



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-NEUVIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
de l'administration publique**

Le mercredi 30 septembre 2009 — Vol. 41 N° 8

Audition portant sur la vigie relative au projet
Dossier de santé du Québec

**Président de l'Assemblée nationale:
M. Yvon Vallières**

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats des commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'administration publique	75,00 \$
Commission de l'agriculture, de l'énergie et des ressources naturelles	50,00 \$
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Commission de la culture et de l'éducation	100,00 \$
Commission de l'économie et du travail	100,00 \$
Commission des finances publiques	75,00 \$
Commission des institutions	100,00 \$
Commission des relations avec les citoyens	25,00 \$
Commission de la santé et des services sociaux	75,00 \$
Commission des transports et de l'environnement	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	30,00 \$

Achat à l'unité: prix variable selon le nombre de pages.

Règlement par chèque à l'ordre du ministre des Finances et adressé comme suit:

Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec, Qc
G1A 1A3

Téléphone: 418 643-2754
Télécopieur: 418 643-8826

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires dans Internet à l'adresse suivante:
www.assnat.qc.ca

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente de l'administration publique

Le mercredi 30 septembre 2009 — Vol. 41 N° 8

Table des matières

Exposé du Vérificateur général, M. Renaud Lachance	1
Exposé du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Jacques Cotton	2
Exposé du représentant du président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, M. Louis Côté	4
Exposé de la présidente-directrice générale de l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean, Mme Martine Couture	5
Discussion générale	6
Partage des coûts avec Inforoute Santé du Canada	6
Déploiement des composantes technologiques du Dossier de santé du Québec (DSQ)	7
Respect de l'échéancier et du budget	8
Arrimage du Dossier patient électronique au DSQ	10
Suivi des projets	12
Respect de l'échéancier et du budget (suite)	13
Objectifs du DSQ	15
Suivi des recommandations du Vérificateur général	15
Approche de déploiement du DSQ avec les agences de la santé et des services sociaux	16
Partage des coûts avec Inforoute Santé du Canada	17
Approche de déploiement du DSQ avec les agences de la santé et des services sociaux (suite)	19
Participation de la Régie de l'assurance maladie au DSQ	20
Négociation d'ententes avec les cliniques privées pour l'utilisation du DSQ	20
Coûts d'implantation du DSQ	20
Arrimage du Dossier patient électronique au DSQ (suite)	21
Changements apportés à la gouvernance du DSQ	22
Perception de la population par rapport au DSQ	23
Suivi des projets (suite)	24
Effectif affecté au DSQ	25
Projet pilote	25
Arrimage du Dossier patient électronique au DSQ (suite)	27
Effectif affecté au DSQ (suite)	28

Autres intervenants

M. Yvon Marcoux, vice-président

M. Henri-François Gauthrin

M. Pierre Reid

M. Bernard Drainville

M. Patrick Huot

M. Michel Matte

M. Guillaume Tremblay

M. Mathieu Traversy

M. Jean D'Amour

M. André Drolet

M. Daniel Ratthé

* M. Bernard LeFrançois, ministère de la Santé et des Services sociaux

* Témoin interrogé par les membres de la commission

Le mercredi 30 septembre 2009 — Vol. 41 N° 8

Audition portant sur la vigie relative au projet Dossier de santé du Québec

(Quinze heures six minutes)

Le Président (M. Marcoux): À l'ordre, s'il vous plaît! Comme nous avons quorum, M. le secrétaire, vous avez constaté quorum, donc je déclare la séance de la Commission de l'administration publique ouverte.

Je demande à toutes les personnes qui sont dans la salle, si, par malheur, elles l'avaient oublié, de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires.

M. Gauthrin: Nous l'avions oublié.

Le Président (M. Marcoux): Et l'objet de cette séance de la commission porte sur la vigie qui est relative au Dossier de santé du Québec.

M. le secrétaire, y a-t-il des remplacements et des membres temporaires?

Le Secrétaire: M. le Président, aucun remplacement, mais M. Drainville (Marie-Victorin) sera présent en tant que membre temporaire.

Le Président (M. Marcoux): Alors, merci. Donc, le déroulement de la séance va se faire de la façon suivante: d'abord, le Vérificateur général va faire un bref exposé, comme c'est la tradition; suivra le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux; le président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, mais qui est remplacé par M. Louis Côté parce que le président, M. David Levine, il y a des décès dans sa famille — donc, M. Côté, bienvenue; et également la présidente de l'Agence de santé et services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean.

Et après, bien, il y aura des échanges avec les membres de la commission pour environ 1 h 50 min. Alors, je vais, si vous voulez, si vous êtes d'accord, céder la parole au Vérificateur général. Alors, M. le Vérificateur général.

**Exposé du Vérificateur général,
M. Renaud Lachance**

M. Lachance (Renaud): M. le vice-président, Mmes et MM. les membres de cette commission, M. le sous-ministre du ministère de la Santé et des Services sociaux et vos collaborateurs, Mme la présidente et M. le président des agences de santé, c'est avec un grand intérêt que je participe à cette séance de la Commission de l'administration publique portant sur le Dossier de santé du Québec, le DSQ.

Les résultats détaillés de cette vigie se retrouvent dans le chapitre VI du tome I de mon rapport à l'Assemblée nationale publié en mai 2009. Ce rapport présente, pour une deuxième année, les résultats de ma vigie relative à ce dossier. Ce dernier a pour but de rendre accessibles électroniquement aux professionnels de la santé habilités certaines informations cliniques pertinentes pour le suivi et la prise en charge des patients, quel que soit le lieu où la personne reçoit des services de santé au Québec.

Au départ, l'investissement prévu à cet égard était de 563 millions de dollars financés par le gouvernement du Québec, 260 millions, et par Inforoute Santé du Canada, 303 millions. L'implantation devait se réaliser en quatre ans, soit de 2006 à 2010, avec un nombre d'utilisateurs potentiels évalué à 95 000. Mes travaux ont fait ressortir divers éléments expliquant pourquoi ce grand projet ne se déroule pas comme cela avait été initialement planifié.

D'abord, il y a un risque important que les utilisateurs et les prestataires de services n'adhèrent pas au DSQ. Actuellement, des régions fournissent beaucoup d'efforts pour la mise en place d'un dossier patient électronique, le DPE, et ce, parallèlement au DSQ. Le DPE est le dossier informatisé local du patient. Le développement de ce système d'information mobilise les mêmes ressources, mais différents milieux ont fait du DPE une priorité, ce dernier étant vu comme offrant davantage de bénéfices à court terme que le DSQ. À ce jour, aucune stratégie n'a été établie par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour réussir l'arrimage entre le DPE et le DSQ.

● (15 h 10) ●

Deuxième constat. Le ministère a reporté d'une année la date de fin du DSQ, maintenant fixée à juin 2011. Tous les projets qui le composent ont pris des retards de plusieurs mois, voire d'années, et une bonne partie d'entre eux ne se termineront pas avant décembre 2010.

Troisième constat. Le projet pilote du DSQ, qui a débuté avec plusieurs mois de retard, devait être mené à terme le 30 juin 2009. Une seconde phase non prévue au départ a été ajoutée, ce qui renvoie au 30 juin 2010 la fin de ce projet. Par ailleurs, un problème a été soulevé lors de l'expérimentation relativement aux données des systèmes de laboratoires hospitaliers, qui doivent alimenter le DSQ. Celles-ci n'ont pas été normalisées, et des investissements majeurs sont nécessaires pour régulariser le tout.

Quatrième constat. Le ministère a diminué la portée du déploiement, puisque l'objectif est maintenant de dénombrer, d'ici décembre 2010, 5 500 utilisateurs répartis dans cinq à huit régions. À son avis, c'est la cible minimale afin d'assurer la pérennité des investissements. Toutefois, le ministère n'a pas établi d'échéancier pour l'ensemble des 37 000 utilisateurs disséminés dans 18 régions du Québec. Il considère que l'implantation dépendra de l'adhésion des régions et des prestataires de services.

Enfin, les coûts totaux du DSQ ne sont toujours pas connus. Le montant initial, estimé à 563 millions de dollars, n'a pas été revu en fonction des modifications apportées aux deux autres paramètres, soit la portée et l'échéancier. Il convient d'ajouter à ce montant les investissements préalables, d'abord évalués à 327 millions de dollars, qui n'ont pas été révisés non plus. Somme toute, ni l'échéancier ni la portée définis au début de ce projet ne seront respectés. De plus, un arrimage efficient entre le DSQ et le DPE est nécessaire.

Compte tenu de mes constats et des enjeux associés à ce dossier, j'ai invité le ministère à faire le point de façon

détaillée sur le déroulement de ce projet et à déterminer les suites à y donner.

En terminant, je vous offre mon entière collaboration et je vous remercie de votre attention.

Le Président (M. Marcoux): Alors, merci, M. le Vérificateur général. Je cède maintenant la parole au sous-ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Jacques Cotton. M. le sous-ministre.

Exposé du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Jacques Cotton

M. Cotton (Jacques): M. le Président, Mmes et MM. les membres de cette commission, M. le Vérificateur, il me fait plaisir de répondre à l'invitation de la Commission de l'administration publique à venir échanger sur le Dossier de santé du Québec, DSQ, suite à la vigie effectuée par le Vérificateur général du Québec pour l'année 2009-2010.

Permettez-moi de vous présenter les personnes qui m'accompagnent. Il s'agit de M. Bernard LeFrançois, sous-ministre adjoint aux technologies de l'information; de M. Marc Vézina, directeur par intérim du Bureau du DSQ; de M. Philippe Moss, directeur des services financiers et d'affaires pour le Bureau du DSQ.

Je salue également mes co-invités: Mme Martine Couture, présidente-directrice générale, P.D.G. de l'Agence de santé et des services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean, et M. Louis Côté, directeur des ressources humaines, information, planification et affaires juridiques à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

D'entrée de jeu, j'aimerais souligner l'importance que le ministère accorde au travail de vigie du Vérificateur général du Québec dans le Dossier de santé du Québec. Face à un ensemble de projets aussi complexes qui n'a pas de précédent au Québec, nous avons besoin de toute l'expertise du VGQ et de son regard externe pour nous aider à cheminer dans le respect des meilleures pratiques de gouvernance. Nous prenons donc très au sérieux les recommandations du VGQ, les acceptons et mettons tout en oeuvre pour y donner suite.

L'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux est en marche depuis une trentaine d'années au Québec. Elle s'est avérée un facteur important d'accroissement de la productivité du secteur au cours de cette période. Le DSQ est de loin la plus vaste initiative jamais entreprise en ce sens et, par son ampleur, sa complexité et les enjeux qu'elle comporte, mérite amplement l'attention que lui accordent les parlementaires. Dans le temps qui m'est alloué, il ne me sera pas possible de présenter le DSQ dans toute sa complexité. C'est pourquoi nous avons fait parvenir une fiche synthèse rappelant les principaux paramètres du portefeuille de projets et donnant une brève description de chacune des composantes.

Rappelons quand même la finalité du DSQ, qui est de faciliter la circulation et le partage de l'information clinique, notamment les données sur les médicaments et les résultats des examens de laboratoire et de radiologie, entre les professionnels autorisés des établissements, des cliniques et des pharmacies, tout en assurant un très haut niveau de sécurité quant à la confidentialité de l'information. Il s'agit d'un ensemble de 11 projets distincts mais étroitement interreliés. On peut même parler de 18 projets,

si on tient compte des sous-projets en télésanté, qui ont tous une existence propre. Le coût de réalisation de cet ensemble est estimé à 563 millions de dollars, budget financé à la hauteur de 303 millions de dollars par Info-Route Santé du Canada.

Avant d'entreprendre nos échanges sur les recommandations formulées par le VGQ, j'aimerais présenter aux membres de la commission le nouveau contexte dans lequel évolue le DSQ. En effet, un ensemble d'initiatives ont été prises récemment qui vont dans le sens des préoccupations du Vérificateur général du Québec. Pour comprendre les ajustements en cours, il est important de rappeler que l'approche retenue à l'origine a été de considérer l'ensemble des projets comme un tout. Toutes les composantes sont alors développées simultanément pour arriver à un déploiement global région par région. Cette approche a été la bonne pour la phase de définition des besoins, de conception et de développement des différentes solutions parce que c'était la seule façon d'avoir une vue d'ensemble d'un champ d'affaires aussi vaste. Avoir procédé projet par projet à cette étape n'aurait pas permis de développer la vision qui nous permet d'apporter les ajustements nécessaires au DSQ en toute connaissance de cause.

Quels sont-ils, ces ajustements? C'est, d'abord et avant tout, la transformation d'un projet mené jusqu'à présent en bloc en un portefeuille de projets dont les éléments peuvent évoluer de façon distincte et être déployés selon un ordonnancement qui tient compte des priorités et de réalités régionales différentes. L'axe principal est la volonté ministérielle de déployer rapidement des services concrets aux cliniciens, pharmaciens et établissements de santé du Québec dans le cadre du DSQ. Pour ce faire, il est apparu nécessaire d'inverser l'approche globale qui a prévalu depuis le début pour passer à une approche modulée, en concertation avec les régions et en appui à leurs priorités. Dans ce contexte, l'arrimage avec les dossiers patients électroniques en cours de développement dans les établissements et les cliniques de plusieurs régions, arrimage qui est une des préoccupations du VGQ, est plus facilement réalisable. Nous pouvons cheminer au rythme de chaque région, réaliser avec elles les ajustements techniques garantissant l'interopérabilité du DSQ.

L'autre changement majeur concerne la gouverne du projet. Essentiellement — et c'est là une préoccupation du VGQ — les liens organiques entre le DSQ et le ministère ont été renforcés et structurés. Dans un grand chantier informatique, il est normal que les étapes de conception, de définition et de développement, limitées dans le temps, laissent plus de place aux ressources externes. Plus on s'approche de la mise en production, plus les exigences de continuité et de coordination avec les autres priorités organisationnelles du ministère nécessitent une prise en charge du projet par des ressources internes. C'est pourquoi le DSQ a été intégré au sein de la Direction générale des technologies de l'information du ministère en avril dernier et placé sous la responsabilité du sous-ministre adjoint des technologies de l'information. Cette évolution s'est poursuivie en août et septembre, alors que l'intérim à la direction du Dossier de santé du Québec a été assumée par le directeur des ressources informatiques du ministère et que, graduellement, les activités du DSQ ont été intégrées aux équipes ministérielles, qu'il s'agisse des

communications, de l'architecture, de la gestion financière, du bureau de projets ou du soutien à la clientèle.

Sur le plan de la gouvernance, non seulement le comité de direction du ministère, que je préside, assure un suivi régulier du dossier, mais un comité ministériel stratégique spécial a été constitué avec le mandat de s'assurer de l'arrimage entre les solutions en développement et les besoins d'affaires du ministère. L'ensemble des autres comités consultatifs de nature clinique, administrative ou technologique, qui réunissent des spécialistes du réseau partout au Québec, demeurent en place. Par ailleurs, nous comptons collaborer avec la RAMQ à une intégration optimale des différentes composantes faisant appel à d'autres partenaires institutionnels, notamment des réseaux universitaires intégrés de santé, pour le volet de l'imagerie médicale.

● (15 h 20) ●

L'évolution récente du dossier est normale dans un contexte de continuité. Les ressources internes de l'État sont ainsi appelées à occuper de plus en plus de place dans la gestion et les opérations, et ce, pour des raisons d'efficacité, de cohérence et d'économie. Le DSQ est donc maintenant conçu comme un portefeuille de projets interreliés mais distincts et il est intégré à la structure du ministère. Sur cette double base, une stratégie de déploiement révisée domaine par domaine a été mise de l'avant. Le domaine Médicaments fera l'objet de premières livraisons à des médecins volontaires de groupes de médecins de famille, de salles d'urgence et de certaines cliniques, de même qu'à des pharmaciens communautaires de la région de la Capitale-Nationale dès le début de 2010. La solution complète, incluant le prescripteur électronique, y sera déployée pour la première moitié de 2010 et s'étendra progressivement aux autres régions du Québec. C'est, je crois, une approche plus réaliste et respectueuse d'un réseau d'établissements et de professionnels dont la priorité est de rendre des services à la population au jour le jour et non pas de s'adapter à l'implantation d'un nouveau système informatique, aussi intéressant et prometteur soit-il. Parallèlement, le projet expérimental qui a permis de tester certaines composantes et leurs interactions entre elles dans la région de la Capitale-Nationale se poursuivra sous la forme d'un site pilote où les différentes fonctionnalités seront testées au fur et à mesure avant leur déploiement à plus vaste échelle.

Aborder le DSQ comme un portefeuille de projets interreliés mais distincts commande d'aborder la question de l'échéancier de façon différente. Il est clair qu'un calendrier d'ordonnement des différentes livraisons doit être élaboré. Cet exercice est en cours, et le ministère entend proposer au cours de l'automne une planification pour chaque solution. Cette planification sera établie en concertation avec les régions, qui ont un grand rôle à jouer dans la mise en production de l'opération du DSQ. Les points de contrôle inscrits dans des cheminements critiques permettront un suivi rigoureux de ce calendrier d'ordonnement.

Certains projets accusent un retard sur l'échéancier original, mais plusieurs vont bien. En modifiant l'approche globale, qui forçait l'ensemble à aller au rythme de la plus lente de ses parties, l'objectif est de permettre à ces projets d'aller de l'avant pendant que les équipes concentrent leurs efforts pour régler la problématique des dossiers les plus lents. Nous demeurons confiants que

les solutions du DSQ seront disponibles pour l'ensemble des régions du Québec en 2011 selon une géométrie et à un rythme qui pourraient varier d'une région à l'autre. Il faut comprendre que les solutions du DSQ seront rendues disponibles aux intervenants, établissements, cliniques, laboratoires ou pharmacies qui y ont adhéré. Nous croyons que l'approche graduelle et l'arrimage avec les réalités régionales que nous proposons vont faciliter ce processus d'adhésion.

Pour ce qui est du budget, nous avons entrepris, dans le cadre des ajustements à la stratégie de déploiement, une révision des besoins du DSQ en termes de ressources humaines, de budget et d'utilisation des contingences. Ce nouveau portrait financier sera disponible en janvier prochain. Selon les données disponibles à ce jour, les dépenses de projets sont à l'intérieur des limites budgétaires prévues, lesquelles sont à l'intérieur du contour financier. Ainsi, les dépenses totales du DSQ au 31 mars 2009 s'élevaient à 177 millions sur des investissements prévus de 563 millions. Le niveau de dépenses était, à cette date, de 31,5 %, et le niveau d'avancement mesuré en termes de jalons prévus aux ententes avec Inforoute Santé du Canada était de 32,8 %. Il y a donc concordance entre ces deux données de base, et nous avons toutes les raisons de croire que cette situation ne changera pas dans le prochain rapport financier attendu sous peu.

Voilà pour le passé et le présent. Pour l'avenir, les informations dont nous disposons actuellement nous permettent d'être optimistes. Premièrement, comme je l'ai indiqué précédemment, plusieurs des composantes les plus importantes du portefeuille vont bien. C'est le cas, notamment, du domaine des médicaments, ce qui nous permet de commencer le déploiement par cette fonction, des images diagnostiques, dont la numérisation dans le cadre du DSQ a déjà un impact clinique majeur dans les établissements, et des projets de télésanté réalisés en partenariat avec les réseaux universitaires intégrés, qu'il s'agisse de la télépathologie, de la téléassistance en soins de plaies ou encore de l'assistance ventilatoire à domicile.

À titre d'exemple, à la fin août, plus de 3 millions de radiographies ont été numérisées grâce aux équipements mis en place à la grandeur du Québec dans le cadre du DSQ, permettant ainsi de hausser à 90 % la proportion d'images médicales disponibles sous forme numérisée dans les établissements. Grâce au DSQ, dès à présent, ce sont des milliers de professionnels des établissements publics de santé qui travaillent localement avec les systèmes déployés. Ils font la lecture des examens, des diagnostics, des rapports avec plus de précision et d'efficacité pour un meilleur service à la population. Certains projets s'avèrent plus complexes, notamment ceux concernant l'identification des intervenants et des usagers et les examens de laboratoire.

La nouvelle approche a pour but de permettre de continuer à avancer avec tout ce qui va bien, tout en mettant les efforts requis sur les projets qui demandent des ajustements. De plus, par rapport à l'ancienne structure, elle permet de mobiliser plus facilement les ressources du ministère et du réseau en appui aux projets en question. Sans prétendre que tout est réglé, il est possible d'affirmer que globalement le DSQ est sur ses rails. Le chemin parcouru jusqu'à présent est impressionnant, et, au moment où nous approchons des premières livraisons concrètes, les ajustements apportés à la gouvernance et à la stratégie

de déploiement nous permettent d'être confiants quant au respect du budget et de l'échéancier. Merci, M. le Président. Il me fera plaisir de répondre aux questions des membres de la commission.

Le Président (M. Marcoux): Alors, merci, M. le sous-ministre. Maintenant, je vais céder la parole au représentant de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Alors, M. Louis Côté.

Exposé du représentant du président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, M. Louis Côté

M. Côté (Louis): M. le Président, MM. les députés membres de la commission, je remplace aujourd'hui, comme on l'a dit, le président-directeur général de l'agence de Montréal, M. David Levine, qui ne pouvait se présenter devant vous en raison du décès récent de sa mère et, en son nom, je vous remercie de son invitation. Je vais profiter des quelques minutes qui nous sont accordées pour vous présenter brièvement les travaux qui ont été réalisés ou entrepris dans notre région afin de doter le réseau montréalais d'un dossier patient électronique.

D'entrée de jeu, il faut dire que nous sommes convaincus depuis longtemps de la nécessité de développer et d'implanter un tel dossier patient électronique. Dès 2002-2003, l'agence de Montréal s'est engagée activement dans un processus visant à réaliser cet objectif jugé prioritaire. Dans un premier temps, nous avons collaboré avec le CHUM et le Centre universitaire de santé McGill dans leur décision — c'était une première — de s'associer pour lancer un appel d'offres conjoint dans le but de choisir une solution commune et un même fournisseur pour les deux établissements. Le produit OACIS a été retenu au terme de cet appel d'offres, qui prévoyait déjà la possibilité de répliquer la solution choisie dans l'ensemble des établissements de Montréal et des autres régions du Québec. Comme je le montrerai tout à l'heure, cette prévision a été bénéfique pour Montréal et bientôt pour d'autres régions.

OACIS est tout simplement un système qui permet aux cliniciens de voir à l'écran le dossier informatisé de leurs patients. Donc, pour chacun de ces patients, un médecin peut voir ainsi sur une même page d'écran les médicaments prescrites, les résultats de laboratoire, les résultats des tests d'imagerie réalisés dans son établissement. À terme, OACIS permettra aussi d'inscrire les notes des médecins et des professionnels au dossier, de transmettre des requêtes, d'élaborer et de suivre les plans d'intervention multidisciplinaires. Il faut noter ici un détail important: seules les informations contenues dans le dossier patient de l'établissement sont accessibles par OACIS. On y reviendra plus loin pour démontrer l'importance du DSQ comme complément.

En 2004, l'implantation d'OACIS a débuté au CHUM et au CUSUM, et, dans chacun de ces milieux, OACIS a suscité l'enthousiasme de plusieurs médecins et cliniciens qui en ont fait la promotion auprès de leurs collègues et de leurs équipes. C'est d'ailleurs grâce à ces leaders médicaux que l'intérêt pour OACIS s'est répandu au CHUM et au CUSUM, ainsi que dans d'autres établissements de la région. Actuellement, ce dossier clinique là informatisé, au CHUM et au CUSUM, est largement

utilisé par les médecins et les professionnels de ces deux centres-là.

En janvier 2006, l'agence de Montréal a adopté son plan stratégique régional en matière de ressources informationnelles. Ce plan prévoyait le recours à la clause qui était inscrite au contrat de 2003, permettant le déploiement d'OACIS dans d'autres hôpitaux de la région, au début en priorisant les hôpitaux à vocation universitaire comme Sainte-Justine, Sacré-Coeur, par exemple. Par la suite, le projet s'est élargi pour inclure tous les hôpitaux de soins de courte durée de la région ainsi que ceux faisant partie d'un CSSS. Aujourd'hui, OACIS est largement, donc, utilisé, comme je le disais, au CHUM et au CUSUM. Il est en déploiement actuellement à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, à l'Hôpital général juif et à l'hôpital de Verdun, qui fait partie du CSSS Sud-Ouest—Verdun. Au printemps 2009, l'agence a amendé son entente avec TELUS...

Une voix: ...

M. Côté (Louis): Pardon?

Une voix: Verdun.

M. Côté (Louis): Qu'est-ce que j'ai dit?

Une voix: ...

● (15 h 30) ●

M. Côté (Louis): Ah! Verdun. Au printemps 2009, l'agence a amendé son entente avec TELUS pour permettre le déploiement des principales composantes d'OACIS dans tous les établissements montréalais d'ici mars 2013, incluant donc tous les centres de santé et services sociaux, les centres d'hébergement, les centres jeunesse, etc. La numérisation des dossiers est prévue au contrat et va commencer à s'implanter au CHUM cet automne, permettant l'utilisation totale par le personnel uniquement en données numériques... On va numériser tous les documents papier dans les établissements à travers cet ajout-là.

Et aussi on a ouvert la possibilité que d'autres régions se prévalent des mêmes ententes. Pour le moment, la région de Lanaudière a déjà choisi d'adopter OACIS et a pris les ententes nécessaires avec notre agence à cette fin, et d'autres régions envisagent sérieusement cette option. D'ici 2013, donc, tous les établissements de Montréal seront dotés du même système, et tous les cliniciens de la région travailleront avec les mêmes outils informatiques.

Les coûts de cette opération sont entièrement défrayés à même notre budget régional, et l'entente conclue avec TELUS permet d'étaler les coûts et les livraisons sur une période de 10 ans. Les livraisons principales vont être faites d'ici 2013, et les livraisons complémentaires vont se continuer dans les six années qui vont se continuer dans les six années qui vont suivre par la suite. Et on profite... Évidemment, c'est une collaboration interétablissements. Ce qui se développe maintenant à l'Hôpital Douglas, par exemple, en santé mentale, une fois installé là, va être rendu disponible aux autres établissements qui utilisent OACIS.

Les avantages d'OACIS, donc, sont réels et reconnus. Ce système, par contre, a ses limites, il ne donne accès qu'aux informations contenues dans le dossier

patient de l'établissement où travaillent le médecin et le professionnel. C'est là que le DSQ entre en jeu. La grande force du DSQ résidera dans sa capacité à mettre à la disposition des cliniciens autorisés l'ensemble des informations cliniques requises pour établir un diagnostic rapide et un traitement efficace. En particulier, on pense ici aux informations provenant des pharmacies communautaires sur les médicaments, aux résultats des tests, examens de laboratoire et d'imagerie, quel que soit l'endroit où ça aura été réalisé. Donc, si vous arrivez au CHUM puis vous avez été à l'hôpital de Saint-Jérôme deux heures avant, ce sera accessible par les médecins du CHUM en mode électronique dans son dossier patient électronique. Donc, l'appui dans la région de Montréal au projet DSQ est acquis depuis ses débuts, comme en témoigne notre plan de 2006 où il y avait une section complète sur la collaboration au déploiement du DSQ.

Nous avons déjà, actuellement, mis en place toute l'infrastructure permettant l'hébergement des serveurs requis pour les dépôts d'imagerie des RUIS de l'Université de Montréal et de l'Université McGill qui desserviront 11 régions du Québec dans le cadre du projet DSQ. Et nous travaillons depuis plusieurs mois avec le ministère afin de définir et de préparer les activités qui seront requises pour intégrer le Dossier patient électronique OACIS au DSQ. L'objectif est tout simple, c'est simplement de permettre, par exemple, au médecin du CHUM d'accéder aux données disponibles dans les dépôts du DSQ sur les médicaments utilisés par son patient à travers le même visualisateur qu'il utilise tous les jours dans son travail quotidien au CHUM, et c'est la même chose partout. L'idée, dans le fond, c'est que les médecins qui utilisent quotidiennement un outil électronique vont être des grands utilisateurs de ce qui est disponible dans le DSQ parce que, tous les jours, ces médecins-là travaillent avec un dossier électronique, tous les jours ils utilisent l'ordinateur, et il va y avoir un icône dans leur fenêtre qu'ils vont pouvoir utiliser pour aller chercher ce qui les intéresse dans le Dossier de santé Québec, notamment les médicaments consommés en pharmacie communautaire. Donc, c'est ça qui est l'enjeu de l'intégration, ni plus ni moins, et on travaille activement à finaliser le manuel d'organisation de projet pour compléter cette étape-là avec l'équipe du Dossier de santé Québec. Je vous remercie beaucoup.

Le Président (M. Marcoux): Alors, merci, M. Côté. Je cède maintenant la parole à la présidente-directrice générale de l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean, Mme Martine Couture.

**Exposé de la présidente-directrice générale
de l'Agence de la santé et des services sociaux du
Saguenay—Lac-Saint-Jean, Mme Martine Couture**

Mme Couture (Martine): Alors, M. le Président, membres de la commission, la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean considère comme un privilège de pouvoir exposer devant cette commission les démarches qu'elle a menées dans le cadre du projet du Dossier de santé du Québec.

À mon tour, je vous présente les personnes qui m'accompagnent: donc, Dr Donald Aubin, directeur des

services de santé, affaires médicales et universitaires; M. Gilles Simard, directeur des ressources financières, matérielles et informationnelles; et Mme Louise Jobin, chef de service aux ressources informationnelles.

Au cours de mon allocation, je vous ferai part, d'abord, des impacts de l'inclusion des projets du DSQ sur la planification et les réalisations de la région et de nos enjeux et priorités, particulièrement en lien avec l'implantation d'un dossier clinique informatisé ou le Dossier patient électronique.

Mais permettez-moi, d'abord, de dresser un portrait sommaire de la stratégie de notre région en matière de ressources informationnelles dont la pierre angulaire est notre plan directeur régional. Notre région a adopté son plan directeur régional en ressources informationnelles en décembre 2004, et nous en avons assuré une révision régulière. Notre stratégie prévoit, dans un premier temps, la mise à niveau des différents systèmes, rehaussement et modernisation, l'amélioration continue des aspects liés à la sécurité, la mise en commun des infrastructures, de la gestion des systèmes et de l'expertise technologique, de même que l'implication accrue des détenteurs d'actifs informationnels et la révision de leur rôle. À moyen terme, nous visons une intégration des systèmes et la mise en place d'un dossier clinique informatisé.

L'arrivée des projets du Dossier de santé du Québec a constitué un élément structurant important. Notre région a toujours confirmé son engagement au regard de l'objectif global de ces projets. À ce jour, nous constatons l'importance des alignements et des actions, et ce, même si certains résultats ou échéances ont dû être reportés. Ces projets ont donné lieu à plusieurs travaux dont voici un aperçu. Des travaux de consolidation ont été entrepris tant au niveau de notre technocentre régional que des établissements. La modernisation des salles de serveurs informatiques et la construction d'un site de relève qui sera opérationnel au début 2010 en sont des exemples.

L'implantation d'un PACS constitue une priorité pour notre région depuis 1998. En 2003, un appel d'offres régional avait été lancé, et une solution avait été choisie. L'année suivante, notre région interrompait son projet pour se joindre à la démarche suprarégionale du RUIS Laval. Notre région a donc été la première à implanter le PACS. L'implantation a débuté à l'automne 2007 et devait se terminer en avril 2008. Elle a exigé plus de temps en raison de nombreux ajustements que nous avons dû apporter et qui sont propres à toute expérience pilote. Cependant, nous avons déjà une meilleure gestion de l'imagerie, puisque le projet est pratiquement complété à l'égard des composantes qui étaient prévues.

L'Index patients maître. Nous avons amorcé la phase d'implantation de l'Index patients maître au printemps 2007. Le Centre de santé et de services sociaux Domaine-du-Roy, situé à Roberval, a agi à titre de site pilote. Bien que plusieurs problématiques aient été constatées en cours de route, l'implantation est réalisée à 80 % dans cinq des six CSSS de notre région. Nous prévoyons la compléter au printemps 2010.

Depuis 2007, les travaux de planification du déploiement du Réseau de services intégrés pour personnes âgées, qu'on appelle RSIPA, ont été menés en cohérence avec les orientations provinciales. En septembre 2009, l'agence confirmait au ministère son engagement et celui des établissements du Saguenay—Lac-Saint-Jean à

mettre en oeuvre le RSIPA et à livrer sa première version informatisée.

Le visualiseur DSQ, maintenant. Comme notre région avait été ciblée pour faire partie de la première vague de déploiement, le Bureau du DSQ nous a interpellés en février 2009 pour nous inviter à devenir la seconde région, après celle de la Capitale-Nationale, à déployer le visualiseur du DSQ. Un groupe de travail constitué des représentants du Bureau du DSQ et de notre agence a permis d'apporter plusieurs précisions sur le projet. Des compléments d'information sont à venir sur quelques points, entre autres sur les coûts récurrents et certaines spécificités technologiques de l'infrastructure.

Au printemps 2008, l'implantation du dossier clinique informatisé est devenue prioritaire pour la région. Les directions d'établissement et l'agence convenaient d'une démarche commune impliquant une solution unique pour la région. Après avoir analysé toutes les opportunités offertes sur l'échiquier québécois, nous avons jugé qu'il était pertinent à court terme de définir le contour d'un éventuel partenariat avec justement l'agence de Montréal en vue de déployer la solution qu'elle avait retenue. C'est dans ce contexte qu'en septembre 2009 le conseil d'administration de l'agence mandatait la présidente-directrice générale à convenir et signer les ententes nécessaires à l'élaboration d'un projet de partenariat.

Il y a certes un constat de retard au Québec quant à l'informatisation clinique. Nous percevons cependant, avec le projet du Dossier de santé du Québec, une volonté de combler ce retard pour maintenir et accroître la réponse aux besoins de la population. Les orientations provinciales actuelles, les ajustements qu'elles commandent nous permettent de croire que nous sommes sur la bonne voie. Nous devons prioritairement consolider l'intégration horizontale de nos systèmes et initier le développement du dossier clinique informatisé, et ce, dans un contexte légal mieux adapté.

Dans un second temps, nous devons assurer la disponibilité de l'information pour le visualiseur DSQ. La réalisation demeure fonction des ressources financières et humaines. Dans notre région, se trouvent plus de 10 000 travailleurs dont le rythme d'adaptation aux changements est variable. Nous devons en tenir compte tout en nous concentrant sur l'objectif. Nous convenons qu'au regard de la vision et des orientations il faut garder le cap. Pour l'approche et les moyens, il faut davantage intégrer les processus dans les établissements. Puisqu'il faut maintenant prévoir l'ajout du dossier clinique informatisé, un tel projet d'une portée aussi vaste doit être révisé en termes de moyens utilisés et de moyens disponibles.

Je vous remercie. Il nous fera plaisir de répondre aux questions des membres de la commission.

Discussion générale

Le Président (M. Marcoux): Alors, merci, Mme la présidente-directrice générale. Donc, nous allons procéder maintenant à la période d'échange avec les membres de la commission, qui va être d'une durée d'environ 1 h 50 min, jusqu'à 17 h 30. Nous allons partager à peu près également entre les deux groupes parlementaires cette période de questions, donc environ 50 minutes chacun. Si le député de Shefford, qui est également membre de la commission,

devient présent, à ce moment-là on lui réservera un 10 minutes.

Les échanges vont se faire en alternance avec les groupes parlementaires. De tradition, c'est à peu près 10 minutes chaque, incluant les questions et réponses. Bien entendu, on pourra ajuster, le cas échéant, un peu en cours de route. Alors, ce serait la façon dont nous allons procéder. Et le premier intervenant qui m'a demandé la parole est le député de Verdun, alors je vais lui céder la parole pour 10 minutes, et après...

● (15 h 40) ●

M. Gauthrin: Bien, c'est-à-dire je vais essayer de partager avec certains collègues, puisqu'on a peu de temps. J'ai un certain nombre de questions précises à vous poser et, après, j'aurai une demande plus globale.

Partage des coûts avec Inforoute Santé du Canada

Vous me dites, à votre page 13, M. Cotton, dans votre rapport: Le niveau de dépenses était celle de 31,5 %, et le jalon était de 32,8 %. Est-ce que je dois comprendre que le gouvernement fédéral, sur les 563 millions qu'ils doivent... non, c'est sur le montant qu'ils doivent contribuer, ont été versés à... 32 % de ce montant a été versé au projet du dossier patient?

M. Cotton (Jacques): Pas exactement. On ne peut pas faire un lien direct par rapport au pourcentage de financement parce qu'au départ le gouvernement fédéral a donné une mise de fonds de 20 % dans ce projet-là. Mais, actuellement, on a reçu du gouvernement fédéral, en date du 31 mars 2009, 92 millions dans ce projet-là. O.K.?

M. Gauthrin: Sur un potentiel de...

M. Cotton (Jacques): Sur le potentiel du 300 quelques...

M. Gauthrin: ...

M. Cotton (Jacques): L'engagement du gouvernement fédéral de 300 quelques millions.

M. Gauthrin: Ce qui correspond, grosso modo, au tiers, si je...

M. Cotton (Jacques): À peu près, mais...

M. Gauthrin: Sans rentrer dans les détails...

M. Cotton (Jacques): C'est ça. Mais on ne peut pas faire nécessairement le lien par rapport au développement parce qu'il y a eu une mise de fonds au départ de 20 %...

M. Gauthrin: Est-ce que vous pourriez nous donner ces informations...

M. Cotton (Jacques): Oui, on peut déposer le...

M. Gauthrin: ...nous déposer cette information sur le financement qui vient des deux côtés?

M. Cotton (Jacques): Oui.

Déploiement des composantes technologiques du Dossier de santé du Québec (DSQ)

M. Gauthrin: Merci. Vous terminez votre... en signalant... Je comprends que, vous, vous avez signalé les choses qui marchent bien, mais, moi, je suis là pour souligner les choses qui marchent moins bien. Vous signalez des problèmes — et je sais à quel point c'est complexe — sur l'identification... Alors, ma question est à vous: Comment... Parce que j'ai un peu de difficultés de voir comment vous pouvez régler en partie les morceaux de votre projet sans avoir réglé ce problème de la sécurité de l'identifiant. Et ma question s'en va après directement à M. Côté, comment, dans OACIS, vous avez réglé la question de l'identifiant, puisque vous l'avez réglée et qu'à ce moment-là, vous, vous le signalez encore comme étant un problème?

M. Cotton (Jacques): Au niveau de l'identifiant et de la couche d'accès, là, qui est prévue puis qui va couvrir l'ensemble du dossier DSQ — puis je demanderai d'aller un peu plus loin dans les précisions technologiques à mon sous-ministre adjoint aux technologies — quand on a dit tantôt qu'on avait revu l'approche puis qu'on déployait par projet, c'est justement pour éviter ce qui était prévu à l'origine, que tout devait fonctionner avant le déploiement. Au niveau de la couche d'accès, on a des retards dans ce projet-là puis on a certaines difficultés technologiques que les gens sont en train de regarder, ce qui nous permet quand même, en détachant les projets, d'implanter certains volets du DSQ.

Parce que la couche d'accès va servir majoritairement pour tout l'aspect de l'interopérabilité du système et le transfert des données d'une région à l'autre, entre autres — pas essentiellement ça, mais entre autres — et ça, pour nous, ce n'est pas l'urgence, là, du besoin actuellement dans le système de santé, l'interopérabilité vient comme à la fin dans notre nouvelle approche. Parce que c'est un élément qui va être important, mais, à court terme, ce qui est plus important pour les gens, c'est d'avoir certains volets qui sont disponibles rapidement, et ça nous donne le temps de travailler sur les difficultés que nous avons au niveau de l'interopérabilité, puis de la couche d'accès, puis être capables d'arriver avec ça plutôt à la fin, et non pas de le prévoir au début, et de tout retarder le reste parce que cet élément-là n'est pas disponible. Je ne sais pas si M. LeFrançois veut rajouter des éléments ou si vous voulez...

M. Gauthrin: ...

M. Cotton (Jacques): O.K.

M. Gauthrin: Là, j'ai une question plus générale à vous poser si vous me permettez. Il y a un certain nombre de questions qui sont à caractère technique, M. le Président, et qui, peut-être, ne pourraient pas être ici parce qu'ici on est sur les questions de gestion. Est-ce que vous pourriez, pour les membres de la commission qui seraient intéressés, dont moi, être en mesure de nous expliquer, à l'heure actuelle, où vous en êtes réellement sur le déploiement et quelle est la différence qu'il y a avec le déploiement d'OACIS, à l'heure actuelle. À moins que vous vouliez qu'on vous pose les questions ici. Mais je

comprends que le temps est limité et que les caractères un peu plus techniques peuvent ennuyer certains collègues. Et, puisqu'on est plus centrés sur les questions de gestion, moi, j'aurais... Est-ce que ce serait faisable...

M. LeFrançois (Bernard): Je peux essayer de vous répondre un peu rapidement si vous permettez. C'est que, comme vous savez, les index locaux, ça a toujours été un problème. La plupart des hôpitaux ont un index local qui identifie leurs clients. Là, ce qu'on a parlé, on a parlé d'un IPM, qui est un index patients maître qui est un peu le regroupement d'index locaux. Alors, au point de vue régional, on a une solution qui permet d'avoir un identifiant. Quand on parle de DSQ, on parle de l'ensemble de la province. Là, il va falloir qu'on ait encore un numéro d'identifiant, et ça, on va appeler ça un NIU, ça veut dire un numéro d'identifiant unique. Alors ça, là, ça reste à développer en étant capable de concilier les besoins qu'on vient de mentionner au point de vue local, régional et national.

M. Gauthrin: Je suis quelqu'un qui a tellement plaidé pour les identifiants, vous savez. Si vous saviez... Comment vous le faites, vous, à Montréal?

M. Côté (Louis): La problématique est plus simple parce qu'on est à l'intérieur d'un établissement. Donc, à l'intérieur d'un établissement, c'est facile d'identifier les intervenants, d'une part. Comme au CHUM, on utilise la biométrie. À McGill, bon, il y a des mots de passe qui sont octroyés en fonction des droits de pratique des médecins et des professionnels. Pour ce qui est des patients, il s'agit d'avoir une intégration, dans le fond, pour avoir un index patients pour l'institution. Et, même à l'intérieur, je vous dirais, du CHUM et CUSM, comme ils opéraient sur plusieurs sites, ils ont créé des algorithmes aussi pour être sûrs que, s'il y a deux David Levine différents qui se présentent, en regardant, par exemple, le numéro d'assurance maladie, le numéro de dossier, l'âge, ainsi de suite, pour éviter tout problème... Mais ce n'est pas la même complexité que pour l'ensemble de la province.

M. Gauthrin: Je suis tout à fait d'accord avec vous. Mais est-ce que vous acceptez de nous organiser, pour ceux des membres de la commission qui seront... — je pense que notre secrétaire pourrait organiser ça — une rencontre? Je ne vous pose pas la question: Comment OACIS va s'intégrer dans le DSQ? Il y a un certain nombre de problèmes techniques, vous les connaissez, moi, je les connais aussi. Mais je ne voudrais pas... Mais vous comprenez un peu les difficultés qu'il y a actuellement d'intégrer les deux éléments dans les éléments de planification externe.

Dernière question que j'ai, parce que j'ai des collègues qui veulent poser des questions aussi, vous avez parlé de transmission d'imagerie médicale. Vous savez qu'on est en voie d'intégrer... On a «upgradé»... excusez-moi le terme, on a monté à niveau le réseau du RTSS, est-ce que... Évidemment, il y a le projet d'intégration du RTSS dans le RETEM. Est-ce que le RTSS, maintenant, vous permet... Vous avez parlé de la transmission, actuellement, d'imagerie médicale, c'est vous qui avez parlé de radiologie, etc. Les vitesses de transmission, quelles sont-elles ou comment... La première... Vous savez bien

comment ça a été, le projet, on a d'abord mis à niveau le RTSS et, après, on est en train d'avoir un projet d'intégration du RETEM et du RTSS, et... Est-ce qu'à l'heure actuelle... Où en est les efficacités de l'un et de l'autre en termes de transmission, de transmission d'information, etc.?

M. LeFrançois (Bernard): Je vais essayer de répondre à votre question le plus clairement possible.

Le Président (M. Marcoux): Peut-être nous identifier les noms, là, que le député de Verdun...

M. LeFrançois (Bernard): Oui. Alors, les...

Le Président (M. Marcoux): ...pour l'ensemble des personnes qui participent à la réunion ici.

M. LeFrançois (Bernard): Alors, quand on parle de réseau dans le domaine de la santé, on parle du réseau de la santé. Mais là ce qu'on parle, c'est un réseau de télécommunications. Le RETEM était un réseau de télécommunications multimédia qui était utilisé par les autres organismes du gouvernement, alors que le RTSS, c'était un réseau pour la santé, était un réseau qui, quand même, n'était pas extrêmement porteur de bande passante parce que ça servait surtout à du courrier et des choses comme ça. Le gouvernement du Québec, l'an passé, a décidé de fusionner ces deux réseaux-là pour faire un seul réseau gouvernemental qu'on appelle le RITM aujourd'hui. Alors, c'est un réseau.

Alors, ce qui s'est passé, c'est que... Ce que vous parlez, probablement, c'est qu'on a passé un protocole de communication qui s'appelait MPLS dans le réseau, dans le RTSS, pour pouvoir véhiculer davantage d'information. Cependant, ce qui se passe, c'est qu'on a un projet majeur de rehaussement, encore une fois, du réseau. Par exemple, à Montréal, où il y a beaucoup d'imagerie diagnostique, on a utilisé de la fibre optique, par exemple, pour relier des établissements. Alors, tout ce réseau-là, on a un projet majeur pour rehausser l'ensemble du réseau, pour pouvoir justement permettre de véhiculer des images qui sont beaucoup plus gourmandes que du texte au niveau... Alors, ce projet-là est en marche.

M. Gauthrin: Et augmenter les routeurs, savoir comment... quand vous passez... vous passez du système ATMM à MPLS...

M. LeFrançois (Bernard): Je pense que vous avez compris, c'est qu'il y avait deux noeuds qui appartenait à un fournisseur. Maintenant, le nouveau fournisseur, c'est la semaine dernière que ça a migré là-dessus. Alors, encore une fois, si vous voulez des détails, on pourra vous rencontrer. Mais la réponse à votre question, c'est qu'on est en train de rehausser les liens de communication.

M. Gauthrin: ...

Le Président (M. Marcoux): M. le député d'Orford, je pense que vous aviez demandé... Il reste peu de temps, il reste 50 secondes.

M. Gauthrin: Mais vous comprenez bien qu'on pourrait avoir une rencontre...

M. Reid: ...est-ce qu'on pourrait reporter le 50 secondes pour le prochain bloc?

M. Gauthrin: Pour le prochain bloc. Moi, j'ai terminé, je...

Le Président (M. Marcoux): Vous avez terminé, M. le député?

M. Gauthrin: ...je pourrais parler beaucoup...

Des voix: ...

Le Président (M. Marcoux): Alors donc, je vais maintenant céder la parole au député de Marie-Victorin.
● (15 h 50) ●

M. Drainville: Merci, M. le Président. Bienvenue à tous et à toutes. Merci de vous être déplacés. M. le Président, comme certains d'entre vous le savez, c'est un dossier, le DSQ, qui nous intéresse et sur lequel nous avons investi beaucoup de temps et d'énergie depuis que nous avons été élus, en 2007. Il y a eu même une période pendant laquelle nous prêchions dans le désert en disant que le projet se dirigeait vers des dépassements de coûts majeurs, vers des défoncements d'échéancier majeurs, et je me rappelle encore de cette conférence de presse où le ministre de la Santé était venu nous dire qu'on ne comprenait pas, qu'on saisissait mal. Par la suite, en commission parlementaire, le sous-ministre d'alors nous avait essentiellement tenu le même discours, appuyé également par d'autres fonctionnaires qui étaient présents. Et nous, on a tenu la ligne en disant: Ce projet-là ne va pas bien. Et savez-vous quoi? Le Vérificateur général nous a donné raison deux fois ou trois fois plutôt qu'une.

Et là je constate que ce projet, qui devait se terminer en 2010, va se terminer en 2011, qu'au lieu d'être constitué d'un seul projet il sera maintenant saucissonné en 18 projets distincts, qu'au lieu de permettre l'utilisation par 95 000 professionnels de la santé on se donne pour objectif à court terme de permettre 5 500 utilisateurs, donc on passe de 95 000 à 5 500 utilisateurs. On espère une trentaine de mille éventuellement, mais rien n'est moins sûr, car, comme nous le dit le VG, il n'y a pas d'échéancier là-dessus. Au départ, il devait y avoir... En fait, à peu près tous les professionnels de la santé devaient pouvoir l'utiliser. On s'est rabattu sur trois grandes catégories, médecins, pharmaciens et infirmières, mais tous les autres qui devaient l'utiliser, comme les optométristes, les podiatres, les sages-femmes, les infirmières auxiliaires, c'est terminé. On parle de 5 500 utilisateurs dans cinq à huit régions, on ne dit pas ce qui va arriver avec les autres.

Respect de l'échéancier et du budget

Et là je lis, j'entends le sous-ministre nous dire que globalement le DSQ est sur les rails. Et j'ai beaucoup de respect pour la fonction des fonctionnaires, et j'ai beaucoup de respect pour le travail qu'ils font, mais je suis... comment dire, j'ai un peu peine à croire que vous soyez sérieux lorsque vous nous dites que globalement le DSQ est sur les rails, alors que visiblement le projet ne l'est plus, et ce, depuis un certain temps. Il ne l'est plus en termes d'échéancier, il ne l'est plus en termes de coûts, il ne l'est plus en termes d'utilisateurs potentiels, il ne l'est

plus dans l'objectif avoué de le déployer à travers le Québec, il ne l'est plus dans le nombre de régions qui seront d'abord couvertes par ce système-là, il ne l'est plus non plus dans sa capacité d'être cohérent avec les dossiers patients qui sont en train de se déployer ailleurs. Alors, ma question, M. le Président, c'est: Comment le ministère de la Santé, et en particulier le sous-ministre ici présent, peut-il soutenir que le DSQ est encore sur les rails, alors que visiblement il ne l'est plus?

Et là, moi, ce que je veux savoir, M. le Président, là... On va y aller très, très, très concrètement avec des questions très, très précises, là. Là, si je comprends bien, dans le document qui nous a été déposé et qui a été lu par le sous-ministre, on continue de maintenir que les dépenses totales du DSQ s'élèveront à 563 millions. Comment peut-on prétendre que ce projet va continuer à nous coûter 563 millions, alors qu'on va défoncer l'échéancier, alors qu'il va falloir prendre beaucoup plus de temps pour le déployer à travers le Québec, alors que visiblement il va falloir investir des coûts supplémentaires dans les projets pilotes? Comment peut-on prétendre sérieusement que le budget du projet s'élève encore à 563 millions? Et je pose la question au sous-ministre: Est-ce qu'il y a des évaluations qui ont été faites au sein du ministère sur le coût total de ce projet? Et je ne parle pas des coûts hors portée, je parle des coûts directs de ce projet à la vue des nouvelles données qui sont confirmées par vous-même et par le Vérificateur général.

M. Cotton (Jacques): La question est assez large, là, mais...

M. Drainville: Non, je pense qu'elle est très précise sur le coût.

M. Cotton (Jacques): Vous avez couvert plusieurs éléments, mais, sur les coûts, oui, sur les coûts, elle est très précise. Mais ce qui nous amène à dire aujourd'hui, avec les données qu'on connaît aujourd'hui puis les étapes qui ont été franchies aujourd'hui, qu'on est en mesure de dire qu'on est toujours à l'intérieur de l'enveloppe budgétaire prévue, c'est qu'on a environ 50 %, tout près de 50 % des projets qui, actuellement, sont à l'intérieur des budgets prévus. Si on parle du PACS, si on parle médicaments, je pense, télémédecine, ces éléments-là sont avancés à un point où on sait qu'on va rentrer dans le budget prévu.

Donc, le fait qu'on ait découpé le projet... Quand je dis... Puis je refais le lien avec ce que vous disiez par rapport à mon allocution, que le projet est sur les rails. Ce qui nous permet de dire que le projet est sur les rails en date d'aujourd'hui, c'est que, depuis qu'on a découpé le projet en... c'est-à-dire découpé l'ensemble en différents projets, on est capables de mieux situer justement, quand on en prend un, son échéancier, on est capables de mieux situer si on est à l'intérieur du budget, c'est plus facile à suivre que quand on avait l'enveloppe globale. Et ça, c'est les changements que j'expliquais tantôt, qu'on a faits depuis plusieurs mois, là, quelques mois, en intégrant toutes les activités du DSQ à l'intérieur du ministère et avec cette nouvelle approche de gouvernance qu'on s'est donnée pour l'implantation, parce qu'on est rendu tout près de l'implantation des premiers modules, dont Médicaments en 2010.

Et la raison pour laquelle on dit qu'aujourd'hui on est toujours, selon nous, avec les données d'aujourd'hui, en ligne avec le budget, c'est depuis qu'on a découpé ça en différents projets et qu'on est capables de dire qu'il y en a 50 % qui sont sur la cible actuellement. Ça fait qu'avec 50 % qui sont déjà sur la cible c'est là qu'on dit que le projet est sur les rails puis qu'on est capables de dire qu'on est toujours à l'intérieur de l'enveloppe.

M. Drainville: O.K. Mais comment pouvez-vous soutenir que vous êtes toujours sur les rails et que vous êtes toujours à l'intérieur de l'enveloppe et nous annoncer en même temps dans votre plan d'action que vous prévoyez une mise à jour des prévisions budgétaires pour janvier 2010, c'est-à-dire dans quatre mois? Si, effectivement, les conclusions sont que vous êtes sur les rails et que le budget est respecté, pourquoi sentez-vous le besoin de nous annoncer d'ores et déjà et que vous allez nous livrer de nouvelles prévisions budgétaires dans quatre mois d'ici?

M. Cotton (Jacques): On va livrer des nouvelles prévisions budgétaires justement du fait qu'on a découpé l'ensemble de ces éléments-là. Mais, comme je vous dis, en date d'aujourd'hui, on a suffisamment d'information sur ces volets-là quand on dit qu'on en a 50 % qu'on est sûrs qu'on arrive sur la cible budgétaire. Puis on avait certaines réserves aussi, certaines contingences qui nous permettent de dire en date d'aujourd'hui qu'on est à l'intérieur de ce budget-là.

Donc, par contre, quand on demandait tantôt le pourcentage des argents qui étaient dépensés par rapport à l'avancement du projet, ça, c'est cette mise à jour là aussi qu'on va faire en début janvier, à quel niveau on est rendu de déploiement du projet, d'avancement du projet par rapport au financement qui est accordé. Là, actuellement, on est pas mal en équilibre, 32 %, 33 % de dépenses de faites dans le projet puis un avancement du projet environ à 32 %, 33 %. Ceci ne garantit pas nécessairement pas le respect de... Ce n'est pas un automatisme par rapport au respect du budget, mais ça nous permet aujourd'hui... Avec le découpage récent qui a été fait de ce projet et la nouvelle approche de déploiement, nous, on est sécurisés par rapport à 50 %, déjà, de ce projet-là et on...

M. Drainville: 50 % des 13 projets que constitue le DSQ, c'est bien ça?

M. Cotton (Jacques): Je ne sais pas s'il y en a exactement 13, là...

Une voix: Des montants.

M. Cotton (Jacques): Des montants. Oui, c'est ça.

Une voix: Des montants globaux.

M. Drainville: 50 % du montant global?

M. Cotton (Jacques): Du montant global.

M. Drainville: O.K. Puis l'autre 50 %, lui? Vous dites que, pour 50 % du budget, on...

M. Cotton (Jacques): Dans la nouvelle approche de découpage de projets, il y en a 50 % qu'on est capables de dire: Ça, on va arriver sur la cible budgétaire. C'est ça qui nous rassure.

M. Drainville: Ça, c'est 50 % des 18, là, ou 50 % des 13?

M. LeFrançois (Bernard): Est-ce que je peux compléter? Quand on parle de 18 projets, on a dit qu'on devait faire un peu comme si c'était un saucisson, ce n'est pas tout à fait ça. Ces projets-là étaient identifiés comme étant des parties prenantes indépendantes. Par exemple, Panorama, qui est un projet en santé publique, a toujours été présent et indépendant. Quand on parlait de télémédecine, on peut dire que c'est un projet de télémédecine, alors que c'est huit initiatives. Alors, quand on parle du nombre de projets, c'est simplement qu'on l'a identifié différemment. Mais le DSQ a toujours été ce qu'on appelle un portefeuille de projets. C'est un projet qui portait différents sous-projets qui ont leur identité propre. Par exemple, la télémédecine n'a rien à voir avec ce qu'on va appeler le médicament ou des choses comme ça.

Quand on parle du 50 %, c'est qu'on dit: On a 50 % de l'enveloppe, qui est de 560 millions, qui sont les projets PACS, qui sont les projets de télémédecine et qui sont les projets... Alors ça, on dit: Quand on met ensemble ces projets-là, on sait qu'on est sur la cible, on sait que ça va bien. Par exemple, si vous me permettez, on a 90 % de l'imagerie de faite dans toute la province. Ça, c'est un succès. Je ne sais pas si vous avez vu des établissements qui utilisent des PACS, c'est un grand succès. Ce qu'il reste à faire pour faire ça, c'est de le faire migrer dans une infrastructure qui va permettre de dépasser l'établissement.

M. Drainville: Je comprends.

● (16 heures) ●

M. LeFrançois (Bernard): Alors, on a des projets comme ça qui vont bien, d'autres projets qui sont un peu moins faciles. On parle de laboratoires. Laboratoires, si vous me permettez d'expliquer, c'est qu'il y a beaucoup de complexité, c'est des technologies différentes. C'est également des dénominations différentes qui ont été utilisées, alors il y a une normalisation à faire. Et surtout, ce qu'on a discuté tout à l'heure, il faut permettre d'identifier avec un identifiant unique quelle est la vraie personne. Alors ça, pour l'identifiant unique, on est moins certains que ça va aller aussi bien, mais on n'a pas d'information qui nous dit que ça va aller mal non plus. Ce qu'on dit, c'est qu'on a des contrats surtout forfaitaires à l'intérieur de ces dossiers-là et qu'on pense que, plus tard, on aurait des informations précises.

Le Président (M. Marcoux): Alors, M. le député de Marie-Victorin, on pourra peut-être revenir parce que, s'il y a déjà... si on respecte le principe, à peu près, on est allés à 11 minutes, là. Alors, je pense que le député d'Orford avait demandé la parole.

M. Reid: Oui. Merci, M. le Président. J'aimerais faire mon intervention, dans un premier temps, comme le vieux professeur de gestion des systèmes d'information et des systèmes informatiques que j'ai été pendant longtemps

et dire, dans un premier temps, que je ne connais pas beaucoup, sinon aucun gros système informatique où tout va bien. Et ce n'est pas là-dessus qu'on mesure le succès d'un système informatique ou non, on le mesure davantage sur la capacité de ceux qui ont à gérer et prendre des décisions, lorsque ça va moins bien, de faire faire les virages nécessaires et de remettre le train sur les rails. Et c'est vraiment ça qu'il faut regarder quand on regarde un gros projet parce que le fait que ça aille mal à un moment ou à un autre, ce n'est pas rare, c'est la majorité des systèmes qui vivent ça.

Et, moi, je dois vous dire, avant d'arriver à ma question, que ce que vous avez répondu maintenant, mais aussi ce que vous avez, M. le sous-ministre, dit dans votre discours me permet de croire qu'effectivement il y a des actions qui vont tout à fait dans le bon sens. Je pense que le Vérificateur va dans le même sens aussi et je pense, par exemple, à la question du changement de gouvernance. Également, vous avez parlé de ce que, moi, j'appellerais la segmentation — je ne me souviens plus du terme que vous avez utilisé — du gros projet lui-même et le fait d'avoir 13 ou 18 projets, mais avec un couplage entre ces projets-là qui est plus, si on veut, plus souple que peut-être ils étaient quand c'était vu comme un seul grand projet, même s'il y avait une notion de portefeuille, le fait qu'il y a une intégration des différents segments, ce que j'ai compris... et c'est encore mes mots, là, mais l'intégration des segments aux structures fonctionnelles du ministère. Ce n'est probablement pas les bons termes, mais j'ai compris qu'il y avait une intégration des éléments du projet à l'intérieur des différentes structures du ministère auxquelles ces projets-là se rattachent davantage.

Et vous avez mentionné également... et c'est peut-être, encore là, mes mots, mais un rapprochement vers les centres de responsabilité régionaux, et c'est là-dessus que j'aimerais apporter une question. Je dois dire que, pour moi, tout ça, c'est des moyens qui m'apparaissent extrêmement efficaces de s'assurer que le projet aille dans le bon sens. D'ailleurs, on a eu une expérience qui a été suivie de très près par le Vérificateur général, l'expérience SAGIR, dans laquelle on a eu des segmentations, on a eu un certain nombre de choses qu'on retrouve là — et je pense, d'ailleurs, que le sous-ministre adjoint qui est ici a participé à ce projet-là — et ça s'est avéré comme quelque chose qui va effectivement aider — moi, j'y crois beaucoup — à remettre le train sur les rails lorsqu'il y a eu des difficultés, et celles que vous avez mentionnées.

Arrimage du Dossier patient électronique au DSQ

Maintenant, à SAGIR, il n'y avait pas de rapprochement régional, ce n'était pas dans... c'était un projet essentiellement à l'intérieur du gouvernement. Et, dans cette partie-là, le Vérificateur général nous a mentionné qu'il y avait effectivement le DPE — on en a parlé tantôt — avec la région montréalaise, avec la région aussi du Saguenay—Lac-Saint-Jean. Moi, j'aimerais ça que vous nous parliez davantage de cet élément-là qui apparaissait comme une difficulté susceptible de faire dérailler un petit peu les choses. Et on a eu quand même une idée tantôt du représentant de l'agence de Montréal comme quoi

l'intégration des deux est faisable, on parlait même d'un icône de façon concrète. Mais, de façon générale, comment est-ce que cette intégration-là, tant dans le produit fini que dans le développement de part et d'autre, là, de la part de... Dans certains cas, on nous a dit que c'étaient des établissements. Je pense, par exemple, au CHU à Sherbrooke qui est là-dedans depuis au moins 15 ou 20 ans, parce que j'avais autorisé le premier projet là-dessus d'ailleurs comme vice-recteur, mais je pense aussi que, dans d'autres cas, c'est l'agence.

Et, moi, il me semble que le Vérificateur général a posé des questions qui m'ont interpellé beaucoup, je pense, aussi d'autres membres de la commission. Sur cette question-là, comment est-ce qu'on peut à la fois s'assurer d'avoir un produit fini qui marche bien... Comment est-ce qu'on peut s'assurer aussi que le projet, quand il y a des efforts qui sont faits du côté régional ou du côté d'un établissement et des efforts qui sont faits du côté national... comment on va s'assurer que, ça, ça va arriver à bon terme à l'autre bout? Et c'est une question pour laquelle je pense que tous les membres de la commission aimeraient avoir des éclaircissements. Prenez tout le temps qu'il faut. Et je pense aussi que, si les représentants de la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean, de la région montréalaise veulent en parler, ce serait quelque chose qui pourrait nous aider tous, là, les membres de la commission, à mieux comprendre cet élément-là qui nous paraît... enfin, que le Vérificateur a identifié comme une problématique.

Le Président (M. Marcoux): Oui. Alors, M. le sous-ministre.

M. Cotton (Jacques): Oui. Je vais demander à M. LeFrançois de clarifier l'élément DPE avec l'arrimage avec le DSQ si vous permettez.

Le Président (M. Marcoux): M. LeFrançois.

M. LeFrançois (Bernard): Merci. Alors, écoutez, j'aimerais juste expliquer un peu la différence entre le DSQ, un DCI et un DME, qui sont les termes qui sont utilisés. Quand on parle de DCI, on parle de dossier client informatisé. Quand on parle de DME, un dossier médical. Alors, écoutez, le DCI se retrouve dans les établissements hospitaliers, alors que, les DME, on les retrouve dans les cliniques. Alors, essentiellement, ce que ça vient faire, c'est que c'est beaucoup plus large que le DSQ. Dans l'établissement, je pense que mon collègue va pouvoir vous l'expliquer davantage parce qu'il en a parlé, mais, en plus de la vision clinique, vous avez tout le suivi de l'allocation des ressources, les systèmes de paie. Alors, ce qu'on veut dire, c'est que l'ensemble des composantes qui se retrouvent dans un hôpital, alors on peut les informatiser. Alors, vous avez des composantes cliniques, que mon copain peut peut-être vous expliquer une deuxième fois, et vous avez des dispositions administratives. Et, dans la clinique, c'est la même chose.

Mais il y a quand même des notions qui sont presque communes, on va retrouver des PACS, on va retrouver du médicament, on va retrouver de la radiologie. Encore une fois, dans un DCI, vous allez le retrouver pour l'établissement uniquement. Ce que le DSQ va venir faire, c'est de faire un lien. C'est comme un buzz d'intégration qui va vous permettre d'aller chercher vos données à la

fois au niveau régional et même plus loin, à l'ensemble des régions. Alors, quand on dit qu'il y a peut-être une compétition ou... ce n'est pas tout à fait ça, c'est tout à fait complémentaire. Comme on vient voir, c'est fait pour améliorer l'efficacité à la fois de l'établissement, de la clinique et même, je dirais, gouvernementale. Alors, est-ce que mes collègues veulent rajouter là-dessus?

M. Côté (Louis): Peut-être compléter. C'est carrément complémentaire, comme je l'expliquais. Si vous avez un dossier clinique informatisé comme on est en train de l'installer, par exemple, au Centre universitaire de santé McGill ou dans nos établissements, le professionnel ou le médecin y a accès à l'ensemble des données numérisées qui sont produites dans son établissement.

Dans un premier temps, nous, ce qu'on fait, on installe un visualisateur qui permet d'accéder aux résultats. Ça, c'est la phase I en général, là, dans ces processus-là. Donc, le médecin, l'infirmière, elle va aller chercher les résultats de laboratoire, les résultats des tests d'imagerie, les médicaments consommés à l'intérieur de l'institution. Dans la deuxième phase, dans laquelle on est rendus actuellement au CHUM et au CUSM, les médecins vont pouvoir mettre leurs notes au dossier en mode électronique, vont pouvoir faire des requêtes pour la pharmacie, requêtes pour des médicaments, ils vont pouvoir aussi suivre les plans d'intervention. Les infirmières, par exemple, vont pouvoir faire leurs plans d'intervention en mode électronique. C'est ce qu'on est en train de développer.

La question de la complémentarité est assez simple à comprendre. C'est que le DSQ, lui, ce qu'il va fournir, c'est qu'il va créer des entrepôts de données où on va avoir, par exemple, les médicaments consommés par Louis Côté à la pharmacie communautaire, si j'ai passé des tests d'imagerie dans un autre endroit que l'hôpital ou le CSSS où je me fais traiter aujourd'hui et les résultats de laboratoire aussi. Ce qui fait que, si vous êtes le médecin, j'arrive, moi, au CHUM, je suis un patient qui arrive d'une autre région, évidemment... puis je suis admis au CHUM, le personnel qui travaille à l'intérieur du CHUM, le médecin, les infirmières, ils vont travailler avec le dossier clinique informatisé qui est installé à l'intérieur du CHUM, et, s'ils ont besoin d'aller savoir quels médicaments...

Prenez juste l'exemple des médicaments. Quand vous arrivez quelque part, vous êtes, par exemple, inconscient, comment le médecin peut savoir quels sont les médicaments... Moi, je peux prendre huit médicaments différents que je consomme à la pharmacie Jean Coutu, et ça, c'est l'enfer en termes de perte de temps, de risques, et ainsi de suite. Ça, c'est un des gros plus, à titre d'exemple, que le Dossier de santé Québec va fournir. Ça n'a jamais été accessible, ce n'est pas accessible en dedans d'un établissement et ça va être accessible à travers ce véhicule-là. Ça, c'est un des principaux livrables.

Mais, dans le fond, technologiquement, moi, je ne suis pas un technologue, mais ce qui est assez simple, c'est que vous êtes dans votre écran, vous êtes un médecin, il va y avoir un lien qui va vous amener tout simplement... il va y avoir un engin d'interface — ils appellent ça comme ça — qui va me permettre de sortir du CSSS ou du CHUM, d'aller dans l'entrepôt où sont les données des médicaments, à la RAMQ — c'est la RAMQ qui va être responsable de ce dossier-là — et je

vais savoir, Louis Côté, quels sont les médicaments que je suis allé acheter à la pharmacie Jean Coutu, et le médecin ou l'infirmière qui m'accueille au triage, à l'urgence, elle va pouvoir le voir.

Et ça, ça demande un certain degré d'arrimage aussi... La complexité n'est pas en soi. C'est que, comme le DSQ est en développement, c'est sûr qu'il faut voir exactement comment l'entrepôt de données va être structuré, comment la couche d'accès va fonctionner. Après ça, je vous dirais, pour rendre un anglicisme, ce ne sera pas «rocket science» parce que c'est une question de s'interfacer. Actuellement, par exemple, notre fournisseur, on a eu à s'interfacer, nous, avec 144 systèmes différents qu'utilisent les différentes institutions parce qu'historiquement, au Québec, chaque institution choisissait son système, sa version, et on est capables de le faire. Imaginez-vous, là on a juste à s'interfacer avec le DSQ et on est en train de s'interfacer avec 144 systèmes différents pour implanter un dossier clinique informatisé.

● (16 h 10) ●

Puis il y a des choses simples aussi. Dans le projet DSQ, une chose qui est très simple, on va avoir prochainement de la livraison en mode électronique des outils qu'il faut pour évaluer une personne âgée: l'Outil d'évaluation multiclientèle, la grille ISOMAF, qui a été développée à l'Institut universitaire de gériatrie de votre région d'ailleurs, et la grille PRISMA-7 de dépistage. Et ça, c'est des formulaires électroniques, il s'agit juste de l'intégrer dans le dossier. Pour faire le travail, il fallait toujours bien que le produit soit disponible pour que notre intégrateur, qui est la firme TELUS dans notre cas, qui implante notre dossier électronique, puisse avoir accès à l'information. Et ça va prendre quelques mois, dans ce cas-là, de régler l'interface, mais, quand on va être... Moi, si je suis infirmière au CSSS Verdun, si j'ai à évaluer une personne âgée, je vais toujours être dans mon dossier clinique de mon CSSS et je vais avoir un icône, ça va être écrit: Outil d'évaluation multiclientèle. Je vais cliquer là-dessus et je vais pouvoir entrer mes données concernant la personne âgée que j'ai évaluée pour les services à domicile dans la même...

Parce que l'adhésion va venir beaucoup par ça, parce qu' imaginez-vous, pour prendre un exemple, à Montréal, il y a des cliniques qui sont complètement informatisées. Comme la clinique Physimed, exemple, ils sont 100 % électroniques, ils ont un dossier médical électronique. Ces médecins-là, ces infirmières-là, tous les jours, pour tous leurs patients, ils travaillent avec un ordinateur. Quand le DSQ va devenir disponible, ils vont être des utilisateurs. Aujourd'hui, je regarde au mois d'août, il y a 2 000 professionnels qui ont utilisé le dossier clinique au CHUM puis 3 400 à McGill, juste dans deux centres, là. Ils sont allés au mois d'août, puis c'était en plein été, là, il y a 5 000 professionnels qui sont allés cliquer pour aller chercher des données dans le dossier clinique informatisé du CHUM.

Le Président (M. Marcoux): ...

M. Côté (Louis): Quand les médicaments — ça va être bref — vont être disponibles...

Le Président (M. Marcoux): Brièvement.

M. Côté (Louis): ...ces mêmes médecins là, ils vont y aller.

Le Président (M. Marcoux): Merci.

M. Côté (Louis): Excusez-moi.

Le Président (M. Marcoux): Alors, maintenant, je vais céder la parole au député de Marie-Victorin.

Suivi des projets

M. Drainville: Alors, M. LeFrançois, vous nous disiez tout à l'heure qu'il y avait 50 % des projets qui vont bien. Vous aviez commencé à nous dire que les PACS et la télémédecine allaient bien. Là, il y a 12 projets, là, les investissements prévus dans le DSQ, composantes et sous-projets, 12 projets: couche d'accès, consentement, DSQ et laboratoires, Infrastructure à clé publique, imagerie diagnostique, Index patients maître, système d'information sur les médicaments, registre des intervenants et des usagers, Réseau de services intégrés aux personnes âgées, santé publique, télésanté, évaluation des bénéficiaires. Alors, il y en a six qui vont bien, il y en a six qui vont mal. Lesquels vont bien? Lesquels vont mal?

M. LeFrançois (Bernard): Je me suis sûrement mal exprimé tout à l'heure. Ce que je voulais dire, c'est qu'au montant total les projets majeurs, ils n'ont pas tous le même poids relatif, hein? Ce que je voulais dire, sur le 560, si on fait une division par deux, alors on dit que les projets, au point de vue financier, cette enveloppe-là, on sait qu'on est à peu près certains, là, que la moitié de l'enveloppe est préservée, on sait que ça va bien. L'autre moitié, on a dit qu'on n'a pas de développement suffisant pour pouvoir porter un jugement très éclairé sur ces dossiers-là. Mais, encore une fois, beaucoup de ces projets-là sont en mode forfaitaire. Et, comme on a expliqué, par exemple, l'Index patients maître, on vient d'en discuter, c'est des interfaces à trouver, c'est des solutions à venir. Je n'ai pas voulu me prononcer là-dessus. Mais, encore une fois, c'est des solutions technologiques. On pense qu'on va la trouver, on ne pense pas qu'il y ait un dérapage majeur là-dessus. C'est ça que j'ai voulu dire.

M. Drainville: O.K. Mais, sur les 12 projets que je viens de vous nommer, là, est-ce que vous pouvez nous dire... ou est-ce que vous pouvez déposer aux membres de cette commission un rapport d'étape...

M. LeFrançois (Bernard): Sûrement.

M. Drainville: ...qui va nous permettre de savoir lesquels vont bien, lesquels vont moins bien?

M. LeFrançois (Bernard): Avec plaisir, oui.

M. Drainville: Avec plaisir?

M. LeFrançois (Bernard): Oui.

M. Drainville: Et vous pouvez faire ça prochainement?

M. LeFrançois (Bernard): Sûrement.

M. Drainville: Avec la valeur pour chacun? La valeur des travaux qui ont été faits dans chacun parce que chacun a son enveloppe. Couche d'accès, c'était 35 millions.

M. LeFrançois (Bernard): En fait, ce qu'il s'agit de faire, c'est de dire, là, quels sont ceux qu'on peut dire qu'on a une confiance assez forte et l'autre qui, on va dire... dans peut-être quelques mois, comme on a mentionné, on pourrait se prononcer de façon plus définitive là-dessus. C'est le découpage que je vous propose.

M. Drainville: Très bien. Donc, pour pourriez...

M. LeFrançois (Bernard): Est-ce que ça va?

M. Drainville: Oui, c'est très bien. Donc, vous pourriez nous dire: Pour tel et tel projet, voici où on en est, voici combien on a dépensé et on est confiants de respecter l'enveloppe. Et voici ceux où les...

M. LeFrançois (Bernard): Où on se garde une réserve.

M. Drainville: ...coûts sont plus aléatoires et qui vont faire l'objet de l'évaluation de janvier prochain.

M. LeFrançois (Bernard): Où on se garde une réserve, oui, tout à fait.

M. Drainville: O.K. Ça, ce serait déjà un très bon pas dans la très bonne direction.

M. LeFrançois (Bernard): Sûrement.

Respect de l'échéancier et du budget (suite)

M. Drainville: Sur les coûts hors portée, bon, là, on était à... c'était 300...

Une voix: 327.

M. Drainville: 327. Avec les changements à la règle du consentement, on est tombé autour de 250 millions.

M. LeFrançois (Bernard): C'est tout à fait ça, oui.

M. Drainville: Bon. Où est-ce que vous en êtes dans votre évaluation de ce que, nous, on appelait les coûts hors portée? Enfin, de ce que vous appeliez, en fait, les coûts hors portée, d'après des documents de chez vous qu'on avait obtenus, et que le Vérificateur général a appelé «investissements préalables». Où est-ce qu'on en est? Est-ce qu'on est toujours à 250 ou est-ce qu'on a augmenté la valeur des investissements préalables?

M. LeFrançois (Bernard): On n'a pas augmenté la valeur. J'aimerais juste essayer d'expliquer, si vous me permettez, en quoi ça consiste. Ça, ces coûts-là, on a appelé ça de différents noms, par exemple, mais, présentement, on appelle ça des coûts connexes. C'est des coûts, par exemple, lorsqu'on arrive en télémédecine et qu'il faut créer de nouvelles salles, il faut défaire des murs, il faut installer des réseaux de télécommunications, par exemple, pour l'imagerie, à certains endroits où il fallait rehausser les équipements. Parce qu'on sait que le projet a commencé

il y a quatre ans, alors, déjà, il y a des équipements dont les versions de logiciels ou encore les équipements étaient désuets, il fallait les rehausser. Alors ça, ces coûts-là étaient réservés pour ce genre d'investissements là. On peut appeler ça une mise à niveau, si on veut.

M. Drainville: O.K. Alors, est-ce qu'on en est toujours à 250 millions?

M. LeFrançois (Bernard): Tout à fait.

M. Drainville: Et est-ce que vous prévoyez faire une mise à jour de ce chiffre-là prochainement?

M. LeFrançois (Bernard): Ce qu'on peut présenter, c'est qu'est-ce qu'on a dépensé sur l'enveloppe qui avait été réservée de 250 millions.

M. Drainville: Et ce serait possible pour vous de le déposer également aux membres de cette commission?

M. LeFrançois (Bernard): La réponse, c'est oui. Tout à fait.

M. Drainville: Dans les prochaines semaines également.

M. LeFrançois (Bernard): En même temps.

M. Drainville: O.K. Et les coûts récurrents maintenant, où est-ce qu'on en est avec ça? Oups!

M. LeFrançois (Bernard): ...a parlé beaucoup, c'est ça?

M. Drainville: Oui, le non-verbal a parlé beaucoup.

M. LeFrançois (Bernard): Écoutez, les coûts récurrents, ça, on n'a pas fini de faire l'estimation de ça parce qu'il y a des morceaux qui sont plus simples, puis il y en a d'autres qui sont plus complexes. Par exemple, je viens de vous expliquer, dans l'imagerie, là, il va falloir qu'on soit capables de faire une ventilation à quelle période il va falloir changer les équipements majeurs, à quelle période il va falloir changer les logiciels qui appartiennent ou qui sont installés sur ces équipements-là. Il y a toute une démarche très structurée qui est à faire, et je vous dirais que, là-dessus, on n'a pas débuté des travaux de façon qui me permette de vous dire que je peux vous donner quelque chose d'intéressant.

M. Drainville: Mais, actuellement, vous en avez une, évaluation des coûts récurrents, ou est-ce que vous n'en avez pas?

M. LeFrançois (Bernard): J'en ai une partielle, très partielle.

M. Drainville: Qui s'élève à combien?

M. LeFrançois (Bernard): Je n'ai pas le...

M. Drainville: Mais est-ce qu'on parle de dizaines de millions, de centaines de millions? Donnez-nous un ordre de grandeur.

M. LeFrançois (Bernard): C'est certainement dans les dizaines de millions. Je vous donne un exemple. Lorsqu'on fait un investissement informatique, n'importe quel domaine, il y a des règles du pouce qui nous disent qu'ordinairement, quand on investit, on va dire, une somme importante, bien il y a un pourcentage qui est associé à l'investissement qu'on fait pour la récurrence.

M. Drainville: Donc, on aura une idée un peu plus précise de votre évaluation là-dessus à quel moment?

M. LeFrançois (Bernard): Je pense que, début de l'an prochain, on devrait arriver avec quelque chose d'assez intéressant.

M. Drainville: Donc, est-ce qu'au mois de janvier on peut présumer que vous aurez une évaluation de vos coûts récurrents, à ce moment-là?

M. LeFrançois (Bernard): En même temps que le budget? Je pense que oui.

M. Drainville: Donc, vous vous engagez également à déposer ça aux membres de la commission?

M. LeFrançois (Bernard): Ce que je peux m'engager, c'est que, si on n'a pas un travail qui est complété, on va livrer une version 0,5, là, qui va identifier ce qu'on est capables d'identifier de façon claire puis en identifiant les autres qui sont peut-être un peu moins précises. Est-ce que ça vous va?

M. Drainville: Oui, ça me va très bien. L'inflation. À partir du moment où on étire le projet, les données d'inflation changent, les coûts liés à l'inflation changent. Vous aviez évalué sur un projet de 563 millions. Est-ce que vous aviez fait une évaluation des coûts d'inflation dans cette enveloppe-là?

M. LeFrançois (Bernard): Je ne pense pas que j'ai des chiffres sur l'inflation là-dessus.

M. Drainville: Parce qu'on parlait d'un projet de 503 millions qui devait s'étaler sur quatre ans si je ne m'abuse, 2006-2010. Si ça se termine en 2011, l'inflation devrait faire en sorte que des coûts supplémentaires vont s'ajouter. À moins qu'il n'y ait pas d'inflation dans le Dossier de santé du Québec, ce qui m'étonnerait.

M. Cotton (Jacques): Si vous permettez, on allonge d'une année de plus. Par contre, on a changé beaucoup notre stratégie de déploiement, comme on vous l'a expliqué tantôt, et on pense qu'avec cette approche-là puis avec une gestion serrée, comme on fait actuellement, du budget, avec une mise à jour sur une base régulière, on devrait être capables d'absorber ça, cet espace-là additionnel d'une année. Par contre...

● (16 h 20) ●

M. Drainville: Oh! savez-vous quand j'ai entendu ça, ce discours-là, la dernière fois? C'était à propos du CHUM. Sérieusement, M. le sous-ministre, et en tout respect, la dernière fois que j'ai entendu ce discours-là, c'était au sujet du CHUM. On sait ce qui s'est passé par la suite. Permettez-moi d'être un petit peu sceptique, en tout respect.

M. Cotton (Jacques): Oui. Oui. Je comprends, mais je vous dis que notre décalage est d'une année. Si on parlait d'un horizon de quatre à cinq ans additionnels, là, effectivement, je pense qu'il faudrait avoir un ajustement du budget en tenant compte d'une clause d'indexation.

M. Drainville: Oui. Vous parlez d'une année, mais le Vérificateur général — je suis sûr que vous avez lu son rapport — écrit, je le cite: Nous doutons que le DSQ sera déployé en totalité dans les régions pour juin 2011. Ça pourrait être deux ans, ça pourrait être trois ans, on ne le sait pas.

M. Cotton (Jacques): C'est possible selon la capacité des régions aussi d'être capables de recevoir le DSQ parce que, dans notre nouvelle approche, on respecte beaucoup la capacité des régions d'être capables de déployer en arrimage avec ce qu'ils ont déjà de fait puis les mises à niveau qui sont faites. Mais, vous savez, dans les coûts, dans les coûts hors portée, là, ou connexes, qu'on appelle tantôt, il y a dans ça des budgets aussi qui sont des budgets récurrents qui sont donnés à chacune des régions à chaque année pour les technologies de l'information. On a des enveloppes régulières au niveau des immobilisations et qui permettent aussi de faire des mises à niveau. Ça fait qu'à l'intérieur de ces enveloppes-là il y a certaines mises à niveau de logiciels ou d'équipement qui peuvent être faites également puis qui permettent d'absorber certaines dépenses qui... Mais, actuellement, on est toujours sur notre échéancier de 2011.

Puis je voulais peut-être juste revenir sur une chose que vous avez mentionnée tantôt par rapport à la portée du projet, qui était rendue à 5 000 utilisateurs. C'est effectivement des choses qui ont été écrites à un moment donné, mais je peux vous dire qu'actuellement, avec les derniers changements qu'on a faits au niveau de la gouvernance du projet et de la révision de ce projet-là, on est à rehausser ce chiffre-là pour essayer de se rapprocher plus de l'objectif original.

M. Drainville: C'est-à-dire?

M. Cotton (Jacques): On est en train de l'évaluer. Mais c'est sûr qu'on ne vise pas le 5 000, on vise plus que ça.

M. Drainville: Bien, on espère.

M. Cotton (Jacques): Oui, oui. Je ne veux pas que... Je pense qu'il faut qu'on se comprenne, là, notre objectif... Ce chiffre-là, effectivement, a circulé, vous avez raison, il a été écrit.

M. Drainville: Bien, il circule...

M. Cotton (Jacques): Puis il a été écrit.

M. Drainville: C'est le Vérificateur général qui l'a écrit.

M. Cotton (Jacques): Oui, oui. Il a été écrit, on ne le nie pas. Mais, actuellement, l'équipe en place est en train de réévaluer la portée, justement, du projet avec un objectif de revenir beaucoup plus à un niveau d'utilisateurs

qui avait été prévu au départ. Mais on n'est pas capables de vous le situer aujourd'hui, mais notre objectif est là.

Le Président (M. Marcoux): Alors, si vous voulez, nous allons donner la parole au député de Vanier.

Objectifs du DSQ

M. Huot: Merci. Merci beaucoup, M. le Président. Première question, qui va être plutôt générale, je dirais, à M. Cotton. Dans votre présentation de tout à l'heure, vous nous avez expliqué un peu la finalité du dossier, Dossier santé. Vous disiez que sa finalité est de faciliter la circulation, le partage de l'information clinique, notamment les données sur les médicaments et les résultats des examens de laboratoire et de radiologie, entre les professionnels autorisés des établissements des cliniques, des pharmacies, tout en assurant un très haut niveau de sécurité quant à la confidentialité de l'information. Par la suite, vous disiez, bon, qu'il y a eu des ajustements qui ont été faits avec les critiques du VG, par exemple, et vous nous mentionnez que l'axe principal est la volonté ministérielle de déployer rapidement des services concrets aux cliniciens, pharmaciens, établissements de santé dans le cadre du DSQ.

Moi, je veux ramener... Juste un rappel, on est la Commission de l'administration publique. Qui dit Commission de l'administration publique dit politique publique. Qui dit public dit services aux citoyens. Il faut toujours se rappeler que l'objectif ultime, quand on prend des décisions, des politiques publiques, c'est d'offrir un meilleur service aux citoyens. Cette question-là n'a pas été abordée du tout, du tout, du tout depuis le début des échanges dans vos présentations, et j'espère que c'est encore l'objectif ultime du projet du DSQ d'offrir des meilleurs services aux patients. Je présume que ce l'est et que vous l'avez en tête, mais je trouve ça malheureux que ça n'ait pas été mentionné encore ni abordé. Donc, je veux juste être bien certain que c'est encore l'objectif ultime du DSQ, et en quoi, avec ce projet-là, quand on va arriver à terme, on va offrir de meilleurs services aux patients, aux citoyens du Québec?

M. Cotton (Jacques): Peut-être juste vous rappeler que, dans les commentaires qu'on a faits à venir jusqu'à date, je pense qu'on fait quand même ressortir la préoccupation que la bonne information soit rendue auprès des cliniciens puis des professionnels de la santé. Puis l'objectif, justement, que ces gens-là aient la bonne information, c'est justement avec un objectif de donner les meilleurs soins possible à notre population.

M. Huot: C'est important de le rappeler, c'est important de le spécifier le plus souvent possible, je pense.

M. Cotton (Jacques): C'est l'objectif. Oui, vous avez raison. Et c'est l'objectif à l'origine de ce projet-là et de toute l'informatisation du système de santé. Parce que ça fait plus de 30 ans que le réseau de la santé développe son informatisation, et l'objectif derrière ça, c'est d'améliorer notre efficacité puis nos services à la population. Et, dans le DSQ, c'est carrément la cible à atteindre, de fournir une information pertinente en temps réel de sources d'information différentes à nos cliniciens pour qu'ils prennent les meilleures décisions. Et la principale

raison pourquoi on a décidé de commencer avec les PACS, c'est parce que l'information radiologique est un des éléments importants, puis de passer au numérique plutôt qu'avec les films, puis avec tout l'avantage que peut procurer la vitesse de la circulation d'information...

Et la deuxième étape, qui est le médicament, je vous dirais, pour avoir déjà dirigé un établissement de santé, qu'un des principaux problèmes que nos cliniciens ont actuellement sur le terrain, dans les salles d'urgence, dans les cliniques médicales quand ils voient un patient, c'est d'être capables, souvent, de bien connaître et de bien comprendre la médication de ces gens-là quand il y a des nouveaux clients, et d'où l'importance, pour nous, de donner l'accès rapidement, dans le phasage qu'on a fait du Dossier santé du Québec, à l'information médicaments, qui est un des éléments que les gens sur le terrain nous disent qu'ils ont besoin et que c'est urgent dans leur pratique quotidienne. Parce que c'est souvent difficile de savoir, parce que les gens ont, des fois, des prescriptions de plusieurs médecins ou qui viennent de pharmacies différentes, de connaître toutes ces informations-là pour mieux soigner les gens, puis, je vous dirais, dans les salles d'urgence, ça devient une problématique encore plus grande.

M. Huot: Moi, c'était simplement un commentaire. Peut-être, dans le fond, qu'il faudrait rajouter à chacune des phrases, à chacune des explications «dans le but d'offrir un meilleur service aux patients». Je comprends quand on me parle de la question du médicament, mais il faut toujours s'en rappeler, je pense que c'est important, parce qu'à un moment donné on se ramasse qu'on a l'impression qu'on veut offrir un meilleur... des meilleurs... oui, on veut une meilleure organisation du travail, on veut augmenter la productivité, mais l'objectif, c'est toujours un meilleur service, puis je pense qu'on ne le répète pas assez.

Suivi des recommandations du Vérificateur général

Autre question, on l'a vu dans... Nous, on a rencontré ce matin un petit peu plus en détail... on a échangé avec le Vérificateur général. Puis on voyait les inquiétudes qui étaient soulevées par le Vérificateur général, et c'est un rapport qui est quand même, je dirais, assez sévère qui était effectué, qui date... qui a été déposé il y a environ six mois, plus ou moins six mois. Et là vous nous avez présenté d'entrée de jeu, M. Cotton, tout le nouveau contexte, les changements qui ont été effectués, on a vu... Dans les documents, qui nous ont été remis, il y a un énoncé de direction, il y a le plan d'action avec chacune... qu'est-ce que vous faites avec chacune des recommandations du Vérificateur général. Et, dans votre conclusion, vous le mentionnez, sans prétendre maintenant que tout est réglé, vous dites que globalement le dossier DSQ, là, est de retour sur les rails, va bien sur les rails. Donc, dans les six derniers mois, on réalise qu'il y a eu beaucoup de changements, de réorganisation. On a donné un enlèvement assez clair. Un nouveau rapport du Vérificateur général est fait, commence aujourd'hui, une vérification est effectuée pour quelques mois à partir d'aujourd'hui. Est-ce qu'on arrive avec un rapport qui est complètement différent, selon vous?

M. Cotton (Jacques): Je ne peux pas répondre... je ne pourrai pas répondre pour le Vérificateur, mais...

M. Lachance (Renaud): J'écoute attentivement.

M. Huot: Mais notez que je vous ai posé la question, à vous, M. Cotton, pas à M. Lachance.

M. Cotton (Jacques): Oui, oui. Puis je ne le laisserai pas répondre non plus.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Cotton (Jacques): Je vais prendre l'occasion qui m'est donnée de répondre. Bien honnêtement, je pense que, premièrement, on a tout accepté ses recommandations du dernier rapport. Ça, je pense que c'est un élément important. Puis on n'a pas fait ça nécessairement pour lui faire plaisir. Ce n'est pas trop notre approche, mais c'est parce qu'on était... Et je pense qu'il le confirme. C'est parce qu'on était à l'aise avec les éléments de vigie qu'il nous a soulignés puis qu'on... Nous, dans notre discussion, on s'est dit: Oui, c'est des changements qu'il faut faire, et une partie de ces changements-là sont faits aujourd'hui. Pas tous, mais une partie de ces changements-là. Et les autres, si vous l'avez vu dans notre plan d'action, on met les éléments en place pour être capables de les corriger.

Donc, aujourd'hui, je suis à peu près sûr que, s'il y avait une nouvelle photographie qui était faite de l'évolution, je pense qu'il y aurait une appréciation de l'évolution, à l'intérieur du plan d'action, des éléments que, nous, on a déjà mis en place. Et je peux vous dire aussi que, le plan d'action, on l'a soumis au Vérificateur. Et il y a toujours des échanges à ce niveau-là, et je pense qu'ils ont apprécié la qualité du plan d'action. Sinon, on aurait eu des commentaires aussi. Puis c'est correct aussi à ce niveau-là, il y a des échanges. Mais les gens du Vérificateur semblaient, dans l'ensemble, assez satisfaits des actions qu'on proposait dans notre plan pour corriger les éléments de vigie qu'ils nous ont soulignés. Donc, aujourd'hui, je pense qu'on serait vraiment en évolution. Sûrement que le rapport aurait encore des réserves, des inquiétudes, puis c'est normal aussi, mais je suis convaincu qu'on serait en évolution positive, sans dire que tout est réglé, par rapport au rapport que vous avez eu puis qui date effectivement, là, d'un certain temps.

● (16 h 30) ●

M. Huot: Merci. Il reste combien... Je vais laisser... je reviendrai plus tard, monsieur...

Le Président (M. Marcoux): Bien, il reste près de trois minutes. Alors, si vous voulez continuer ou quelqu'un d'autre...

M. Huot: Je peux laisser la parole aux collègues, je reviendrai plus tard s'il y a du temps.

Le Président (M. Marcoux): Alors, je pense qu'il y avait le député de Portneuf qui avait demandé la parole.

Approche de déploiement du DSQ avec les agences de la santé et des services sociaux

M. Matte: Merci, M. le Président. Alors, je vous écoute religieusement depuis le début de votre petit laïus et je m'interpelle beaucoup, j'essaie de... Au début, vous aviez une approche globale, vous en arriviez

à une... à décortiquer, là, en 18... un portefeuille avec 18 dossiers. J'imagine que 18, ce n'est pas à cause qu'il y a 17 agences puis une seule régie, là. Mais où je me pose la question, c'est à savoir... Je vois l'agence de Montréal qui traite d'un dossier, je vois l'agence du Saguenay qui traite d'un autre dossier. Les autres dossiers, est-ce qu'ils vont tous être traités de la même façon, un dossier par agence, d'une part?

Deuxième question, c'est: Comment vous allez vous assurer que la plateforme informatique, elle va être conviviale, puis toutes les agences, ou les organismes, ou les institutions vont pouvoir adhérer à ça? Parce que l'objectif, c'est de faciliter l'information. Ça, c'était ma deuxième.

Et ma troisième question est à l'effet, hein, de savoir comment vous vous êtes assurés l'adhésion des différents intervenants, des professionnels au Dossier de santé du Québec.

M. Cotton (Jacques): Si vous permettez, je vais demander à M. LeFrançois de...

Le Président (M. Marcoux): Oui, M. le sous-ministre, peut-être les deux premières. Et, M. le député de Portneuf, on pourrait réserver la troisième au début de l'autre bloc parce que...

M. Matte: Oui, puis il s'en est ajouté une quatrième.

M. Cotton (Jacques): ...l'approche de déploiement avec les agences.

M. LeFrançois (Bernard): Alors, c'est à moi qu'on a référé la question. Alors, écoutez, si j'ai compris, un dossier par agence, là... Bon, il y a une chose qui est certaine, c'est que l'informatisation, dans le réseau, a été faite à géométrie variable. Je pense que, tout à l'heure, on a mentionné qu'en Estrie on est déjà très avancés. Ça fait 20 ans qu'on travaille avec un système qui s'appelle Ariane, qui répond très bien du côté local. À Montréal, je pense que notre représentant vous a expliqué qu'il y avait eu des travaux qui avaient été débutés en ce qui concerne le DCI et d'autres travaux également, parce que ce n'est pas les seuls qui ont été faits. Ma collègue du Lac-Saint-Jean vous a expliqué qu'elle, elle commençait, elle avait déjà préparé, par exemple, le chemin, tout ça.

Alors, ce qu'on est en train de dire, c'est qu'on ne pouvait pas arriver avec une stratégie du big-bang, ça veut dire tout déployer l'ensemble des composantes du DSQ d'un seul trait, de la même façon partout. Il faut qu'on soit capables de démontrer de la flexibilité pour pouvoir avoir de l'adhésion des gens. Et l'autre histoire, c'est que ça nous prend aussi des technologies qui vont pouvoir... Comme je le disais tantôt, arrimer avec Ariane, ce n'est pas les mêmes problématiques que d'arrimer avec OACIS ou avec d'autres produits. Alors, il faut travailler sur l'ensemble de cet ordonnancement-là puis de toutes les règles. Est-ce que ça répond ou j'ai passé à côté?

M. Matte: Pas tout à fait.

M. LeFrançois (Bernard): Non? Excusez-moi.

Le Président (M. Marcoux): Peut-être qu'on pourrait revenir parce que, en termes d'allocation de temps... Si vous voulez y revenir, on recommencera avec vous, M. le député de Portneuf, parce que je pense que la réponse va peut-être demander plus que 10 secondes. Alors, je vais aller au député de Marie-Victorin.

M. Drainville: Merci, M. le Président. Sur l'inflation, on n'avait pas tout à fait terminé tout à l'heure. Est-ce que c'est possible pour vous de nous donner cette évaluation de l'inflation en même temps que les autres documents que vous nous remettrez, soit dans les prochaines semaines, soit au mois de janvier prochain? C'est possible?

M. LeFrançois (Bernard): Je vais essayer, oui.

M. Drainville: Vous allez essayer?

M. LeFrançois (Bernard): J'ai dit oui.

M. Drainville: Oui? O.K. Il va de soi, M. le Président, quand je dis: Est-ce que vous allez nous les remettre?, je prends pour acquis que vous comprenez, à titre de président, que je fais référence aux membres de la commission.

Le Président (M. Marcoux): Oui, oui, tout à...

M. Drainville: J'espère que ce n'est pas nécessaire de le spécifier à chaque fois.

Le Président (M. Marcoux): Non, ça va. C'est le secrétariat, M. le... qui va assumer la gestion de ça.

Partage des coûts avec Inforoute Santé du Canada

M. Drainville: Très bien. Sur l'argent qui doit provenir du fédéral, bon, là, vous nous dites qu'on a reçu jusqu'à maintenant...

M. Cotton (Jacques): 92...

M. Drainville: ...92 sur les 303 millions que nous devons recevoir. Bon. Est-ce que les changements au projet pourraient affecter le montant que nous recevons d'Ottawa? Les changements en termes de gestion du projet, c'est-à-dire au lieu d'avoir un projet global, on divise ça en plusieurs projets plus ou moins autonomes. Les défoncements d'échéancier ou éventuellement de budget, est-ce que cela va affecter le montant d'argent que nous allons recevoir d'Ottawa?

M. LeFrançois (Bernard): La contribution d'Ottawa est fonction de l'atteinte jalon. Alors, c'est des jalons qui sont identifiés pour chacun des projets. On a dit 18, 14 ou n'importe quoi. Pour le projet, là, qu'on l'ait découpé de n'importe quelle façon, c'est que les jalons sont rattachés à des biens livrables concrets, et le fédéral paie en fonction de l'atteinte des jalons. Alors, il faut prouver qu'on a réalisé les travaux qui avaient été convenus. Alors, qu'on l'ait découpé en 14, ou en 17, ou n'importe comment, ce n'est pas important, il faut qu'on

atteigne les jalons. Dans la portée, on n'a pas prévu modifier la portée du projet. Alors, on devrait atteindre les jalons complets.

M. Drainville: Mais, si le logiciel est développé mais qu'il n'est pas implanté dans tout le Québec, est-ce qu'Ottawa vous donne la totalité de l'enveloppe prévue pour ce projet-là ou est-ce qu'ils attendent, de vous donner l'argent, que vous l'avez déployé, ce programme-là, ce logiciel-là, dans l'ensemble du territoire?

M. LeFrançois (Bernard): Très bonne question. Le fédéral paie seulement... pas sur les intentions, c'est sur la... Il faut que ce soit complété, alors...

M. Drainville: À la grandeur du Québec?

M. LeFrançois (Bernard): Bien, ça dépend. Si le jalon a été identifié déploiement complet, il n'y aura aucun paiement qui sera fait si ce n'est pas complété. Alors, je l'explique. Si le jalon n'est pas atteint, on n'est pas capables d'obtenir le financement. Un jalon, c'est des résultats qui sont convenus entre les deux parties. Ce sont des biens livrables concrets. Ce n'est pas, par exemple, un degré d'avancement, là. Il faut qu'on ait un bien livrable, puis prouver le bien livrable, puis qu'il soit approuvé par les architectes qui sont là-bas.

M. Drainville: O.K.

M. Gauthrin: Est-ce que vous pouvez nous déposer ces jalons, s'il vous plaît, nous les donner?

Des voix: ...

M. LeFrançois (Bernard): La réponse, c'est oui.

M. Drainville: O.K. Mais ce que je comprends, dans le fond, c'est que, pour chacun des programmes... Puis on ne sait plus trop s'il y en a 12, ou 13, ou 11, ou 18, là, mais, disons, on va prendre...

M. LeFrançois (Bernard): ...encore une fois, il ne faut pas exagérer...

M. Drainville: ...on va prendre votre chiffre, qui est de 13, je crois, hein? Bon. C'est ce que le sous-ministre disait... ah non! 11, pardon, 11 projets distincts. Bon. Alors, pour chacun de ces projets-là, il y a une entente avec Inforoute Canada?

M. LeFrançois (Bernard): C'est oui.

M. Drainville: Cette entente-là prévoit un certain nombre de jalons que vous devez rencontrer. Lorsque vous les rencontrez, on vous fait le chèque.

M. LeFrançois (Bernard): C'est ça.

M. Drainville: Exact. Bon.

M. LeFrançois (Bernard): On vient de me rappeler que les jalons ont été identifiés par région, en plus. Alors, c'est par région que le déploiement se fait et que le paiement s'effectue.

M. Drainville: O.K. Alors, pour chacune des 18 régions administratives du Québec? O.K. Donc, je vous repose la question: Le 303 millions que nous devons recevoir, en principe, d'ici 2010, on va le recevoir quand, d'après vous?

M. LeFrançois (Bernard): Bien, ce qu'on me dit, c'est qu'on a le tiers déjà de... Il nous manque le deux autres tiers. Dépendamment si on est capables de livrer à l'intérieur de la prochaine période, là, les deux autres tiers en fonction des jalons, comme on a mentionné, on va recevoir les paiements.

M. Drainville: O.K. Mais, si le projet s'étire, s'il y a des jalons qui ne sont pas rencontrés, est-ce qu'il existe un risque que nous ne recevions pas l'argent? Est-ce qu'on a une date limite, en d'autres mots, pour rencontrer les objectifs, pour rencontrer les jalons?

M. LeFrançois (Bernard): Excusez-moi. Là, je comprends mieux la question. Point de vue date, on a-tu une date?

Une voix: ...

M. LeFrançois (Bernard): Non. Les dates n'ont pas été... Mon conseiller à l'arrière me dit que la date n'est pas...

Une voix: ...

M. LeFrançois (Bernard): Alors, dans l'entente, on a précisé certaines dates, mais il n'y a pas de pénalité. Si on le rejoint plus tard, on me dit qu'on effectue le paiement. Il faut qu'on...

M. Drainville: Donc, l'argent est mis de côté pour le Québec.

M. LeFrançois (Bernard): C'est ça.

M. Drainville: Ce 303 millions, il est mis de côté pour le Québec, peu importe le temps que ça nous prendra pour déployer le système. Exact?

M. LeFrançois (Bernard): Oui. Mais, moi, ce que je vous dirais aussi, c'est qu'il peut y avoir des négociations. Présentement, ISC a été relativement souple, là, pour revoir ça, mais il n'y a personne qui a avantage à faire durer...

M. Drainville: Le plaisir.

M. LeFrançois (Bernard): ...le déploiement. Je ne l'aurais pas qualifié comme ça, mais, oui, il n'y a personne qui a avantage à étirer ça.

M. Drainville: Là, Inforoute, si je ne m'abuse, ont reçu des montants supplémentaires dans le dernier budget fédéral, si je ne m'abuse. Monsieur fait signe que non derrière.

● (16 h 40) ●

M. LeFrançois (Bernard): Bien, je dois vous dire, j'ai reçu... C'est parce que je ne sais pas jusqu'à quel point c'est confidentiel ou pas, mais, puisqu'on a fait des signes

de tête, c'est qu'il y avait eu 500 millions qui avaient été préparés au budget fédéral, mais ce que j'ai appris, c'est — je l'ai appris avant-hier — que le gouvernement fédéral a demandé de ne pas préparer ces 500 millions là tant qu'il n'aura pas fait un audit encore parce qu'il s'est passé certains événements, et puis il ne sera pas rendu disponible avant au moins la première partie de l'an prochain.

M. Drainville: Et de ce 500 millions là...

M. Cotton (Jacques): Excusez...

Le Président (M. Marcoux): Est-ce que vous voulez prendre la parole?

M. Cotton (Jacques): Juste ajouter une précision si vous permettez. Quand M. LeFrançois fait référence à certains événements, dans une autre province, là.

M. Drainville: Oui.

M. Cotton (Jacques): Oui. Juste pour clarifier, je pense que c'est important.

M. Drainville: C'est une bonne idée de le préciser. Ça va m'éviter une question.

Le Président (M. Marcoux): Voilà pourquoi j'avais donné la parole.

M. Drainville: Merci, M. le Président. Sur les 500 millions, on peut présumer que le quart de cet argent-là était destiné au Québec ou est-ce qu'on se trompe?

M. LeFrançois (Bernard): Bien, moi, je pense qu'il y aurait eu des études préliminaires qui auraient dû être effectuées. Puis, juste pour vous expliquer, c'est que, quand le fédéral arrive avec une enveloppe comme ça, il faut que son partenaire soit capable de mettre la moitié du montant qui est donné aussi, là. Alors, on appelle ça accoter le financement. Alors là, il aurait fallu évaluer si on avait pris la décision de le faire ou pas.

M. Drainville: Est-ce que l'argent qui vient d'Ottawa, là... Ce qu'on a entendu de la part du Vérificateur général jusqu'à maintenant, c'est qu'un des problèmes importants — et on l'a entendu d'acteurs également dans le réseau de la santé — avec le DSQ, c'est le problème d'arrimage ou d'intégration avec ce qui se fait déjà dans notre réseau au niveau, entre autres, du dossier clinique, le dossier patient, et je vous demanderais... C'est peut-être beaucoup vous demander, mais je vous demanderais de faire un peu abstraction de la formation politique à laquelle j'appartiens et de répondre à la question que je m'appête à vous poser: Est-ce que vous croyez que cette idée d'arriver avec un projet comme le DSQ, qui impose un certain modèle d'affaires, c'est-à-dire on finance des liens entre certains établissements... Est-ce qu'il n'aurait pas mieux valu, comme société puis comme réseau de santé, est-ce qu'il n'aurait pas mieux valu de prioriser la création du dossier patient, qui était déjà amorcée, plutôt que d'être pris, dans le fond, pour développer un système qui n'était peut-être pas la priorité pour notre réseau à ce moment-là? Est-ce que ma question est claire?

M. Cotton (Jacques): Oui. Je vous dirais que, pour faire référence à ce que vous dites par rapport à l'argent qui arrive avec un objectif très précis, si, à l'époque... Puis, écoutez, je ne peux pas nécessairement répondre pour les gens qui ont pris la décision à l'époque, mais, si, à l'époque, ce besoin-là... cette attente-là de financement de la part du fédéral en disant: Moi, je mets 300 millions en autant que vous déployez tel, tel aspect n'aurait pas répondu à un des besoins du réseau, je pense qu'on... sûrement qu'on n'aurait pas adhéré. C'est que ça répondait à un besoin du réseau.

La question, maintenant, des dossiers cliniques informatisés dans les établissements, il y a des besoins effectivement à ce niveau-là. Il y avait des projets de débutés, vous avez raison, à l'époque. Là, on est rendus à une étape encore plus avancée, et il y a beaucoup, depuis ce temps-là, de pressions qui ont été faites dans l'ensemble... pour l'ensemble des provinces pour dire: Bien, la prochaine étape, le prochain besoin, c'est les dossiers cliniques informatisés. À l'époque, est-ce que la décision a été de dire: Pour l'ensemble du Canada... J'imagine, pour Inforoute Santé, leur priorité. eux autres, était la fameuse information qui circule puis l'interopérabilité, j'imagine. Ça a dû répondre malgré tout à un besoin des provinces parce que, comme je disais tantôt, ça fait longtemps que le réseau s'informatise à petite échelle. Là, il y a eu une occasion de pouvoir faire une étape importante de circulation de l'information, et je vous dirais même: Au-delà de la circulation de l'information entre établissements puis entre régions, la connaissance du fichier Médicaments pour les patients, je pense, ça, c'était un besoin important du réseau qui existait à l'époque et qui nous permettait d'avoir accès à ça avec le DSQ. Mais...

M. Drainville: O.K.

Le Président (M. Marcoux): Alors, on pourra peut-être revenir, M. le député de Marie-Victorin. Alors, je vais maintenant permettre au député de Portneuf de reposer sa question s'il le souhaite.

Approche de déploiement du DSQ avec les agences de la santé et des services sociaux (suite)

M. Matte: Oui. C'est un souhait, M. le Président. Mais je vais me référer au texte de M. Côté, c'est peut-être plus simple aussi, là, dans le sens, M. Côté, vous dites que, Montréal, vous êtes le leader dans OACIS. Vous affirmez que, dans la région de Montréal, tous les organismes, les institutions vont adhérer à ça. Où que je ne trouve pas... Puis, à un moment donné, je trouve que nous allons desservir 11 régions au Québec. Qu'est-ce qu'on va faire des autres régions? Quand je posais la question: Comment vous allez vous assurer que l'ensemble du Québec vont adhérer à votre programme OACIS?, c'est ça, là.

M. Côté (Louis): On va commencer par la question des 11 régions. Les 11 régions, c'est qu'on est le dépositaire, dans le cadre du projet du Dossier santé Québec, des dépôts d'imagerie pour le RUIS de l'Université de Montréal et le RUIS de l'Université McGill qui couvrent 11 régions du Québec. Pour l'Université Laval, le RUIS de l'Université Laval, le dépôt, je pense, il est dans la capitale nationale. Puis, en Estrie, pour le RUIS de l'Estrie, c'est à Sherbrooke. Donc, on a un mandat, nous, pour

les deux RUIS, McGill et Montréal, et ça adonne que, dans ces deux RUIS-là qui sont connectés au CHUM et au CUSUM, il y a 11 régions qui sont couvertes. Donc ça, ce n'est pas relié à notre projet régional.

Pour ce qui est de notre projet régional, on... D'ailleurs, je vous dirais que c'est une grande avancée que, toute la région de Montréal, où, historiquement, chaque institution avait son système autonome — Sainte-Justine, le CHUM, le CUSUM, l'Hôpital du Sacré-Coeur — que les médecins spécialistes — il y a quand même 3 500 spécialistes à Montréal — aient fait le pas de dire: On va prendre le même système au CHUM et au CUSUM. Et les collègues se rendent compte aussi que, financièrement, le genre de projet que nous avons lancé, ça va permettre à l'Hôpital général juif, à Sainte-Justine, à Sacré-Coeur, à Maisonneuve d'avoir la réplication de ce qui a été acheté au CHUM et au CSUM, d'un système de haut niveau. Et, entre vous et moi, tous les résidents en médecine qui sont formés à l'Université McGill, à l'Université de Montréal vont être formés avec le même outil, et ça, c'est un changement majeur de paradigme, je dirais, au niveau de la mentalité où, historiquement, à Montréal, entre vous et moi, on avait 144 systèmes différents. Et ça, ça va aider dans l'interfaçage ou la liaison avec le DSQ parce qu'il y a un dossier, dans cette région-là, clinique informatisé. Imaginez-vous s'il y en avait... Il y a encore 90 établissements dans la région de Montréal. Prenons juste les grands hôpitaux — il y a des CSSS — on est encore à 27 entités avec des milliers de médecins et de travailleurs. Donc ça, je pense que c'est un plus.

Le reste, c'est aux régions... Nous, on a offert l'opportunité aux régions qui le désiraient, qui n'avaient pas déjà fait de choix, de se prévaloir de prendre le même système que Montréal. Donc, la région de Lanaudière, exemple, a fait le pas de le faire. Aussi, il y a une raison pratique, hein, la région de Lanaudière est très interreliée à Montréal au niveau des consultations. Puis c'est fini.

M. Matte: ...est-ce que la région de Québec adhère à votre programme OACIS?

M. Côté (Louis): Non...

M. Matte: Pardon?

M. Côté (Louis): ...parce que la région de Québec a déjà un dossier clinique informatisé, qui s'appelle Cristal-Net, qui est opéré par le CHUQ à Québec. L'Estrie a un système depuis 15, 20 ans, qui s'appelle Ariane. Québec a une solution qui est au CHUQ. Puis il y a des régions qui n'ont pas pris de décision encore, qui n'ont pas de décision de prise.

M. Matte: Et c'est là que je repose ma question, M. LeFrançois: Si chacune des régions opte pour une technologie qui est différente, comment vous allez vous assurer que la plateforme va pouvoir répondre à toutes les régions?

M. LeFrançois (Bernard): Je vais commencer par ne pas répondre à votre question pour y répondre. La première chose...

M. Matte: C'est comme au baseball, hein, on a le droit à trois prises.

M. LeFrançois (Bernard): C'est ça. Mais il ne faut pas faire une grosse fausse balle non plus. Alors, écoutez, je pense que c'est important de comprendre, on ne peut pas avoir... Pour répondre à votre question, là, pour comprendre, on ne peut pas avoir 28 ou 50 systèmes différents pour faire l'intégration, qui est votre préoccupation, c'est évident. Alors là, ce qu'il va falloir faire, là, c'est de faire une normalisation. On va faire un appel de qualification puis on va peut-être en choisir cinq. Et on laissera les établissements les choisir, mais il faut en qualifier un nombre minimal pour pouvoir arriver à faire après ce que vous êtes en train de mentionner qui est l'arrimage et l'intégration de ces composantes-là. Alors, je recommence, il faut qualifier pas plus que quatre ou cinq. Une fois qu'on les aura qualifiés, après ça on va faire une intégration, il faut développer... Parce qu'il faut comprendre une chose, pour chaque solution que vous imaginez, là, ça va prendre des travaux d'intégration différents pour les cinq qu'il y a. Alors, il va falloir limiter le nombre, Est-ce que, là, j'ai mieux répondu?

M. Matte: Oui. C'est un coup sûr, là.

M. LeFrançois (Bernard): Bon. J'ai eu peur.

M. Matte: Mais, remarquez, je vous dirais, à ce moment-là: Est-ce qu'il n'y aurait pas été plus intéressant de s'assurer que l'ensemble des régions adhère à une seule technologie? O.K. Je pense que maintenir quatre technologies, c'est... on augmente les coûts, les frais.

Participation de la Régie de l'assurance maladie au DSQ

Je voudrais revenir à ma deuxième question qui était dans ma première intervention. Donc, vous avez mentionné, M. Cotton, que vous allez associer la RAMQ. Au tout début, la RAMQ ne devait pas faire partie, là, du dossier. Est-ce que je me trompe, ou si j'ai mal compris, ou si...

● (16 h 50) ●

M. Cotton (Jacques): La RAMQ est déjà impliquée dans le Dossier santé du Québec. Ils ont plusieurs dossiers, là, entre autres le médicament, l'index. Il y en a plusieurs, là, le registre des intervenants, le registre des usagers. Ils sont déjà impliqués. Ce qu'on a dit par rapport à la RAMQ, c'est qu'on est en train de revoir un peu l'ensemble du projet, comme vous avez vu, incluant ses redécoupages, et on regarde comment on peut travailler d'un peu plus près peut-être sur certains volets avec plusieurs de nos partenaires qui sont dans notre système, dans le même ministère, c'est-à-dire l'Institut national de santé publique, qui a des ressources informatiques, la RAMQ qui a des ressources informatiques. On a plusieurs partenaires avec qui on peut probablement aller chercher des éléments qui peuvent nous aider. Mais, sur ça, il n'y a pas de décision de prise, ça fait partie de nos réflexions actuellement de voir comment d'autres partenaires pourraient nous aider à atteindre nos objectifs. Mais la RAMQ est déjà impliquée depuis le début dans le Dossier santé du Québec.

Négociation d'ententes avec les cliniques privées pour l'utilisation du DSQ

M. Matte: Ma dernière question: Est-ce qu'il y a des coûts récurrents pour adhérer à ces services-là de la part des utilisateurs? Autrement dit, une clinique, un centre hospitalier qui va se servir du service, là, de DSQ, là, est-ce qu'il devra payer une redevance annuelle pour utiliser le service?

M. Cotton (Jacques): Il n'y en a pas. Puis, pour les cliniques privées, l'entente qu'on... On discute actuellement avec les fédérations médicales, on négocie des ententes avec eux. Et principalement, nous, ce qu'on disait, c'est qu'on va vous fournir l'information, à la clinique — la plupart des cliniques sont déjà informatisées — donc on va vous fournir l'accès à notre système de télécommunications, le RITM, on va vous fournir l'information, puis vous allez devoir, vous, à l'intérieur de la clinique, voir au fonctionnement de ce coût-là, moyennant un coût qu'eux paieraient déjà pour se brancher sur un système externe, Internet ou ces choses-là. Mais ça fait partie des négociations. Mais ce n'est pas une redevance comme telle, c'est plutôt une entente qu'on fait avec les cliniques médicales privées pour dire: Bien, on va vous amener l'information jusqu'à votre clinique. Après ça, à l'intérieur de la clinique, c'est vous qui allez devoir assumer ce déploiement-là. Mais la majorité des cliniques, actuellement, sont déjà informatisées, et justement ils la veulent, cette information-là, pour compléter leurs dossiers.

M. Matte: Merci, M. le Président.

Le Président (M. Marcoux): M. le Vérificateur général, je pense que vous vouliez intervenir.

Coûts d'implantation du DSQ

M. Lachance (Renaud): Oui. Justement, une question de compréhension. Bon, dans le virage qui a été fait, maintenant le DSQ va devenir un peu de... d'accompagner les diverses initiatives dans le réseau reliées au DPE et d'autres initiatives de ce genre. Puis, M. Côté, vous dites dans votre présentation, à la page 3, bon, que, d'ici 2013, tous les établissements de Montréal seront dotés du même système OACIS, et tous les cliniciens de la région de Montréal travailleront avec les mêmes outils informatiques. Une remarque importante: Les coûts de cette opération sont entièrement défrayés à même notre budget régional. Comment on réussit à départager un coût qui est relié au DSQ versus un coût qui est relié au budget régional courant, premièrement. Puis là je parle surtout au niveau du ministère. Puis, au niveau du ministère, est-ce qu'on a fait une évaluation de l'importance de ces coûts d'opération dans les budgets courants des entités pour... Et comment on le départage avec le budget du DSQ quand on dit qu'il est toujours de 563 millions de dollars?

M. Côté (Louis): Je vais répondre à la première partie de votre question tout de suite. Quand on dit que tous les établissements de Montréal vont être dotés du même système OACIS, là on parle du dossier clinique OACIS. Et, quand je réfère aux coûts, que ça a été financé à même le budget régional, je parle uniquement du dossier clinique informatisé OACIS. Et ça, les coûts non

récurrents et récurrents viennent dans notre enveloppe régionale de crédits, et donc c'est une contribution prise à même le budget régional. Vous allez peut-être me demander c'est quoi, le budget de tout ça au total. Non récurrents — c'est un projet qui va avoir duré 13 ans, de 2003, au début, au tout début, à aller jusqu'à 2019 — ça va être 68,2 millions, puis c'est 5,2 millions récurrents par année. Donc, sur la portée de 13 ans, dans le fond, ça va avoir coûté, récurrents et non récurrents, à peu près 120 millions, ce qui représente 1/4 de 1 % de notre budget régional, qui est de 5,3 milliards, comme vous le savez. Et, au bout de 10 ans, les coûts non récurrents vont avoir été complètement payés, les 10 livraisons du fournisseur auront été faites. Et, à ce moment-là, on va avoir à maintenir la récurrence, donc ça va tomber à 1/8 de 1 % du budget régional. Mais là je parle uniquement du dossier clinique informatisé OACIS.

Le DSQ, ce qu'il reste — on est en discussion avec le ministère — c'est les coûts de travail technique, en fait, parce que c'est des architectes informatiques, des ingénieurs informaticiens qui vont travailler à... L'enjeu, c'est comme je vous disais, c'est de créer une interface régionale entre notre visualisateur et la couche d'accès qui vont nous amener dans les dépôts du DSQ. C'est ça qu'il reste à faire comme tel, et ça, on est assez avancés dans les discussions avec le ministère. On devrait avoir une proposition pour un plan de travail avec le budget, les échéanciers pour cette partie-là à la fin du mois d'octobre, début du mois de novembre comme tel. Mais ce n'est pas... Quand on pense à la portée globale des projets, là, ça va être, je vous dirais, un coût qui est relativement marginal par rapport à l'ensemble des deux projets, là, à date.

Le Président (M. Marcoux): Ça répond à votre question? Merci. Donc là, je ne voudrais pas me tromper, je vais céder la parole au député de Masson.

M. Tremblay: Bien, merci beaucoup, M. le Président. Merci beaucoup de vous être déplacés aujourd'hui, c'est très plaisant d'avoir la chance de vous parler. Moi, j'ai une petite question. Premièrement, j'aimerais avoir une réponse rapide parce que j'ai cinq minutes, je dois partager avec mes collègues.

Premièrement, le DSQ, la première fois que vous avez parlé de ça, si je me souviens bien, tantôt, c'était en 2003, hein, qui a été la première fois que vous avez parlé du DSQ?

M. LeFrançois (Bernard): 2004. On peut dire 2004.

Arrimage du Dossier patient électronique au DSQ (suite)

M. Tremblay: 2004. Bon, bien, 2003-2004, pour moi, c'est proche. En tant que gestionnaire de fonds publics, je me demandais une petite question, puis j'espère que vous allez pouvoir me répondre. Autant les agences que les sous-ministres, vous aviez l'idée de mettre sur pied le DSQ qui est quelque chose, pareil, d'intéressant, je pense, pour le milieu hospitalier. Ma question est simple, c'est que les agences... vous avez laissé les centres hospitaliers ou les agences former des DPE. Moi, je voudrais comprendre pourquoi, premièrement, le ministère, vous avez autorisé... en sachant qu'il y avait un projet DSQ

qui était sur pied, pour quelle raison vous avez laissé les agences... puis, vous, au niveau des agences, pour quelle raison vous avez laissé vos centres hospitaliers aller dans ce sens-là de former un DPE en sachant très bien qu'il y avait un projet, on va appeler ça national, qui était de former le DSQ. Si je comprends bien, dans les notes qu'on a eues, c'est que le projet au niveau du DPE correspond vraiment au DSQ, sauf que même le DSQ est plus en profondeur que le DPE. Donc, je voudrais juste savoir pour quelle raison vous avez autorisé la dépense de fonds publics en sachant que c'est un dédoublement indirectement, là, à long terme.

M. Cotton (Jacques): Je vais juste donner un début de la réponse, si vous permettez, puis, M. Côté, vous pourrez compléter. Mais je pense qu'on ne peut pas dire que c'est un dédoublement. Je pense qu'il y a peut-être un élément, là, qu'il va falloir qu'on précise, là, par rapport à ce que fait un DPE ou un DCI par rapport au DSQ. C'est complémentaire, mais ce n'est pas un dédoublement, et...

M. Tremblay: Mais vous ne retrouvez pas les mêmes données dedans?

M. Cotton (Jacques): Non. Non. Bien, il y a des données, oui, que le DPE va... c'est-à-dire que le DSQ va fournir au dossier clinique informatisé, mais on ne peut pas dire que c'est un dédoublement parce qu'il y en a un que c'est le dossier interne de fonctionnement de l'établissement, et l'autre, c'est l'information de l'ensemble du Québec puis de vos résultats à vous qui sont accessibles. Dans la clinique médicale où vous consultez, à la salle d'urgence, vous allez vous présenter dans n'importe quel endroit, ils vont avoir accès, tandis qu'à l'intérieur de l'établissement ces données-là restent à l'intérieur de l'établissement, il y a des données qui ne sont pas dans le DSQ. C'est ça, c'est complémentaire.

M. Tremblay: Oui, mais les dossiers... c'est le dossier du patient qu'on parle bien, là. Le dossier patient, que vous le trouvez dans le DPE ou qu'on le trouve dans le DSQ, c'est les données qui sont dans les dossiers en tant que tels, là, c'est juste qu'on ne parle pas du même logiciel.

M. Cotton (Jacques): C'est-à-dire qu'il y a des données, mais ce n'est pas les mêmes données. On pourrait peut-être expliquer en deux minutes les données qui sont dans le dossier interne et les données qui sont dans le DSQ.

Le Président (M. Marcoux): M. Côté.

M. Côté (Louis): Comme je l'ai dit dans l'ouverture, dans ma présentation, les dossiers qui vont être disponibles par le biais du DSQ, c'est des données qui vont être dans un dépôt clinique, puis il va y avoir uniquement les médicaments, les tests de laboratoire, l'imagerie, les allergies. Ce n'est pas un dossier complet d'un patient. Si vous essayez d'opérer le CHUM avec juste ce qu'il va y avoir dans le DSQ, vous ne serez pas capables de fonctionner à l'intérieur du CHUM ou d'un CSSS parce que c'est uniquement ces données-là. Vous n'avez pas le diagnostic du patient, vous n'avez pas les plans d'intervention, vous avez uniquement ça. Le recoupement...

C'est sûr, si vous avez passé une radiographie au CHUM puis vous retournez au CHUM, c'est la même radiographie en dedans du CHUM.

La raison du DSQ puis la différence... À Montréal, je prends un exemple, il y a 250 points de services médicaux différents. Ce que je comprends du DSQ, le DSQ, si, moi, je suis médecin dans une clinique, vous, vous êtes allé au CHUM, mon patient qui suit, lui, il est allé à Maisonneuve-Rosemont, j'ai un autre patient qui est allé à l'Hôpital général juif, mettez-vous dans une clinique médicale de première ligne, le DSQ, il va donner accès au médecin de famille à l'ensemble des données — laboratoire, imagerie, médicaments — peu importe où son patient est allé à l'hôpital.

Dans un milieu comme Montréal, là, pensez-y, les gens, dans une clinique ou dans une GMF, les patients peuvent être allés dans un... Si vous avez 1 000 patients à vous occuper dans une clinique, ils ne sont pas tous allés au CHUM, là. Et c'est ça qui est la différence fondamentale entre les deux, c'est très, très différent et c'est complémentaire. Et plus un environnement est petit, une clinique médicale, une GMF, plus le DSQ est utile. Évidemment, au CHUM, si vous êtes neurochirurgien puis vous ne faites pas de clinique externe, vous allez utiliser surtout les données internes de l'hôpital parce que c'est ça, votre fonction. Si vous êtes au triage, à l'urgence du CHUM, c'est différent, là, le DSQ va vous être utile.

● (17 heures) ●

M. Tremblay: Donc, selon vous, c'étaient vraiment deux programmes qui n'étaient pas identiques.

M. Côté (Louis): Non. Et, si vous remontez aux gens qui ont étudié ça, qui ont fourni des expertises externes au comité Castonguay, là, qui étaient des spécialistes de l'Université de Montréal et autres, la conclusion est que c'est complètement complémentaire. Puis d'ailleurs, ça, ça me paraît une évidence.

D'autre part, on n'a pas déclenché le déploiement de dossiers cliniques informatisés après le projet du DSQ, on a commencé en 2002-2003, comme je vous le mentionnais. Nous, quand on a voté notre plan en 2006, ça venait de sortir. Ça s'appelait même à l'époque le DSEIQ. Ils ont enlevé le EIQ parce que c'était plus simple au niveau des communications. Et, même à l'époque, nous, on avait déposé notre plan stratégique de 2006 au ministère, et le ministère nous avait dit d'aller de l'avant, et à condition qu'on fasse une architecture intégrée — c'est ce qu'on a fait, d'ailleurs, dans l'année qui a suivi, c'est assez technique, là, une architecture intégrée comme telle — pour coordonner nos priorités. Mais il faut penser que réellement le lancement, là, sur les rails du DSQ, c'est 2005-2006, donc quatre ans plus tard. Puis un ne fait pas ce que l'autre fait, c'est que les deux sont complémentaires. Quelqu'un mentionnait tantôt: C'est sûr que le fait de... Inforoute Canada, en se concentrant uniquement sur l'interétablissements n'a pas supporté les provinces pour la partie dossier clinique informatisé, mais tout le monde sait que les deux volets sont complémentaires.

Le Président (M. Marcoux): M. le député de Terrebonne.

Changements apportés à la gouvernance du DSQ

M. Traversy: Oui. Merci, M. le Président. Écoutez, on a parlé de plusieurs points. Moi, j'aimerais

vous faire part d'une impression générale sur l'ensemble de la chose depuis les discussions qu'on a eues au cours des dernières heures qui, bon, à première vue, est loin d'être nécessairement aussi positive que vous le laissez sous-entendre dans vos textes de présentation. À la lueur de ce que j'entends puis à la lueur des réponses qui sont données suite aux interventions de différents de mes collègues, dont le député de Marie-Victorin, on dirait, j'ai l'impression, M. Cotton, que vous êtes au volant d'une voiture, là, dont la carrosserie tient le coup, mais il manque plusieurs boulons dans le moteur, là, puis ça commence à tourner moins rond. Est-ce que c'est normal que vous soyez toujours incapable de nous donner des chiffres précis?

Puis je vais vous donner des exemples. Incapable d'établir, exemple, des échéanciers précis pour l'ensemble des projets, là. Vous saviez que vous veniez nous rencontrer aujourd'hui. Incapable de budgéter, là, au moins, minimalement de manière claire, un peu vers où le projet s'en va, là, s'il y a des dépassements de coûts ou non. On dirait qu'on n'a pas trop voulu gratter dans le dossier, puis on n'est pas capable de donner des chiffres non plus. Incapacité de nous dire si les budgets récurrents vont rester à 85 millions, je pense, par année ou si ça va augmenter, là. On semble dire que ça tend vers ça, mais on n'a aucune estimation puis aucun chiffre. Pas capable de nous dire non plus c'est quoi, le nombre précis d'objectif d'utilisateurs que vous voulez viser pour décembre 2010. On dit que c'est plus que 5 500 personnes, mais on ne veut pas nous dire non plus c'est quoi, le chiffre. Vous ne pouvez pas nous dire non plus c'est quand, la date que vous allez chercher l'argent au fédéral. On peut dépasser la date prévue, donc ça peut aller un petit peu plus loin, là, je pense, le restant budgétaire, là, qui nous attend à Ottawa.

Donc, autrement dit, la beauté de la chose, là, c'est que, quand on ne se donne pas d'objectifs, là, c'est qu'on ne peut pas se faire reprocher de ne pas les atteindre. C'est un peu mon impression là-dessus. Et, comme le projet est parti depuis 2004, moi, ce que j'aimerais vous demander, M. Cotton: Vous êtes le grand timonier à la barre de ce projet-là, est-ce que vous vous sentez capable de le donner, le coup de barre qu'on a de besoin pour le remettre un peu dans le droit chemin, parce que visiblement c'est ce qui manque, là, présentement?

M. Cotton (Jacques): Bon. Je comprends vos inquiétudes, là, puis les éléments que vous faites ressortir, mais j'ai essayé de faire ressortir dans ma présentation écrite que je vous ai envoyée que, depuis, je dirais, quelques mois, plusieurs mois même, là, depuis l'hiver passé ou au printemps, on a apporté des changements importants au niveau de la gouvernance de ce projet-là. Ce n'est pas sans lien avec certains éléments que vous venez de mentionner. On a décidé d'apporter des changements parce qu'au départ ce projet-là était géré comme un projet, une entité qui n'était pas intégrée dans les activités du ministère. Et je pense qu'au départ il fallait partir ça comme ça, en gestion de projet, vraiment en dehors des activités courantes du ministère. Mais là on a regardé l'évolution de ce projet-là puis on a fait certains constats, nous aussi. Puis le Vérificateur nous en fait, je pense que vous en êtes conscient, puis, tantôt, je disais qu'on a accepté ses recommandations, l'ensemble de ses recommandations. C'est parce qu'on est conscients qu'il

y a des correctifs à apporter, et, ces correctifs-là, on est en train, actuellement, de les mettre en place.

Nous, quand on dit... Puis, quand je refais le lien avec ce que le député de Marie-Victorin a dit au tout début en disant: Pourquoi vous êtes capables de dire aujourd'hui que ce dossier-là, il est sur les rails?, aujourd'hui on est capables de dire ça parce qu'on a fait des changements au niveau de la gouvernance, on a fait des changements dans la façon de déployer ce projet-là. On ne dit pas que tout est réglé. Ça, on est loin de dire ça. On est rassurés pour certains éléments qu'on est capables de livrer avec les dernières modifications qu'on a faites. L'intégration des activités du DSQ, pour ne pas dire la récupération par la permanence de la fonction publique de dossiers qui étaient gérés par des consultants externes nous permet, aujourd'hui, de dire: On est rassurés sur certains des aspects.

M. Traversy: Bien, certains des aspects, je veux comprendre... Bien, en tout cas, tout ça pour conclure, écoutez, quand je vois le sous-ministre qui n'est pas capable d'amener des... On dirait qu'on n'est pas capables d'avoir l'information nécessaire sur l'ensemble de points clés du dossier. Moi, je trouve ça très inquiétant. Mais je comprends que tout est en train de se mettre en place. Mais, quand même, je veux vous lancer cette inquiétude-là qu'on a de ce côté-ci.

Le Président (M. Marcoux): Merci, M. le député de Terrebonne. Oui, peut-être brièvement, M. le sous-ministre...

M. Cotton (Jacques): Je peux rajouter, oui. Puis, quand vous dites qu'on n'est pas capables de répondre à certaines questions, je veux juste vous expliquer que, ces réponses-là, on va les avoir très bientôt parce qu'on est en train justement de le réévaluer, le projet, en fonction des changements qu'on vient de faire dans la gouvernance, les changements qu'on a faits d'intégrer ça dans la permanence de la fonction publique, la gestion de ce projet-là. Et le redécoupage avec une nouvelle approche de déploiement due à ce changement de gouvernance là, c'est ce qui nous amène à tout questionner ces échanciers-là, le budget, ces éléments-là, et qu'on va reconfirmer très rapidement.

Le Président (M. Marcoux): Alors, merci, M. le sous-ministre. M. le député d'Orford, une brève intervention.

M. Reid: Oui. Étant donné ce que j'ai déjà dit, je voudrais juste faire une petite mise en garde. C'est sûr que, notre commission, on est là puis on veut pousser les fonctionnaires et la fonction publique du Québec dans ses derniers retranchements pour être sûrs d'avoir les bonnes informations, d'avoir les bonnes choses. Maintenant, il faut faire attention quand on parle d'échéanciers et de budgets en informatique. L'expérience de 60 ans de budgets informatiques a démontré que, lorsqu'on veut absolument avoir des chiffres quand les chiffres ne sont pas disponibles, bien on a des chiffres qui ne sont pas bons. Moi, je préfère avoir des bons chiffres dans les temps qui nous ont été donnés. Et, moi, personnellement, avec mon expérience, je suis satisfait des réponses qu'on a eues et qui ne démontrent certainement pas que le système

est hors contrôle. Ça démontre que le système — et le Vérificateur général a été clair — il y a eu des problèmes et ça démontre aussi que, là, on a remis le train sur les rails. Maintenant, je suis anxieux, moi aussi, comme le député de... Je m'excuse...

Une voix: De Terrebonne.

M. Reid: De Terrebonne. Je suis anxieux aussi d'avoir des réponses à ces questions-là, mais, moi, je vais faire une petite mise en garde: il faut faire attention, parce que, si on veut des réponses quand on ne peut pas les donner, bien, si on force des réponses, on n'a pas des bonnes réponses. On nous a donné des temps pour avoir des réponses. Moi, je suis anxieux de les avoir, j'ai hâte de les avoir, j'espère que le Vérificateur général va continuer à faire sa vigie, mais laissons leur le temps de pouvoir nous donner des bonnes réponses.

M. Traversy: Alors, disons que le message est passé.

Le Président (M. Marcoux): Merci. Je pense, c'était un commentaire. Alors, M. le député de Rivière-du-Loup, je pense que vous vouliez avoir la parole. Merci, M. le député...

Perception de la population par rapport au DSQ

M. D'Amour: Oui. Alors, au-delà de tous ces éléments parfois un peu techniques, hein, on parle de chiffres, on parle d'échéanciers, lorsqu'il est question du Dossier santé Québec, on a souvent dit que c'était important que les médecins, que les pharmaciens, que les infirmières adhèrent à tout ce processus-là, mais il y a un mot qui n'est pas revenu souvent cet après-midi, c'est le mot «citoyen». Moi, je veux savoir, vous avez probablement — du moins, je l'espère — mené des enquêtes d'opinion pour savoir ce que les citoyens pensent, comment ils se retrouvent. Si oui, sous quel angle vous l'avez fait? Et qu'est-ce qu'on vous a transmis comme message?

M. Cotton (Jacques): Oui, il y a eu des évaluations qui ont été faites, il y a eu un sondage qui a été fait par la firme SOM, je pense, là, de mémoire, qui a été fait au niveau de la population pour voir un peu quelle était la perception des gens par rapport à... Ce sondage-là a été fait à l'automne 2008, et on a, dans notre sondage, des données que 80 %, environ, de la population, quand ils comprenaient bien le but visé par ce projet-là et les niveaux de sécurité qui sont mis en place pour protéger justement l'information qui est dans ces systèmes-là, les gens étaient d'accord pour donner leur autorisation ou de permettre que ce système-là soit en place et que leurs dossiers soient dans ce système-là pour que l'information soit disponible aux gens qui les traitent, qui les soignent au niveau des professionnels.

M. D'Amour: Pourquoi vous avez senti le besoin de dire: À travers ceux qui comprenaient, qui comprenaient le système?

● (17 h 10) ●

M. Cotton (Jacques): C'est parce que les gens, des fois, ont une mauvaise compréhension, premièrement, de ce que contient le dossier et les mesures de sécurité... Je vous disais: Ce qui revient beaucoup dans les commentaires, pour les gens qui ont des hésitations, c'est les mesures de sécurité. Parce qu'au départ les gens sont d'accord que l'information soit disponible pour les gens qui les soignent puis qui s'en occupent, mais il y a toujours l'inquiétude de dire: Il y a-tu quelqu'un qui va avoir accès à ça puis qui ne doit pas avoir accès à ça? Ça fait que les gens ont besoin d'être rassurés par rapport à la manière qu'on donne accès à ces informations-là puis les niveaux de sécurité qui protègent leur information, leur dossier qui est dans ces dossiers-là.

M. D'Amour: Est-ce qu'on a vécu de mauvaises expériences dans le traitement de certains dossiers?

M. Cotton (Jacques): Pas à ce que je sache, ni dans le projet pilote actuellement, puis tout ça, non. Non. Mais la question qui revenait souvent, les gens ont besoin d'être rassurés par rapport à ça.

M. D'Amour: Ce qui est normal en soi parce que c'est nouveau.

M. Cotton (Jacques): Oui. Oui, oui. Mais les gens comprennent bien le bien-fondé. Et ce qu'ils apprécient beaucoup aussi, c'est la rapidité avec laquelle, éventuellement, quand les résultats de laboratoire vont être disponibles... quand ils ont un rendez-vous chez leur médecin, que les examens de laboratoire, peu importe où ils vont les avoir passés, dans l'hôpital A ou dans l'hôpital B, un peu comme on expliquait, surtout pour les grands centres, où les gens peuvent aller à plusieurs endroits, que cette information-là va toute être accessible à leur médecin traitant dans leur dossier. Ça, quand les gens comprennent ça, je pense qu'ils se rendent compte qu'avec... plus le médecin a de l'information, plus ça va être facile pour lui de faire les bons choix et bons diagnostics.

M. D'Amour: Plus rapide et plus efficace.

M. Cotton (Jacques): Plus rapide, plus efficace.

Le Président (M. Marcoux): Alors, M. le député de Jean-Lesage.

M. Drolet: Merci, M. le Président. Moi aussi, comme mon collègue, il s'est dit beaucoup de choses techniques aujourd'hui, puis merci à vous de nous donner ces informations-là. Mais, par contre, pour faire suite un peu aux commentaires de mon collègue de Rivière-du-Loup, ça a été fait au départ pour les patients, en fait, et pour les citoyens et les citoyennes. Et puis il y avait une volonté d'avoir un 100 % de quelque chose, et puis on s'est aperçu, peut-être, que c'était peut-être plus complexe d'en arriver dans les délais, ça a été cité tout à l'heure, et, en fait, par rapport à la grosseur des projets qui étaient sur la table pour le client, finalement.

Suivi des projets (suite)

Par contre, il y a un ordre de priorité dans toute chose dans la vie qui doit être certainement par rapport à

des projets. Dans l'idée, au départ, bien je pense que, les patients, de tous avoir leur C.V. sur informatique, c'est peut-être un idéal, une volonté, mais il doit y avoir un ordre de priorité. Vous avez parlé, monsieur, tantôt, suite au rapport du Vérificateur général, M. Cotton, vous avez parlé d'un 50 % de réalisation de projets à date qui étaient quand même sur les rails ou, disons, comme certains propos qui ont été dits... Est-ce que c'est, premièrement, de un, les projets les plus importants, en fait, au départ pour mettre... ou si tous les projets sont sur le même niveau? Et aussi, d'un autre côté, vous avez parlé... on a parlé quand même des changements de la direction du DSQ, mais surtout le renouvellement de 40 % des services professionnels. Est-ce que ça aussi, c'est quelque chose qui peut peut-être causer des problèmes dans les échéanciers?

Une voix: Pouvez-vous...

M. Drolet: J'ai deux questions.

Une voix: Oui.

M. Drolet: La question, de un, l'ordre des priorité des projets, en fait, sont-ils... Puis, bon, selon ce que vous disiez, 50 % sont quand même sous contrôle. Parce que, là, on semble alarmiste un petit peu quand on voit tout ça, mais, à vous écouter, on semble avoir un meilleur encouragement. Mais est-ce que l'ordre des dossiers prioritaires sont bons? Et, de l'autre côté, bien, est-ce que, dans le renouvellement, est-ce que ça a agacé, est-ce que ça agace, le renouvellement, en fait, de la direction du DSQ, en fait?

M. Cotton (Jacques): Quand vous dites, pour votre deuxième question... Bien, je vais répondre à la première, puis on reviendra à la deuxième question.

M. Drolet: Bien, le changement de professionnels, en fait des contrats externes versus les gens de l'interne.

M. Cotton (Jacques): Oui. Quand vous dites: Est-ce que ça agace...

M. Drolet: Bien, est-ce que ça, ça a comme une répercussion, en fait, sur la volonté de bien réussir votre dossier, finalement?

M. Cotton (Jacques): Oui. O.K. Je vais commencer par la première. Quand on dit que 50 %, actuellement, on est capables de dire: On va arriver dans le budget, puis il y a 50 % de ces projets-là qui nous rassurent, ils ne sont pas tous du même ordre, là, puis ils ne sont pas tous du même niveau, là. Je pourrais peut-être demander à M. LeFrançois de préciser lesquels dont... Un des majeurs, là, c'est toute la numérisation des films en radiologie, entre autres, là. Celui-là est atteint à 90 %, 95 %, là. Donc, celui-là était quand même un montant important, ça représentait une partie du budget importante, du 500 quelques millions. Et donc c'est un élément, quand même, qui est livré dans les délais, puis, dans les budgets, donc ça, c'est quand même rassurant. Puis on pourra préciser peut-être les autres projets, là, qui font partie de cet ordonnancement-là.

Pour ce qui est des changements, de passer de l'étape à intégrer les activités de la gestion de projets aux activités courantes du ministère à la Direction des technologies de l'information, donc de travailler moins... Puis c'était un des commentateurs, d'ailleurs, du Vérificateur général, qu'on travaillait trop avec des consultants externes et qu'à ce niveau-là il y a des risques de perdre l'expertise, tout ça. Bien, cette étape-là, on l'a enclenchée depuis le mois d'avril 2009. Il y a eu une autre étape au mois d'août 2009, et ça se continue, là, il y a différentes étapes qui sont prévues. Et, à ce que je sache, c'est l'inverse, là, actuellement... Puis je ne critique pas nécessairement le modèle antérieur, je dis juste que ce changement-là était nécessaire, et était nécessaire à ce moment-ci. On était à une période qui était due pour qu'on récupère ce dossier-là à l'intérieur de la permanence même du ministère et de la fonction publique et que ce soit nous qui prenions le contrôle des prochaines étapes, quand on se rapproche du déploiement. Et ça n'a fait... Honnêtement, les échos que j'en ai, c'est que ça rassure beaucoup les gens dans le système, dans le réseau, de voir que les gens du ministère se sont appropriés le projet plutôt que l'approche de gestion qui était auparavant, mais qui était nécessaire au départ.

M. Drolet: Qui était nécessaire au départ. O.K.

M. Cotton (Jacques): Oui. Oui, oui.

Le Président (M. Marcoux): Donc, avez-vous terminé, M. le député de Jean-Lesage?

M. Drolet: Oui.

Effectif affecté au DSQ

Le Président (M. Marcoux): Peut-être poser une question justement reliée à la gouvernance et au rapatriement d'un certain nombre de tâches, là, au sein du ministère: Est-ce qu'il y a des problèmes de recrutement de ressources informationnelles? Parce que, pour les rapatrier au sein du ministère, encore faut-il que vous puissiez obtenir les ressources humaines qui sont nécessaires. Est-ce que vous avez des défis particuliers en ce qui a trait au recrutement?

M. LeFrançois (Bernard): Bien, pour répondre à cette question-là, c'est que, par exemple, pour la gestion de projets, on a choisi un de nos gestionnaires qui étaient les plus aptes à pouvoir prendre la relève. Alors, on a pris quelqu'un qui était là, et c'est comme une permutation, lui va être remplacé par quelqu'un d'autre. En ce qui concerne, par exemple, la communication, les communications, on avait une équipe de communication interne. Alors là, on a réussi à donner ça au directeur des communications, l'imputabilité. On a fusionné les ressources. Alors, en ce qui concerne l'architecture, par exemple, on avait un directeur de l'architecture. Alors, lui a assumé les responsabilités avec les ressources encore. Alors, c'est plus une intégration à l'intérieur des fonctions qui étaient déjà disponibles au ministère que de dire: On fait du recrutement «at large».

Le Président (M. Marcoux): Donc, vous avez les ressources requises pour pouvoir assumer l'intégration et la direction du projet à l'intérieur du ministère.

M. LeFrançois (Bernard): Tout à fait. C'est ça.

Le Président (M. Marcoux): Merci. Alors, M. le...

Une voix: ...

Le Président (M. Marcoux): Oui.

Une voix: ...

Le Président (M. Marcoux): Non. Il va rester quelques minutes après. M. le député de Blainville.

Projet pilote

M. Rathé: Merci, M. le Président. Mesdames messieurs, bonjour. Deux sujets, rapidement. Je regardais que... Bon, ce qu'on pouvait voir, c'est que le projet pilote a été prolongé jusqu'en 2010, hein, jusqu'en juin 2010, et on nous parle également d'une implantation qui va débiter en 2009. Habituellement, je pense que, normalement, on fait un projet pilote d'abord pour voir la faisabilité, pour voir l'efficacité d'un produit en termes informatiques, bon, s'il y a des bogues, on les corrige et on procède à l'implantation. Alors, ma question est simple: Est-ce qu'on va implanter le système avant même la fin du projet pilote? Parce qu'on nous parle d'implantation en 2009 puis on nous parle d'un projet pilote qui se termine en 2010. Alors, je vous dirais, ça, c'est ma première question. Je vais vous poser mes deux aussi... Vous pourrez me répondre après en totalité.

L'autre concerne davantage... Ma question va porter davantage sur ce qui se fait maintenant puis le futur. Alors, je suis bien prêt, je pense, à croire qu'il y a une bonne volonté du côté du ministère de faire en sorte que ce projet-là fonctionne et je n'en ai aucun doute. Cependant, le Vérificateur général nous dit qu'en termes de reddition de comptes il devait y avoir des comptes rendus qui devaient être remis. On parle, entre autres, de cinq bilans semestriels qui devaient être déposés: en février 2008, en octobre 2008 et décembre 2006, et il y en a deux autres. On nous dit que seulement trois des documents ont été produits. On nous dit également que les trois documents ne satisfont pas pleinement, en tout cas, les exigences qui ont été demandées. Alors là, on regarde le passé. Moi, j'aimerais vous entendre à savoir si... On veut justement que le projet aboutisse, on veut, au niveau de la commission, savoir si les choses vont bien, si, effectivement, vous allez rencontrer ce que je vais appeler les nouvelles échéances, les nouveaux objectifs. Que ce soit en termes financiers, en termes d'échéance, est-ce qu'on peut s'attendre — et j'aimerais plus qu'avoir qu'un voeu pieux — est-ce qu'on peut s'attendre à ce que, cette fois-ci, les bilans seront produits à temps, que les bilans comportent les informations nécessaires? Alors, vous avez mes deux questions, donc implantation, projet pilote, et bilans, reddition de comptes.

M. LeFrançois (Bernard): Alors, on vient de se séparer les questions.

Le Président (M. Marcoux): Ça va.

M. LeFrançois (Bernard): Alors, encore une fois, c'est une excellente question en ce qui concerne le projet pilote. On peut appeler ça un projet expérimental, si vous voulez, parce qu'un projet pilote, je pense, vous l'avez mentionné, un projet pilote, ordinairement, on a une solution complète, intégrée et qu'on valide. Là, ce qui est arrivé, c'est qu'on a voulu faire des preuves de concept, on a voulu essayer plusieurs solutions hétéroclites, et je pense que le bilan qui a été fait nous laisse entrevoir qu'il y avait beaucoup d'améliorations à faire à plusieurs niveaux, et ça a été très riche pour pouvoir les faire. Alors là, je ne sais pas si vous voulez que j'explique un peu les...

M. Rathé: Pas nécessairement, mais...

M. LeFrançois (Bernard): Non. O.K.

● (17 h 20) ●

M. Rathé: Ce que vous me dites, c'est que c'est plus un projet maintenant qui évolue avec le temps, on n'est plus vraiment dans un mode de projet pilote. C'est ce que vous me dites?

M. LeFrançois (Bernard): Bien, moi, ce que je dis, c'est qu'on va déployer... Par exemple, on va déployer Médicaments. C'est ça qui va expliquer... Médicaments, lui, il est stable et il est déployable si on peut utiliser cette expression-là. Alors, on va commencer avec ça. Pendant qu'on va faire du déploiement de Médicaments, nous autres, on va tester tous les...

M. Rathé: Tester d'autres. O.K.

M. LeFrançois (Bernard): Tout à fait. On va tester les autres composantes. C'est pour ça qu'on continue. Puis c'est pour ça que, pour vous, c'est peut-être difficile de comprendre sans explication, là, parce que ça ne faisait pas de sens.

M. Rathé: Mais je comprends bien, là. Je comprends ce que vous dites, c'est qu'avant c'était un projet d'ensemble. Là, on dit: Bien, quand on a testé un des modules — on va l'appeler comme ça — ou un segment, lui, on le met en place. Puis, pendant ce temps-là, on continue à tester ou à faire des projets avec les... O.K.

M. LeFrançois (Bernard): Sans vous donner énormément de détails pour tout prendre le temps de M. Cotton, c'est que, si on donne l'exemple du laboratoire, déjà, à Québec, on a fait un ménage dans l'épuration... On a épuré, on a réussi à normaliser le laboratoire, et là, lui, on va être capables de prouver que Laboratoires fonctionne bien parallèlement à ce que l'autre va faire. Même chose pour les PACS, on appelle ça monter dans les RID, ça veut dire qu'on va les monter dans une infrastructure de consultation. Alors, c'est pour ça qu'on va garder cette chose-là, puis là ça va vraiment commencer à ressembler à un projet pilote.

M. Rathé: Parfait. Merci.

M. LeFrançois (Bernard): Ça vous va?

M. Rathé: M. Cotton, sur l'autre aspect.

M. Cotton (Jacques): Sur les bilans?

M. Rathé: Oui.

M. Cotton (Jacques): Oui. Je ne veux pas parler pour le passé, mais, par rapport à ce que vous avez dit, oui, on s'engage à déposer les bilans selon la forme et les échéanciers qui sont demandés.

M. Rathé: Le prochain bilan, il est dû quand? Est-ce que c'est le 1er avril? Est-ce qu'on a...

M. Cotton (Jacques): Le prochain... la prochaine date qu'on a un bilan à déposer...

Une voix: ...

M. Cotton (Jacques): Pardon?

Une voix: ...septembre, octobre.

M. Cotton (Jacques): Octobre?

M. Rathé: Octobre.

M. Cotton (Jacques): Octobre, qu'on me dit. On va vérifier, là, mais...

M. Rathé: Est-ce qu'il sera possible d'avoir une copie pour les membres de la commission, j'imagine?

M. Cotton (Jacques): Oui.

M. Rathé: Merci. Moi, ça complète.

Le Président (M. Marcoux): Oui, M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: M. Cotton, M. LeFrançois, là, est-ce qu'on aura un échéancier final sur le déploiement du DSQ sur le territoire québécois. Et, si oui, quand?

M. Cotton (Jacques): Début 2010.

M. Drainville: Janvier 2010?

M. Cotton (Jacques): Oui.

M. Drainville: Vous allez le soumettre également à la commission?

M. Cotton (Jacques): Oui.

M. Drainville: La réponse, c'est oui, M. le Président. Je ne suis pas sûr que le microphone l'ait capté.

M. Cotton (Jacques): Oui.

M. Drainville: Merci.

Une voix: On peut le reconfirmer.

Le Président (M. Marcoux): Je l'avais entendu, M. le député.

M. Drainville: Oui, c'est parfait. Non, je ne veux juste pas que... je veux juste éviter tout malentendu.

La mise à jour complète, là, qui doit être faite en janvier, on s'est bien entendus tout à l'heure, elle va être déposée également à cette commission, hein?

M. Cotton (Jacques): Oui.

Arrimage du Dossier patient électronique au DSQ (suite)

M. Drainville: Très bien. Merci. Sur la stratégie d'arrimage entre le DSQ puis le dossier patient, est-ce qu'il y a une stratégie ou pas? Est-ce que la stratégie, actuellement, c'est d'essayer de finir le DSQ le plus rapidement possible, mais on continue de laisser les agences, les régions ou même les établissements implanter le dossier patient selon les budgets qu'ils pourraient trouver ou est-ce qu'il y a une stratégie? Et, si oui, est-ce qu'on peut l'avoir? Est-ce qu'elle existe sur papier quelque part et avec le budget qui vient avec, j'imagine?

M. Cotton (Jacques): Il n'y a pas de stratégie au niveau national de déploiement d'un dossier DCI ou DPE ou dossier patient au niveau des établissements avec un financement qui vient avec. Actuellement, ces projets-là sont gérés au niveau des régions, au niveau des établissements, puis ça fait plusieurs années que le développement des dossiers cliniques informatisés dans les établissements... il y a des régions qu'ils sont déjà même terminés, ont été gérés au niveau... C'était la responsabilité des établissements et des agences de développer leurs plans informatiques au niveau local. Nous, actuellement, les énergies et les budgets sont concentrés sur le déploiement du DSQ.

M. Drainville: O.K. Mais est-ce que le ministère de la Santé recommande une solution informatique pour le dossier patient, quelque chose qui faciliterait l'arrimage avec le DSQ, par exemple?

M. Cotton (Jacques): Ce que M. LeFrançois a mentionné tantôt, c'est qu'on va qualifier... Parce que, ça, je pense, ça fait partie des responsabilités du ministère de qualifier pour éviter qu'il y ait 25 modèles différents de dossiers cliniques informatisés dans nos établissements. De toute façon, il n'y a quand même pas beaucoup de gros joueurs dans ce domaine-là qui ont ces qualifications-là, mais le ministère va qualifier les firmes pour justement se permettre de faire un meilleur arrimage avec les caractéristiques du DSQ. Donc, il y aura qualification de certaines firmes pour dire aux régions qui n'ont rien débuté encore, qui n'ont pas démarré de projet: Vous devriez choisir, à l'intérieur de ces trois ou quatre fournisseurs-là... demander des soumissions parce que les caractéristiques techniques vont

faciliter l'interopérabilité, les liens avec le Dossier santé du Québec.

M. Drainville: O.K. Donc, il n'est pas question... Donc, vous êtes satisfaits, là... À part le fait que vous aller qualifier, là, la qualité, là, pourrions-nous dire, de certaines firmes, il n'est pas question, pour vous, de donner des balises ou des consignes ou d'arriver avec une espèce de cadre sur l'implantation du dossier patient au Québec. Ça, vous allez laisser, si je puis dire, l'approche actuelle, qui est un peu l'approche laisser-faire, là, on laisse faire, on laisse le dossier patient s'implanter selon la volonté des agences, selon la volonté locale ou régionale, sans essayer d'harmoniser ça ou de donner un cadre cohérent à cet exercice-là, à ce déploiement-là, là.

M. Cotton (Jacques): Il y a de l'harmonisation qui se fait actuellement, puis on l'a fait avec la région de Montréal. On l'a fait avec la région de Montréal parce qu'on a participé à certains éléments de financement au niveau des deux grands CHU...

M. Drainville: Oui, mais, pour le Québec...

M. Cotton (Jacques): Pour l'ensemble du... non...

M. Drainville: M. Cotton, il me reste quelques minutes, là. Pour le Québec, il n'y a pas de stratégie...

M. Cotton (Jacques): Pour le Québec, il n'y a pas de stratégie de déploiement nationale. Il y a de la qualification de firmes et des balises technologiques qui vont être données, parce que ça, c'est notre responsabilité comme ministère de donner les orientations technologiques, mais il n'y a pas de financement rattaché à ça.

M. Drainville: O.K. Mais laissons faire le bout financement, là. Vous n'avez pas peur que ça revire en «free-for-all»? Déjà, on entend dire que plusieurs régions ont leur système propre. Quand on regarde ça de l'extérieur, on se dit: Il me semble que c'est le rôle d'un État de s'assurer que ça ne revire pas justement en «free-for-all», que chaque région ne choisisse pas son propre système, puis qu'à l'intérieur de chaque région il n'y ait pas différents systèmes qui s'implantent. Il me semble... Est-ce qu'il ne serait pas temps, justement, là, d'harmoniser le déploiement, d'essayer d'organiser ça plutôt que de laisser l'approche actuelle, qui me semble un peu anarchique, moi?

M. Cotton (Jacques): Je ne suis pas prêt à dire ça parce qu'au niveau des agences régionales, qui ont une responsabilité de coordination au niveau des territoires, il y a beaucoup d'harmonisation qui se fait au niveau du développement de ces dossiers cliniques informatisés là. Il n'y a pas de... Je ne connais pas de région où les gens travaillent avec de multiples solutions informatiques quand on est rendu au dossier clinique informatisé. Ça fait, comme je disais tantôt, plus de 30 ans que le réseau se développe au niveau informatique. Il n'y a peut-être pas toujours eu de la cohésion

puis les grandes lignes directrices, mais, actuellement, je vous dirais que de plus en plus, au niveau des agences, il y a une coordination qui est faite de ces développements-là avec la préoccupation, depuis 2002-2003, de l'arrimage avec le DSQ parce que ça fait quand même depuis 2002-2003 qu'on parle de l'arrivée du DSQ puis que les agences qui veulent développer le dossier clinique informatisé ont fait cette coordination-là.

Le Président (M. Marcoux): Merci, M. le député de Marie-Victorin. Il reste trois minutes à partager. Je pense qu'il y a deux... Il y a le député de Vanier et le député de Verdun. Alors, rapidement. Il reste trois minutes.

Effectif affecté au DSQ (suite)

M. Huot: Très, très rapidement. On a parlé beaucoup, là, de ressources internes, ressources externes, ministère de la santé, ETC, qui... Êtes-vous en mesure d'identifier le nombre d'ETC qui travaillent au DSQ?

M. LeFrançois (Bernard): Moi, je dirais que ça a été sur une forme variable, dépendamment de quel projet est en mode déploiement ou en mode... Alors, écoutez, il y a déjà eu jusqu'à une soixantaine de ressources qui étaient dédiées à... sur le plancher à travailler.

M. Huot: Pour un total, ministère, 800? 900?

Une voix: 650.

M. Huot: 650?

Une voix: Ça a baissé beaucoup.

M. Huot: M. Côté, agence de Montréal, le nombre d'ETC qui sont consacrés à votre...

M. Côté (Louis): Nous, on a signé un contrat où l'implantation d'OACIS est faite par le fournisseur en...

M. Huot: Au complet?

M. Côté (Louis): En très grande partie. Donc, on a une équipe plus restreinte qui assure la coordination du dossier.

M. Huot: Donc, c'est quand même quelques personnes qui sont consacrées à ça.

M. Côté (Louis): Oui, oui.

M. Huot: Êtes-vous en mesure de dire à peu près combien dans votre...

M. Côté (Louis): Mon Dieu! par coeur, je ne le sais pas. Il ne faudrait pas que je vous dise n'importe quel chiffre, là, mais...

Des voix: ...

M. Côté (Louis): C'est en dessous de 10 parce qu'on a imparti beaucoup de choses avec notre fournisseur en lui créant des obligations de livraison.

Il a 10 livraisons à faire et il est payé sur approbation des livrables. Et l'équipe qui s'occupe en particulier d'OASIS, ça, mon coordonnateur...

M. Huot: Combien d'ETC? Total à l'agence, vous?

M. Côté (Louis): À l'agence de Montréal?

M. Huot: Oui.

Des voix: ...

M. Côté (Louis): 300 pour l'ensemble de l'agence.

M. Huot: Merci.

Le Président (M. Marcoux): Merci, M. le député de Verdun, une question d'information.

M. Gautrin: Très, très brièvement. Bon, monsieur de l'agence de Montréal, bon, vous avez expliqué tout à l'heure comment ça allait se produire, etc., sur le... vous aviez... les gens vous pitonnaient un nom... J'aimerais que vous déposiez à la... comment vous faites les identifications, donc toutes les techniques d'identification. Je me retourne vers le ministère, je voudrais savoir, vous, comment vous avez identifié, tous les... techniques d'identifier, comment l'identifiant qui va être fait sur le DSQ pourra être relié par rapport à l'identifiant qui va se faire sur Montréal. Je me retourne aussi vers le Saguenay. Je voudrais savoir, parce que vous avez probablement un identifiant différent... Et, comme l'identifiant différent chez vous, différent chez vous va coordonner avec l'identifiant central que vous êtes en train de faire... Alors, je ne vous demande pas de me répondre ici, je vous demande simplement de me répondre et de m'envoyer un document chacun, comment est votre identifiant, comment est votre identifiant, comment votre identifiant va pouvoir être coordonné avec des identifiants différents.

Le Président (M. Marcoux): Alors, merci, M. le député de Verdun. Donc, je ne sais pas si, M. le Vérificateur général, vous avez un mot à dire? M. le sous-ministre?

● (17 h 30) ●

Une voix: Ça va.

Le Président (M. Marcoux): Ça va? Alors, bien, je voudrais vous remercier de votre participation, de vos réponses. Vous avez pu constater que c'est un dossier qui préoccupe les parlementaires parce que c'est un dossier important pour la population et... Alors, il y a également certains dépôts de documents qui devront être faits. Alors, merci beaucoup d'avoir répondu aux questions et d'avoir participé à cette audition. Merci.

Et on va suspendre quelques minutes. Pour les membres de la commission, demander de demeurer ici parce qu'on va conclure sur les observations et les recommandations à faire de la commission. Merci beaucoup.

(Fin de la séance à 17 h 31)