans certains courants de pensée, les médecins en première ligne devront être ouverts à développer une approche beaucoup plus holistique qui considère l'individu dans son ensemble <sup>(61)</sup>. En outre, ceci implique que les patients devront avoir accès à une information médicale de qualité qui leur permettra à la fois de mieux comprendre leur rôle dans cette relation ainsi que mieux juger la qualité des informations qu'ils transmettent au médecin ou à l'infirmière <sup>(50, 64)</sup>. Parallèlement à ceci, les fournisseurs informatiques doivent encourager les patients à bien entrer les données sur le DMP en offrant des gabarits de saisie de données développés représentatifs des besoins d'information des professionnels de la santé. Cela contribuerait à accroître la qualité de la technologie aux yeux des professionnels <sup>(50, 64)</sup>.

Dans la même perspective, même si l'utilisation du courriel était possible avec le DMP, les cliniciens ont présenté des réticences ((a) aspect légal; (b) crainte d'être inondé de courriels; (c) la qualité de l'info fournie par les patients) quant à son utilisation et c'est une logique sous-jacente similaire qui a été manifestée. En effet, les médecins de la clinique ainsi que la direction de la clinique craignaient que la gestion de ceux-ci soit trop complexe et exigeante, mais aussi que les patients utilisent ce médium pour contacter la clinique en cas d'urgence. Dès lors, la question de responsabilité a refait surface. Par contre, un autre élément important a été mentionné à plusieurs reprises, et ce, autant par les propriétaires que par les médecins et il s'agit de la question de la rémunération face à l'utilisation du courriel. Les médecins de la clinique en parlant du courriel :

**Participant direction :** « ... imaginez qu'un soir j'ai un patient qui est dans une situation d'urgence et qu'il m'écrit un courriel et que je ne le lis pas avant quelques jours et que sa situation se dégrade; je suis responsable de cette situation [...] puis en plus d'alourdir mon travail parce que je dois lire des tonnes de courriel, on serait pas payé pour le faire. »

Comme nous le rappelle la littérature, outre les préoccupations concernant la charge de travail, celles sur la rémunération sont partagées par un grand nombre de médecins lorsque vient le temps d'utiliser le courriel <sup>(60, 61, 64)</sup>. Il est donc important d'aménager différemment la structure de rémunération dans le cadre de l'aménagement d'une approche centrée patient encadré par un DMP <sup>(50, 60, 61, 64)</sup>.

Par ailleurs, lorsqu'il est venu le temps de présenter la solution au personnel de la clinique, les discussions ont cheminé dans une autre direction. Le médecin superutilisateur et la direction clinique ont fait preuve d'un enthousiasme qui a permis d'offrir une vision très différente du projet. C'est à ce moment que l'élaboration des outils a été mise à l'avant-plan. Afin d'offrir des gabarits de collecte d'information bien précis aux patients, il a été décidé que l'abécédaire, l'outil de suivi d'asthme ainsi que celui pour le trouble d'attention avec hyperactivité (TDAH) allaient être mis dans un format numérique (granulaire) afin de permettre au patient de remplir un certain nombre d'information ciblée avant les rencontres avec les professionnels de la santé. Malgré l'absence de l'interopérabilité qui aurait permis le transfert des données granulaires du DMP au DME comme le voulaient les professionnels et la direction de la clinique, la complétion des formulaires par les parents permet de transmettre aux patients (parents-enfants) une partie de la gestion de leur santé, ce qui contribue à l'autogestion de la santé. En outre, par leur demande, les médecins de la clinique et la direction de celle-ci entrevoyaient la possibilité d'accroître l'efficacité-service en améliorant leur processus clinique ainsi que l'opportunité d'accroître leur revenu par l'entremise d'une plus grande productivité. Malgré le refus du fournisseur, en entrevue un membre de la clinique nous a mentionné :

**Intervieweur :** « *Dans le processus traditionnel, est-ce que les parents ont un rôle à jouer; est-ce qu'ils ont des choses à remplir avant de se rendre à la consultation? »*

**Participant direction :** « *Bien c'est un peu ça notre problème, c'est pour ça que le projet est bien. C'est que le parent arrive ici (clinique) [...] dans le bureau du médecin on (le client) oublie la moitié des choses que l'on voulait lui demander [...] même chose pour l'auxiliaire. C'est plus l'auxiliaire qui va voir ça parce que quand on s'assoit avec le parent et dit : "En fait votre bébé boit combien de fois par heure" et elles sont pas capables de nous le dire [...] on lui demande*

*combien de pipi par jour, elle (la mère) a aucune idée. Le temps qu'elle réfléchisse, c'est beaucoup de temps perdu [...] donc pour nous l'avantage avec ça c'est que les gens vont préparer ce questionnaire et l'infirmière au lieu de poser des questions en rafale [...] et elle n'aura juste qu'à valider l'information [...] En plus en ayant ces informations en avance, elle pourra cibler plus rapidement s'il y a des problématiques et référer les patients plus rapidement au médecin [...]*

**Intervieweur :** « *S'il y a des transformations à avoir, qu'est-ce que vous pensez que ça va transformer dans les suivis pédiatriques? »*

**Participant direction :** « *Bien je crois qu'il y en a aura. Pour le pédiatrique, l'avantage que l'on voit c'est de sauver du temps par rapport à l'évaluation [...] et capter des trucs un peu plus urgents rapidement qui nous échapperaient autrement comme consommation alimentaire inadéquate chez les bébés... »*

[...]

**Participant direction :** « *... avec les clientèles TDAH, souvent le docteur a un peu de difficulté avec le questionnaire pour un bon suivi. Souvent, ce sont des enfants qui peuvent tomber en crise assez rapidement, alors avec ça (DMP), si elle sait qu'il y en a un qu'il faut vérifier, on peut tout de suite aller chercher presque au jour le jour son état, son humeur, voir comment y va et puis face à l'adulte c'est un peu la même chose, avec toute la clientèle diabétique et HTA (hypertension artérielle). Combien de fois on a vu ça un nouveau diabétique, on a débuté un enseignement pour le gluco, une semaine après sont revenus y avaient pas bien compris... »*

Ainsi, on constate dans ce témoignage que les membres de la clinique accordent une certaine valeur quantitative au DMP qu'ils perçoivent comme un outil de gestion et d'accroissement de leur volumétrie, mais aussi de la demande de soins et donc leur productivité. De cette manière, ils perçoivent le potentiel d'accroître leur revenu (médecins). Parallèlement à ceci, ils anticipent aussi une amélioration de l'efficacité-service et santé, car ils estiment être en mesure de mieux cibler les besoins de leur patient, mais aussi d'agir plus rapidement dans le cas de situations plus problématiques, et ce, grâce à la meilleure continuité informationnelle que leur offrira le DMP.

## *Les infirmières*

Par ailleurs, pour ce qui est des infirmières, leur rôle a été principalement structuré par la direction et les médecins impliqués dans le processus. Cette approche est caractéristique d'une certaine culture qui existe au sein de quelques GMF et cela est attribuable à la capacité du médecin de décider de l'utilisation qu'il fait de l'infirmière <sup>(1, 10)</sup>. Malgré tout, certains médecins et infirmières impliqués dans le projet étaient ouverts à l'idée de revoir à la hausse l'implication des infirmières dans les processus clinique de façon à accroître la collaboration professionnelle. Cependant, c'est l'absence d'interopérabilité entre les systèmes qui aura contribué le plus à limiter le rôle de l'infirmière et la transformation de sa pratique puisque l'intervention n'a pas pu bénéficier de la mise en place de processus de travail dans lesquels l'utilisation du DMP aurait été centrale dans la pratique quotidienne de son travail, mais aussi qui lui aurait permis d'accroître son autonomie décisionnelle. Cela dit, grâce aux séances de présentation de l'outil aux infirmières, il a été possible de constater qu'elles voyaient positivement la venue du DMP. Leur principal intérêt semble être lié à l'amélioration de la continuité informationnelle puisque leur rôle de triage les expose souvent à des collectes d'information difficiles et incomplètes. D'ailleurs, cette perspective était partagée par certains médecins de la clinique. Elles anticipent donc une amélioration de leur productivité, de l'efficacité-service et de la globalité des soins. Pour les infirmières qui font les suivis asthmatiques, l'utilisation d'outil personnalisé d'éducation et d'encadrement est un outil qui, selon la personne rencontrée à la clinique, représente un intérêt important. Les patients auront accès à des informations sur leurs médicaments et les bonnes pratiques d'utilisation de ceux-ci. De plus, ils devront enregistrer les données quotidiennes de contrôle de leur maladie dans le DMP de sorte que la clinique et les infirmières anticipent des suivis plus globaux et représentatifs des vrais comportements ce qui permettra à l'infirmière de mieux cibler les besoins d'encadrement et ainsi avoir une meilleure réactivité. Finalement, le membre de la clinique interviewé nous a mentionné que l'un des avantages de l'outil est le transfert de l'information au patient qui pourrait même améliorer la continuité avec les autres niveaux de soins :

**Participant direction :** « [...] souvent on a des patients qui perdent leur consul (consultation) et que lorsqu'ils arrivent pour passer, disons un labo, ils se font retourner parce qu'ils ont pas le



*papier et là ils doivent attendre un autre 6 mois. Avec ça (DMP) ça va éviter ce genre de situation. »*

Un autre des exemples, du transfert d'information auquel le participant faisait allusion :

**Participant direction** : *« La majorité des patients ne retiennent pas la moitié des informations que le médecin leur dit. Une fois à la maison, ils se rappellent pas de ce que le médecin leur avait dit et parfois ça des conséquences importantes comme avec les diabétiques [...] Avec le DMP un bon nombre d'informations pourra être donné au patient et il sera en mesure d'y accéder de la maison. »*

On voit donc un autre exemple de la continuité informationnelle pour laquelle les professionnels de la clinique ainsi que la direction ont beaucoup d'attente et qui occupe une place centrale dans la logique d'intervention pour ces derniers. Par contre, la divergence entre la position du fournisseur et celle de la clinique et de ses professionnels montre bien la difficulté d'aligner les différentes logiques vers une des dimensions centrales (l'interopérabilité) de la logique d'intervention des DMP les plus performants dans la littérature.

## **CHAPITRE 6 — DISCUSSION**

### **6.1 L'intervention**

Comme nous l'avons souligné, la technologie doit s'insérer au sein d'un modèle de soins. Nous avons constaté que les transformations de pratique associées à l'adoption de la nouvelle technologie et le modèle sous-jacent furent difficiles. Malgré les appels à une approche plus holistique et prônant la participation des patients, l'intérêt à utiliser la nouvelle technologie s'est buté à plusieurs obstacles. L'environnement de la pratique médicale (ex. paiement à l'acte) et les inconvénients qui l'accompagnent (manque de ressources, surcharge de travail, etc.) font que plusieurs médecins pratiquent selon un modèle plutôt traditionnel axé sur la prise en charge de la maladie pour laquelle une personne vient consulter. Ainsi, la volumétrie de patient est un élément important pour les médecins puisque la majeure partie de leur salaire en dépend. Par conséquent, nous croyons que bien que l'utilisation d'une technologie comme le DMP soit

porteuse d'éléments pouvant intéresser les médecins, elle ne suffit pas. Il doit y avoir une révision et une transformation de l'ensemble de l'environnement qui encadre la pratique médicale et la dispensation des soins. Comme le soulignait Contandriopoulos<sup>(110)</sup>, lorsqu'il est question de changements profonds, il est insuffisant de procéder uniquement au changement direct dudit élément visé. Il doit plutôt s'inscrire dans la transformation de plusieurs éléments structuraux et procéduraux de façon à rendre cohérent l'ensemble de l'environnement avec le changement désiré. En ce sens, le projet de DMP aurait pu bénéficier d'un ensemble plus large d'aménagements particuliers afin de créer l'environnement plus favorable à la mise en place d'un modèle aligné avec les meilleures pratiques. Avec un tel statut particulier, ce projet aurait pu profiter d'aménagements particuliers offerts par l'État. Parmi ces aménagements particuliers, la littérature sur le DMP<sup>(50)</sup> fait mention dans un premier temps du besoin de réviser les législations encadrant la responsabilité légale des médecins de façon à bien représenter les nouvelles réalités communicationnelles qui marquent notre époque. De plus, outre les lois, dans la dimension législative on peut aussi inclure le besoin de revoir le rôle de chacun des groupes professionnels notamment en regardant les actes protégés et exclusifs propres à chacune des professions en santé de façon à favoriser la complémentarité des pratiques professionnelles et la collaboration professionnelle.

La participation plus active de l'État aurait aussi permis d'adresser la question névralgique de la rémunération, et ce, afin d'inciter les médecins à évoluer vers de nouveaux modèles de consultation comme la télémédecine ou l'utilisation du courriel, mais aussi vers des modèles plus collaboratifs et interprofessionnels. En outre, des outils comme le DMP profiteraient d'une plus grande collaboration interprofessionnelle pour ne pas dire que celle-ci soit nécessaire à l'efficacité du modèle et de l'outil. En effet, il semble que le DMP soit une technologie alignée avec les assises de la profession infirmière qui favorisent la proximité, l'évaluation globale des patients, la prévention et l'éducation. De plus, lorsqu'elles occupent un rôle pivot dans les soins des patients, le DMP devient alors un outil de communication entre ces derniers et les infirmières dont les avantages ne cessent de s'accumuler dans la littérature<sup>(70, 122)</sup>. C'est pourquoi il faut que la structure de paiement soit cohérente avec le modèle centré sur le patient dans lequel la collaboration professionnelle est névralgique.

En ce qui concerne la clinique à l'étude, bien que le modèle appliqué ait le potentiel d'améliorer le travail quotidien de l'infirmière, une plus grande implication de celle-ci dans l'utilisation de l'outil, mais aussi dans le processus de suivi aurait constitué une importante valeur ajoutée aux soins qu'offre la clinique. Pour ce faire, il aurait été nécessaire qu'il y ait une interopérabilité entre les systèmes de DMP et DME. Dans cette optique, l'infirmière aurait pu être plus intégrée dans le processus de développement de la technologie et de l'intervention pour que son rôle ne soit pas uniquement tributaire des besoins du médecin, mais qu'il soit plutôt envisagé comme une dimension en soi <sup>(50, 122)</sup>.

Parallèlement à ceci, dans l'optique d'une participation plus importante de l'infirmière face à l'utilisation du DMP, le médecin aurait alors accès à des informations médicales de qualité et à des données cliniques dans le DME plus actualisé.

De même, la participation des patients au processus de développement aurait pu être utile. La littérature souligne qu'une telle procédure pourrait avoir d'importantes conséquences sur l'adoption de la technologie par les patients et donc par les professionnels de la santé. Si les patients entretiennent des inquiétudes quant à l'outil technologique et si, dès les premières utilisations, le nouveau ne répond pas aux attentes, plusieurs abandonnent l'utilisation du DMP <sup>(50)</sup>. Il est donc fortement conseillé d'inclure des usagers dans le processus de développement et d'adaptation (phase préimplantatoire).

Ainsi, le choix de conduire le projet selon une démarche centrée principalement sur les besoins du médecin pourrait contribuer à influencer le niveau d'adoption, et ce, autant chez les autres professionnels que pour les usagers. Par conséquent, il est fondamental dans ce type de projet que la stratégie de développement soit cohérente avec la philosophie de l'outil à développer c'est-à-dire dans ce cas-ci l'approche centrée à la fois sur la multidisciplinarité et, surtout, sur les patients. Certes, la stratégie choisie tend à répondre aux contraintes de temps du projet, mais il n'en demeure pas moins que cet élément est important et il se pourrait que le résultat final en soit affecté. Cela dit, il est fortement conseillé durant le déploiement que les acteurs impliqués dans le processus soient attentifs aux besoins d'ajustement que manifesteront les professionnels de la santé et les patients et qu'ils voient à y répondre rapidement lorsque ce sera possible.

Un autre des éléments qui auraient contribué à l'amélioration du projet aurait été de mettre moins l'accent sur le DMP et plus sur l'application du modèle centrée sur le patient. Pour ce faire, il aurait été intéressant que les professionnels impliqués dans le projet participent à une discussion qui porte sur l'amélioration de leurs processus de travail auprès de leur clientèle pédiatrique afin d'identifier la manière d'améliorer les soins de santé qu'ils offrent par l'entremise d'une relation thérapeutique dans laquelle les parents sont plus impliqués et où chacun des acteurs de la clinique contribue activement au support de ces derniers. Par le fait même, cette discussion aurait été l'occasion de bien cibler les besoins de la clinique et de mettre le modèle centré patient au centre de l'intervention. Malgré les difficultés de rassembler les gens du terrain et l'investissement de temps que cela aurait requis de leur part, le projet représentait une opportunité d'avoir ce rapport avec les professionnels de la santé et de revoir significativement les pratiques de travail, car l'impression est que cet élément de l'intervention a été en quelque sorte minimisé.

Dans un autre ordre d'idées, le choix de ne pas expérimenter les communications professionnelles de santé - patients en dehors des visites à la clinique, notamment en ne retenant pas l'utilisation du courriel, peut être assimilé à un signe de la résistance sous-jacente des professionnels de la santé dans les milieux cliniques. Dans ce cas-ci, les arguments qui ont été avancés par les médecins étaient principalement d'ordre économique et liés à la crainte d'une surcharge de travail. L'utilisation du courriel aurait pu être un outil encadré par une utilisation circonscrite. Par exemple, l'utilisation du courriel aurait pu être faite pour des clientèles ou des patients spécifiques qui nécessitent un suivi continu comme les asthmatiques. Pour ces cas, le courriel aurait pu être utilisé pour des périodes précises comme la période d'ajustement pharmacologique ou d'éducation initiale, ce qui aurait permis d'analyser les avantages dudit outil, dont la continuité et la réactivité. En outre, des gabarits de courriel auraient pu être développés afin d'éviter les utilisations indues de la part des patients. En outre, il s'agit d'une activité qui aurait pu être intégrée dans le processus de suivis des patients. De façon plus générale, dans le cas d'une application du modèle à des clientèles atteints de maladies chroniques, il serait intéressant d'évaluer le potentiel des courriels dans le cadre des suivis qui se font

actuellement pour certains patients par l'entremise d'une collaboration entre d'Info santé 811 et les GMF. Il s'agit d'une alternative intéressante aux suivis téléphoniques.

Par conséquent, l'inutilisation des courriels; l'absence d'interopérabilité entre le DMP et le DME; les discussions principalement orientées principalement sur les besoins du médecin relativement au DMP; et la révision insuffisante de l'intégration du rôle de l'infirmière dans les nouveaux processus de suivis pédiatriques représentent des failles dans la conception de l'intervention. En l'absence de ces éléments, on peut penser que les gains potentiels de l'intervention pourraient être limités. L'intervention s'apparente<sup>xxv</sup> plutôt à une transformation procédurale des suivis pédiatriques. Cependant, comme nous l'avons vu, l'intervention présente des éléments positifs. Les patients auront accès à de l'information clinique et auront de nouvelles responsabilités dans le processus de suivi. Ces changements offrent d'importantes améliorations puisqu'ils sont alignés avec l'implication du patient dans l'autogestion de sa santé. En ce sens, la mise en place d'un encadrement ciblé en donnant accès aux patients à du matériel éducationnel spécifique ainsi que l'accès à un portail sur lequel les patients ont accès aux informations obtenues durant leurs consultations devraient contribuer à conscientiser les parents au développement de leur enfant, mais aussi potentiellement à une amélioration de l'efficacité thérapeutique. Par contre, ces améliorations ne représentent qu'une portion du potentiel du modèle et de la technologie.

## **6.2 L'avenir du modèle et du DMP au Québec**

Il est intéressant d'étendre la réflexion sur l'avenir du modèle centré sur le patient et le DMP au Québec. De façon générale, l'application d'un modèle centré sur le patient appuyé par un outil comme le DMP nécessitera plus d'étude, et ce, afin d'analyser le potentiel et, surtout, les adaptations nécessaires afin qu'il réponde aux particularités du système québécois c'est-à-dire à une première ligne constituée de trois structures de soins ; aux distinctions entre les soins dans les communautés rurales et ceux en milieu urbain ; et à un système informatiquement jeune et dans lequel il y a un important panier de solutions informatiques disponible et des ressources financières limitées.

---

<sup>xxv</sup> L'utilisation du mot «apparente» est important, car l'implantation n'étant pas terminée, le type de stratégie privilégiée permettant des ajustements en cours de route pourrait transformer le projet.

Bien que le GMF occupe une place importante maintenant dans les soins de première ligne, plusieurs cliniques médicales n'ont pas intégré ce modèle de soins. De plus, le CLSC demeure un service commun et bien ancré dans la culture de santé québécoise. D'ailleurs, la croissance des GMF est trop récente pour pouvoir dire ce qu'il adviendra des CLSC et, compte tenu des différences qui caractérisent chacun de ces modèles, l'application d'un modèle centré sur le patient devrait être envisagée selon des paramètres distincts, et ce, afin qu'il constitue une réelle amélioration de chacune des structures dont les faiblesses et les avantages ne sont pas les mêmes et dans lesquelles les comportements des professionnels et des patients ne sont pas les mêmes (11).

Parallèlement à ceci, la même réflexion devrait s'appliquer pour l'aménagement du modèle qu'il soit en milieu urbain ou rural puisque comme nous l'avons vu, les comportements de santé sont différents d'un contexte à l'autre (123). Cette logique d'adaptabilité émerge du besoin d'implanter une intervention et une technologie dont les fondements sont ceux de la personnalisation et la réponse adaptée aux besoins spécifiques et particuliers de santé des patients. La stratégie d'implantation devrait alors être cohérente avec le modèle.

Enfin, une autre des variables importantes qui devra être considérée dans le cadre d'une autre étude est la place du DMP dans le panier de solutions informatiques offert au Québec. L'implantation des technologies nécessite d'importants investissements pour les établissements et les organisations de santé. Dans les soins de première ligne, bien qu'il y ait des programmes de sollicitation et de subvention à l'adoption de certains outils (ex. DME, Dossier santé Québec (DSQ), achat de matériel informatique, etc.) certains coûts d'achats de matériel doivent être assumés par les médecins dans leur clinique. On a d'ailleurs vu que le facteur économique constituait une importante résistance à l'adhésion chez cette catégorie de professionnels (121). Il faudrait donc voir sous quelles modalités financières (utilisateur-payeur, financement public, etc.) l'implantation du DMP serait-elle possible au Québec?

Par ailleurs, le manque d'intégration entre les solutions informatiques disponibles oblige souvent les professionnels à faire de la multi saisie ou encore consulter plusieurs sources de données et d'information médicale qui ne sont pas centralisées à un même endroit. Ainsi, l'ajout de chaque nouvelle source d'information peut constituer un irritant en soi. Qui plus est, il est possible,

compte tenu du panier actuel de solutions technologiques du Québec très concurrentiel relativement à certaines fonctionnalités et certaines sources d'information, que le DMP tel qu'il est offert par le fournisseur à l'étude s'avère ne pas être le DMP le plus aligné avec la culture médicale et le contexte actuel du Québec. Il faudrait donc considérer que d'autres conceptions de DMP pourraient s'avérer être plus adéquates. C'est pourquoi une analyse plus approfondie des besoins serait nécessaire dans le choix de la solution DMP. Pour ce qui est de la concurrence des sources d'information, à titre d'exemple de cette réalité, prenons le DSQ qui est un dossier provincial de santé qui donne actuellement accès aux médecins en première ligne aux résultats de laboratoire (public), d'imagerie médicale (public) et au profil pharmacologique des patients, et ce, sur l'ensemble du territoire québécois. Éventuellement, les résultats de laboratoire et d'imagerie médicale effectués dans le privé, le profil immunologique, les allergies et le sommaire d'hospitalisation seront intégrés au DSQ. Lorsque l'on revient à la résistance des médecins face à l'information en provenance des patients, si cette cueillette n'est pas bien encadrée dans le cadre du DMP, on peut sous-tendre qu'ils accorderaient naturellement un plus grand intérêt à la « qualité » et la « validité » de l'information contenue dans le DSQ qu'à celle qui pourrait être ajoutée dans le DMP par le patient à la suite d'un épisode de soins. Par conséquent, si un DMP venait à être adopté au Québec, une importante réflexion devrait avoir lieu concernant la complémentarité voire l'interopérabilité de ces solutions. Cette position vient renforcer le besoin d'orienter le DMP à la fois sur les besoins des patients que ceux des professionnels de la santé plutôt que seulement sur ces derniers.

Par ailleurs, nous sommes d'avis que la mise en place d'outil de contrôle et de monitoring ainsi que les volets éducationnels et communicationnels pourraient être la priorité dans le contexte québécois en ce qui concerne le DMP, car les effets bénéfiques de ces outils sur les soins de première ligne et sur la santé des populations tendent à être de plus en plus démontrés.

### **6.3 Les limites**

Nous aurions aimé interviewer un plus grand nombre de professionnels susceptibles d'être impliqués dans le déploiement d'un DMP. Il aurait été notamment idéal de rencontrer tous les médecins pratiquant la pédiatrie à la clinique afin d'enrichir notre analyse. Mais nous avons tout de même pu observer lors des séances d'observation un certain nombre d'entre eux.

Deuxièmement, il est important de souligner que le niveau élevé d'informatisation du GMF à l'étude affecte probablement la généralisation de nos résultats. L'organisation se distingue de ce qui se fait actuellement dans la majorité des autres cliniques de soins de première ligne du Québec. En effet, l'utilisation des TIC fait partie intégrante de la culture organisationnelle du GMF alors qu'au Québec, nombreuses sont les cliniques qui sont encore peu informatisées, pour. Malgré tout, l'accélération de l'informatisation du réseau de la santé est imminente et nous laisse croire que la dynamique organisationnelle qui existe au GMF à l'étude pourrait se répandre rapidement au cours des prochaines années. Les caractéristiques exemplaires de la clinique à l'étude font de ce modèle un type qui est amené à se répandre au Québec<sup>(10, 124)</sup>, ce qui est susceptible d'accroître la généralisation des résultats<sup>(125)</sup>. Note : Il faudrait ajouter une 3<sup>e</sup> limite sur le DMP qui n'offrait pas toutes les fonctionnalités des DMP que l'on trouve dans les modèles les plus novateurs que l'on trouve dans la littérature. Un DMP offrant plus de fonctionnalités notamment sur le plan de l'interopérabilité aurait pu faire une différence.

## **CHAPITRE 7 — CONCLUSION**

En conclusion, nous espérons que les résultats de cette étude alimenteront la réflexion relativement à l'avenir du modèle centré sur le patient appuyé par le DMP dans le contexte québécois. Dans un premier temps, si l'on se réfère aux cinq critères<sup>(50-52)</sup> caractérisant les DMP les plus performants selon la littérature, l'absence d'interopérabilité dans le cadre du projet ne permet pas d'avoir un DMP suffisamment a) exhaustif sur les données concernant le patient. Cela dit, l'accès sécurisé via Internet au DMP permet une b) accessibilité en tout temps et en tout lieu d) sécuritaire et confidentiel. Par contre, le DMP à l'étude c) contient peu d'outils d'autogestion de la santé et de support permettant de comprendre les informations contenues dans le DMP, puisque les outils disponibles sur le DMP s'apparentent beaucoup plus à une complétion de formulaires de pré-évaluation de la condition du patient, et ce, pour un nombre spécifique d'informations plutôt qu'à des outils de monitoring. De plus, pour ce qui est du contrôle individualisé du contenu accessible, cette fonction n'a pas été très élaborée dans le cadre du projet.



Par ailleurs, nos analyses nous permettent de relever quelques constats plus spécifiques à la logique de l'intervention et son application dans nos services de première ligne.

Pour la clinique à l'étude :

1. Tout d'abord, la logique de l'intervention que les professionnels du GMF à l'étude se sont montrés prêts à expérimenter est relativement éloignée des pratiques novatrices rapportées dans la littérature en matière de soins centrés sur le patient et du DMP à suivi systématique. Cependant, cet écart pourrait constituer une première étape dans un processus évolutif qui lui se rapprocherait la logique des pratiques novatrices. Cela dit, globalement dans le cadre du projet, les principaux effets attendus de la part des acteurs impliqués sont l'amélioration de la continuité informationnelle, l'efficacité-service, la globalité et la productivité.
2. Dans le cadre d'un déploiement comme celui à l'étude, la polarisation entre certains intérêts communs (économiques, productivité et rentabilité) et ceux des principaux groupes d'acteurs (fournisseurs, médecins et direction de la clinique) impliqués dans le projet a limité l'importance accordée au modèle centré sur le patient dans le développement de l'intervention et a plutôt centré la démarche principalement sur le DMP au dépend d'une connectivité plus large avec le DME. Il serait indispensable qu'il y ait dans les interventions futures un meilleur équilibre en accordant plus d'importance à ce modèle de soins, et ce, en impliquant des groupes qui auraient intérêt à voir cette approche se développer (ex. l'État, représentants de patient, infirmières);

De façon plus systémique :

1. Pour qu'il y ait l'adoption d'un outil comme le DMP, le système devra acquérir une certaine maturité informatique qu'il n'a pas actuellement. La valeur de l'interopérabilité avec le DME est un caractère indispensable à la mise en place d'un tel outil. Pour l'instant, l'adhésion insuffisante au DME et l'utilisation lacunaire créent un contexte qui n'est pas favorable au DMP;
2. Le GMF comme structure de services de première ligne pourrait s'avérer cohérent avec une approche centrée sur le patient. Cependant, la centralisation du modèle autour du

médecin, l'autonomie limitée des infirmières, l'irrégularité de la collaboration interprofessionnelle sont autant de raisons qui ont limité la mise en place de ce modèle de soins.

3. Dans le contexte structurel actuel, l'implantation d'un modèle centré sur le patient appuyé par un DMP implique la mise en œuvre de transformations structurelles comme une révision des modes de rémunérations des professionnels de la santé et le cadre législatif (ex. responsabilité médicale), sans quoi, les effets significatifs sur l'accessibilité, la qualité, la continuité, la globalité, la productivité, l'efficacité et la réactivité et pourraient être limités. Ces aménagements structurels devraient favoriser, entre autres, la collaboration interprofessionnelle, le partage de l'information, l'amélioration de la communication multidirectionnelle entre le patient et les professionnels de la santé ainsi qu'une culture de soins de santé où le patient participe activement à sa santé et dans laquelle le professionnel de la santé lui offre le support nécessaire (ex. éducation, prévention, transparence).

Malgré tout, le DMP pourrait trouver preneur dans les cliniques les plus « avancées » technologiquement et culturellement et permettre de micro-évolution des pratiques pour que, dans le meilleur des cas, il y ait un effet de contagion et d'entraînement vers d'autres cliniques. Finalement, les résultats de l'analyse de la recherche du projet expérimental au sein d'une clinique de services de première ligne québécoise devraient contribuer à renforcer ou relativiser certaines des positions présentées dans ce mémoire. Dans tous les cas, il sera intéressant de voir si l'application du modèle et de l'outil diverge dans un contexte GMF et dans un contexte CLSC.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Breton M, Lévesque J, Pineault R, Hogg W. L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. 2011.
2. Bourgueil Y, Marek A, Mousques J. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France? Questions d'économie de la santé. 2007(127) : 1-8.
3. Lévesque J, Roberge D, Pineault R. La Première ligne de soins : un témoin distant des réformes institutionnelles et hospitalières au Québec? Le Système socio-sanitaire au Québec. 2007:63-78.
4. Clair M. Rapport et recommandations-Les solutions émergentes-Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Québec : Gouvernement du Québec; 2000. p. 410.
5. Starfield B. Is primary care essential? The Lancet. 1994;344(8930) : 1129-33.
6. Starfield B. Primary care and health. JAMA: the journal of the American Medical Association. 1991;266(16) : 2268-71.
7. Shea S, Misra D, Ehrlich MH, Field L, Francis CK. Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an inner-city minority population. New England journal of medicine. 1992;327(11) : 776-81.
8. Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. International Journal of Health Services. 1994;24(3) : 431-58.
9. Friedberg MW, Hussey PS, Schneider EC. Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care. Health Affairs. 2010;29(5) : 766-72.
10. Beaulieu M-D, Denis J-L, D'Amour D, Goudreau J, Haggerty J, Hudon É, et al. L'implantation des Groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle. Montréal, Chaire Docteur Sadok Besroun en médecine familiale. 2006.
11. Lamarche P-A, Chauvette M, Larouche D. Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé; 2003.
12. Cazale L, Laprise P, Nanhou V. Maladies chroniques au Québec et au Canada : évolution récente et comparaisons régionales Québec : ISQ; 2009. [Détails québécois sur les maladies chroniques]. Available from : [http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2009/zoom\\_sante\\_janv09.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2009/zoom_sante_janv09.pdf).
13. Organisation mondiale de la Santé. Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en œuvre de la stratégie mondiale. In : Rapport du Secrétariat, editor. : Organisation mondiale de la santé; 2013.
14. ISQ. Le bilan démographique du Québec Québec : Institut de la statistique du Québec; 2012 [cited 2013]. Available from : <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/pdf2012/bilan2012.pdf>.
15. Vincelet C, Tabone MD, Berthier M, Bonnefoi MC, Chevallier B, Lemaire JP, et al. Le carnet de santé de l'enfant est-il informatif? Évaluation dans différentes structures de prévention et de soins. Archives de Pédiatrie. 2003;10(5) : 403-9.

16. Winkelman WJ, Leonard KJ, Rossos PG. Patient-perceived usefulness of online electronic medical records: employing grounded theory in the development of information and communication technologies for use by patients living with chronic illness. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*. 2005;12(3) : 306-14.
17. Pineault R, Tousignant P, Roberge D, Lamarche P, Reinharz D, Larouche D, et al. Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec : Greas Publication. [http://www.greas.ca/publication/pdfrapport/rapport\\_synthese\\_francais.pdf](http://www.greas.ca/publication/pdfrapport/rapport_synthese_francais.pdf); 2005.
18. Traoré I, Cazale L. Qui n'a pas un médecin de famille au Québec? Montréal, QC : Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec; 2008. 2012.
19. Contandriopoulos A-P, Denis J-L, Touati N, Rodriguez R. Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. *Ruptures*. 2001;8(2) : 38-52.
20. bien-être. LCàlsea. L'expérience de soins des personnes représentant les plus grands besoins : le Québec comparé. Québec : 2011.
21. OECD. Vers des systèmes de santé plus performants : OECD Publishing.
22. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health affairs*. 2001;20(6) : 64-78.
23. D'Amour D. Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets : le cas des services en périnatalité : Canadian Health Services Research Foundation= Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé; 2003.
24. organisations Cfdreid, Fortin J-P. CLSC du Futur : Soutien à domicile et télésoins : Québec : CEFRIO; 2004.
25. Tourigny A, Bonin L, Morin D, Buteau M, Mathieu L, Robichaud L. Système d'information géronto-gériatrique interdisciplinaire et inter établissements : utilité perçue et utilisation en temps réel. Rapport de recherche Québec : Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval. 2003.
26. Vahidi RG, Mojahed F, Jafarabadi MA, Gholipour K, Rasi V. A Systematic Review of the Effect of Payment Mechanisms on Family Physicians Service Provision and Referral Rate Behavior. 2012.
27. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. *Journal of health services research & policy*. 2001;6(1) : 44-55.
28. OMS. Rapport sur la santé dans le monde, Les soins de santé primaires, Maintenant plus que jamais. Genève : Bibliothèque de l'OMS; 2008.
29. Siminerio LM. The role of technology and the chronic care model. *Journal of diabetes science and technology*. 2010;4(2) : 470-5.
30. Wu S, Chaudhry B, Wang J, Maglione M, Mojica W, Roth E, et al. Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Annals of internal medicine*. 2006;144(10) : 742-52.
31. Berendt M, Schaefer B, Heglund MJ, Bardin C. Telehealth for effective disease state management. *Home care provider*. 2001;6(2) : 67-72.
32. Fund C. Doctors' use of EHR in their practice 2012 [cited 2014]. Available from : <http://www.commonwealthfund.org/interactives-and-data/international-survey-data/results?ind=571&ch=513#/barchart/513/53,54,55,56,58,59,60,62,63,61,1/0/Ascending>.

33. Paré G, Ortiz de Guinea A, Raymond L, Poba-Nzaou P, Trudel M-C, Marsan J, et al. Diffusion du DME dans les cliniques médicales de première ligne au Québec : Mais pourquoi ce retard? ". Montréal : HEC Montréal, 2013.
34. Weaver C, Zielstorff R. Personal Health Record: Managing Personal Health. In : Ball MJ, Hannah KJ, DuLong D, Newbold SK, Sensmeier JE, Skiba DJ, et al., editors. Nursing Informatics. Health Informatics : Springer London; 2011. p. 265-89.
35. Ball MJ, Lillis J. E-health: transforming the physician/patient relationship. International Journal of Medical Informatics. 2001;61(1) : 1-10.
36. Deloitte. Treating Patients as Consumers, 2009 Canadian health care consumer survey report 2009. Available from : [http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Canada/Local%20Assets/Documents/Public%20Sector/ca\\_en\\_health\\_care\\_consumersurvey\\_oct09.pdf](http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Canada/Local%20Assets/Documents/Public%20Sector/ca_en_health_care_consumersurvey_oct09.pdf).
37. CEFRIO. Internet : Source d'information et modes de communication Montréal : CEFRIO; 2010 [cited 28-04-2013]. Available from : [http://www.cefrio.qc.ca/media/uploader/internet\\_source\\_info.pdf](http://www.cefrio.qc.ca/media/uploader/internet_source_info.pdf).
38. CEFRIO. Génération @ : Des aînés branchés et de plus en plus compétents avec les TIC. 2011.
39. Leithwood KA, Montgomery DJ. Evaluating program implementation. Evaluation review. 1980;4(2) : 193-214.
40. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz Z. L'évaluation : concepts et méthodes : les Presses de l'Université de Montréal; 2011.
41. Association of American Medical Colleges. The Medical home: AAMC position statement Washington: Association of American Medical Colleges; 2008. Available from : <https://www.aamc.org/download/60628/data/>.
42. Schoen C, Osborn R, Doty MM, Bishop M, Peugh J, Murukutla N. Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. Health Affairs. 2007;26(6) : w717-w34.
43. Le collège des médecins de famille du Canada. Les soins de première ligne centrés sur les patients au Canada, concept du Medical Home. Mississauga (Ontario, Canada) : Le collège des médecins de famille du Canada, 2009.
44. Hoff T, Weller W, DePuccio M. The patient-centered medical home: a review of recent research. Medical care research and review : MCRR. 2012;69(6) : 619-44.
45. Long WE, Cabral HJ, Garg A. Are components of the medical home differentially associated with child health care utilization, health, and health promoting behavior outcomes? Clinical pediatrics. 2013;52(5) : 423-32.
46. Beaulieu M-D. Organizing Primary Care Reform. Getting Doctors to Work Together and with Others. Wilson R, Shrott SED, Dorland J, eds Implementing Primary Care Reform Barriers and Facilitators Kingston (Canada): School of Policy studies ed. 2004:139-49.
47. Stange KC, Nutting PA, Miller WL, Jaén CR, Gill JM. Defining and measuring the patient-centered medical home. Journal of General Internal Medicine. 2010;25(6) : 601-12.
48. Ferguson T. E-patients : How they can help us heal health care: Tom Ferguson, MD and the e-Patient scholars Working Group; 2007 [cited 2014]. Available from : [http://e-patients.net/e-Patient\\_White\\_Paper\\_with\\_Afterword.pdf](http://e-patients.net/e-Patient_White_Paper_with_Afterword.pdf).

49. Ackerman L. Development, transition or transformation: the question of change in organisations. In : Van Eynde D, Hoy J, editors. *Organisation Development Classics*. San Francisco : Jossey Bass; 1997.
50. Tang PC, Ash JS, Bates DW, Overhage JM, Sands DZ. Personal health records: definitions, benefits, and strategies for overcoming barriers to adoption. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*. 2006;13(2) : 121-6.
51. Smith AB, Odlum M, Sikka M, Bakken S, Kanter T. Patient Perceptions of Pre-Implementation of Personal Health Records (PHRs): A Qualitative Study of People Living With HIV in New York City. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*. 2012;11(4) : 406-23.
52. Tang PC, Lansky D. The missing link: bridging the patient-provider health information gap. *Health Affairs*. 2005;24(5) : 1290-5.
53. Manaouil C. Le dossier médical personnel (DMP) : « autopsie » d'un projet ambitieux? *Médecine & Droit*. 2009;2009(94) : 24-41.
54. Dixon RF. Enhancing primary care through online communication. *Health affairs (Project Hope)*. 2010;29(7) : 1364-9.
55. Archer N, Fevrier-Thomas U, Lokker C, McKibbin KA, Straus SE. Personal health records: a scoping review. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*. 2011;18(4) : 515-22.
56. Tom JO, Mangione-Smith R, Solomon C, Grossman DC. Integrated Personal Health Record Use: Association With Parent-Reported Care Experiences. *Pediatrics*. 2012;130(1) : e183-e90.
57. Wald JS, Middleton B, Bloom A, Walmsley D, Gleason M, Nelson E, et al. A patient-controlled journal for an electronic medical record: issues and challenges. *Studies in health technology and informatics*. 2004;107(Pt 2) : 1166-70.
58. Jansa M, Vidal M, Viaplana J, Levy I, Conget I, Gomis R, et al. Telecare in a structured therapeutic education programme addressed to patients with type 1 diabetes and poor metabolic control. *Diabetes research and clinical practice*. 2006;74(1) : 26-32.
59. Jerdén L, Weinehall L. Does a patient-held health record give rise to lifestyle changes? A study in clinical practice. *Family practice*. 2004;21(6) : 651-3.
60. Wagner PJ, Howard SM, Bentley DR, Seol YH, Sodomka P. Incorporating patient perspectives into the personal health record: implications for care and caring. *Perspectives in health information management/AHIMA, American Health Information Management Association*. 2010;7:1e.
61. Detmer D, Bloomrosen M, Raymond B, Tang P. Integrated personal health records: transformative tools for consumer-centric care. *BMC medical informatics and decision making*. 2008;8:45.
62. Greenhalgh T, Hinder S, Stramer K, Bratan T, Russell J. Adoption, non-adoption, and abandonment of a personal electronic health record: case study of HealthSpace. *BMJ*. 2010;341.
63. Kim MI, Johnson KB. Personal health records: evaluation of functionality and utility. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*. 2002;9(2) : 171-80.
64. Yau GL, Williams AS, Brown JB. Family physicians' perspectives on personal health records: Qualitative study. *Canadian Family Physician*. 2011;57(5) : e178-e84.



65. Paré G, Sicotte C, Poba-Nzaou P, Balouzakis G. Clinicians' perceptions of organizational readiness for change in the context of clinical information system projects: insights from two cross-sectional surveys. *Implement Sci.* 2011;6(1) : 15.
66. Soto M. Facteurs liés à l'adoption du dossier médical électronique (DME) : une étude de cas sur le processus d'implantation d'un DME dans un groupe de médecine de famille. Montréal Université de Montréal; 2013.
67. Edwards HE, Nash RE, Najman JM, Yates PM, Fentiman BJ, Dewar A, et al. Determinants of nurses' intention to administer opioids for pain relief. *Nursing & Health Sciences.* 2001;3(3) : 149-59.
68. Walker A, Grimshaw J, Armstrong E. Salient beliefs and intentions to prescribe antibiotics for patients with a sore throat. *British Journal of Health Psychology.* 2001;6(4) : 347-60.
69. Liabsuetrakul T, Chongsuvivatwong V, Lumbiganon P, Lindmark G. Obstetricians' attitudes, subjective norms, perceived controls, and intentions on antibiotic prophylaxis in caesarean section. *Social science & medicine (1982).* 2003; 57(9) : 1665.
70. Roelands M, Van Oost P, Depoorter AM, Buysse A, Stevens V. Introduction of assistive devices: home nurses' practices and beliefs. *Journal of advanced nursing.* 2006;54(2) : 180-8.
71. Ouadahi J, Guérin G. Pratiques de gestion mobilisatrices et implantation d'un système d'information : Une évaluation qualitative. *Relations industrielles/Industrial Relations.* 2007;62(3) : 540-64.
72. Høstgaard AM, Nøhr C. Dealing with organizational change when implementing EHR systems. *Medinfo.* 2004;2004:631-4.
73. Berg M. Patient care information systems and health care work: a sociotechnical approach. *International journal of medical informatics.* 1999;55(2) : 87-101.
74. Nelson EC, Batalden PB, Mohr JJ, Godfrey MM, Headrick LA, Wasson JH. Microsystems in health care : Part 1. Learning from highperforming front-line clinical units. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety.* 2002;28(9) : 472-93.
75. Mowday RT, Sutton RI. Organizational behavior: Linking individuals and groups to organizational contexts. *Annual review of psychology.* 1993;44(1) : 195-229.
76. Claveranne J-P, Pascal C. Repenser les processus à l'hôpital : une méthode au service de la performance : Médica; 2004.
77. Wynia MK, Torres GW, Lemieux J. Many physicians are willing to use patients' electronic personal health records, but doctors differ by location, gender, and practice. *Health Affairs.* 2011;30(2) : 266-73.
78. Harrison MI, Koppel R, Bar-Lev S. Unintended consequences of information technologies in health care—an interactive sociotechnical analysis. *Journal of the American Medical Informatics Association.* 2007;14(5) : 542-9.
79. Bridgford A, Davis TM. A comprehensive patient-held record for diabetes. Part one: initial development of the Diabetes Databank. *Practical Diabetes International.* 2001;18(7) : 241-5.
80. Hess R, Bryce CL, Paone S, Fischer G, McTigue KM, Olshansky E, et al. Exploring challenges and potentials of personal health records in diabetes self-management: implementation and initial assessment. *Telemedicine and e-Health.* 2007;13(5) : 509-18.

81. Wald JS, Middleton B, Bloom A, Walmsley D, Gleason M, Nelson E, et al. A patient-controlled journal for an electronic medical record: issues and challenges. *Medinfo*. 2004;11(Pt 2) : 1166-70.
82. Frost JH, Massagli MP. Social uses of personal health information within PatientsLikeMe, an online patient community: what can happen when patients have access to one another's data. *Journal of Medical Internet Research*. 2008;10(3).
83. Davis K, Doty MM, Shea K, Stremikis K. Health information technology and physician perceptions of quality of care and satisfaction. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 2009;90(2) : 239-46.
84. Adida B, Sanyal A, Zabak S, Kohane IS, Mandl KD, editors. *Indivo x: developing a fully substitutable personally controlled health record platform*. AMIA Annual Symposium Proceedings; 2010 : American Medical Informatics Association.
85. Nazi KM. The Personal Health Record Paradox: Health Care Professionals' Perspectives and the Information Ecology of Personal Health Record Systems in Organizational and Clinical Settings. *Journal of medical Internet research*. 2013;15(4).
86. Vest JR, Gamm LD. Health information exchange: persistent challenges and new strategies. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2010;17(3) : 288-94.
87. Walker J, Pan E, Johnston D, Adler-Milstein J, Bates DW, Middleton B. The value of health care information exchange and interoperability. *Health affairs (Project Hope)*. 2005;24:W5.
88. Tang PC, Lee TH. Your doctor's office or the Internet? Two paths to personal health records. *New England Journal of Medicine*. 2009;360(13) : 1276-8.
89. Ministère de la santé et des services sociaux. Dossier Santé Québec Québec : Gouvernement du Québec; 2013 [cited 2014]. Available from : [www.dossierdesante.gouv.qc.ca](http://www.dossierdesante.gouv.qc.ca).
90. Kim HS, Jeong HS. A nurse short message service by cellular phone in type-2 diabetic patients for six months. *Journal of clinical nursing*. 2007;16(6) : 1082-7.
91. Barnett TE, Chumbler NR, Vogel WB, Beyth RJ, Qin H, Kobb R. The effectiveness of a care coordination home telehealth program for veterans with diabetes mellitus: a 2-year follow-up. *American Journal of Managed Care*. 2006;12(8) : 467.
92. Ryan D, Cobern W, Wheeler J, Price D, Tarassenko L. Mobile phone technology in the management of asthma. *Journal of telemedicine and telecare*. 2005;11(suppl 1) : 43-6.
93. Joshi A, Amelung P, Arora M, Finkelstein J, editors. *Clinical impact of home automated telemanagement in asthma*. AMIA Annual Symposium Proceedings; 2005 : American Medical Informatics Association.
94. Green BB, Cook AJ, Ralston JD, et al. Effectiveness of home blood pressure monitoring, web communication, and pharmacist care on hypertension control: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2008;299(24) : 2857-67.
95. Dixon RF, Stahl JE. A randomized trial of virtual visits in a general medicine practice. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2009;15(3) : 115-7.
96. Shea S. The informatics for diabetes and education telemedicine (IDEATel) project. *Transactions of the American clinical and climatological association*. 2007;118:289.
97. Izquierdo R, Meyer S, Starren J, Golland R, Teresi J, Shea S, et al. Detection and remediation of medically urgent situations using telemedicine case management for older patients with diabetes mellitus. *Therapeutics and clinical risk management*. 2007;3(3) : 485.



98. Société canadienne de pédiatrie. Promouvoir la surveillance optimale de la croissance des enfants au Canada : L'utilisation des nouvelles courbes de croissance de l'Organisation mondiale de la santé : Société canadienne de pédiatrie; 2014. Available from : <http://www.cps.ca/fr/documents/position/courbes-de-croissance-enfants>.
99. Uslu AM, Stausberg J. Value of the electronic patient record: An analysis of the literature. *Journal of Biomedical Informatics*. 2008;41(4) : 675-82.
100. Gibb JR. Trust : A new view of personal and organizational development: Guild of Tutors Press Los Angeles; 1978.
101. de Clercq PA, Hasman A, Wolffenbuttel BH. Design of a consumer health record for supporting the patient-centered management of chronic diseases. *Studies in health technology and informatics*. 2001(2) : 1445-9.
102. Hejlesen OK, Plougmann S, Ege BM, Larsen OV, Bek T, Cavan D. Using the internet in patient-centred diabetes care for communication, education, and decision support. *Studies in health technology and informatics*. 2001(2) : 1464-8.
103. Bodenheimer T L, K, Holman, H, Grumbach, K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*. 2002;288(19) : 2469-75.
104. Ross SE, Todd J, Moore LA, Beaty BL, Wittevrongel L, Lin C-T. Expectations of patients and physicians regarding patient-accessible medical records. *Journal of medical Internet research*. 2005;7(2).
105. Udem T. Consumers and health information technology: A national survey: California Health care Foundation; 2010.
106. Office of the National Coordinator for Health Information Technology. Personal health record (PHR) model privacy notice 2011 [cited 2014]. Available from : <http://www.healthit.gov/policy-researchers-implementers/personal-health-record-phr-model-privacy-notice>.
107. Kim K, Nahm E. Benefits of and barriers to the use of personal health records (PHR) for health management among adults. *Online J Nurs Informatics OJNI*. 2012;16(3) : 1-9.
108. Elbourne D, Richardson M, Chalmers I, Waterhouse I, Holt E. The Newbury Maternity Care Study: a randomized controlled trial to assess a policy of women holding their own obstetric records. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 1987;94(7) : 612-9.
109. Hertz CG, Bernheim JW, Perloff TN. Patient participation in the problem-oriented system: a health care plan. *Medical care*. 1976;77-9.
110. Contandriopoulos A-P. Inertie et changement. *Ruptures, revue transdisciplinaire en*. 2003.
111. Bobillier-Chaumon M, Dubois M. L'adoption des technologies en situation professionnelle : quelles articulations possibles entre acceptabilité et acceptation? *Le travail humain*. 2010;72(4) : 355-82.
112. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*. 1991;50(2) : 179-211.
113. Francis JJ, Eccles MP, Johnston M, Walker A, Grimshaw J, Foy R, et al. Constructing questionnaires based on the theory of planned behaviour. *A manual for health services researchers*. 2004;2010:2-12.

114. Yin RK. Case study research: Design and methods: SAGE Publications, Incorporated; 2008.
115. Kim GR, Weinberg ST. The Moving Picture of Pediatric Informatics. *Pediatric Informatics: Computer Applications in Child Health*. 2009;457-67.
116. Jodoin Y. Orientations pour le développement des GMF et Cliniques réseau intégrés Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2008. Available from : <http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/pdf/publications/isbn978-2-89510-511-4.pdf>.
117. Contandriopoulos A-P. Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer : Montréal : Presses de l'Université de Montréal; 1990.
118. Contandriopoulos A-P. La régulation d'un système de soins sans murs. Montréal : Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé; 1998.
119. Contandriopoulos A-P. Les enjeux éthiques associés à la transformation des systèmes de soins. *Éthique publique*. 2003;5(1) : 42-57.
120. Marshall C, Rossman GB. Designing qualitative research: Sage Publications, Incorporated; 2010.
121. Paré G, Ortiz de Guinea A, Raymond L, Poba-Nzaou P, Trudel M-C, Marsan J, et al. L'informatisation des cliniques médicales de première ligne au Québec : Résultats d'une enquête portant sur l'adoption, l'utilisation et les impacts du DME. Montréal : Chaire de recherche du Canada en TI dans le secteur de la santé; 2013. p. 21.
122. Effken JA, Abbott P. Health IT-enabled care for underserved rural populations: the role of nursing. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*. 2009;16(4) : 439-45.
123. Lamarche PA, Pineault R, Brunelle Y. Modes d'organisation des services prometteurs pour le Québec. Rapport déposé au Groupe de travail sur le financement des services de santé du Québec. 2007;63.
124. MSSS. Évaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecine de famille au Québec. In : MSSS, editor. Québec : Gouvernement du Québec; 2008.
125. Drisko JW. Strengthening qualitative studies and reports: standards to promote academic integrity. *Journal of Social Work Education*. 1997;33(1) : 185-97.

## **ANNEXE 1: Convocation à une entrevue**

### **Feuillet d'information pour le GMF à l'étude**

Une recherche a actuellement cours dans un GMF montréalais. L'objectif de cette recherche est d'évaluer les besoins relativement à l'implantation d'une modèle d'intervention centré sur le patient supporté par un dossier médical personnalisé (DMP), et ce, dans les services de soins de 1re ligne de type GMF en matière de soins pédiatriques. Cette recherche devrait permettre dans un premier temps la préparation du GMF aux conditions favorisant l'implantation du DMP. Dans un deuxième temps, elle devrait permettre une meilleure compréhension des besoins des utilisateurs ainsi que les barrières potentielles relativement à l'implantation et de l'utilisation des TIC au sein du GMF à l'étude.

Pour atteindre cet objectif, des entrevues de 30 à 45 minutes seront menées par un chercheur, et ce, afin d'obtenir les perceptions des professionnels de la santé sur la venue de ce nouvel outil technologique ainsi que sur le processus d'implantation du dossier médical personnalisé. Ces entrevues se dérouleront durant les heures de travail au GMF dans un local assurant la confidentialité des propos échangés. De plus, les éléments identificatoires des notes prises durant ces entrevues seront retirés et seront conservées et utilisées de manière confidentielle par les chercheurs. De plus, les sujets seront dûment renseignés des tenants et aboutissants de la recherche. Pour ce qui est des enregistrements, ils seront conservés dans un ordinateur verrouillé par un mot de passe et qui sera uniquement utilisé par les chercheurs.

Cela dit, dans le cadre du projet nous désirons rencontrer en entrevue des personnes représentant l'ensemble du personnel visé par l'implantation du dossier médical personnalisé soit des médecins et des infirmières pratiquant dans le domaine de la pédiatrie, du personnel administratif ainsi que les propriétaires.

Par conséquent, (nom du participant), vous avez été identifié comme étant un participant potentiel à la recherche. Veuillez noter que votre participation à cette recherche est complètement volontaire. Votre participation en tant que membre de la clinique permettra entre autres d'accroître les chances de succès de l'implantation du DMP en permettant une adaptation adéquate et cohérente du projet avec la réalité de la clinique. Ceci étant dit, si vous acceptez de participer à une entrevue, veuillez indiquer vos coordonnées et nous vous contacterons pour vous fournir de plus amples informations sur la recherche ainsi que le formulaire de consentement contenant toute l'information et les renseignements de confidentialité vous sera transmis. Sachez

que cette démarche est confidentielle et que si vous refusez d'y participer, votre identité sera maintenue confidentielle.

Les chercheurs responsables de conduire cette étude sont Maxime Demers, étudiant à la maîtrise en administration des services de santé de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal ainsi que le professeur Claude Sicotte PhD au Département d'administration de la santé, Université de Montréal qui agit comme directeur de recherche.

(Novembre 2013)

Université de Montréal

J'accepte d'être contacté pour les fins de cette recherche : OUI ( NON (

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

## ANNEXE 2: Formulaire de consentement

### Formulaire d'information et de consentement destiné aux professionnels de la santé relatif à leur participation à une étude évaluative du déploiement de systèmes cliniques informatisés dans un GMF

Le présent formulaire vise à confirmer que les participants consentent librement et d'une manière éclairée à prendre part à la présente recherche après avoir été informés des objectifs de la recherche et de la nature exacte de leur participation.

---

**Titre de la recherche :** Analyse de l'utilisation de technologies de l'information et des communications permettant les suivis pédiatriques au sein d'un groupe de médecine de famille

**Chercheur :** Maxime Demers, étudiant à la maîtrise en administration des services de santé, Département d'administration de la santé, Université de Montréal.

**Directeur de recherche :** Claude Sicotte, Professeur titulaire, Département d'administration de la santé, Université de Montréal.

---

#### RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

##### 1. Objectifs de la recherche

La recherche vise à mieux comprendre la valeur ajoutée de technologies de l'information et des communications (TIC), dont le dossier médical personnalisé, à la prestation des soins de 1<sup>ère</sup> ligne en matière de soins pédiatriques. La recherche vise, d'une part, à contribuer à la préparation du GMF à l'étude pour l'implantation de telles technologies et, d'autre part, permettre une meilleure compréhension des besoins des utilisateurs ainsi que les barrières potentielles relativement à l'implantation et de l'utilisation de ces technologies au sein des GMF. Cette recherche est liée au projet *Ma première ligne numérique en santé qui est financé par le gouvernement du Québec et l'industrie privée*. L'objectif de ce projet est de d'améliorer les soins de première ligne grâce à une plus grande utilisation des technologies de l'information et des communications.

##### 2. Participation à la recherche

Dans le cadre de la recherche, nous sollicitons votre participation à une entrevue. Cette entrevue vise à décrire l'organisation des soins au sein du GMF ainsi qu'à recueillir votre opinion quant à une plus grande utilisation de systèmes cliniques informatisés au GMF à l'étude. L'entrevue aura lieu à votre milieu de travail. Elle durera de 30 à 45 minutes sur les heures de travail. Il s'agira d'une entrevue semi-dirigée divisée par thèmes et elle sera enregistrée.

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'entrevue à n'importe quel moment sans avoir à donner de raisons. Si vous vous retirez de la recherche, l'information que vous avez fournie sera détruite et ne sera pas exploitée aux fins de cette recherche.

### **3. Confidentialité, diffusion ou anonymat des informations**

Toutes les informations recueillies seront traitées de façon confidentielle. Ainsi, les seules personnes ayant accès à cette information, c'est-à-dire le chercheur et le directeur de recherche, ont signé un engagement de confidentialité. L'enregistrement de l'entrevue et sa transcription seront conservés sous clé à l'Université de Montréal. Seuls les chercheurs de l'équipe de recherche auront accès à ces données. Les données ainsi que les enregistrements seront détruits 7 ans après leur collecte. De plus, aucune information permettant de retracer l'identité d'un(e) participant(e), ne sera divulguée lors de la diffusion des résultats de la recherche. À des fins de la surveillance et du contrôle du projet de recherche, les données recueillies pourraient être consultées par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Par ailleurs, pour ce qui est de la diffusion de nos résultats de recherche vous pouvez nous indiquer dans le bas du présent document si vous désirez recevoir une copie du mémoire final qui contiendra les analyses découlant des entrevues qui auront été faites.

### **4. Risques associés à la recherche**

Compte tenu des thèmes qui sont abordés et des mesures de confidentialité qui sont prises, le fait de participer à cette étude évaluative ne devrait vous causer aucun préjudice. La participation à l'entrevue nécessitera seulement du temps de votre part soit environ de 30 à 45 minutes.

### **5. Avantages potentiels**

Votre participation ne devrait pas vous profiter directement. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine. Les résultats obtenus pourraient aussi aider les professionnels de la santé et les gestionnaires du GMF à l'étude pour améliorer le processus de déploiement des systèmes cliniques informatisés en cours pour mieux en tirer les bénéfices espérés.

### **6. Droit de retrait**

Votre participation est volontaire et en tout temps vous pouvez vous retirer, par un simple avis verbal, et ce, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Pour ce qui est des données qui auront alors été récoltées, vous pourrez décider si vous désirez qu'elles soient retirées ou qu'elles soient utilisées pour la recherche. Si elles sont retirées, elles seront immédiatement détruites pour qu'il n'y ait plus de traces.

### **7. Consentement à l'enregistrement**

Afin de faciliter l'analyse des données, nous aimerions faire un enregistrement audio de l'entrevue. À cet effet, votre consentement est requis. Si vous acceptez, veuillez cocher la case dédiée à cet effet dans la section consentement. Cet enregistrement bénéficiera des critères de confidentialité présentés ci-haut. Toutefois, si vous refusez, l'entrevue aurait tout de même lieu, mais des prises de notes manuscrites devraient alors être faites.

### **CONSENTEMENT**

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation et comprendre en quoi consiste cette recherche.

J'accepte de prendre part à cette recherche et je sais que je peux me retirer à tout moment, sans problème et sans donner de raison, simplement en prévenant le chercheur.

Je consens à ce que l'entrevue soit enregistré : Oui  Non

Je désire recevoir une copie du mémoire final : Oui  Non

Signature : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

### **Section à remplir par le chercheur**

J'affirme avoir fourni toutes les informations concernant ce projet et je suis disponible pour répondre à toute question.

Signature du chercheur \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Pour toute question relative à l'étude, vous pouvez communiquer avec Maxime Demers par courriel au [REDACTED] ou avec le directeur de recherche, Claude Sicotte, à [REDACTED] ou au numéro de téléphone [REDACTED]

Pour toute information d'ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le conseiller en éthique de la recherche du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) par courriel [REDACTED] ou par téléphone au [REDACTED]

Pour plus d'information sur vos droits comme participants, vous pouvez consulter le portail des participants de l'Université de Montréal à l'adresse suivante : [REDACTED]

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone [REDACTED] ou à l'adresse courriel [REDACTED]. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.



## **ANNEXE 3: Questionnaires d'entrevue**

### QUESTIONNAIRE - CLINIQUE MÉDICALE

#### **Facteurs organisationnels**

#### **1er sujet : Les processus de suivi pédiatrique « enfant normal »**

Comme vous le savez, dans le cadre du projet *Ma première ligne numérique en santé*, la clientèle pédiatrique est spécifiquement ciblée. Sachant ceci, nous savons que pour un enfant en bonne santé, il existe un processus de suivi du moment de sa naissance jusqu'à l'âge de 5 ans.

#### **Description des processus actuels et des problèmes inhérents**

1.1 Par conséquent, afin de bien comprendre ce processus de suivi, vous serait-il possible de me décrire les principales étapes de ce processus de suivi d'un enfant de 0 à 5 ans en bonne santé.

1.2 Lors de ces rencontres avec le patient (enfant/parents), afin de bien comprendre le déroulement d'une de ces consultations, je souhaite connaître votre travail en tant qu'infirmière comme vous le pratiquez traditionnellement à la clinique lors de ces suivis pédiatriques.

1.2.1 (Préparation) Par conséquent, pourriez-vous me décrire votre travail avant que la consultation commence? Est-ce que les parents ont une certaine préparation à effectuer en vue de cette consultation?

1.2.2 (Votre intervention) Pourriez-vous me décrire votre travail durant votre intervention (pas celle du médecin)?

1.2.3 (L'intervention du médecin) Une fois que les patients sont en consultation avec le médecin, avez-vous des tâches à faire en lien avec ces patients?

1.2.4 (Post-intervention médicale) Une fois la consultation avec le médecin terminée, pourriez-vous me décrire les tâches que vous avez à effectuer relativement à ces patients, s'il y en a?

1.3 (Si applicable) Est-ce que le déroulement que vous avez décrits à la précédente question est standard à la clinique ou s'il est différent d'un médecin à l'autre? S'il est différent, pourriez-vous nous donner quelques exemples afin de nous illustrer ces différences?

## **Description des bénéfices espérés dans le cadre du projet 1<sup>ère</sup> ligne numérique**

1.4 À votre avis, quels sont les bénéfices d'une intervention comme ma 1<sup>ère</sup> ligne numérique en santé? En d'autres mots, quels sont les problèmes que les nouvelles technologies proposées dans le projet devraient permettre de résoudre?

1.5 Avec l'intervention *Ma première ligne numérique en santé*, pourriez-vous me décrire les changements dans le processus clinique lors d'une consultation pédiatrique d'un enfant en bonne santé, et ce, en reprenant les étapes *préparation, votre intervention, l'intervention du médecin et la post-intervention médicale*?

## **2e sujet : Les processus cliniques pour les enfants ayant des besoins particuliers**

Comme vous le savez, dans le cadre du projet *Ma première ligne numérique en santé*, il n'y a pas seulement les enfants (parents) sans problème de santé qui sont impliqués dans le projet. Deux pathologies ont été ciblées :

2.2 Pour ce qui est des deux pathologies nécessitant des suivis plus importants qui ont été sélectionnées :

2.2.1 Pourriez-vous me décrire le processus de suivi actuel de la clinique pour un enfant asthmatique et en quoi le processus est différent de chez un enfant en bonne santé?

2.2.1.1 Pouvez-vous me décrire le travail actuel (lors d'une consultation et extra-consultation si applicable) d'une infirmière dans ces cas particuliers?

2.2.1.2 Quel rôle joue actuellement les parents dans ce suivi?

2.2.2 Pourriez-vous me décrire le processus de suivi tel qu'il sera à la suite de l'intervention de *Ma première ligne numérique*?

2.2.2.1 Est-ce que le travail de l'infirmière dans ce nouveau processus sera modifié? Quelles seront ces modifications?

2.2.2.2 Le nouveau processus vise à impliquer les parents dans la gestion de la santé de leur enfant. Dans le cas des asthmatiques, pourriez-vous me décrire en quoi consistera cette implication?

2.3.1 Idem questions 2.2.1 à 2.2.2.2, mais pour le TDAH

2.1 Par ailleurs, est-ce qu'il y a des différences avec les processus que vous venez de décrire dans le cas de sans rendez-vous ou d'une urgence pour une pathologie aiguë chez un enfant (ex. otite)? En tant qu'infirmière, quel est votre travail dans ce type de consultation?

## **3e sujet : Le projet au GMF**

3.1 Quels sont à votre avis les principaux avantages d'une intervention comme celle qui a cours dans le cadre de *Ma première ligne numérique en santé*?

3.2 Présentement, qu'elles sont les principales difficultés, du point de vue des professionnels (spécifiquement infirmière) de la clinique, à résoudre au niveau du projet *Ma première ligne numérique*? En d'autres mots, de votre point de vue, quels sont les principaux obstacles et défis relativement à l'implantation de l'intervention au GMF?

## QUESTIONNAIRE : FOURNISSEUR 1

### **1er sujet: Présentation**

Début (Le marché du DMP au Canada) :

- 1) Pouvez-vous me décrire qui sont vos clients de pour votre solution de DMP au Canada?
- 2) Et vos clients, quels usages font-ils de cette solution informatique?
- 3) (sous-question, si nécessaire) Mêmes questions 1) et 2) pour le Québec?

### **2e sujet: Le DMP dans les cliniques médicales**

(Selon le cas)

2.1 Vous avez parlé de clients qui sont des cliniques médicales. Comment la solution est-elle utilisée? À quelles fins? Est-ce différent au Canada, au Québec?

L'application est-elle utilisée uniquement par les patients? Les médecins s'y intéressent? Connectivité avec vos solutions de dossiers médicaux?

2.2 Vous n'avez pas parlé de clients qui sont des cliniques médicales. Avez-vous essayé de la commercialiser?

Si oui, quel était le positionnement de marché, les arguments de vente. Pour quels usages, vous avez tenté de vendre ce produit? Quels bénéfices étaient associés à votre application?

Si non (mêmes questions au conditionnel) Pensez qu'il y a un marché pour votre application? Quel serait son positionnement ...

2.3 Vous connaissez le modèle, le type d'utilisation que l'on tente de mettre en place au GMF. Y a-t-il d'autres de vos clients avec qui cela a été tenté?

Si non, pourquoi n'avoir pas tenté ce type d'usage?

Si oui, qu'avez-vous réussi à accomplir? Les bénéfices?

### **3<sup>e</sup> sujet: Le DMP au GMF**

3.1 Vous connaissez le modèle, le type d'utilisation que l'on tente de mettre en place au GMF. Si on prend uniquement votre application de DMP, est-ce qu'elle peut faire toutes les fonctionnalités dont on parle dans le projet avec le CEFRIO de 1<sup>ère</sup> ligne numérique?

3.2 Si on discute de la connectivité entre le DMP et le DME, est-ce réalisable au plan technologique?

3.3 Pour réaliser cette connectivité entre les 2 systèmes, quels sont selon les vous les difficultés?

#### **4e sujet: Conclusion, remerciements**

4.1 Avez-vous d'autres commentaires à ajouter?

#### **QUESTIONNAIRE : FOURNISSEUR 2**

##### **1er sujet : Présentation**

1.1 Pourriez-vous me décrire votre formation et vos expériences de travail avant votre travail actuel?

##### **2e sujet : Le DMP au GMF**

2.1 Lorsque l'on vous a attribué le poste de gestionnaire du projet, comment vous a-t-on présenté le projet de 1<sup>ère</sup> ligne numérique en santé au niveau pour ce site en question?

2.2 J'aimerais passer en revue l'évolution du projet au niveau du GMF à l'étude.

(a) Au début (lorsque vous avez commencé vos fonctions), quelles étaient, du point de vue de du fournisseur informatique, les principales difficultés à résoudre au niveau de la clinique à l'étude?

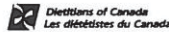
(b) Par la suite, pourriez-vous me décrire, du point de vue de votre organisation, l'évolution du projet (les moments marquants, les fonctionnalités, etc.)?

(c) Présentement, quelles sont les principales difficultés, du point de vue de votre organisation, pour résoudre au niveau de la clinique à l'étude?

2.3 Quels sont à votre avis les grands défis et les obstacles relativement à l'implantation de l'intervention à la clinique à l'étude?

2.4 (Si applicable) On sait que l'interopérabilité entre votre DME et le DMP est un élément important dans le projet. Du côté de du fournisseur informatique, comment décririez-vous la relation entre DME et le DMP dans le cadre du projet?

# ANNEXE 4: Abécédaire



## Suivi de l'enfant de moins d'une semaine

Dossier n° : \_\_\_\_\_

♂ Garçon ♀ Femme Date : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Accompagné de : \_\_\_\_\_

### PRÉOCCUPATIONS PARENTALES

### INFORMATIONS PERTINENTES ET ÉVOLUTION RÉCENTE

- « Blues » du post-partum ? \_\_\_\_\_
- Soutien à la mère : \_\_\_\_\_
- Adaptation de la famille au nouveau-né : \_\_\_\_\_
- Voyage récent (2) ou prévu (2) (5) ? \_\_\_\_\_
- Jet urinaire ♂ \_\_\_\_\_

### NUTRITION

- Allaitement : nombre boires/jr \_\_\_\_\_
- Vit D 400 UI die : bébé allaité ou prématuré (200 U.I.) \_\_\_\_\_
- Préparation lactée pour nourrisson avec fer (15-25 oz ou 450-750 ml/jr) \_\_\_\_\_
- qt : \_\_\_\_\_ type : \_\_\_\_\_
- Eau non nécessaire si allaitement exclusif \_\_\_\_\_
- Autres suppléments/produits naturels? \_\_\_\_\_
- Mictions (≥6/jr ?) : \_\_\_\_\_
- Selles (≥2/jr ?) : \_\_\_\_\_
- Régurgitations : \_\_\_\_\_
- Etouffement lors des boires ? \_\_\_\_\_

### DÉVELOPPEMENT ET COMPORTEMENT \*Âge corrigé pour prématurés

- A une bonne succion

Poids : \_\_\_\_\_

- Fontanelles, sutures
- Forme de la tête
- Reflet rétinien
- ORL
- Cou (torticollis)
- Cœur
- Poumons

### EXAMEN PHYSIQUE

Taille : \_\_\_\_\_

- Abdomen, ombilic
- Membres
- Hanches (Ortolani Barlow)
- Poulx fémoraux
- OGE (testicules ♂)
- Région sacrée (sinus)
- Anus
- Téguments (jaunisse)

PC : \_\_\_\_\_

- Moro symétrique
- TONUS SUR LE DOS**
- Flexion 4 membres
- Mouvements fluides et symétriques des membres
- TIRÉ ASSIS**
- Flexion de la tête en fin de course (head lag)

### CONSEILS PRÉVENTIFS ET ANTICIPATOIRES

- Soutien à l'allaitement
- Sécurité (siège d'auto, T° chauffe-eau 60°C + dispositif anti-brûlures, détecteur de fumée, espacement des barreaux du lit <6 cm)
- Sommeil sur le dos uniquement
- Tabagisme passif
- T° ambiante : ≤18°C nuit et ≤20°C jour
- Soins du prépuce ♂
- Consultation précoce si fièvre (≥38°C rectal)
- Ne jamais secouer l'enfant
- Discuter vaccination
- Stimulation du développement (voir guide)

### IMPRESSION ET CONDUITE \*Ne pas répéter les items contenus dans 2 visites si fait à une visite précédente

- Dépistage phénylcétonurie et thyroïde
- Vaccin anti-hépatite B (1ère dose pour autres enfants à risque) (\*)
- Electroforèse de PHb (\*)
- Dépistage visuel (\*)
- Dépistage auditif (\*)
- Visite à domicile de l'infirmière si 1er enfant de mère monoparentale et/ou <19 ans et/ou milieu défavorisé

Signature : \_\_\_\_\_

(\*) Si l'enfant est à risque, cf guide Recommandations : A=gras B=toxique C=caucasiens ordinaires. Pour la liste des formulaires, visitez le [www.cpass.umontreal.ca](http://www.cpass.umontreal.ca)

Janvier 2010

© 2010 Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS), Faculté de médecine, Université de Montréal. Par Gilles Brunet, MD, Dominique Cousineau, MD, FRCPC, Danièle Lemieux, MD.

## Suivi de l'enfant de 1 à 4 semaines

Dossier n° : \_\_\_\_\_

Garçon  Fille Date : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Accompagné de : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Accompagné de : \_\_\_\_\_

### PRÉOCCUPATIONS PARENTALES

### INFORMATIONS PERTINENTES ET ÉVOLUTION RÉCENTE

- Dépression maternelle ?  
 Soutien à la mère : \_\_\_\_\_  
 Adaptation de la famille au nouveau-né : \_\_\_\_\_  
 Dépistage métabolique (envoi 21e jour au Québec)  Jet urinaire ♂  
 Voyage récent (2) ou prévu (2)(5) ? \_\_\_\_\_

### NUTRITION

- Allaitement : nombre boires/jr \_\_\_\_\_  
 Vit D 400 UI die : bébé allaité ou prématuré (200 U.I.)  
 Préparation lactée pour nourrisson avec fer (15-25 oz ou 450-750 ml/jr)  
 qt : \_\_\_\_\_ type : \_\_\_\_\_  
 Eau non nécessaire si allaitement exclusif  
 Autres suppléments/produits naturels? \_\_\_\_\_  
 Mictions (≥6/jr ?) : \_\_\_\_\_  
 Selles (≥2/jr ?) : \_\_\_\_\_  
 Régurgitations : \_\_\_\_\_  
 Etouffement lors des boires ? \_\_\_\_\_

### DÉVELOPPEMENT ET COMPORTEMENT \*Âge corrigé pour prématurés

- Pleure de façon excessive (>3hres/jr)  
 Regarde les visages  
 Sursaute aux bruits (audition)  
 Sur le ventre, dégage sa tête du plan du lit  
 A une bonne succion

### EXAMEN PHYSIQUE

- Date : \_\_\_\_\_ Poids \* : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ PC : \_\_\_\_\_  
 Date : \_\_\_\_\_ Poids \* : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ PC : \_\_\_\_\_
- |                                               |                                                    |                                                                         |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fontanelles, sutures | <input type="checkbox"/> Abdomen, ombilic          | <input type="checkbox"/> Moro symétrique                                |
| <input type="checkbox"/> Forme de la tête     | <input type="checkbox"/> Membres                   | <input type="checkbox"/> TONUS SUR LE DOS                               |
| <input type="checkbox"/> Reflet rétinien      | <input type="checkbox"/> Hanches (Ortolani Barlow) | <input type="checkbox"/> Flexion 4 membres                              |
| <input type="checkbox"/> ORL                  | <input type="checkbox"/> Pous fémoraux             | <input type="checkbox"/> Mouvements fluides et symétriques des membres  |
| <input type="checkbox"/> Cou (torticolis)     | <input type="checkbox"/> OGE (testicules ♂)        | <input type="checkbox"/> TIRÉ ASSIS                                     |
| <input type="checkbox"/> Coeur                | <input type="checkbox"/> Région sacrée (sinus)     | <input type="checkbox"/> Flexion de la tête en fin de course (head lag) |
| <input type="checkbox"/> Poumons              | <input type="checkbox"/> Anus                      |                                                                         |
|                                               | <input type="checkbox"/> Téguments (jaunisse)      |                                                                         |

\*Prise de poids : min. 20 g/jr

### CONSEILS PRÉVENTIFS ET ANTICIPATOIRES

- Soutien à l'allaitement  
 Sécurité (siège d'auto, T° chauffe-eau 60°C + dispositif anti-brûlures, détecteur de fumée, espacement des barreaux du lit <6 cm)  
 Sommeil sur le dos uniquement  
 Tabagisme passif  
 T° ambiante : ≤18°C nuit et ≤20°C jour  
 Soins du prépuce ♂  
 Consultation précoce si fièvre (≥38°C rectal)  
 Ne jamais secouer l'enfant  
 Discuter vaccination  
 Stimulation du développement (voir guide)

### IMPRESSION ET CONDUITE \*Ne pas répéter les items communs aux 2 visites si fait à une visite précédente

- Vaccin anti-hépatite B (2ième dose pour enfants de mère porteuse HBsAg et 1ère dose pour autres enfants à risque) (\*)  
 Dépistage auditif (\*)  
 Electrophorèse de l'Hb (\*)  
 Visite à domicile de l'infirmière si 1er enfant de mère monoparentale et/ou <19 ans et/ou milieu défavorisé

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

(\*) Si l'enfant est à risque, cf guide Recommandations : A=gras B=toxique C=caractères ordinaires. Pour la liste des formulaires, visitez le [www.cpass.umontreal.ca](http://www.cpass.umontreal.ca)

Janvier 2010



## Suivi de l'enfant de 2 mois

Dossier n° : \_\_\_\_\_

♂ Garçon ♀ Fille Date : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Accompagné de : \_\_\_\_\_

### PRÉOCCUPATIONS PARENTALES

### INFORMATIONS PERTINENTES ET ÉVOLUTION RÉCENTE

- Dépression maternelle ? \_\_\_\_\_  
Situation familiale : \_\_\_\_\_  Autre : \_\_\_\_\_  
 Garderie : Nbre d'enfants : \_\_\_\_\_  Autre : \_\_\_\_\_  
 Voyage récent (2) ou prévu (2)(5) ? \_\_\_\_\_

### NUTRITION

- Allaitement : nbre boires/jr \_\_\_\_\_  
 Vit D 400 U.I. die : bébé allaité ou prématuré (200 U.I.)  
 Préparation lactée pour nourrisson avec fer (20-30 oz ou 600-900 ml/jr)  
qt : \_\_\_\_\_ type : \_\_\_\_\_  
 Autre apport : \_\_\_\_\_
- Autres suppléments/produits naturels? \_\_\_\_\_  
 Mictions (nbre?) : \_\_\_\_\_  
 Selles (nbre?) : \_\_\_\_\_  
 Régurgitations : \_\_\_\_\_  
 Etouffement lors des boires ? \_\_\_\_\_  
GUIDANCE:  
 Introduction des solides : attendre

### DÉVELOPPEMENT ET COMPORTEMENT \*Âge corrigé pour prématurés

- Pleure de façon excessive (>3hres/jr)  
 Sur le ventre, lève la tête à 45°
- Sourit en réponse à un sourire ou à la voix  
 Suit bien du regard
- Roucoule  
 Sursaute aux bruits (audition)

### EXAMEN PHYSIQUE

- Poids \* : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ PC : \_\_\_\_\_
- Fontanelles, sutures  
 Forme de la tête  
 Reflet rétinien  
 Poursuite oculaire  
 ORL  
 Cou (torticollis)  
 Coeur
- Poumons  
 Abdomen  
 Membres  
 Hanches (Ortolani Barlow)  
 OGE  Anus  
 Téguments (jaunisse)
- TONUS SUR LE DOS  
 Tourne la tête 2 côtés  
 Mouvements fluides et symétriques des membres  
TONUS SUR LE VENTRE  
 Lève la tête à 45° avec appui sur avant-bras  
TIRÉ ASSIS  
 Meilleur contrôle de tête

### CONSEILS PRÉVENTIFS ET ANTICIPATOIRES

- Soutien à l'allaitement  
 Sécurité (siège d'auto, chutes, étouffement, pyjama inflammable)
- Sommeil sur le dos uniquement  
 Tabagisme passif
- Conduite en cas de fièvre  
 Stimulation du développement (voir guide)

### IMPRESSION ET CONDUITE

- DCT, Haemophilus Influenzae type b, Polio  
 Vaccin anti-hépatite B (2ième dose : autres enfants à risque \*)  
 Vaccin anti-rotavirus (Rotateq®)
- Vaccin antipneumocoque conjugué (Prevnar®, Synflorix®)  
 Vaccin antiméningocoque (Menjugate®, NelsVac-C® ou Meningitec®) (\*)

Signature : \_\_\_\_\_

(\*) Si l'enfant est à risque, cf guide Recommandations : A=graves B=modéré C=caractères ordinaires. Pour la liste des formulaires, visitez le [www.cpass.umontreal.ca](http://www.cpass.umontreal.ca)

Janvier 2010

© 2010 Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS), Faculté de médecine, Université de Montréal. Par Gilles Brunet, MD, Dominique Cousineau, MD, FRCP, Danièle Lemieux, MD.

## Suivi de l'enfant de 4 mois

Dossier n° : \_\_\_\_\_

Garçon  Filles Date : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Accompagné de : \_\_\_\_\_

### PRÉOCCUPATIONS PARENTALES

### INFORMATIONS PERTINENTES ET ÉVOLUTION RÉCENTE

- Dépression maternelle ? \_\_\_\_\_  
Situation familiale : \_\_\_\_\_  
 Garderie : Nbre d'enfants : \_\_\_\_\_  Autre : \_\_\_\_\_  
 Retour au travail ? \_\_\_\_\_  
 Voyage récent (2) ou prévu (2)(5) ? \_\_\_\_\_

### NUTRITION

- Allaitement : nbre boires/jr \_\_\_\_\_  Autres suppléments/produits naturels? \_\_\_\_\_  
 Vit D 400 UI die : bébé allaité ou prématuré (200 U.I.) \_\_\_\_\_  
 Préparation lactée pour nourrisson avec fer (30-40 oz ou 900-1200 ml/jr)  
qt : \_\_\_\_\_ type : \_\_\_\_\_  Selles : \_\_\_\_\_  
 Autre apport : \_\_\_\_\_  Régurgitations : \_\_\_\_\_  
GUIDANCE:  
 Introduction des solides : attendre  
 Discuter calendrier d'introduction  
des solides pour 6 mois

### DÉVELOPPEMENT ET COMPORTEMENT \*Âge corrigé pour prématurés

- Sommeil : \_\_\_\_\_  
 Tolérance face aux pleurs  Saisit un objet à sa portée  Suit bien du regard  
 Sur le ventre, s'appuie sur les avant-bras (90°)  Tient bien sa tête  Rit aux éclats  
 Porte la main à la bouche  S'oriente vers la voix (audition)  Gazouille

### EXAMEN PHYSIQUE

- Poids \* : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ PC : \_\_\_\_\_  
 Fontanelles, sutures  Poumons  TONUS SUR LE DOS  
 Forme de la tête  Abdomen  Mains ouvertes portées à la bouche  
 Reflet rétinien  Membre  Mouvements fluides et  
 Poursuite oculaire  Hanches: symétrie de l'abduction, de la longueur symétriques des membres  
 ORL  des membres et des plis fessiers TONUS SUR LE VENTRE  
 Cou (torticollis)  OGE  Anus  Lève la tête à 90° avec appui sur avant-bras  
 Coeur  Téguments  TIRÉ ASSIS  
 Parfait contrôle de tête

### CONSEILS PRÉVENTIFS ET ANTICIPATOIRES

- Soutien à l'allaitement  Sommeil (sur le dos uniquement, établir une routine)  Conduite si étouffement  
 Sécurité (siège d'auto, marchette, chutes, étouffement, brûlures)  Milieu de garde (6 enfants et moins)  Éruption dentaire  
 Simulation du développement (voir guide)

### IMPRESSION ET CONDUITE

- DCT, Haemophilus Influenzae type b, Polio  Vaccin antipneumocoque conjugué (Prennar®, Synflorix®)  
 Vaccin anti-hépatite B (2ième dose : autres enfants à risque \*)  Vaccin antiméningocoque (Menjugate®, NelsVac-C® ou Meningitec®) (\*)  
 Vaccin anti-rotavirus (Rotateq®)

Signature : \_\_\_\_\_

(\*) Si l'enfant est à risque, cf guide Recommandations : A=graves B=haute C=caractères ordinaires. Pour la liste des formulaires, visitez le [www.cpass.umontreal.ca](http://www.cpass.umontreal.ca)

Janvier 2010

© 2010 Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS), Faculté de médecine, Université de Montréal. Par Gilles Brunet, MD, Dominique Cousineau, MD, FRCP, DnH4 Lemaux, MD.



## Suivi de l'enfant de 6 mois

Dossier n° : \_\_\_\_\_

♂ Garçon ♀ Filles Date : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Accompagné de : \_\_\_\_\_

### PRÉOCCUPATIONS PARENTALES

---



---

### INFORMATIONS PERTINENTES ET ÉVOLUTION RÉCENTE

- Dépression maternelle ? \_\_\_\_\_
- Situation familiale : \_\_\_\_\_
- Garderie : Nbre d'enfants : \_\_\_\_\_  Autre : \_\_\_\_\_
- Persistance de strabisme ? \_\_\_\_\_
- Voyage récent (2) ou prévu (2)(5) ? \_\_\_\_\_

### NUTRITION

- Allaitement : nbre boires/jr \_\_\_\_\_
- Vit D 400 UI die : bébé allaité ou prématuré
- Fluor ? \_\_\_\_\_
- Autres suppléments/produits naturels? \_\_\_\_\_
- Préparation lactée pour nourrisson avec fer (24-32 oz ou 720-960 ml/jr)  
qt : \_\_\_\_\_ type : \_\_\_\_\_
- Jus frais ou pasteurisé au gobelet (max 2-4 oz ou 60-120 ml/jr), qt : \_\_\_\_\_
- Eau préférable au jus
- Introduction des solides
- GUIDANCE :
- Introduire aliments riches en fer (céréales pour bébés enrichies de fer, viandes et substituts) **surtout si allaité**
- Viande à débiter avant 7 mois
- Textures : commencer aliments écrasés, émincés, râpés avant 9 mois
- Pas de miel avant l'âge d'un an
- Respecter signaux de faim et de satiété de l'enfant

### DÉVELOPPEMENT ET COMPORTEMENT \*Âge corrigé pour prématurés

- Dort toute la nuit
- A peur de l'étranger
- Se tourne ventre-dos, dos-ventre
- Tient assis de façon instable
- Rampe vers l'arrière
- Prend les objets et transfert d'une main à l'autre
- Porte les objets à la bouche
- Se tourne à la voix, à son nom (audition)
- Babille, 1 ères syllabes (DA, MA)

### EXAMEN PHYSIQUE

- Date : \_\_\_\_\_ Poids \* : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ PC : \_\_\_\_\_
- Fontanelles, sutures
- Forme de la tête
- Reflet rétinien
- Reflet cornéen
- Poursuite oculaire
- Test écran modifié
- ORL
- Coeur
- Poumons
- Abdomen
- Membres
- Hanches : symétrie de l'abduction, de la longueur des membres et des plis fessiers
- OGE : testis palpables ? (♂)
- Anus  Téguments
- TONUS SUR LE DOS
- Tourne sur le ventre
- Transfert de main
- TONUS SUR LE VENTRE
- S'appuie sur les mains, bras en extension
- TIRÉ ASSIS
- Tête et dos droits

### CONSEILS PRÉVENTIFS ET ANTICIPATOIRES

- Favoriser poursuite de l'allaitement
- Sécurité (siège d'auto, chutes, brûlures, bain, prises électriques, étouffement, protection solaire et saisonnière)
- Éveils nocturnes et anxiété de séparation
- Discuter du boire de nuit
- Stimulation en garderie si milieu défavorisé
- Centre anti-poison 1-800-463-5060
- Stimulation du développement (voir guide)
- Pas de biberon au lit
- Soins dentaires

### IMPRESSION ET CONDUITE

- DCT, Haemophilus Influenzae type b, Polio
- 3e vaccin anti-hépatite B (bébé de mère porteuse chronique \*)
- Vaccin anti-rotavirus (Rotateq®)
- Vaccin anti-grippal (\*)
- Vaccin antipneumocoque conjugué (Prevnar®, Synflorix®) (\*)
- Vaccin antiméningocoque (Menjugate®, NelsVac-C® ou Meningitec®) (\*)

Signature : \_\_\_\_\_

(\*) Si l'enfant est à risque, cf guide Recommandations : A=gras B=bleu C=caractères ordinaires. Pour la liste des formulaires, visitez le [www.cpass.umontreal.ca](http://www.cpass.umontreal.ca)

Janvier 2010

**Suivi de l'enfant de 9 mois**

Dossier n° : \_\_\_\_\_

♂ Garçon ♀ Fille Date : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Accompagné de : \_\_\_\_\_

**PRÉOCCUPATIONS PARENTALES**

**INFORMATIONS PERTINENTES ET ÉVOLUTION RÉCENTE**

Situation familiale : \_\_\_\_\_  
 Garderie : Nbre d'enfants : \_\_\_\_\_  Autre : \_\_\_\_\_  
 Voyage récent (2) ou prévu (2)(5) ? \_\_\_\_\_

**NUTRITION**

**Allaitement** : nbre biberons/jr \_\_\_\_\_  
 Vit D 400 UI die : bébé allaité ou prématuré  
 Fluor ?  
 Autres suppléments/produits naturels? \_\_\_\_\_  
 Préparation lactée pour nourrisson avec fer (24-32 oz ou 720-960 ml/jr)  
 qt : \_\_\_\_\_ type : \_\_\_\_\_  
 Lait 3.25 % ?, qt : \_\_\_\_\_  
 Jus frais ou pasteurisé au gobelet (max 2-4 oz ou 60-120 ml/jr), qt : \_\_\_\_\_  
 Eau préférable au jus

Solides : Céréales avec fer : \_\_\_\_\_  
 -Légumes : \_\_\_\_\_  
 -Fruits : \_\_\_\_\_  
 -Viandes et substituts, incluant jaune d'oeuf, légumineuses, tofu et poisson riche en oméga 3

**GUIDANCE :**  
 Introduire yogourt et fromage  
 Progression des textures (aliments hachés finement)  
 Aliments de table à 1 an  
 Respecter signaux de faim et de satiété de l'enfant

**DÉVELOPPEMENT ET COMPORTEMENT** \*Âge corrigé pour prématurés

Sommeil : \_\_\_\_\_  
 Angoisse de séparation  
 S'assoit de façon stable  
 Marche à 4 pattes

Se tient debout  
 Fait bravo  
 Pince pouce-index  
 Tend les bras pour se faire prendre

Cherche un jouet caché  
 Se retourne à l'appel de son nom  
 Lallation (PAPAPA, MAMAMA)  
**Entend bien**

**EXAMEN PHYSIQUE**

Date : \_\_\_\_\_ Poids \* : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ PC : \_\_\_\_\_

Fontanelles, sutures  
 Forme de la tête  
 Reflet rétinien  
 Reflet cornéen  
 Poursuite oculaire  
 Test écran modifié  
 ORL  
 Coeur

Poumons  
 Abdomen  
 Membres  
 Hanches: symétrie de l'abduction, de la longueur des membres et des plis fessiers  
 OGE : testis palpables ? (♂)  
 Anus  Téguments

**TONUS SUR LE DOS**  
 Pieds en bouche  
 S'assoit de façon stable (protection)  
 Marche à 4 pattes  
 Se tient debout avec aide  
**RÉFLEXES**  
 Parachute (+) symétrique

**CONSEILS PRÉVENTIFS ET ANTICIPATOIRES**

Favoriser poursuite de l'allaitement  
 Sécurité (siège d'auto pour enfant, escaliers, brûlures, bain, prises électriques, protection solaire et saisonnière, matelas du lit à barreaux baissé, étouffement, intoxication)  
 Éveils nocturnes et anxiété de séparation

Stimulation en garderie si milieu défavorisé  
 Évitement des mauvaises positions assises ou couchées  
 Brossage de dents (petite qt de dentifrice fluoré ?)

Pas de biberon au lit  
 Stimulation du développement (voir guide)  
 Discuter de la prochaine vaccination

**IMPRESSION ET CONDUITE**

Test cutané à la tuberculine (TCT) si autochtone ou autre enfant à risque (\*)  
 Hib/Hi VGM Si : pds de naissance <2500 g, lait de vache, origine chinoise, autochtone, milieu défavorisé

HBsAg et anti-HBs (bébé de mère porteuse chronique\*)  
 3e vaccin antihépatite B (autres enfants à risque\*)

Signature : \_\_\_\_\_  
 (\*) Si l'enfant est à risque, cf guide Recommandations : A=gras B=boîte C=cours/cours ordinaires. Pour la liste des formulaires, visitez le [www.cpass.umontreal.ca](http://www.cpass.umontreal.ca)

## Suivi de l'enfant de 12 mois

Dossier n° : \_\_\_\_\_  
 Garçon  Filles Date : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Accompagné de : \_\_\_\_\_

### PRÉOCCUPATIONS PARENTALES

### INFORMATIONS PERTINENTES ET ÉVOLUTION RÉCENTE

Situation familiale : \_\_\_\_\_  
 Garderie : Nbre d'enfants : \_\_\_\_\_  Autre : \_\_\_\_\_  
 Dacryostéose persistante ? \_\_\_\_\_  
 Voyage récent (2) ou prévu (2)(5) ? \_\_\_\_\_

### NUTRITION

Allaitement : nbre boîtes/jr \_\_\_\_\_  
 Lait 3,25 % (20 à 25oz ou 600-750 ml/jr), qt : \_\_\_\_\_  
 Autre type de lait : \_\_\_\_\_  
 Jus frais ou pasteurisé ou gobelet (max 2-4 oz ou 60-120 ml/jr), qt : \_\_\_\_\_  
 Eau préférable au jus  
 Fluor ? \_\_\_\_\_  
 Autres suppléments/produits naturels? \_\_\_\_\_

Solides : Céréales avec fer, légumes, fruits, viandes, légumineuses, tofu, poisson riche en oméga 3, oeuf entier, fromage, yogourt  
 Mange avec ses doigts  
**GUIDANCE :**  
 Serrage du biberon  Éviter poisson contenant du mercure  
 Évitement des petits morceaux durs  
 Réduction de l'appétit  
 Respecter les signaux de faim et de satiété de l'enfant  
 \*Âge corrigé pour prématurés

### DÉVELOPPEMENT ET COMPORTEMENT

Sommeil : \_\_\_\_\_  
 Angoisse de séparation  
 Se tient debout  
 Marche avec aide  
 Marche seul

Entend bien  
 Pince pouce-index  
 Vide les contenants  
 Fait bye-bye  
 Regarde bien dans les yeux

Se retourne à l'appel  
 de son nom  
 Exécute les consignes simples  
 Dit 2-3 mots  
 Joue à cou-cou

### EXAMEN PHYSIQUE

Date : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ PC : \_\_\_\_\_

Fontanelles, sutures  
 Reflet rétinien  
 Reflet cornéen  
 Test écran modifié  
 Poursuite oculaire  
 ORL  
 Cœur  
 Poumons

Abdomen  
 Membres  
 Hanches: symétrie de l'abduction, de la longueur des membres et des plis fessiers  
 Téguments  
 OGE : Hydrocèle (?) (♂)  
 : Testis palpables ? (♂)

**MOTRICITÉ**  
 Se lève debout seul  
 Marche seul ou avec aide  
**RÉFLEXES**  
 Parachute (+) symétrique  
 ROT

### CONSEILS PRÉVENTIFS ET ANTICIPATOIRES

Favoriser poursuite de l'allaitement  
 Sécurité (siège d'auto pour enfant, brûlures, bain, prises électriques, protection solaire et saisonnière, location du coude, étouffement, intoxication)  
 Sommeil (routine stable, dans son lit)

Stimulation en garderie si milieu défavorisé  
 Brossage de dents  
 Pas de biberon au lit

Discipline (constance des limites et cohérence entre les parents)  
 Stimulation du développement (voir guide)

### IMPRESSION ET CONDUITE

RRO  
 Vaccin anti-varicelle (Varivax®, Varitrice®) ou vaccin combiné RRO-varicelle ("Priorix-Tetra")  
 Vaccin antipneumocoque conjugué (Prevnar®, Synflorix®)

Vaccin antiméningocoque (Menjugate®, NelaVac-C® ou Meningitec®) au Québec  
 Dosage de plomb sérique (\*)

Signature : \_\_\_\_\_  
 (\*) Si l'enfant est à risque, cf guide Recommandations : Assignés à l'échelle Cinq croix ordinaires. Pour la liste des formulaires, visitez le [www.cpass.umontreal.ca](http://www.cpass.umontreal.ca)  
 © 2010 Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS), Faculté de médecine, Université de Montréal. Par Gilles Brunet, MD, Dominique Cousineau, MD, FRCP, Danièle Lemieux, MD. Janvier 2010

## Suivi de l'enfant de 18 mois

Dossier n° : \_\_\_\_\_

Garçon  Fille Date : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Accompagné de : \_\_\_\_\_

### PRÉOCCUPATIONS PARENTALES

### INFORMATIONS PERTINENTES ET ÉVOLUTION RÉCENTE

Situation familiale : \_\_\_\_\_  Autre : \_\_\_\_\_  
 Garderie : Nbre d'enfants : \_\_\_\_\_  Autre : \_\_\_\_\_  
 Dacryosténose persistante ?  
 Voyage récent (2) ou prévu (2)(5) ? \_\_\_\_\_

### NUTRITION

- |                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allaitement : nbre boires/jr _____                                      | <input type="checkbox"/> Variété d'aliments parmi les 4 groupes alimentaires                                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Lait 3.25 % (20 à 25oz ou 600-750 ml/jr), qt : _____                    | <input type="checkbox"/> Variation d'appétit (petites portions, qualité)                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> Autre type de lait : _____                                              | <input type="checkbox"/> Utilisation des ustensiles                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> Jus frais ou pasteurisé au verre (max 2-4 oz, 60-120 ml/jr), qt : _____ | <input type="checkbox"/> Hygiène des comportements alimentaires (s'asseoir à table, ne pas manger devant la télé, éviter de grignoter et de récompenser avec la nourriture, respecter signaux de faim et de satiété de l'enfant) |
| <input type="checkbox"/> Boire au verre                                                          | <input type="checkbox"/> Collations nutritives                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Eau préférable au jus                                                   |                                                                                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Fluor ?                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Autres suppléments/produits naturels? _____                             |                                                                                                                                                                                                                                  |

### DÉVELOPPEMENT ET COMPORTEMENT \*Âge corrigé pour prématurés

- |                                                     |                                                               |                                                                        |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Sommeil : _____                                     | <input type="checkbox"/> S'accroupit et se relève sans tomber | <input type="checkbox"/> Comprend les consignes simples (donne, assis) |
| <input type="checkbox"/> Commence à dire « NON »    | <input type="checkbox"/> Regarde bien dans les yeux           | <input type="checkbox"/> Pointe deux ou trois parties du corps         |
| <input type="checkbox"/> Fait des crises de colère  | <input type="checkbox"/> Entend bien                          | <input type="checkbox"/> Imite l'adulte                                |
| <input type="checkbox"/> Accélère le pas            | <input type="checkbox"/> Se retourne à l'appel de son nom     | <input type="checkbox"/> Gribouille                                    |
| <input type="checkbox"/> Grimpe                     | <input type="checkbox"/> Pointe pour demander ou pour montrer | <input type="checkbox"/> Casse-tête de bois                            |
| <input type="checkbox"/> Monte l'escalier avec aide | <input type="checkbox"/> Vocabulaire ≥10 mots                 | <input type="checkbox"/> Socialise bien                                |

### EXAMEN PHYSIQUE

Date : \_\_\_\_\_ Poids \* : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ PC : \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Fontanelle antérieure fermée	<input type="checkbox"/> Poursuite oculaire	<input type="checkbox"/> Abdomen
<input type="checkbox"/> Reflet rétinien	<input type="checkbox"/> ORL	<input type="checkbox"/> Membres (démarche)
<input type="checkbox"/> Reflet cornéen	<input type="checkbox"/> Coeur	<input type="checkbox"/> OGE
<input type="checkbox"/> Test de l'écran modifié	<input type="checkbox"/> Poumons	<input type="checkbox"/> Téguments

### CONSEILS PRÉVENTIFS ET ANTICIPATOIRES

- |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                |                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Favoriser poursuite de l'allaitement                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Attitude face aux crises de colère                    | <input type="checkbox"/> Stimulation du développement (voir guide)    |
| <input type="checkbox"/> Sécurité (siège d'auto pour enfant, brûlures, protection solaire et saisonnière, étouffement, intoxication, noyade, supervision constante, exposition au bois traité à l'arsenic) | <input type="checkbox"/> Discipline : constance et cohérence entre les parents | <input type="checkbox"/> Stimulation en garderie si milieu défavorisé |
| <input type="checkbox"/> Brossage de dents                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Patience pour l'entraînement à la propreté            |                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Sevrage de la succe                                   |                                                                       |

### IMPRESSION ET CONDUITE

Premier rappel DCT, Haemophilus influenzae type b, Polio  Rappel RRO (2ème dose) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

(\*) Si l'enfant est à risque, cf guide Recommandations : A=graves B=risque C=caractères ordinaires. Pour la liste des formulaires, visitez le [www.cpass.umontreal.ca](http://www.cpass.umontreal.ca)

Janvier 2010

© 2010 Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS), Faculté de médecine, Université de Montréal. Par Gilles Brunet, MD, Dominique Cousineau, MD, FRCP(C), Danièle Lemeroux, MD.



## Suivi de l'enfant de 2 ans

Dossier n° : \_\_\_\_\_

Garçon  Fille Date : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Accompagné de : \_\_\_\_\_

### PRÉOCCUPATIONS PARENTALES

### INFORMATIONS PERTINENTES ET ÉVOLUTION RÉCENTE

Situation familiale : \_\_\_\_\_  Garderie : Nbre d'enfants : \_\_\_\_\_  Autre : \_\_\_\_\_  
 Voyage récent (2) ou prévu (2)(5) ? \_\_\_\_\_

### NUTRITION

- |                                                                                                 |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allaitement : nbre boires/jr _____                                     | <input type="checkbox"/> Autres suppléments/produits naturels? _____         | <input type="checkbox"/> Hygiène des comportements alimentaires (s'assoier à table, ne pas manger devant la télé, éviter de grignoter et de récompenser avec la nourriture, respecter signaux de faim et de satiété de l'enfant) |
| <input type="checkbox"/> Lait 3,25% ou 2% (2 verres ou 500 ml/jr)                               | <input type="checkbox"/> Variété d'aliments parmi les 4 groupes alimentaires |                                                                                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Jus frais ou pasteurisé au verre (max 4-6 oz, 120-180 ml/jr), q: _____ | <input type="checkbox"/> Collations nutritives                               |                                                                                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Eau préférable au jus <input type="checkbox"/> Fluor ? _____           |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                  |

### DÉVELOPPEMENT ET COMPORTEMENT

- |                                                                           |                                                                          |                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Sommeil : _____                                                           | <input type="checkbox"/> Gribouille en cercles                           | <input type="checkbox"/> Pointe 8 parties du corps sur demande |
| <input type="checkbox"/> Fait des crises de colère (attitude parentale)   | <input type="checkbox"/> Vocabulaire > 50 mots                           | <input type="checkbox"/> Nomme les images dans un livre        |
| <input type="checkbox"/> Marche à reculons ou de côté en tirant un objet  | <input type="checkbox"/> Juxtapose deux mots                             | <input type="checkbox"/> Limite les adultes                    |
| <input type="checkbox"/> Monte et descend l'escalier debout avec la rampe | <input type="checkbox"/> Comprend et exécute les demandes plus complexes | <input type="checkbox"/> Fait semblant (téléphone)             |
| <input type="checkbox"/> Lance un ballon                                  | <input type="checkbox"/> Entend bien                                     | <input type="checkbox"/> Se déshabille                         |

Comportement : \_\_\_\_\_

### EXAMEN PHYSIQUE

- Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ Percentile d'IMC : \_\_\_\_\_ PC : \_\_\_\_\_
- |                                                  |                                  |                                             |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Reflet rétinien         | <input type="checkbox"/> ORL     | <input type="checkbox"/> Membres (démarche) |
| <input type="checkbox"/> Reflet cornéen          | <input type="checkbox"/> Coeur   | <input type="checkbox"/> OGE                |
| <input type="checkbox"/> Test de l'écran modifié | <input type="checkbox"/> Poumons | <input type="checkbox"/> Téguments          |
| <input type="checkbox"/> Poursuite oculaire      | <input type="checkbox"/> Abdomen |                                             |

### CONSEILS PRÉVENTIFS ET ANTICIPATOIRES

- |                                                                                                                                                               |                                                                                |                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sécurité (siège d'auto pour enfant, protection solaire et saisonnière, étouffement, intoxication, noyade, supervision à l'extérieur) | <input type="checkbox"/> Attitude face aux crises de colère                    | <input type="checkbox"/> Limite du temps de télé. Éviter émissions violentes |
| <input type="checkbox"/> Brossage de dents                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Discipline : constance, cohérence, temps de réflexion | <input type="checkbox"/> Promotion de l'activité physique                    |
| <input type="checkbox"/> Visite du dentiste à prévoir                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Conseils sur l'entraînement à la propreté             | <input type="checkbox"/> Stimulation du développement (voir guide)           |
|                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Sevrage de la suce                                    | <input type="checkbox"/> Stimulation en garderie si milieu défavorisé        |

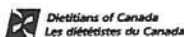
### IMPRESSION ET CONDUITE

- |                                                                                                                                           |                                                                                    |                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cholestérol total +HDL+TG (chol total d'un des parents ≥6.2 ou MCAS ≤55 ans chez parents ou grand-parents) ! (*) | <input type="checkbox"/> Dosage de plomb sérique (*)                               | <input type="checkbox"/> Vaccin anti méningocoque (Menactra®) * |
|                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Vaccin antipneumocoque polysaccharidique (Pneumovax®) (*) |                                                                 |

Signature : \_\_\_\_\_

(\*) Si l'enfant est à risque, cf guide Recommandations : A=gras B=biologique C=caractères ordinaires. Pour la liste des formulaires, visitez le [www.cpass.umontreal.ca](http://www.cpass.umontreal.ca)

Janvier 2010



## Suivi de l'enfant de 3 ans

Dossier n° : \_\_\_\_\_

♂ Garçon ♀ Fille Date : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Accompagné de : \_\_\_\_\_

### PRÉOCCUPATIONS PARENTALES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### INFORMATIONS PERTINENTES ET ÉVOLUTION RÉCENTE

Situation familiale : \_\_\_\_\_  Garderie : Nbre d'enfants : \_\_\_\_\_  Autre: \_\_\_\_\_  
 Voyage récent (2) ou prévu (2)(5) ? \_\_\_\_\_

### NUTRITION

Lait (2 verres de 8 oz, 500 mL/jr)  
 Jus frais ou pasteurisé au verre (max 4-6 oz, 120-180 mL/jr), qt : \_\_\_\_\_  
 Eau préférable au jus

Fluor ?  
 Supplément de vitamines ?  
 Variété d'aliments parmi les 4 groupes alimentaires  
 Collations nutritives

Hygiène des comportements alimentaires (s'asseoir à table, ne pas manger devant la télé, éviter de grignoter et de récompenser avec la nourriture, respecter signaux de faim et de satiété de l'enfant)

### DÉVELOPPEMENT ET COMPORTEMENT

Sommeil : \_\_\_\_\_  
 Pédale sur un tricycle  
 Attrape bien le ballon dans ses mains  
 Fait des phrases complètes incluant le je

Intelligible à 75 % pour les étrangers  
 Commente, pose des questions (pourquoi, qui?)  
 Entend bien

Socialise bien  
 Joue à faire semblant  
 Identifie 2 couleurs  
 Compte jusqu'à 3

Dessine un rond  
 S'habille en partie  
 A acquis continence diurne

Comportement : \_\_\_\_\_

### EXAMEN PHYSIQUE

Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ Percentile d'IMC : \_\_\_\_\_ TA ? : \_\_\_\_\_

Reflet rétinien  
 Reflet cornéen  
 Test de l'écran  
 Acuité visuelle (entre 3-5 ans)

ORL  
 Cœur  
 Poumons  
 Abdomen

Membres (démarche)  
 OGE  
 Téguments  
 Se tient sur une jambe 2 secondes

### CONSEILS PRÉVENTIFS ET ANTICIPATOIRES

Sécurité (siège d'auto pour enfant, sécurité dans la rue, outils, allumettes, casque de vélo, étouffement, protection solaire et saisonnière)  
 Brossage de dents  
 Visite du dentiste

Discipline : constance, conséquences naturelles, cohérence, temps de réflexion, renforcement positif  
 Curiosité sexuelle

Limite du temps de télé. Éviter émissions violentes  
 Promotion de l'activité physique  
 Stimulation du développement (voir guide)  
 Stimulation en garderie si milieu défavorisé

### IMPRESSION ET CONDUITE

Dépistage visuel (optométriste) si pas fait à l'examen physique  Dépistage auditif si retard de langage et/ou acuité douteuse

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

(\*) Si l'enfant est à risque, cf guide Recommandations : A=gras B=saïque C=caractères ordinaires. Pour la liste des formulaires, visitez le [www.cpass.umontreal.ca](http://www.cpass.umontreal.ca) Janvier 2010  
© 2010 Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS), Faculté de médecine, Université de Montréal. Par Gilles Brunet, MD, Dominique Cousineau, MD, FRCPC, Danièle Lemieux, MD.

## Suivi de l'enfant de 4 ans

Dossier n° : \_\_\_\_\_

♂ Garçon ♀ Fille Date : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Accompagné de : \_\_\_\_\_

### PRÉOCCUPATIONS PARENTALES

### INFORMATIONS PERTINENTES ET ÉVOLUTION RÉCENTE

Situation familiale : \_\_\_\_\_  Garderie : Nbre d'enfants : \_\_\_\_\_  Prémamanche :

Voyage récent (2) ou prévu (2)(5) ?

Autre : \_\_\_\_\_

#### NUTRITION

Lait (2 verres de 8 oz, 500 ml/jr)

Jus frais ou pasteurisé (max 4-6 oz, 120-180 ml/jr), qt :

Eau préférable au jus

Fluor ?

Supplément de vitamines ? \_\_\_\_\_

Variété d'aliments parmi les 4 groupes alimentaires

Collations nutritives

Hygiène des comportements alimentaires  
(s'assoir à table, ne pas manger devant la  
télé, éviter de grignoter et de récompenser  
avec la nourriture, respecter signaux de faim  
et de satiété de l'enfant)

#### DÉVELOPPEMENT ET COMPORTEMENT

Sommeil : \_\_\_\_\_

Pédale une bicyclette avec des  
roues d'entraînement

Dessine un bonhomme (3-4 parties)

Découpe avec des ciseaux

Fait des phrases bien construites

Est compris de tous

Commente, raconte

Pose des questions (quand,  
comment et où ?)

Entend bien

Socialise bien

Connait les couleurs primaires  
 Compte 5 objets  
 S'habille seul (z. boutons, z.  
devant/derrière)

Comportement : \_\_\_\_\_

#### EXAMEN PHYSIQUE

Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_

Percentile d'IMC : \_\_\_\_\_ TA ? : \_\_\_\_\_

Reflet rétinien

Reflet cornéen

Test de l'écran

Acuité visuelle (entre 3 et 5 ans)

ORL

Cœur

Poumons

Abdomen

Membres (démarche)

OGE

Téguments

Saute sur un pied 2 à 5 fois  
 Se tient sur une jambe 4 secondes

#### CONSEILS PRÉVENTIFS ET ANTICIPATOIRES

Sécurité (siège d'appoint en voiture si  $\geq 18$ kg,  
casque de vélo, feux de circulation, traverser la rue,  
protection solaire et saisonnière)

Comportement face aux étrangers  
(prévention des abus sexuels)

Hygiène dentaire (brossage et soie  
dentaire)

Visite chez le dentiste

Stimulation du développement (voir guide)

Petites responsabilités, autonomie

Promotion de l'activité physique

Limite du temps de télé et jeux vidéo.

Éviter le contenu violent

Discipline : constance, conséquences  
naturelles, cohérence, temps de réflexion,  
renforcement positif

#### IMPRESSION ET CONDUITE

2e rappel DCT-Polio

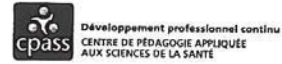
Dépistage visuel (optométriste) si pas fait à  
l'examen physique

Signature : \_\_\_\_\_

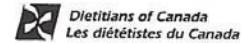
(\*) Si l'enfant est à risque, cf. guide Recommandations : A=gras B=risque C=caractères ordinaires. Pour la liste des formulaires, visitez le [www.cpass.umontreal.ca](http://www.cpass.umontreal.ca)  
© 2010 Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS), Faculté de médecine, Université de Montréal. Par Gilles Brunet, MD, Dominique Cousineau, MD, FRCPC, Danièle Lemeroux, MD.

Janvier 2010





## Suivi de l'enfant de 5 ans



Dossier n° : \_\_\_\_\_  
 Garçon  Fille Date : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Accompagné de : \_\_\_\_\_

### PRÉOCCUPATIONS PARENTALES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### INFORMATIONS PERTINENTES ET ÉVOLUTION RÉCENTE

Situation familiale : \_\_\_\_\_  Garderie : Nbre d'enfants : \_\_\_\_\_  École : \_\_\_\_\_  
 Voyage récent (2) ou prévu (2)(5) ? \_\_\_\_\_  
 Autre : \_\_\_\_\_

### NUTRITION

Lait (2 verres de 8 oz, 500 ml/jr)  Supplément de vitamines ? \_\_\_\_\_  Hygiène des comportements alimentaires (s'asseoir à table, ne pas manger devant la télé, éviter de grignoter et de récompenser avec la nourriture, respecter signaux de faim et de satiété de l'enfant)  
 Jus frais ou pasteurisé (max 4-6 oz, 120-180 ml/jr), qt : \_\_\_\_\_  Variété d'aliments parmi les 4 groupes alimentaires  
 Eau préférable au jus  Collations nutritives  
 Fluor  Déjeuner avant l'école

### DÉVELOPPEMENT ET COMPORTEMENT

Sommeil : \_\_\_\_\_  
 Pédale une bicyclette ± roues d'entraînement  Prononce clairement ("ch", "j", "r", peuvent encore être escamotés)  S'habille seul (boutons et fermetures éclair)  
 Dessine un bonhomme (6 parties)  Entend bien  Participe à des jeux imaginaires complexes  
 Lance et attrape une balle dans ses mains  Connaît les principales couleurs  Socialise bien  
 Raconte en respectant la chronologie des événements  Compte jusqu'à 10  S'intègre bien à l'école  
 Reconnaît et écrit les lettres de son nom  Se concentre bien

Comportement : \_\_\_\_\_

### EXAMEN PHYSIQUE

Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ Percentile d'IMC : \_\_\_\_\_ TA ? : \_\_\_\_\_  
 Reflet rétinien  Acuité visuelle (entre 3 et 5 ans)  ORL  Membres (démarche)  Marche talon-orteil  
 Reflet cornéen  Coeur  OGE  OGE  Se tient sur 1 jambe  
 Test de l'écran  Poumons  Téguments  Téguments  6 secondes  
 Abdomen

### CONSEILS PRÉVENTIFS ET ANTICIPATOIRES

Sécurité (ceinture de sécurité à l'arrière, casque de vélo, intersection, protection solaire et saisonnière)  Stimulation du développement (voir guide)  Limite du temps de télé et jeux vidéo.  
 Apprentissage de l'adresse et du numéro de téléphone  Visite chez le dentiste  Éviter le contenu violent  
 Hygiène dentaire (brossage et soie dentaire)  Petites responsabilités, autonomie  Discipline : constance, conséquences naturelles, cohérence, temps de réflexion, renforcement positif  
 Promotion de l'activité physique

### IMPRESSION ET CONDUITE

2e rappel DCT- polio (si non reçu à 4 ans)  2e vaccin antipneumocoque polysaccharidique (Pneumovax®) (\*)  Dépistage visuel (optométriste) si pas fait à l'examen physique

Signature : \_\_\_\_\_

(\*) Si l'enfant est à risque, cf guide Recommandations : A=gras B=italique C=caractères ordinaires. Pour la liste des formulaires, visitez le [www.cpass.umontreal.ca](http://www.cpass.umontreal.ca)



# ANNEXE 5: Plans d'action pour l'asthme

## Plan d'action 1

**Institut national d'excellence en santé et en services sociaux Québec**

**Plan d'action pour l'asthme**

*Avec la collaboration du Centre universitaire de santé McGill*

**Quiz\*** **AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, est-ce que j'ai toussé, eu une respiration sifflante ou de la difficulté à respirer...**

1) pendant la journée, **4 jours ou plus?** OUI NON  
 2) assez pour me réveiller la nuit, **1 fois ou plus?** OUI NON  
 3) assez pour utiliser ma pompe BLEUE (médicament de SECOURS) **4 fois ou plus**, incluant 1 fois par jour avant l'exercice? OUI NON  
 4) assez pour me limiter dans mes **activités physiques?** OUI NON  
 5) assez pour m'**absenter** de mes activités habituelles, de l'école ou du travail? OUI NON

Nombre de questions auxquelles j'ai répondu OUI? \_\_\_\_\_  
 Si aucune (0) : asthme contrôlé ● Si 1 ou plus : asthme mal contrôlé ◆

Dossier \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

ORDONNANCE DATE \_\_\_\_\_

**Asthme contrôlé** 😊 **Quoi faire?** Prendre mes médicaments d'entretien :

Au **Quiz**, j'ai répondu OUI à aucune (0) des questions ET

Je me sens bien ET

Si je mesure mes débits de pointe, ils sont normaux ( \_\_\_\_\_ ou plus)

**5 conseils pour rester en contrôle : voir au verso**

Médicament de CONTRÔLE \_\_\_\_\_ µg/bouffée # \_\_\_\_\_  
 (couleur) \_\_\_\_\_ bouffée(s) \_\_\_\_\_ fois/jour **chaque jour** R \_\_\_\_\_

AUTRE(S) \_\_\_\_\_

Médicament de SECOURS bleu : \_\_\_\_\_ µg/bouffée # \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ bouffée(s) **au besoin** (moins de 4 fois/semaine) ou **avant exercice** (max. : 1 fois/jour) R \_\_\_\_\_

Chambre d'espacement \_\_\_\_\_

**Asthme mal contrôlé** 😞 **Quoi faire?** Ajuster mon traitement : (et le dire à un adulte, si je suis un enfant)

Au **Quiz**, j'ai répondu OUI à 1 question ou plus OU

Je tousse, j'ai une respiration sifflante ou de la difficulté à respirer OU

Je commence un rhume OU

Mes débits de pointe ont diminué (entre \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_)

J'ai terminé mon traitement ajusté et je me sens mieux : je vais à la section ●

Je me sens moins bien : je vais à la section ■

Médicament de CONTRÔLE \_\_\_\_\_ µg/bouffée # \_\_\_\_\_  
 (couleur) \_\_\_\_\_ bouffée(s) \_\_\_\_\_ fois/jour \_\_\_\_\_ (durée du traitement) R \_\_\_\_\_

AUTRE(S) \_\_\_\_\_

Médicament de SECOURS bleu : \_\_\_\_\_ bouffée(s) **au besoin** (ne pas répéter avant \_\_\_\_\_ heures)

Si : \_\_\_\_\_ (critère de réponse inadéquate), je dois : \_\_\_\_\_ (ajout de médication, consultation, etc.)

Médecin \_\_\_\_\_ En lettres moulées

Dr \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ N° permis \_\_\_\_\_

**Asthme hors de contrôle** 😞 **Quoi faire? C'est URGENT :**

Ma toux, mes sifflements ou mes problèmes de respiration **empirent** OU

Ma pompe BLEUE (médicament de SECOURS) **ne me soulage pas pendant au moins 4 heures** OU

Mes débits de pointe ont diminué (moins de \_\_\_\_\_)

**Je dois appeler ou voir un médecin tout de suite.**

ORIGINAL - PHARMACIEN

## Plan d'action 2



### Plan d'action pour l'asthme

## TOUTES LES PERSONNES ASTHMATIQUES

PEUVENT AVOIR UNE VIE ACTIVE !

L'asthme est une maladie qui affecte mes poumons (bronches) CHAQUE JOUR, même entre les crises. Je peux contrôler mon asthme si je m'en occupe TOUS LES JOURS, même si je me sens bien.

Mon Plan d'action va m'aider à :

- contrôler mon asthme tous les jours;
- prévenir les crises.

### 5 CONSEILS POUR RESTER EN CONTRÔLE

#### 1 Éviter ce qui empire mon asthme.

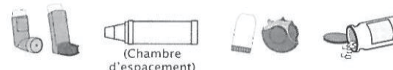


☎ 1 866 J'arrête  
☎ 1 866 527-7383  
[www.jarrete.qc.ca](http://www.jarrete.qc.ca)

- Je dois éviter de fumer ou d'être dans une maison ou une voiture lorsque quelqu'un y fume.
- J'accepte de : \_\_\_\_\_  
(éviter... me séparer de... me procurer...)

- Lorsque je suis exposé à \_\_\_\_\_, je dois prendre \_\_\_\_\_
- Si j'ai un rhume, je vais utiliser mon Plan d'action, me moucher et, si nécessaire, me nettoyer le nez avec de l'eau salée \_\_\_\_\_ fois par jour.

#### 2 Prendre mes médicaments d'entretien (section verte).



- Je revois la technique pour utiliser mes pompes (inhalateurs) avec mon **pharmacien** ou mon **éducateur en asthme**.
- Voici **mes trucs** pour me souvenir de prendre mes médicaments : \_\_\_\_\_

#### 3 Refaire mon *Quiz* sur l'asthme régulièrement.

#### 4 Revoir mon *médecin* régulièrement.



- Mon **médecin** \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_  
passera en revue avec moi mon Plan d'action : \_\_\_\_\_  
(quand)

#### 5 Recevoir de l'aide.



- Des professionnels de la santé sont là pour m'aider à utiliser mon Plan d'action :
  - Mon **pharmacien** \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_
  - Mon **éducateur en asthme\*** \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

\*Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC (RQAM). [www.rqam.ca](http://www.rqam.ca) ☎ 1 877 441-5072

### MES OBJECTIFS PERSONNELS

Mon Plan d'action va m'aider à :

J'écris ou je dessine mon but (*facultatif*)

Cet outil a reçu l'appui des ordres professionnels (CMQ, OPO), des fédérations médicales (FMOQ, FMSQ), des associations québécoises de pharmaciens, de médecins spécialistes en pneumologie et en pédiatrie, de même que du Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC.

Veillez noter que cet outil a été réalisé par le Conseil du médicament, qui est devenu l'INESSS. Les renseignements qu'il contient étant toujours d'actualité, l'INESSS a procédé à sa réimpression.

**Édition :** Conseil du médicament (CM) [www.cdm.gouv.qc.ca](http://www.cdm.gouv.qc.ca) (418) 644-8103

**Coordination :** Direction scientifique du suivi et de l'usage optimal

**Rédaction :** Dre Francine M. Ducharme et son équipe de recherche, Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill

**Révision scientifique externe :** Groupe d'experts sur l'asthme, professionnels de la santé (médecins, infirmières, inhalothérapeutes, pharmaciens) du comité consultatif de l'équipe de recherche et des groupes de référence pédiatrique et adulte du Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC (RQAM), membres du Comité scientifique du suivi et de l'usage optimal.

**Collaboration :** Enfants et parents atteints d'asthme

**Conception graphique et édition électronique :** Graphidée

Afin de faciliter la lecture du texte, le masculin est utilisé pour désigner à la fois les femmes et les hommes.

**Réimprimé en septembre 2011**

© Gouvernement du Québec

Financé par le Fonds sur l'utilisation optimale des médicaments.

La reproduction intégrale de ce document à des fins non commerciales est autorisée à la condition d'en mentionner la source.

Cet outil est présenté à titre indicatif seulement et ne remplace pas l'avis éclairé du médecin ni la relation du patient avec un professionnel de la santé.

English version available on request.



## ANNEXE 6: Formulaire de suivi TDAH

Échelle d'évaluation SNAP-IV 26

James M. Swanson, Ph.D., University of California, Irvine, CA 92715

Nom : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Niveau scolaire : \_\_\_\_\_ Rempli par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Pour chacune des questions, veuillez cocher la colonne qui décrit le mieux l'enfant

	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Non évalué
1. Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans ses travaux scolaires					
2. A souvent de la difficulté à soutenir son attention dans les tâches ou dans les jeux					
3. Semble souvent ne pas écouter lorsqu'on lui parle personnellement					
4. Souvent ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à terminer ses travaux scolaires					
5. A souvent de la difficulté à organiser ses tâches ou ses activités					
6. Souvent, évite, a en aversion ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu					
7. Perd souvent les objets nécessaires à ses tâches ou activités (p. ex. devoirs de classe, stylos ou livres)					
8. Se laisse souvent distraire par des stimulus externes					
9. A des oublis fréquents dans les activités de la vie quotidienne					
10. Agite souvent les mains ou les pieds					
11. Se lève souvent en classe alors qu'il devrait rester assis					
12. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié					
13. A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir					
14. Est souvent en mouvement ou agit souvent comme s'il était « monté sur des ressorts »					
15. Parle souvent trop					
16. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée					
17. A souvent de la difficulté à attendre son tour					
18. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex. intervient dans les conversations ou dans les jeux)					
19. Se met souvent en colère					
20. Contesté souvent ce que disent les adultes					
21. S'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes					
22. Contrarie souvent les autres délibérément					
23. Fait souvent porter aux autres la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite					
24. Est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres					
25. Est souvent fâché et plein de ressentiment					
26. Se montre souvent méchant ou vindicatif (veut se venger)					

VOIR SUITE AU VERSO ►

## Échelle d'évaluation SNAP-IV 26

### DIRECTIVES DE NOTATION S'APPLIQUANT À L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION SNAP 26

L'échelle d'évaluation SNAP-IV reprend le questionnaire « Swanson, Nolan and Pelham » (SNAP) (Swanson et al. 1983). Cette échelle comprend les critères du DSM-IV (1994) du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) pour les deux sous-ensembles de symptômes suivants : inattention (questions 1 à 9) et hyperactivité/impulsivité (questions 10 à 18). Elle comprend également les critères du DSM-IV du trouble oppositionnel avec provocation (questions 19 à 26), étant donné que les enfants atteints du TDAH souffrent souvent de ce trouble.

L'évaluation SNAP-IV s'effectue sur une échelle de 0 à 3 : Jamais = 0, Parfois = 1, Souvent = 2 et Très souvent = 3. On calcule les scores de la sous-échelle de l'évaluation SNAP-IV en additionnant les scores des questions du sous-ensemble et en divisant le total par le nombre de questions, tel qu'illustré dans le sous-ensemble TDAH-Inattention :

	Jamais (0)	Parfois (1)	Souvent (2)	Très souvent (3)	Score
1. Fait des fautes d'étourderie			*		2
2. A de la difficulté à soutenir son attention				*	3
3. N'écoute pas				*	3
4. Ne termine pas ses travaux ou devoirs			*		2
5. Est désorganisé		*			1
6. Ne réussit pas à se concentrer				*	3
7. Perd ses affaires		*			1
8. Se laisse distraire				*	3
9. A des oublis	*				0

Total TDAH-Inattention = 18      Moyenne = 18/9 = 2,0

TDAH-Inattention	TDAH-Hyperactivité / impulsivité	Trouble oppositionnel avec provocation
#1	#10	#19
#2	#11	#20
#3	#12	#21
#4	#13	#22
#5	#14	#23
#6	#15	#24
#7	#16	#25
#8	#17	#26
#9	#18	
Total	Total	Total
Moyenne	Moyenne	Moyenne

CRLB050721F

# The SNAP-IV 26 Rating Scale

James M. Swanson, Ph.D., University of California, Irvine, CA 92715

Name : \_\_\_\_\_ Gender : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Grade : \_\_\_\_\_ Completed by : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

For each item, check the column which best describes this child.

	Not at All	Just a Little	Pretty Much	Very Much	Not Assessed
1. Often fails to give close attention to details or makes careless mistakes in schoolwork					
2. Often has difficulty sustaining attention in tasks or play activities					
3. Often does not seem to listen when spoken to directly					
4. Often does not follow through on instructions and fails to finish schoolwork					
5. Often has difficulty organizing tasks and activities					
6. Often avoids, dislikes, or reluctantly engages in tasks requiring sustained mental effort					
7. Often loses things necessary for activities (e.g. school assignments, pencils, or books)					
8. Often is distracted by extraneous stimuli					
9. Often is forgetful in daily activities					
10. Often fidgets with hands or feet					
11. Often leaves seat in classroom when remaining seated is expected					
12. Often runs about or climbs excessively in situation where it is inappropriate					
13. Often has difficulty playing or engaging in leisure activities quietly					
14. Often is "on the go" or often acts as if "driven by a motor"					
15. Often talks excessively					
16. Often blurts out answers to questions before the questions have been completed					
17. Often has difficulty awaiting turn					
18. Often interrupts or intrudes on others (e.g. butts into conversations/games)					
19. Often loses temper					
20. Often argues with adults					
21. Often actively defies or refuses adult requests or rules					
22. Often deliberately does things that annoy other people					
23. Often blames others for his or her mistakes or misbehaviour					
24. Often touchy or easily annoyed by others					
25. Often is angry and resentful					
26. Often is spiteful or vindictive					

PLEASE TURN OVER ▶



# The SNAP-IV 26 Rating Scale

## SCORING INSTRUCTIONS FOR THE SNAP 26 RATING SCALE

The SNAP-IV Rating Scale is a revision of the Swanson, Nolan and Pelham (SNAP) Questionnaire (Swanson et al., 1983). The items from the DSM-IV (1994) criteria for Attention-Deficit /Hyperactivity Disorder (ADHD) are included for the two subsets of symptoms: inattention (items #1-#9) and hyperactivity/impulsivity (items #10-#18). Also, items are included from the DSM-IV criteria for Oppositional Defiant Disorder (items #19-#26) since it often is present in children with ADHD.

The SNAP-IV is based on a 0 to 3 rating scale: Not at All = 0, Just a Little = 1, Pretty Much = 2, and Very Much = 3. Subscale scores on the SNAP-IV are calculated by summing the scores on the items in the subset and dividing by the Rating-Per-Item, as shown for ratings on the ADHD-Inattentive (ADHD-I) subset:

	Not at All (0)	Just a Little (1)	Pretty Much (2)	Very Much (3)	Item Score
1. Makes Careless Mistakes			*		2
2. Can't Pay Attention				*	3
3. Doesn't Listen				*	3
4. Fails to Finish Work			*		2
5. Disorganized		*			1
6. Can't Concentrate				*	3
7. Loses Things		*			1
8. Distractible				*	3
9. Forgetful	*				0

ADHD-Inattention Total = 18, Average = 18/9 = 2.0

ADHD Inattention	ADHD Hyperactivity / Impulsivity	Oppositional Defiant Disorder
#1	#10	#19
#2	#11	#20
#3	#12	#21
#4	#13	#22
#5	#14	#23
#6	#15	#24
#7	#16	#25
#8	#17	#26
#9	#18	
Total	Total	Total
Average	Average	Average

CRLB050721E