

Systèmes d'information personnalisés : un cas pratique

Catherine London

Volume 35, numéro 1, janvier–mars 1989

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1028121ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1028121ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Association pour l'avancement des sciences et des techniques de la documentation (ASTED)

ISSN

0315-2340 (imprimé)

2291-8949 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

London, C. (1989). Systèmes d'information personnalisés : un cas pratique. *Documentation et bibliothèques*, 35(1), 13–19. <https://doi.org/10.7202/1028121ar>

Tous droits réservés © Association pour l'avancement des sciences et des techniques de la documentation (ASTED), 1989

Cet document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

chroniques

Systèmes d'information personnalisés : un cas pratique*

Depuis presque vingt-cinq ans, soit depuis la publication de l'article de Harold Jeghers sur «l'éducation permanente» et «la formation personnelle»¹, le problème de la profusion d'information médicale a souvent été traité. Comment un médecin peut-il se tenir au courant de nouveaux développements qui peuvent influencer sa pratique? Et, plus encore, comment peut-il emmagasiner l'information afin de pouvoir la repérer lorsqu'il en a besoin? Bien sûr, ce problème n'est pas propre au seul domaine médical. Au contraire, il s'applique à pratiquement tous les domaines où l'on doit se tenir au courant des tendances actuelles, des nouveaux développements, de la recherche récente, etc.

Pour résoudre ce problème, les systèmes d'information personnalisés (SIP) deviennent de plus en plus nécessaires et répandus. Ils sont conçus spécifiquement pour regrouper et organiser certaines catégories de documents (articles de périodiques, tirés à part, notes personnelles, cahiers de travail, etc.) de façon à ce que l'information contenue dans ces documents soit facilement et rapidement accessible. C'est pourquoi l'accès par sujet aux documents est souvent privilégié.

Un SIP ne peut et ne devrait pas essayer de remplacer la bibliothèque spécialisée. Le système doit plutôt être complémentaire, répondant aux demandes immédiates d'information sur un sujet précis. Une recherche plus approfondie peut toujours être effectuée à la bibliothèque où les ressources sont plus nombreuses et plus complètes.

Dans cet article, nous décrivons les différentes étapes de la mise sur pied d'un système d'information personnalisé développé pour les besoins d'une clinique de médecine familiale à Montréal: étape préliminaire de réflexion, choix du système de classification et finalement, brève description du SIP. Bien qu'il soit question d'un système en particulier, la méthode décrite ci-dessous peut s'appliquer à la mise sur pied de tout système d'information personnalisé.

Étape de réflexion

Un SIP doit surtout répondre aux besoins d'information spécifiques des utilisateurs. Toutefois, il faut aussi tenir compte de la disponibilité de ces derniers pour le maintien et pour la mise à jour du système. Diverses autres contraintes s'imposent également: budget, espace, temps, etc. Il est donc primordial d'examiner de près ces facteurs en collaboration avec la personne qui sera responsable du système et les utilisateurs potentiels. Que le système soit informatisé ou manuel, cette étape préliminaire est essentielle pour éviter une perte de temps considérable lors de l'implantation du système. Voici donc les questions auxquelles il faut répondre dans le cadre de cette réflexion². Chaque énoncé est suivi d'une explication et d'un exemple tiré de notre cas pratique.

1. Nombre et profil des utilisateurs

Si le système doit être utilisé par plusieurs personnes, il est bien important que le vocabulaire choisi soit uniforme et compris par tout le monde.

* Cet article a été écrit suite à un projet effectué en 1987 à la Clinique de Médecine familiale de l'hôpital Notre-Dame, à Montréal. L'auteur travaille actuellement comme agente de liaison à la Fédération des femmes du Québec.

1. Harold Jeghers, «Medical care, education and research: philosophy and technics of self-education of the medical student and physician», *New England Journal of Medicine*, vol. 271, no. 25 (December 1964), 1297-1301.

2. Cette liste a été tirée et adaptée des sources suivantes: R. Brian Haynes et al., «How to keep up with the medical literature: VI. How to store and retrieve articles worth keeping», *Annals of Internal Medicine*, vol. 105, no. 6 (December 1986), 978-984; Abigail Hubbard, «Managing reprint files-decisions», *Medical Reference Services Quarterly*, vol. 5, no. 1 (Spring 1986), 1-15; Abigail Hubbard, «Reprint file management software», *Online*, vol. 9, no. 6 (November 1985), 67-73 et John W. Tyznik, «Taming the medical library monster», *Postgraduate Medicine*, vol. 74, no. 1 (July 1983), 77-88.

De la même façon, un système conçu pour plusieurs usagers nécessitera plus de renvois (*voir* et *voir aussi*) afin de compenser pour les synonymes et la variété des termes utilisés par chacun. En outre, si les usagers varient, il est essentiel que le système puisse s'apprendre rapidement et facilement. Enfin, il faut tenir compte de la formation des utilisateurs et de leur connaissance des bibliothèques ou systèmes de documentation.

Dans notre clinique, le système s'adressait à une dizaine de médecins et résidents qui n'avaient pas de formation en documentation et qui n'étaient donc pas familiers avec les systèmes de documentation. De plus, en raison de l'alternance des résidents, il y avait souvent de nouveaux usagers. Les usagers étant francophones, le système devait être en français.

2. Rôle du système

Le rôle du système dépendra de l'usage que l'on voudra en faire. Un système conçu pour des fins de recherche plutôt que pour l'enseignement ou pour la formation continue dictera forcément une orientation différente.

Dans notre cas, le système serait utilisé à des fins cliniques et d'éducation. Comme les médecins ne faisaient pas de recherche à la clinique, des documents très spécialisés ou jugés trop orientés vers la recherche n'y seraient pas gardés.

3. Champ documentaire

Évidemment, le système de classification que l'on choisira doit inclure chacun des sujets que l'on veut couvrir. Cependant, la gamme et le nombre de sujets sont des facteurs aussi importants à considérer. Il est donc essentiel de bien considérer cet aspect *avant* de choisir un système de classification.

Les médecins associés à notre clinique étaient des généralistes qui s'intéressaient à une grande variété de sujets liés à leur pratique. Toute la gamme de sujets strictement médicaux, et aussi les sujets para-médicaux tels que la nutrition, la prévention, le soin des personnes âgées, etc., furent donc retenus, tandis que les sujets jugés trop spécialisés ou trop scientifiques furent exclus du système.

4. Autres ressources documentaires disponibles

Comme mentionné au début, un SIP doit être complémentaire à la bibliothèque spécialisée. Cependant, si les usagers n'ont pas facilement accès à une bibliothèque, la mise sur pied d'un système

plus complexe afin de répondre aux besoins d'information des usagers (par exemple, offrir un accès par auteur en plus d'un accès par sujet) peut s'avérer nécessaire. Toutefois, il faut bien se rendre compte qu'un plus grand investissement en temps et en argent sera requis.

Dans notre cas, la clinique était associée à un hôpital qui possédait une bonne bibliothèque médicale.

5. Temps alloué pour l'implantation du système

La complexité du système dépendra en partie du temps que l'on sera prêt à y consacrer. Un système moins précis, contenant moins de rubriques ou de vedettes-matière, prendra moins de temps à mettre sur pied. Cependant, un système trop général peut rendre le repérage difficile sur un sujet précis, ce qui risque de décourager les usagers. On doit toujours équilibrer ces deux facteurs. La question est également pertinente lorsque l'on pense mettre sur pied un système informatisé. Il faut se rappeler que la saisie des données est une opération longue et fastidieuse. La mise sur pied d'un système informatisé peut donc exiger plus de temps.

Nous n'avions d'alloué qu'un temps fixe de dix semaines pour la mise sur pied du SIP. Cette contrainte était décisive pour le choix d'un système manuel d'une part, et d'un système de classification peu complexe, d'autre part.

6. Budget disponible pour la mise sur pied du système et pour son entretien

De la même façon que la contrainte de temps, le budget aura un effet déterminant sur l'élaboration du SIP.

Le budget disponible pour la mise sur pied de notre système était très restreint, voire quasi inexistant et il n'était pas question d'envisager l'achat d'un micro-ordinateur. Cependant, la clinique possédait déjà toutes les chemises nécessaires ainsi qu'un classeur que nous pouvions utiliser. De plus, aucun budget spécifique n'était alloué à l'entretien du système.

7. Nature et nombre des documents

On définit les types de documents en fonction de leurs paramètres physiques: dimension (feuilles 8½" x 11", dépliants de tailles variées, cartes géographiques...), fragilité (disquettes, papier, bandes magnétiques...), etc. On doit tenir compte non seulement des types et du nombre

initial de documents, mais aussi de la croissance prévue et des politiques d'élagage. Ces données permettront de déterminer l'espace et l'équipement nécessaires. Bien entendu, la complexité du système est très liée au nombre de documents qu'il contiendra.

Dans notre cas, tous les documents étaient en papier (tirés à part, dépliants, notes de conférence, fiches techniques de produits...) et de dimensions inférieures au format d'une chemise standard. Nous n'avions au départ que 300 documents, mais nous avons estimé que le nombre de documents pourrait croître jusqu'à 1 500. Ainsi, l'équipement dont nous disposions suffirait à nos besoins.

8. *Emplacement physique du système*

Dans un premier temps, on doit déterminer si le système sera centralisé ou décentralisé. Ensuite, on choisit son emplacement. Dans tous les cas, il faut bien s'assurer que le système est accessible et bien visible. Par ailleurs, il est évident que les contraintes imposées influenceront le choix de l'équipement et l'emplacement du système.

Il fut décidé que notre système serait centralisé et situé dans un bureau de la clinique facile d'accès et fréquenté par les usagers. Nous devions, cependant, nous restreindre au seul classeur de quatre tiroirs mis à notre disposition.

9. *Temps disponible pour l'entretien et pour la mise à jour*

Plus le système sera complexe, plus il faudra prévoir de temps pour son entretien et pour sa mise à jour. De plus, on doit, dès le début, déterminer qui sera responsable de ces tâches.

Dans notre exemple, la directrice de la clinique et sa secrétaire s'occuperaient de l'entretien et de la mise à jour du système. Nous avons estimé qu'elles auraient en moyenne une heure par mois à consacrer au système. Comme c'est peu de temps, il était d'autant plus important que ces tâches puissent se faire rapidement.

10. *Indexation des documents*

En règle générale, l'indexation doit être la plus uniforme possible pour assurer l'efficacité du

système. Cependant, nous savons tous que l'indexation exige beaucoup de temps. Ainsi, il peut s'avérer nécessaire de répartir la tâche entre plusieurs personnes. Par conséquent, on doit essayer de trouver un juste milieu entre le besoin d'uniformité dans l'indexation et le temps disponible pour l'effectuer.

Dans notre cas, la directrice ne disposait pas du temps requis pour faire toute l'indexation. En conséquence, nous avons décidé que chaque personne désireuse d'ajouter des documents au système serait responsable de leur indexation. Il était donc essentiel que la procédure d'indexation établie soit assez élémentaire et très claire afin d'assurer la plus grande uniformité possible et d'inciter les usagers à l'effectuer.

11. *Politiques d'élagage*

Il faut, dès cette étape de réflexion, songer aux politiques d'élagage puisque celles-ci ont un effet sur l'espace requis pour le SIP et sur le temps nécessaire à son entretien.

À la clinique, la directrice ferait l'élagage petit à petit en vérifiant chaque fois qu'elle sortirait une chemise si les documents s'y trouvant étaient toujours pertinents. Cependant, advenant une croissance importante du nombre de documents, un élagage général serait accompli.

Choix d'un système de classification et du vocabulaire contrôlé

La seconde étape de la mise sur pied d'un SIP consiste dans le choix d'un système de classification et d'un vocabulaire contrôlé. Généralement, on doit effectuer un peu de recherche pour identifier un certain nombre de systèmes de classification dans un domaine particulier. On peut ensuite déterminer lequel serait le plus approprié. Quant au vocabulaire contrôlé, indépendamment du système de classification choisi, il doit être à la fois assez détaillé pour couvrir tous les sujets requis, et relativement simple pour en faciliter l'utilisation.

Dans le domaine de la médecine générale, nous avons identifié trois choix de systèmes de classification : la table des matières d'un manuel de médecine ; le *Medical Subject Headings* (MeSH) de la *National Library of Medicine* des États-Unis³ ; d'autres classifications des maladies telles que la *Classification internationale des*

3. *Medical Subject Headings*, Bethesda, Maryland, National Institutes of Health, National Library of Medicine, 1987.

maladies, 9e révision (CIM-9)⁴, le *Répertoire des diagnostics*⁵, l'*International Classification of Health Problems in Primary Care* (ICHPPC)⁶, etc.

Nous avons vite constaté qu'un système de classification basé sur la table des matières d'un manuel de médecine serait trop général. D'autre part, MeSH nous a semblé trop spécifique. Il aurait certes été possible de n'utiliser que certaines catégories plus générales dans le MeSH, mais le choix de vedettes-matière appropriées nous a semblé trop ardu compte tenu du temps qui nous était alloué. En outre, la traduction française de MeSH, en plus d'être difficile à trouver à Montréal, est très coûteuse.

Le *Répertoire des diagnostics* et la *CIM-9* avaient l'avantage d'être en langue française. Cependant, ils étaient, eux aussi, trop détaillés pour nos besoins et comprenaient peu de sujets para-médicaux. Nous avons donc opté pour un autre système de classification des maladies, le ICHPPC, moins détaillé et mieux adapté à nos exigences. Tout en étant basé sur la *CIM-9*, il s'adresse particulièrement aux cliniciens et est organisé par « problème médical » plutôt que par « maladie ». Par conséquent, il contient des rubriques fort utiles pour les omnipraticiens. Le ICHPPC était toutefois en anglais. Nous avons déterminé, cependant, qu'il serait possible de le traduire et de l'adapter à nos besoins dans le délai prévu pour la mise sur pied du système. Nous avons effectué la traduction à l'aide du *Répertoire des diagnostics*. En même temps, nous avons

fait de nombreuses modifications telles que l'addition de plusieurs catégories principales comme « Pédiatrie », « Gériatrie » et « Prévention », la combinaison de différentes rubriques et, inversement, la division en plusieurs rubriques d'une seule dans le ICHPPC. Ceci nous a permis d'établir notre vocabulaire contrôlé.

Nous avons également élaboré un thésaurus beaucoup plus détaillé que l'index du ICHPPC. Comprenant des termes non acceptés aussi bien que les rubriques choisies (vocabulaire contrôlé), on y trouve quelque 2 000 termes. Il constitue ainsi notre index alphabétique. De plus, afin de permettre un repérage « logique » des documents, nous avons aussi développé un index analytique.

D'autre part, le système numérique continu qui est utilisé dans le ICHPPC nous est apparu trop encombrant et ne démontrait pas la hiérarchie du système. Nous avons donc créé un système alphanumérique hiérarchique pouvant incorporer facilement de nouvelles rubriques. Ce système de classification sera décrit dans le cadre du « cas pratique » qui nous concerne.

UN CAS PRATIQUE

1. Classification hiérarchique

Le système de classification hiérarchique divise le monde de la médecine générale en vingt et une catégories principales.

TABLEAU 1
Classification hiérarchique du SIP

A	INFECTIOLOGIE
B	TUMEUR
C	PROBLÈME MÉTABOLIQUE, ENDOCRINIEN, DE LA NUTRITION ET TROUBLE IMMUNITAIRE
D	PROBLÈME DU SANG ET DES ORGANES HÉMATOPOIÉTIQUES
E	TROUBLES MENTAUX
F	PROBLÈME DU SYSTÈME NERVEUX ET DES ORGANES DES SENS
G	PROBLÈME CARDIO-VASCULAIRE
H	PROBLÈME RESPIRATOIRE
I	PROBLÈME DIGESTIF
J	PROBLÈME GÉNITO-URINAIRE
K	GROSSESSE, ACCOUCHEMENT ET SUITES DE COUCHES
L	PROBLÈME DE LA PEAU ET DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ
M	PROBLÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE ET DU TISSU CONJONCTIF
N	PÉDIATRIE
O	GÉRIATRIE
P	SYMPTÔME, SIGNE ET ÉTAT MAL DÉFINI
Q	TRAUMATISME, EMPOISONNEMENT ET ALLERGIE
R	PRÉVENTION
S	PROBLÈME SOCIAL, CONJUGAL ET FAMILIAL
T	MÉDECINE FAMILIALE
U	INTÉRÊTS SPÉCIAUX

4. *Classification internationale des maladies, neuvième révision : liste de base pour la mise en tableau suivie d'un index alphabétique*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1979.

5. *Répertoire des diagnostics : diagnostics sélectionnés de la classification internationale des maladies (CIM-9)*, [Québec], Régie de l'assurance-maladie du Québec, 1979.

6. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, *ICHPPC-2 Defined*, 3rd ed., Oxford, Oxford University Press, 1983.

TABLEAU 2

Subdivision d'une catégorie principale en rubriques

I PROBLÈME DIGESTIF (catégorie principale)			
I.1 PROBLÈME (DE LA) CAVITÉ BUCALE	I.2 PROBLÈME (DE L') OESOPHAGE	I.3 MALADIE ULCÉREUSE	}
I.1.1 PROBLÈME (DES) DENTS	I.1.2 PROBLÈME (DE LA) BOUCHE		

Ces catégories principales sont ensuite divisées en plusieurs rubriques (ou vedettes-matière) qui représentent chacune un sujet spécifique. Chaque rubrique correspond à un seul dossier du classeur. Il y a environ 360 rubriques. Ces rubriques constituent notre vocabulaire contrôlé. (Tableau 2)

2. Formation des cotes

Chaque rubrique est dotée d'une cote unique. Premièrement, une lettre majuscule représente la catégorie principale. Deuxièmement, un numéro représente la rubrique. Les cotes sont conçues de façon à ce que chaque rubrique puisse être subdivisée pour former d'autres rubriques plus spécifiques tout en respectant la hiérarchie du système.

TABLEAU 3

Formation des cotes

D	PROBLÈME DU SANG ET DES ORGANES HÉMATOPOIÉTIQUES
D.1	ANÉMIE (NSA) NON SPÉCIFIÉE AILLEURS
	D.1.1 ANÉMIE FERRIPRIVE
	D.1.2 ANÉMIE MACROCYTAIRE
	D.1.3 ANÉMIE HÉMOLYTIQUE
D.2	PURPURA
D.3	GLOBULE BLANC

La cote et le nom de la rubrique sont écrits sur la chemise correspondante. Cependant, seule la cote est marquée sur les documents classés dans les chemises, ce qui est plus rapide pour l'indexation tout en minimisant les risques d'erreur de classement.

3. Index

Pour faciliter l'indexation et le repérage des documents, nous avons dressé deux index: un index alphabétique et un index analytique. De plus, pour aider nos utilisateurs à faire bon usage du vocabulaire contrôlé, les rubriques (le vocabulaire contrôlé) paraissent toujours en lettres majuscules tandis que les termes non acceptés sont toujours écrits en lettres minuscules.

Index alphabétique

Cet index, comprenant quelque 2 000 fiches classées en ordre alphabétique, constitue notre thésaurus. Chaque fiche représente un seul terme. Il existe deux sortes de fiches: les fiches rubriques et les fiches de renvois. Les fiches rubriques comprennent les termes acceptés comme rubriques. La cote y est écrite au coin supérieur gauche. Des notes explicatives et des renvois *voir aussi* qui indiquent des sujets connexes paraissent au recto des fiches.

TABLEAU 4

Exemple d'une fiche «rubrique»

G.1.2	CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE
	INCLURE épreuve d'effort
	VOIR AUSSI HYPERLIPIDÉMIE (C.6.3)

Au verso de ces fiches sont notés les termes pour lesquels il existe des renvois *voir* ou *voir aussi*. Une liste précédée de «X» indique les termes non acceptés qui renvoient l'utilisateur à cette rubrique par un renvoi *voir*. Une liste précédée de «XX» indique les autres rubriques qui renvoient l'utilisateur à cette rubrique par un renvoi *voir aussi*. De cette façon, si jamais nous voulions

changer une rubrique, ou faire d'un terme non accepté une rubrique, tous les termes associés pourraient être facilement retrouvés et changés.

TABLEAU 5
Verso de la fiche rubrique
«MALADIE INFANTILE-IMMUNISATION»

X	Angine diphtérique Diphthérie
XX	IMMUNISATION (A.19) MALADIE INFANTILE (A.2) PÉDIATRIE (N.1)

Les fiches de renvoi *voir* comprennent les termes non acceptés comme rubriques. Elles renvoient donc l'utilisateur à la rubrique pertinente. Ces termes peuvent être: 1) des synonymes (ex. infection (des) sinus, VOIR SINUSITE (H.2); 2) des termes plus spécifiques qui sont inclus dans des rubriques plus générales (ex. nutrition-grossesse, VOIR SOIN PRÉNATAL (K.1); 3) des antonymes (ex. malnutrition-pédiatrie, VOIR NUTRITION-PÉDIATRIE (N.8).

Index analytique

L'index analytique illustre le système de classification dans son ordre hiérarchique tel que défini par les cotes. Reprenant l'ordre des catégories principales et des rubriques, il représente les dossiers tels qu'ils sont rangés dans le classeur. Il permet à l'utilisateur de trouver le sujet cherché de façon logique. Les rubriques sont suivies des notes explicatives et des renvois *voir aussi*. Ensuite, tous les termes non acceptés qui renvoient l'utilisateur à cette rubrique sont indiqués entre parenthèses.

TABLEAU 6
Index analytique

A.5	HERPÈS ZOSTER (zona)
A.6	HÉPATITE INCLURE hépatite présumée virale et pour toute autre hépatite, VOIR AUSSI PROBLÈME HÉPATIQUE (I.15)
A.7	MONONUCLÉOSE INFECTIEUSE (fièvre ganglionnaire; fièvre glandulaire; syndrome mononucléosé)
A.8	CONJONCTIVITE VOIR AUSSI CONJONCTIVITE BACTÉRIENNE (F.7.1) (pharyngoconjonctivite)

De cette façon, les usagers peuvent voir immédiatement quels sujets sont couverts par chaque rubrique.

Une de nos préoccupations, en choisissant notre système de classification et notre vocabulaire contrôlé, était que chaque problème rencontré par les médecins et les résidents de la clinique devait avoir sa place unique dans le système. C'est pourquoi, nous n'avons pas de rubrique «divers» où l'on finit inévitablement par accumuler un nombre important de documents hétéroclites.

4. Indexation

Chaque médecin ou résident est responsable de l'indexation des documents qu'il veut ajouter au système. Normalement, il doit choisir la rubrique la plus spécifique qui couvre le sujet du document. Si un document traite de plusieurs sujets, il est possible d'y attribuer plus d'une rubrique. En fait, ceci arrive très souvent. Pour ce faire, on écrit la cote correspondante à la rubrique du sujet principal au coin supérieur droit de la première page du document et on la souligne. S'il n'y a aucun sujet qui paraisse plus important que les autres, on doit arbitrairement en choisir un comme «principal» et désigner les autres comme «secondaires». Les cotes correspondant aux sujets «secondaires» sont ensuite attribuées et écrites au-dessous de la cote soulignée. Ceci indique à la personne faisant le classement que le document entier devra être classé dans la chemise correspondant à la cote soulignée et qu'une photocopie de la première page de ce document devra être mise dans chacune des chemises correspondant aux autres cotes. De cette façon, si un utilisateur ne trouve que la première page d'un document dans une chemise, il sait que le document entier se trouve dans la chemise correspondant à la cote soulignée. De plus, si un document est élagué de la collection, les copies de la première page se trouvant dans d'autres chemises peuvent être facilement enlevées aussi. Chaque cote est suivie de l'année de publication (ex. 87, 86, etc.), ce qui permet de garder facilement les documents dans l'ordre chronologique à l'intérieur des chemises. (Voir tableau 7)

TABLEAU 7

Exemple de codification d'un document
comportant un sujet principal et
deux sujets secondaires

I.2/86	Document entier classé ici
A.3/86	Première page mise dans ces chemises
P.6/86	

CONCLUSION

Comme c'est le cas de tout système de documentation, le travail n'est pas terminé après la mise sur pied d'un SIP. Il faudra se soucier de son entretien et de sa mise à jour. De plus, pour éviter que le SIP ne devienne désuet, une collaboration constante des usagers est requise, non seulement par une utilisation régulière, mais plus encore, par un ajout constant de documents. Ceci demandera beaucoup d'encouragement de la part du responsable, associé à une bonne volonté des usagers.

À une époque caractérisée par la profusion d'information, les SIP deviendront des outils de plus en plus nécessaires. En tant que bibliothécaires et documentalistes, nous serons appelés à aider davantage à la conception et au développement de systèmes d'information personnalisés pour répondre à ces nouvelles demandes. Alors, soyons prêts à relever le défi.

Catherine London
Documentaliste
Montréal

À VOTRE SERVICE

DEPUIS

1946

PERIODICA
INC.

AGENCE INTERNATIONALE
INTERNATIONALE SUBSCRIPTION
D'ABONNEMENTS AGENCY

- Entreprise canadienne-française.
- Service professionnel d'abonnement.
- Gestion informatisée.
- Service personnel aux collectivités.

1155, avenue Ducharme, Outremont, Qué., H2V 1E2
C.P. 444, Outremont, Qué., H2V 4R6
Tél.: (514) 274-5468 Téléx: 05-25134
Pour le Québec et l'Outaouais: 1-800-361-1431