



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-NEUVIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

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

Le jeudi 22 septembre 2011 — Vol. 42 N° 3

Audition du sous-ministre de la Santé et des
Services sociaux concernant la vigie relative
au projet Dossier de santé du Québec

**Président de l'Assemblée nationale:
M. Jacques Chagnon**

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, des pêcheries, 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 jeudi 22 septembre 2011 — Vol. 42 N° 3

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 de Mme Johanne Turgeon, directrice générale associée de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie	5
Exposé de M. Daniel Sirois, directeur des ressources informationnelles régionalisées de l'Agence de la santé et services sociaux de Lanaudière	6
Discussion générale	7
Remarques finales	32
M. Renaud Lachance, Vérificateur général	32
Le président, M. Sylvain Simard	32
M. Jacques Cotton, sous-ministre de la Santé et des Services sociaux	33

Autres intervenants

M. Pierre Reid
Mme Agnès Maltais
M. Yvon Marcoux
M. Patrick Huot
M. André Drolet
Mme Noëlla Champagne
M. Michel Matte

- * Mme Lise Verreault, ministère de la Santé et des Services sociaux
- * Mme Diane Bois, idem
- * M. Richard Audet, Régie de l'assurance maladie du Québec

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le jeudi 22 septembre 2011 — Vol. 42 N° 3

**Audition du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux
concernant la vigie relative au projet Dossier de santé du Québec**

(Quinze heures cinq minutes)

Le Président (M. Simard, Richelieu): Alors, puisque nous avons quorum, nous allons commencer nos travaux. Je déclare la séance de la Commission de l'administration publique ouverte. Je demande à toutes les personnes dans la salle de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires, en jetant un coup d'oeil moi-même sur la mienne. Alors, ça va.

Alors, comme vous le savez, l'objet de cette séance est de procéder à l'audition portant sur la vigie relative au projet de Dossier de santé du Québec, le DSQ. C'est la troisième version ou quatrième version de cette vigie?

Une voix: ...

Le Président (M. Simard, Richelieu): Quatrième version de cette vigie. M. le secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements ou des membres temporaires aujourd'hui?

Le Secrétaire: Oui, M. le Président, Mme Maltais (Taschereau) comme membre temporaire.

Le Président (M. Simard, Richelieu): Alors, l'échange que nous aurons cet après-midi durera 2 h 20 min. Le temps sera partagé, évidemment, entre le groupe parlementaire formant le gouvernement et les députés de l'opposition. Ici, vous le savez, nous tentons de fonctionner par groupes d'une dizaine de minutes. Quand ça dépasse un peu, on se reprend dans le groupe suivant, et l'équilibre se réalise sur l'ensemble de l'après-midi.

Maintenant, nous en sommes à une étape importante. Nous allons entendre dans un premier temps le sous-ministre du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Une voix: ...

Le Président (M. Simard, Richelieu): Pardon?

Une voix: ...

Le Président (M. Simard, Richelieu): Ah! pardon. Je m'excuse. On me fait remarquer, avec raison, que j'inverse. Dans notre tradition, et nous y tenons beaucoup, et qu'il ne se sente pas exclu par mon oubli involontaire, c'est donc le Vérificateur général, dont la tâche ici n'est pas de reprendre l'ensemble mais de résumer brièvement pour nous remettre un peu dans le bain... résumer les grandes lignes de son rapport concernant... le rapport de vigie sur le DSQ. Vous l'avez lu sans doute plutôt eux fois qu'une, comme nous d'ailleurs, mais, M. le Vérificateur général, rappelez-nous les faits principaux.

Exposé du Vérificateur général, M. Renaud Lachance

M. Lachance (Renaud): Donc, M. le Président, Mmes et MM. les membres de cette commission, c'est avec un grand intérêt que je participe à cette séance de la Commission de l'administration publique portant sur la vigie relative au Dossier de santé du Québec. Notre vigie avait pour objectif de nous assurer que le ministère de la Santé et des Services sociaux gère le projet du Dossier santé Québec de façon économique, efficiente et efficace. Il s'agit de nos troisième et quatrième rapports sur ce projet, et les résultats détaillés se trouvent dans le chapitre 5 du tome I et dans le chapitre 3 du tome II pour l'année 2010-2011.

Les paramètres initiaux du projet, soit les coûts, la portée et l'échéancier, ne seront pas respectés. Compte tenu de ces changements, nous considérons que le projet sous sa forme définie à l'origine n'existe plus et en ce sens est un échec. Ainsi, l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux ne repose plus sur un partage d'informations couvrant toutes les régions du Québec avec le même outil informatique tel qu'il a été conçu et appelé au départ, le DSQ. Le ministère a changé de stratégie pour permettre, avec des outils informatiques différents, le partage d'informations entre des sites d'une même région d'abord, reportant ainsi l'interopérabilité provinciale. Il n'est pas étonnant que le ministère ait reporté encore l'échéance et qu'il indique seulement que l'informatisation du réseau ne sera pas terminée avant 2016.

Premièrement, l'estimation des coûts faite par le ministère est non crédible. En décembre 2010, les dépenses effectuées dans le cadre du DSQ s'élevaient à 308 millions de dollars, soit 55 % du budget initial. Le ministère évalue comme faible le risque lié au non-respect des coûts, qu'il qualifiait pourtant d'extrême deux mois auparavant. En outre, certains sous-projets sont passés en mode continuité ou opérationnel alors qu'il ne sont pas terminés. Donc, l'affirmation du ministère relative au respect du budget initial nous apparaît irréaliste, puisque le projet originel du DSQ n'est plus celui que le ministère concrétise et parce que certains coûts ne seront plus comptabilisés dans le budget du DSQ mais au budget courant du ministère ou du propriétaire de l'actif.

Deuxièmement, l'échéancier de tous les sous-projets qui constituaient le DSQ accuse des retards. Les retards des sous-projets varient de deux à quatre ans au minimum. En ce qui concerne le projet pilote en cours dans la région de la Capitale-Nationale, aucune date n'a été fixée par le ministère pour y mettre fin.

Troisièmement, la portée initiale des sous-projets du DSQ a été revue. Plusieurs ont vu leur portée réduite. Ainsi, le visualiseur, qui devait être l'outil de visualisation et d'accès aux dossiers de santé électroniques, ne servira que pour une clientèle limitée ou temporaire. De même, la solution préconisée pour la prise en charge et la sécurité de tous les échanges d'information ne tient plus la route. Plusieurs plateformes associées aux divers dossiers patients électroniques seront utilisées pour permettre l'interopérabilité régionale, puis provinciale, ce qui fait en sorte qu'à terme la solution initiale, qui devait être l'unique plateforme, ne sera pas utilisée comme cela avait été prévu au départ.

Par ailleurs, il y a un risque élevé que le financement d'Inforoute Santé Canada soit revu à la baisse. Le Québec est manifestement en retard dans son projet d'informatisation, si on se base sur le pourcentage de reconnaissance par ISC des travaux réalisés. Au 31 décembre 2010, le pourcentage pour le Québec était l'un des moins élevés au Canada avec le Nunavut et le Yukon, soit 38 %. Quant aux autres provinces, elles s'étaient vu reconnaître en moyenne 74 % du financement attendu d'ISC. Par ailleurs, à cause de changements apportés à certains sous-projets, plus de 50 millions de dollars pourraient ne plus être versés par ISC.

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

• (15 h 10) •

Le Président (M. Simard, Richelieu): Je vous remercie, M. le Vérificateur général, pour cette synthèse très ramassée de vos conclusions et de votre rapport, mais les mots pourraient être peu nombreux et très directs et éloquents.

J'invite maintenant le sous-ministre du ministère de la Santé et des Services sociaux, M. Jacques Cotton, à nous présenter peut-être ceux qui l'accompagnent et à nous présenter ses remarques préliminaires, s'il vous plaît. Tout d'abord, bienvenue parmi nous évidemment.

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

M. Cotton (Jacques): Merci, M. le Président. M. le Président, permettez-moi d'entrée de jeu de saluer sincèrement tous les parlementaires ici présents ainsi que M. Renaud Lachance, Vérificateur général du Québec. Par ailleurs, j'aimerais également vous présenter les personnes qui m'accompagnent: il s'agit de Mme Lise Verreault, sous-ministre associée au Bureau de programme pour l'informatisation du réseau; de M. Éric Lefebvre, directeur général adjoint pour la Direction générale des technologies de l'information; et de M. Richard Audet, ici présent à la table, vice-président aux technologies de l'information à la Régie de l'assurance maladie du Québec. Je salue également mes co-invités, le Dr Michel Baron, représenté ici par Mme Johanne Turgeon, P.D.G. de l'Agence de santé et de services sociaux de l'Estrie, et M. Daniel Sirois, directeur des ressources informationnelles de l'Agence de santé et de services sociaux de Lanaudière.

Cette audience de la Commission sur l'administration publique, qui se tient suite aux deux derniers rapports de vigie du Vérificateur général du Québec sur le Dossier Santé Québec, est pour moi et le ministère une opportunité d'échanger avec vous sur ce projet, un dossier particulièrement important pour l'amélioration du système de santé québécois. Mon propos portera sur quatre thèmes: d'abord, l'état des composantes du projet DSQ et l'échéancier; ensuite, la stratégie d'arrimage du projet Dossier de santé du Québec avec les initiatives de dossiers patients électroniques des établissements hospitaliers et cliniques médicales privées, les projets DME ou DCI, comme on les appelle respectivement dans notre milieu; troisièmement, la nouvelle gouvernance récemment mise en place de bout en bout pour le DSQ et l'informatisation du réseau; et finalement les coûts.

D'abord, l'état des composantes du projet et l'échéancier. Le projet DSQ, amorcé en 2006, est une pièce majeure de l'informatisation du réseau sociosanitaire québécois et doit être complété par d'autres initiatives prises par les organisations de dispensation de services dans le milieu. Ce projet amène les composantes de base pour le partage fiable, sécuritaire et en temps opportun des renseignements de santé entre les organisations du réseau dans un contexte numérique, particulièrement les renseignements les plus pertinents pour prendre en charge un patient en différentes étapes du continuum de soins.

Le projet comporte des composantes de nature clinique plus visibles, telles que celles concernant les domaines du médicament, de l'imagerie diagnostique, des examens de laboratoire et de l'immunisation. Il comporte aussi des composantes d'arrière-boutique, tels que les registres des usagers, des intervenants et des organisations et lieux de service, des mécanismes de gestion du consentement des usagers et divers mécanismes de sécurité et de contrôle des accès aux renseignements. Un tel projet est en soi un défi d'une grande envergure et complexité à réaliser dans un réseau de services hautement sollicité 24 heures par jour, sept jours par semaine, 52 semaines par année.

Globalement, le projet a franchi l'étape du développement des composantes et passe maintenant à un mode de déploiement. Cinq ans après le lancement officiel du projet DSQ, en 2006, le développement de la plupart de ses composantes est à maturité, et certaines d'entre elles peuvent déjà être déployées progressivement en 2011-2012 selon une nouvelle programmation en fonction de la réalité du réseau. Ce déploiement s'effectue dans un premier temps dans la région de la Capitale-Nationale avec le déploiement en priorité du système de partage des renseignements du domaine médicament, suivi du déploiement des systèmes de partage des autres domaines, dont l'imagerie diagnostique et les laboratoires. Le déploiement dans les autres régions ciblées s'orchestre en parallèle et s'ensuivra. En outre, le déploiement des fonctionnalités de la télésanté est en cours depuis le printemps 2010 et sera complété en juillet 2012.

Quant aux registres et aux autres composantes qui soutiennent le partage des renseignements et la sécurité, ils sont déjà passés en exploitation et en évolution ou sont suffisamment développés pour soutenir efficacement le déploiement

progressif des systèmes de partage des différents domaines cliniques et assurer la fiabilité, la sécurité et l'interopérabilité nécessaires. Le déploiement complet à l'échelle du Québec pourrait être complété une fois que les modifications législatives nécessaires auront été apportées.

L'ensemble de ces diverses composantes sont gérées avec toute la rigueur requise dans un réseau où le contexte numérique a continué de se transformer. Les laboratoires sont maintenant informatisés, les images diagnostiques sont presque toutes numérisées. Les médecins de groupes de médecins de famille utilisent de plus en plus les dossiers électroniques, et les systèmes de Dossier patient électronique se développent et se déploient de façon accrue dans les centres hospitaliers. Cette évolution du réseau dans ce nouveau contexte numérique doit être prise en compte dans la formulation de la stratégie et de la programmation du déploiement des composantes du DSQ.

Les besoins se sont aussi précisés. Certaines composantes technologiques du projet ont évolué depuis leur conception préliminaire, il y a cinq ans. Cette situation est toutefois normale dans un contexte d'évolution rapide des technologies et de leur utilisation dans le réseau. Cependant, elles sont demeurées en ligne avec l'objectif du projet de mettre en place les éléments de base pour un partage efficace, fiable et sécuritaire des données de santé, en soutien à la prestation et au continuum de soins. Nous considérons donc que le projet DSQ évolue positivement en gardant le cap sur ses objectifs premiers et qu'il a joué son rôle de levier pour l'informatisation du réseau.

La prochaine grande étape consiste donc à accélérer le déploiement et à assurer l'arrimage des composantes du DSQ avec les systèmes de Dossier patient électronique mis en oeuvre par les établissements et les cliniques médicales. Force est toutefois de constater que le projet évolue globalement selon un échéancier plus long que celui prévu initialement. La complexité d'un tel projet a été sous-estimée, et les échéanciers initiaux sur quatre à cinq ans se sont avérés ambitieux, tant au Québec qu'ailleurs au Canada.

La mise en oeuvre du dossier santé électronique et du partage des renseignements de santé demeure un changement majeur pour les professionnels et les organisations de services où ils oeuvrent. Partout dans le monde, ce changement dans les pratiques s'opère sur plusieurs années, au rythme en partie imposé par la capacité des parties prenantes à l'accepter et à le concrétiser. Il nous apparaît préférable, pour un projet de cette envergure, de prendre le temps nécessaire pour maîtriser et bien gérer les risques plutôt que de vouloir à tout prix respecter l'échéancier prévu.

Concernant la stratégie d'arrimage du DSQ avec les initiatives de dossiers patients électroniques des cliniques privées et des établissements. La vision ministérielle est à l'effet que les composantes DSQ et les systèmes de Dossier patient électronique des établissements et des cliniques médicales privées sont des systèmes complémentaires. Rendus interopérables, ces systèmes vont procurer la capacité recherchée de pouvoir produire, traiter, partager et communiquer de façon efficace, fiable et sécuritaire les renseignements personnels de santé en soutien à la prestation et au continuum de soins. Selon cette vision, les composantes du projet DSQ sont une norme à intégrer dans les solutions de dossiers patients électroniques et font effet de levier pour accélérer l'adoption de ces solutions.

Le ministère s'est doté d'une stratégie pour concrétiser sa vision. Quatre énoncés directeurs précisent cette stratégie. Les organisations au niveau local ou régional ont la possibilité de choisir leurs solutions de dossiers patients électroniques parmi un nombre limité de solutions homologuées. Des normes d'interopérabilité des composantes communes telles celles du DSQ sont définies et sont à respecter par les solutions de dossiers patients électroniques. Les organisations du réseau et leurs fournisseurs seront responsables d'intégrer les normes et les composantes du DSQ dans leurs solutions de dossiers patients électroniques, de même que la conduite du changement auprès des cliniciens et du personnel du réseau.

● (15 h 20) ●

Un soutien approprié et judicieux pourrait être offert aux organisations ou à leurs fournisseurs qui respectent et intègrent les normes d'interopérabilité convenues et qui s'alignent sur les orientations, les priorités et les objectifs ministériels. Dans cette optique, dans son plan stratégique 2010-2015, déposé à l'Assemblée nationale du Québec le 22 octobre 2010, le ministère s'est fixé l'objectif que 50 % des établissements utilisent une solution informatique de dossier clientèle informatisé d'ici à 2015 et que 70 % des médecins, des pharmaciens et des infirmières aient accès aux bases de données du BSQ d'ici 2015.

Par ailleurs, pour concrétiser la vision et la stratégie du ministère, la Régie de l'assurance maladie du Québec joue dorénavant un rôle prépondérant basé sur son vécu, sur son expertise reconnue en matière de technologie, en matière de gestion d'opérations informatisées dans un contexte de haute performance et de haute criticité et en matière d'administration de programmes. Le ministère capitalise aussi sur ses liens d'affaires et opérationnels déjà existants avec la quasi-totalité des acteurs du système sociosanitaire.

Nous croyons fermement que cette stratégie et une implication accrue de la Régie de l'assurance maladie sont représentatifs de la réalité du réseau québécois de la santé et des services sociaux, réalité qui s'est construite graduellement au fil des ans et des sommes qui ont été consacrées bon an mal an à l'informatisation dans divers domaines et en divers lieux dans le réseau.

Troisièmement, au sujet de la gouvernance du Dossier santé du Québec et de l'informatisation du réseau, le ministère est conscient que les projets du DSQ et ceux de dossier patient électronique constituent un chantier d'informatisation d'une envergure et d'une complexité qui dépassent tout ce qui a pu être vécu auparavant au sein du gouvernement du Québec. Et il est conscient que ces projets s'adressent à un réseau de dispensation de services à la population et à un milieu fortement sollicités. Le ministère est aussi conscient que ces projets ne peuvent être menés de façon indépendante, autonome et concurrente les uns des autres si l'on veut en tirer les bénéfices et les avantages qui en découlent.

Le ministère inscrit donc au premier rang de ses priorités le déploiement des composantes du projet DSQ et leur arrimage avec les systèmes dossiers patients électroniques des établissements hospitaliers et des cliniques médicales privées. À cet effet, le ministère a consolidé à haut niveau et a institué une gouvernance de bout en bout permettant de passer d'un mode de développement des composantes du projet DSQ à un mode de déploiement ordonné et de gestion de l'ensemble des besoins et des affaires qui concernent et concourent à l'informatisation du réseau et des dossiers patients. Cette

gouvernance de bout en bout s'articule autour d'un bureau de programmes constituant l'autorité ministérielle compétente pour encadrer, superviser et coordonner ce qui a trait à l'informatisation du réseau. L'action de cette autorité ministérielle est renforcée par un conseil de gouvernance présidé par la sous-ministre associée à l'informatisation du réseau et qui réunit des représentants des principaux partenaires institutionnels interpellés, à savoir: les centres hospitaliers, les agences de santé et de services sociaux, la Société de gestion informatique SOGIQUE, la Régie de l'assurance maladie du Québec et le ministère. Ce conseil de gouvernance est lui-même supporté par un comité consultatif des besoins cliniques composé des présidents des fédérations médicales et pharmaceutiques, de présidents d'ordres et d'associations de professionnels ainsi que de la présidente de l'association québécoise de santé et des services sociaux.

En outre, le ministère a mis sur pied une table permanente d'interopérabilité présidée par la RAMQ. Cette table est aussi en appui à l'action du bureau de programmes et du conseil de gouvernance. Elle veille à l'arrimage et à l'intégration de toutes les composantes du Dossier santé du Québec avec les dossiers patients électroniques des établissements et des cliniques privées. Cette table d'interopérabilité convient et voit à l'application des règles, normes et composantes permettant d'atteindre efficacement l'objectif d'interopérabilité et d'arrimage. Elle réunit, au plan des technologies de l'information, des représentants des centres hospitaliers universitaires, des agences de la santé et des services sociaux, de la Société de gestion informatique SOGIQUE, du ministère et la Régie de l'assurance maladie. Les fournisseurs de solutions dans le domaine de la santé seront aussi associés de près à ce mécanisme de gouvernance technologique. À cette gouvernance... le projet DSQ et l'informatisation du réseau sont entre les mains de responsables venant de l'administration publique auxquels sont associées formellement les fédérations et les associations professionnelles ainsi que les organisations du réseau. Si vous le permettez, M. le Président, Mme Verreault pourra élaborer plus amplement sur les travaux réalisés depuis la mise en place de cette nouvelle structure, au printemps 2011.

Dernier thème, les coûts. Le coût total prévu pour la réalisation du projet DSQ est de 563 millions, incluant une contribution attendue du gouvernement fédéral pouvant atteindre 303 millions. La part à financer par le Québec avait été fixée à 260 millions. Au 31 mars 2011, les dépenses totales pour la réalisation du projet DSQ s'élèvent à 346,6 millions. Selon notre évaluation, le solde de 216 nous apparaît suffisant pour compléter la livraison du projet.

Les composantes du projet DSQ seront donc livrées globalement dans les limites budgétaires fixées, même si les déboursés afférents seront étalés sur une période plus longue que prévue. Précisons que, dans un projet de l'envergure de celle du projet DSQ, un risque de dépassement de coûts pour une composante ne signifie pas automatiquement un risque de dépassement du budget global; notamment, l'utilisation judicieuse de la contingence permet de couvrir des dépassements ou des imprévus pour certains éléments. En outre, la répartition du budget total du projet entre ses composantes a été revue systématiquement à chaque année à la lumière des demandes et des changements autorisés.

Quant aux investissements dits connexes au projet DSQ, ils étaient estimés initialement à 327 millions. Ils avaient été révisés à 225 en 2008. À terme, ils seront vraisemblablement respectés. Ces coûts portent pour la majeure partie sur l'adaptation des systèmes informatiques, de façons de faire et de processus de travail existant localement dans les pharmacies, dans les laboratoires, dans les cliniques médicales ou dans les établissements, et qui sont directement en cause dans l'alimentation des banques de données des systèmes de partage des domaines médicaments, imagerie et examens de laboratoire.

Ceci étant dit, pour le projet DSQ, il est important de rappeler que cet investissement de 563 millions n'est qu'une partie du coût global à prévoir pour l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux. Pour une bonne compréhension, il est essentiel de bien distinguer entre le coût du projet DSQ et le coût global de l'informatisation du réseau. Ce coût global pour l'informatisation du réseau comprend aussi le coût pour le déploiement des systèmes de Dossier patient électronique dans les établissements et dans les cliniques médicales privées. Ces autres coûts pour l'informatisation du réseau sont, entre autres, en partie assumés par les mesures prises pour la mise en place de l'informatisation des groupes de médecins de famille, en partie par les investissements faits pour l'informatisation des laboratoires, en partie par les budgets réguliers des établissements et des régions et en partie par les sommes prévues au plan quinquennal d'investissements en technologies de l'information du ministère.

Lorsqu'on porte un regard global, des investissements de l'ordre de 1,4 milliard de dollars sur une période de 10 ans auront été nécessaires à terme pour l'informatisation du réseau, incluant l'investissement de 563 millions pour le DSQ et les investissements pour le déploiement des dossiers patients électroniques. Ces investissements généreront une qualité accrue de la pratique professionnelle, une amélioration de la productivité du système de santé québécois.

Enfin, pour terminer sur ce thème, dans un projet de l'envergure du DSQ et qui, plus est, est l'informatisation du réseau, toutes les composantes ne passent pas en récurrence au même moment; celles-ci peuvent être mises en production de façon distincte en raison de leur degré d'avancement, à des rythmes et à des moments qui leur sont propres. Il est donc normal que des coûts d'opération et d'exploitation soient encourus avant que toutes les composantes soient complétées. Dans tous les cas, la règle comptable du ministère des Finances du Québec portant sur la comptabilisation des frais de développement informatique est respectée, et ces frais sont distingués des frais récurrents d'opération et d'exploitation.

En conclusion, M. le Président, le projet DSQ demeure un dossier important et un levier permettant au Québec de franchir une étape déterminante dans l'informatisation du réseau et l'adoption des dossiers patients électroniques. Il procure les composantes permettant le partage fiable et sécuritaire des informations de santé entre les différentes organisations du réseau.

Le projet DSQ ainsi que les initiatives de Dossier patient électronique des établissements et des cliniques médicales se déroulent dans un réseau de dispensation de services hautement sollicité, dans lequel les changements dans les façons de faire des différents intervenants et des diverses organisations ne peuvent se concrétiser en un simple tournemain.

Ce projet du DSQ et ceux de mise en place des systèmes de Dossier patient électronique constituent possiblement le plus grand et le plus complexe des chantiers d'informatisation que le gouvernement du Québec a et, fort probablement, aura à réaliser et à soutenir. Il est important pour le ministère de gérer ce chantier de façon responsable, de façon non dogmatique et en s'associant les parties prenantes. Les grands déterminants qui peuvent en affecter le déroulement doivent

être pris en compte, tels que l'évolution des technologies, le degré d'informatisation dans le réseau, la capacité du milieu à introduire le changement qui en découle ainsi que la capacité de l'industrie et des fournisseurs à rendre disponibles les solutions requises.

Par ailleurs, le ministère a adapté la gouvernance à l'évolution du projet et s'est assuré, entre autres avec la table d'interopérabilité qui réunit le milieu, d'en arriver à l'arrimage et à l'interopérabilité des composantes du DSQ avec les divers systèmes de Dossier patient électronique.

Dans les prochains mois, comme lui suggèrent les récentes recommandations du Vérificateur général, le ministère poursuivra ses efforts pour mettre en place et raffiner les mécanismes de cueillette de l'information lui permettant de détecter les problèmes et les risques de projets d'affaires liés aux ressources informationnelles réalisés par les entités du réseau. Il en déterminera les moyens lui permettant d'effectuer un suivi efficace et efficient de ces projets.

Le ministère va aussi, dans les prochains mois, préparer à l'attention de l'Assemblée nationale un projet pour les modifications législatives qui seront nécessaires pour poursuivre le déploiement du DSQ et des dossiers patients électroniques à l'échelle du Québec.

En terminant, je tiens à rappeler que le ministère a pris en compte les recommandations formulées par le Vérificateur général dans les quatre rapports de vigie qu'il a publiés sur le projet DSQ. Évidemment, certaines de ces recommandations, comme celle concernant la stratégie d'arrimage, commandent davantage d'efforts, de temps et d'attention pour tenir adéquatement compte des différents tenants et aboutissants. Je vous remercie, M. le Président, du temps que vous m'avez accordé.

● (15 h 30) ●

Le Président (M. Simard, Richelieu): Je vous remercie, M. le sous-ministre. Nous allons maintenant entendre Mme Johanne Turgeon, qui est directrice générale associée à la coordination et aux ressources humaines de l'Agence de la santé et services sociaux de l'Estrie, à nous présenter son exposé pour environ cinq minutes.

**Exposé de Mme Johanne Turgeon, directrice générale associée
de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie**

Mme Turgeon (Johanne): Merci de nous avoir invités à témoigner de l'état des travaux touchant le Dossier de santé du Québec en Estrie. Dans un premier temps, nous rappellerons à la commission les faits marquants du développement de l'informatique comme support aux activités cliniques en Estrie, puis nous ferons état des travaux actuels en collaboration avec les équipes responsables de l'implantation du DSQ et comment ces travaux se font en complément des travaux d'informatisation déjà complétés ou à compléter dans notre région.

La région de l'Estrie a des caractéristiques importantes à considérer lorsque nous parlons de l'informatisation des dossiers médicaux et de l'objectif de faire circuler l'information médicale et sociale afin d'assurer une meilleure qualité du continuum de soins.

Notre région est très autonome pour le panier de soins, tant primaires que secondaires que tertiaires. Le CHU est l'hôpital de soins secondaires pour l'ensemble de la région, en plus d'assumer une partie des soins primaires en santé physique pour trois MRC de l'Estrie. De plus, il assume une vocation tertiaire pour un vaste territoire correspondant à une population de 1 million de personnes. Il doit aussi exercer un rôle important dans l'enseignement, la recherche et le développement de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

Cette réalité a fortement influencé nos choix passés, présents et futurs pour nos plans de développement des technologies de l'information. Notre premier plan stratégique a été élaboré en 2003 et nos nouvelles... et réajusté annuellement pour tenir compte de l'évolution technologique et pour s'adapter aux nouvelles réalités régionales et nationales. Nous avons rendu disponible à la commission un résumé de notre dernière planification concernant notre dossier clinique informatisé. Nous avons créé une gouverne régionale, présidée par l'agence, pour la détermination des orientations stratégiques ainsi que des tables régionales pour la mise en oeuvre. Cette gouverne nous permet de conduire des travaux d'optimisation tout en permettant à tous les établissements de participer aux décisions.

En 1986, le conseil d'administration du CHUS prenait la décision de procéder à l'implantation d'un dossier clinique informatisé en remplacement du dossier papier, décision audacieuse pour le temps, surtout que la technologie était basée sur des systèmes d'opération DOS et limitait énormément les possibilités. Mais, 25 ans plus tard, ce dossier informatisé a fait sa marque et il est le seul en opération complète au Québec. Le progiciel initial a évolué, les compagnies ont changé, mais le projet, dénommé Ariane, a survécu et évolué. La compagnie responsable du développement est maintenant QuadraMed et possède de vastes assises aux États-Unis, au Canada, dans deux régions du Québec et dans plusieurs pays industrialisés.

Le dossier clinique informatisé Ariane est complètement intégré et, avec une approche innovatrice mise en place il y a cinq ans pour la numérisation, il répond à toutes les exigences internationales et nationales sur les plans clinique et informatique. Le DCI Ariane comprend tous les éléments d'un dossier hospitalier habituel, incluant des éléments du domaine biopsychosocial: il est sécuritaire, répond aux lois québécoises sur l'accessibilité, permet des études de qualité et un meilleur continuum de soins. Il est disponible sur 3 800 écrans du CHU sur les deux sites, incluant toutes les salles d'examen clinique ambulatoire, les chambres des patients, les salles de cours, les bureaux des médecins sur les sites et à l'extérieur, dans d'autres établissements, pour la fonction visualisation. Tout se fait en temps réel et est complètement intégré. Par exemple, une ordonnance de laboratoire génère automatiquement les requêtes dans les plans de soins des infirmières et infirmiers et des techniciennes et techniciens en laboratoire. De plus, la technologie Citrix a été implantée, et tous les écrans sont des clients légers, réduisant énormément les coûts d'entretien et de remplacement.

Au cours des trois dernières années, nous avons intégré l'imagerie médicale sur le même visualiseur pour toute la région, ainsi que des éléments de la télésanté. D'ici juin 2012, tous les établissements vont migrer progressivement sur le

DCI Ariane, permettant ainsi d'avoir le premier DCI canadien couvrant toute une région administrative. Les démarches sont en cours pour rendre disponible le contenu du DCI dans le visualiseur des dossiers cliniques informatisés des cliniques privées et dans les GMF. Le financement pour cette étape est à venir, mais les travaux d'architecture, avec plus de 20 ans de données cliniques entreposées, et des négociations avec le fournisseur sont en cours.

Au printemps 2011, notre région a accepté de faire partie des trois régions pilotes pour débiter l'implantation du Dossier santé Québec, projet déjà en cours dans la capitale nationale depuis trois ans. Nous pourrions, dans le courant de la prochaine année, alimenter progressivement les bases de données du DSQ. Le système central Ariane versera directement dans les serveurs du domaine du DSQ les données de base essentielles pour le suivi des clientèles. Quant au profil médicamenteux en provenance des pharmacies communautaires, il nous faudra procéder temporairement de façon différente, car le dossier Ariane ne comprend pas cet élément. Il est probable que cela doive se faire temporairement par le visualiseur du DSQ avant d'être intégré dans le visualiseur Ariane. Quant aux informations concernant l'état vaccinal et les allergies, elles seront intégrées directement, consultées par le base de données du DSQ sera opérationnelle, au cours des prochaines années. En Estrie...

Le Président (M. Simard, Richelieu): ...je suis obligé de vous demander d'accélérer, au moins le débit, et peut-être si vous pouvez réduire. Nous avons déjà dépassé notre temps depuis quelques minutes.

Mme Turgeon (Johanne): D'accord. En Estrie, nous avons déjà la possibilité de consulter toutes données d'imagerie, peu importe le point de consultation dans le réseau; nous aurons la possibilité de le faire pour les laboratoires d'ici 12 mois. Il est prévu que les liens se fassent aussi avec les dossiers médicaux des cliniques, des GMF, des cliniques privées, progressivement. Le branchement au DSQ permettra de consulter les données de base essentielles pour les clients et les clientes hors Estrie et rendre cette information-là accessible aux autres régions du Québec. Ces derniers éléments sont très importants pour nous et pour le CHU, qui a une mission suprarégionale, et pour les CSSS, qui ont des clientèles qui sont partagées avec d'autres territoires du Québec. Nous avons la possibilité d'obtenir le profil médicamenteux avec le DSQ, et c'est un gros plus pour l'Estrie. Cette information essentielle aux soins n'aurait pas été possible avec notre dossier clinique informatisé régional, mais elle sera rendue disponible avec le DSQ.

En conclusion, au cours des dernières années, les établissements de l'Estrie ont développé beaucoup de connaissances dans le domaine de l'information médicale, et nous sommes convaincus qu'avec le DCI Ariane et les éléments additionnels que la régionalisation du DSQ va nous apporter on va développer encore plus notre performance. Merci de votre attention.

• (15 h 40) •

Le Président (M. Simard, Richelieu): Merci beaucoup, Mme Turgeon, d'avoir compris nos exigences. J'invite maintenant M. Daniel Sirois, qui est directeur des ressources informationnelles régionalisées de l'Agence de la santé et services sociaux de Lanaudière, à nous présenter son exposé, en tentant, lui, de se tenir à cinq minutes.

Exposé de M. Daniel Sirois, directeur des ressources informationnelles régionalisées de l'Agence de la santé et services sociaux de Lanaudière

M. Sirois (Daniel): Bonjour. Donc, tout d'abord je tiens à remercier la commission de nous avoir invités à témoigner sur l'avancement des travaux liés au Dossier de santé du Québec dans la région de Lanaudière. Notre brève allocution mettra l'accent, dans un premier temps, sur l'historique du déploiement de l'infrastructure technologique et des systèmes d'information cliniques dans la région, avant d'exposer les projets DSQ proprement dits.

Donc, un bref historique des actions régionales liées au déploiement des systèmes d'information clinique. En partenariat avec le ministère, l'agence et les établissements de Lanaudière ont priorisé la mise en place des solutions d'informatisation clinique afin de soutenir la prestation de soins et services à la population en outillant davantage les cliniciens au meilleur coût possible. Vous trouverez en annexe un document détaillant davantage notre réalité régionale et l'état des projets complétés ou en cours. Ces projets ont permis d'optimiser les infrastructures technologiques, d'améliorer les systèmes d'information clinique et de mettre en place les conditions favorables au déploiement rapide de solutions porteuses à court et long terme, dont le DSQ.

En matière d'optimisation de l'infrastructure technologique, il faut souligner la création de la direction des ressources informationnelles régionalisées, qui constitue une gouverne régionale de la gestion des infrastructures technologiques et des centres de services informatiques résultant de la mise en commun d'une partie des ressources informationnelles de tous les établissements de la région. La création de cette direction constitue l'aboutissement de la régionalisation des infrastructures technologiques, débutée en 2006, qui s'est traduite par la mise en place d'un réseau informatique unifié régionalement qui est plus sécuritaire et plus économique.

En matière d'informatisation clinique, l'agence a soutenu les GMF, les groupes de médecine familiale, et les autres cliniques médicales dans l'implantation des dossiers médicaux électroniques, c'est-à-dire les DMI, utilisés à ce jour par 79 % des cliniciens de la région, et dans l'implantation du Système intégré de distribution électronique des résultats de laboratoires, qu'on appelle SIDER, dans les cliniques médicales de la région.

Pour les établissements, le soutien de l'agence se traduit notamment par l'implantation de la solution de dossiers cliniques informatisés, OASIS, dans les deux CSSS de la région, en partenariat avec l'agence de Montréal.

Les réalisations liées à l'implantation du DSQ comme tel. Donc, tout d'abord, la préparation et le démarrage du DSQ dans la région reposent sur le système d'information suivant: l'application médicament et l'ordonnance électronique, incluant le visualiseur Web du DSQ et l'infrastructure de sécurité à clé publique — ces applications seront déployées dans toutes les pharmacies, les cliniques médicales, les urgences et les cliniques externes des centres hospitaliers du Québec — l'application

imagerie médicale, donc répertoire d'imagerie diagnostique dans les RUIS, les réseaux universitaires intégrés de santé, qui permet de numériser la majorité des examens d'imagerie médicale au Québec, de constituer des dépôts provinciaux et de donner accès à ces résultats d'examen via le visualiseur du DSQ; et finalement l'application laboratoire, qui aura les mêmes fonctionnalités pour les résultats de laboratoire.

Dans la région de Lanaudière, maintenant, les principales étapes réalisées sont l'adoption d'un plan d'organisation régionale intégré des projets de DSQ et DCI, en juin 2008; la signature d'une entente de déploiement du DSQ avec le ministère, en juillet 2009, portant sur les volets médicaments, laboratoires, imagerie et visualiseur; l'acceptation du plan d'organisation de projets par le ministère, en janvier 2010; le rehaussement des systèmes d'imagerie médicale des deux CSSS et l'alimentation du dépôt provincial d'imagerie DSQ; le dépôt au ministère, DSQ, de la stratégie de déploiement régionale du DSQ; les travaux préparatoires pour alimenter le dépôt provincial, laboratoire DSQ, par les systèmes de laboratoire des deux CSSS de la région; la réalisation en cours de la campagne d'information en vue du déploiement de la participation des professionnels cliniques et de la population de Lanaudière au projet DSQ. Ce projet vise à informer la population du droit à participer ou non au DSQ et à mettre en place les services à la population pour ce faire.

Les principales étapes prévues d'ici décembre 2011 sont la création d'un dossier santé du Québec pour tous les Lanaudois qui n'ont pas refusé de participer et le début de l'implantation du domaine médicament et du visualiseur du DSQ dans les pharmacies communautaires, les cliniques médicales et les urgences. Certaines cliniques médicales pourront accéder au profil pharmacologique de leurs patients directement dans leur dossier médical électronique.

À partir de janvier 2012, nous entendons poursuivre l'implantation du domaine médicament dans la région, déployer l'alimentation des résultats de laboratoire des deux CSSS de la région vers le dépôt DSQ du domaine laboratoire et permettre l'accès aux résultats d'imagerie médicale et de laboratoire dans les cliniques médicales, les urgences et autres points de service de première ligne de la région.

En conclusion, l'Agence de Lanaudière s'est impliquée au tout début des projets DSQ avec la ferme conviction que ses investissements seront profitables pour la population lanaudoise en lui assurant de meilleurs soins et services. Les projets DSQ ont été planifiés et gérés dans un plan d'ensemble d'informatisation clinique qui inclut les projets de DCI OASIS, les projets de dossiers médicaux électroniques des cliniques, le projet SIDER et bientôt le projet de suivi des maladies chroniques. Toutes ces applications sont complémentaires et s'inscrivent dans un plan d'intégration à long terme.

Ces développements ont été réalisés conjointement avec les établissements de la région dans le cadre d'une vision intégrée de l'informatisation clinique dont le but est d'améliorer la qualité des soins et services à une population en forte croissance, et ce, au meilleur coût possible. Merci de votre attention.

Discussion générale

Le Président (M. Simard, Richelieu): Merci, M. Sirois. Avant de passer aux questions des députés, je voudrais indiquer qu'ayant suivi chacune des étapes de ce dossier à divers titres dans cette commission je me réserve, plus tard, le droit d'intervenir, évidemment sur le temps de l'opposition officielle. Mais pour l'instant le premier groupe, qui va devoir occuper le premier bloc, c'est la partie gouvernementale. Et ce sont des divisions un peu artificielles dans cette commission, mais j'invite le député d'Orford à nous poser la première question.

M. Reid: Merci, M. le Président. Bienvenue parmi nous. Quelques personnes que j'ai vues cette semaine, au tout début de la semaine, à Sherbrooke, évidemment, parce qu'on a annoncé... et j'ai aussi entendu des mots qui sonnent à mes oreilles depuis longtemps, là. Ariane, ça a commencé, dans mon travail, en 1989, alors que j'étais à l'Université de Sherbrooke.

Lors d'une rencontre préparatoire, ce matin, le Vérificateur général nous a parlé assez longuement de ce qu'il appelle une nouvelle stratégie d'informatisation, dans le contexte du DSQ, qui est basée un peu sur l'interopérabilité. Dans une acétate qui nous a été présentée, on parle que la nouvelle stratégie repose sur l'utilisation de différents dossiers patients électroniques, les DPE, par les utilisateurs, arrimée au moyen d'une norme dite DSQ. Les différents DPE, donc dossiers patients, développés par des fournisseurs autorisés par le MSSS auront leur propre contenu, leur propre visualisateur... ou visualiseur, devrait-on dire. Ces dossiers patients, DPE, utilisés sur divers sites seront arrimés pour permettre la consultation de certaines données communes qui seront centralisées ultimement au niveau provincial, et, là où il n'y a pas de DPE, le visualisateur du DSQ sera utilisé pour permettre la consultation des données.

Alors, ça correspond à ce qu'on a entendu également, et vous avez dit, M. le sous-ministre, que les dossiers patients, les DPE, et les DSQ... Parce qu'au début DSQ était... je pense, l'intention était d'en faire un système unique pour l'ensemble du système de santé québécois, et vous avez dit plus tôt que les dossiers patients et le DSQ étaient des outils complémentaires dans le système actuel tel qu'il est conçu. Et, bon, bien, quand on pense à Ariane, on peut comprendre aussi pourquoi il y avait certaines difficultés, on en a parlé ce matin avec le Vérificateur. Quand on pense que, pour changer les habitudes, dans les années quatre-vingt-dix... Ariane, je me souviens très bien que ça ne se passait pas exactement au siège du recteur, là, mais ça se passait dans la Faculté de médecine, aussi. Ce n'était pas facile, il y avait des difficultés qui ont été vécues, pas toujours uniquement financières, beaucoup de difficultés liées à des changements de façons de faire, évidemment. Et il y a des changements qui se sont faits. Et évidemment, à l'heure actuelle, ce que je comprends, c'est que le fait de penser un système où ces choses-là sont complémentaires, c'est donc qu'on va amener un nouveau changement, mais à partir de ce qui existe et non pas à partir de zéro. Dans le cas de Sherbrooke, ça voudrait dire... c'est retourner 25 ans en arrière.

● (15 h 50) ●

J'ai toujours pensé, pour ma part, que l'informatique — et je suis très intéressé par les systèmes de gouvernance, ça va être un peu l'objet de ma question — j'ai toujours pensé que l'informatique doit être gérée avec des outils qui ont fait leurs preuves en gestion, et les outils de gouvernance, évidemment, font partie de ça. J'ai eu d'ailleurs une bonne

conversation avec Mme Verreault, je pense, lundi là-dessus, sans... On ne parlait pas nécessairement du DSQ, mais on était là. Et je suis convaincu, d'ailleurs, que le système SAGIR, qui est un système qui a bien fonctionné, un de ses facteurs de succès était d'avoir un système de gouvernance qui était très clairement établi dès le départ.

Vous avez parlé tantôt, en parlant de gouvernance, d'une nouvelle gouvernance, donc assez récente, avec un bureau de programmes, avec un conseil de gouvernance, avec un comité consultatif des besoins cliniques, une table permanente d'interopérabilité. Alors, cette dernière table nous donne une indication que ce que le Vérificateur nous présentait ce matin, c'est-à-dire changement de stratégie vers une stratégie basée sur l'interopérabilité, semble avoir été un déclencheur possible, là, de cette nouvelle gouvernance ou de la décision de faire cette nouvelle gouvernance.

Vous dites également, quand vous en parlez, à cet effet, dans un paragraphe, à la page 6 du texte que l'on a, là, de ce que vous avez prononcé tout à l'heure, vous dites: «À cet effet, le ministère a consolidé à haut niveau et institué une gouvernance de bout en bout permettant de passer d'un mode de développement des composantes du projet DSQ — donc un système plutôt vu comme central et unique — à un mode de déploiement ordonné de gestion de l'ensemble des besoins et des affaires qui concernent et concourent à l'informatisation du réseau et des dossiers patients.» Ça ne dit pas que c'est les DPE, mais on parle de dossiers patients, donc on peut supposer que c'est une indication, que vous dites aussi qu'il y a un lien entre cette nouvelle stratégie, en tout cas ce que nous a présenté le Vérificateur, et la nouvelle gouvernance.

Alors, moi, ce que j'aimerais, ça serait effectivement que vous élaboriez un petit peu sur des éléments liés à la nouvelle gouvernance et, de façon plus systématique, en trois questions qui peut-être pourront être répondues en même temps, comment en est-on arrivés à cette nouvelle gouvernance. Est-ce que c'est vraiment la suite d'un changement de stratégie qui s'est opéré dans le temps avec... Vous avez donné un certain nombre d'indications. Est-ce que c'est vraiment à la suite de ça? Est-ce que... ou il y a peut-être des étapes qui étaient de toute façon... qui arrivent dans le temps et qui amènent à ce changement-là de gouvernance? Deuxièmement, comment cette nouvelle gouvernance répond-elle à une nouvelle stratégie de développement? Donc, autrement dit, comment est-ce qu'elle va assurer que le développement, tel qu'on le voit dans le stratégie d'aujourd'hui, va être bien adapté? Et, de façon un petit peu plus à long terme, comment cette nouvelle gouvernance assurera-t-elle le ministère, le gouvernement, le Québec d'un contrôle stratégique efficace, autrement dit s'assurer qu'à long terme on va à la bonne place — quand je parle de «stratégique», c'est dans ce sens-là — d'un contrôle stratégique efficace dans la mise en place du DSQ et des DPE et de leur interopérabilité?

Peut-être qu'on peut voir ça comme une seule question. En fait, c'est trois nuances, c'est trois facettes de la même question.

M. Cotton (Jacques): M. le Président.

Le Président (M. Simard, Richelieu): M. Cotton, oui.

M. Cotton (Jacques): Oui. Ce que je vous dirais, ce qui nous a amenés à faire ce changement-là, nous, comme ministère, c'est un dossier qui évolue depuis 2006, avec différentes situations qui nous ont amenés, en 2010, à dire: Il est peut-être le temps qu'on fasse le point sur le dossier. Également, il y avait déjà eu trois rapports du Vérificateur général sur ce dossier-là, sur lequel on avait aussi des indications. Donc, on s'est dit: On est rendus à une étape où il faut faire vraiment une pause et faire le point sur ce qui se passe dans ce dossier-là, et c'est cette pause-là et cette évaluation-là qu'on a faite qui nous a amenés à se repositionner. Puis je pense que c'est important, parce que c'est quand même un dossier qui a été pensé, 2005-2006, avec les technologies de l'époque puis ce que le réseau avait comme informatisation à l'époque. Donc, on s'est dit: Est-ce que, dans le contexte actuel... puis il y avait des messages aussi dans le rapport du VG qui nous envoyaient quand même des éléments, puis on suivait les recommandations. Donc... et le VG nous a un peu confirmé notre réflexion qu'on a faite en février, mars, de refaire le point, parce que, dans son quatrième rapport, il nous a recommandé de justement faire une mise au point sur ce dossier-là.

Cette mise au point là nous a permis le repositionnement, ce que vous avez appelé puis ce que j'ai dit tantôt, un peu la nouvelle stratégie. À la lumière de ce qu'on... on a fait la revue un peu du dossier, on s'est... effectivement constaté qu'il y avait des composantes qui étaient prêtes à être déployées, et qu'on était de moins en moins en mode développement pour certains aspects, et que ce déploiement-là tardait à se faire. Donc, ça, ça a fait partie de la nouvelle analyse, de la nouvelle stratégie de dire: On est vraiment rendus à une étape où il faut passer du mode développement avec les spécialistes en développement puis en technologie et récupérer ça au niveau de la gestion, puis par les gens de la fonction publique puis par le ministère, pour planifier un atterrissage de ce projet-là, qui s'est développé en mode projet, en mode déploiement dans le réseau.

Ça fait que cette analyse-là nous a amenés à faire ce changement de gouverne là, pour lequel on a identifié un sous-ministre associé au dossier, et principalement avec la nouvelle structure de gouvernance.

On s'est aussi, dans l'analyse, rendu compte qu'on a un partenaire qui est sous le même ministre, qui est la RAMQ, la Régie de l'assurance maladie, qui a une forte expertise en technologie, qui est un partenaire dans beaucoup de dossiers avec le ministère mais qui, dans le Dossier santé Québec, était déjà partenaire dans le dossier médicament, mais on sous-utilisait la capacité technologique et l'expertise de la RAMQ comme partenaire dans ce projet-là.

Donc, toute cette analyse-là nous a permis de voir qu'on était dus, honnêtement, pour un repositionnement du dossier. Et on a eu quand même l'agréable surprise — parce qu'il n'y a pas toujours eu des agréables surprises dans ce dossier-là, comme tout dossier de développement informatique, il faut faire des ajustements — l'agréable surprise qu'il y avait des composantes, comme je vous disais tantôt, qui étaient prêtes pour un déploiement.

On a changé la stratégie, c'est vrai. Le Vérificateur tantôt a dit: Le projet — je ne me rappelle plus le mot exact — mais c'est un échec. Le projet original est un échec. Je ne le vois pas comme un échec, mais je le vois comme un changement de

stratégie en cours de route. Parce qu'on a gardé la finalité. Le but final est le même. C'est sûr que l'échéancier est modifié par rapport à ça, oui. C'est sûr que la stratégie a été modifiée. Oui, on a changé la stratégie, on l'a adaptée à la réalité du réseau, puis je vais y revenir. Mais la finalité, on n'a pas changée; l'objectif, c'est de rendre l'information disponible à nos cliniciens partout au Québec pour améliorer notre offre de services, et ça, cet objectif-là, lui, n'a jamais changé. Mais les moyens et la stratégie, oui, ils ont changé.

Et ce qui nous a amenés aussi à faire cet ajustement-là, c'est l'informatisation du réseau. Parce qu'en 2006, les gens qui ont pensé ce projet-là à l'époque, le réseau n'avait pas son niveau d'informatisation. Il y avait peut-être l'exception, l'Estrie, là, parce qu'honnêtement l'Estrie est beaucoup plus avancée que l'ensemble des autres régions au Québec, mais c'est une exception. Mais, dans les autres régions, il y a beaucoup d'établissements encore qui n'ont pas ce niveau d'informatisation là.

Mais, depuis 2006, quand on a fait cette analyse-là, en 2010, on s'est aperçus qu'effectivement on a un réseau qui, au niveau interne des établissements... ont de l'informatisation. Et on devait utiliser cette réalité-là pour faire avancer plus rapidement notre DSQ plutôt que le projet original. Ça fait que ça, c'est venu modifier beaucoup la stratégie, de voir que le niveau d'informatisation de notre réseau était rendu à un endroit bien différent en 2010, puis c'est normal. Ça fait que ça a demandé ces ajustements-là. Ça fait que c'est ce qui nous a amenés à cette nouvelle gouvernance là.

Quant à préciser la structure de gouvernance comme telle, qu'est-ce que ça apporte un peu comme changements, si vous permettez, je vais demander à Mme Verreault de clarifier un peu les responsabilités qu'on lui a confiées au niveau du bureau de gouvernance puis au niveau de la structure actuellement qu'on a mise en place depuis quelques mois, là, depuis cinq mois environ, là. C'est ça. Est-ce que vous êtes d'accord, M. le Président?

Le Président (M. Simard, Richelieu): Oui, oui. Nous sommes tellement contents de voir une des directrices qui est là depuis au moins cinq mois! On ne va pas la manquer, hein? On va l'écouter attentivement.

Mme Verreault (Lise): J'ai l'impression que j'assiste à mes funérailles!

Des voix: Ha, ha, ha!

● (16 heures) ●

Mme Verreault (Lise): L'approche de déploiement, comme disait M. Cotton, amène une gouvernance complètement différente. Ce qu'on a réalisé, c'est que, pour pouvoir être un peu plus proches de la réalité des besoins du terrain, dans un déploiement qui va mettre à contribution beaucoup plus les acteurs près du terrain, il faut absolument qu'on ait une gouvernance qui est différente.

À venir jusqu'à, je vous dirais, voilà cinq mois, la gouvernance était comme un peu une bulle isolée DSQ, une équipe qui était située dans un endroit souvent distant du ministère et de son réseau, et c'était vraiment une équipe qui était en train de faire le développement d'outils technologiques qui n'existent pas au Québec. Il faut se dire les choses, là: on est en mode... on invente quelque chose qu'il n'y a pas ailleurs, non plus. Le reste du Canada fait ça, puis les autres pays font la même chose. Donc, c'est une équipe beaucoup entourée de consultants, de firmes qui développaient les outils.

Après l'évaluation qui a été faite puis les rapports du VGQ et les constats qu'on faisait, nous aussi, dans l'équipe de gestion, parce que j'étais quand même au ministère, même si je n'étais pas en TI, on a réalisé qu'il faut qu'on recentralise la gouvernance, mais il faut qu'on s'associe les gens du terrain, les experts du terrain, les gens du réseau. Alors, ce qu'il a été convenu de mettre en place, c'est équipe-programme. Ce n'est pas une grosse équipe; on est cinq personnes qui viennent de différents milieux mais qui sont des gens du réseau de la santé. On est.. Il n'y a aucune firme autour de nous, il n'y a pas de consultants. On est vraiment des gens qui ont travaillé sur le terrain, qui ont travaillé avec les agences, les médecins, les fédérations et qui sont proches, je pense, des besoins de ces acteurs-là.

On a standardisé aussi un peu notre mode de fonctionnement, nos processus. On s'est dit: Si on veut utiliser à partir de maintenant ce que le terrain a développé, c'est-à-dire des DCI, des DME... Parce que, pendant qu'on faisait le DSQ — qui est le grand entrepôt de données, qui va être maintenu, il n'y a rien qui va être mis de côté — on a pensé qu'il était préférable, d'après les recommandations, de changer l'approche et d'utiliser ce que les gens avaient développé pendant qu'on faisait le DSQ, c'est-à-dire le DCI, les dossiers cliniques informatisés dans des établissements, et des DME, qui sont des dossiers médicaux pour les utilisateurs, les usagers du... des cliniques-réseaux ou les GMF.

Alors, pour ce faire, on s'est dit: Il faut mettre en place une table ou un groupe d'experts qui vont normaliser, qui vont standardiser des règles pour que tous les équipements, à partir de maintenant, dans le réseau de la santé, qui vont vouloir se brancher au DSQ répondent à des standards... à cette norme DSQ là, d'où la mise en place de la table d'interopérabilité, qui est pilotée par la RAMQ, la RAMQ, qui est entourée de gens des grands CHU, des gens d'associations d'établissements, des gens de TI, mais du réseau, qui sont vraiment des experts et qui vont à partir de maintenant, c'est déjà débuté, nous donner des règles, des normes pour que chaque fournisseur au Québec, quand il va vouloir se brancher à des équipements, à notre réseau, va devoir respecter ces normes-là.

Donc, il y a une nouvelle table d'interopérabilité, qui, elle, relève aussi, en termes de recommandations, d'avis, de décisions, du bureau de programmes, qui est formé d'équipes, comme je vous disais, de gens du réseau. Et on s'est mis aussi, pour s'assurer d'avoir une distance entre ce qu'on fait et les décisions et les orientations que le ministère va prendre, un groupe, un conseil de gouvernance qui associe différents partenaires qui vont adopter toutes nos décisions, nos règles de fonctionnement, nos directives, nos orientations.

Donc, à partir de maintenant, ce n'est pas l'équipe du DSQ, ce ne sont pas les «faiseux» qui vont prendre les décisions, c'est vraiment un conseil élargi, c'est des gestionnaires chevronnés qui vont aider le réseau à mettre en place le DSQ, mais toujours en utilisant, comme on le disait tout à l'heure, une nouvelle approche qui est à partir des DCI, des DME; le DSQ

va rendre interopérable toute l'information qui devrait circuler au niveau des cabinets privés puis des cliniques médicales et des hôpitaux du réseau de la santé.

Le Président (M. Simard, Richelieu): Merci, madame. Ce premier bloc a duré presque 16 minutes, mais c'était compréhensible, parce que la réponse à une question longue devait longue parce qu'elle était complexe.

M. Reid: ...détail très court, pourriez-vous me donner rapidement une idée de qui sont les partenaires du bureau... du conseil de gouvernance?

Mme Verreault (Lise): Au conseil de gouvernance, nous avons Mme Patricia L. Gauthier, qui est la directrice générale du CHUS, il y a des directeurs généraux, la directrice générale de l'AQESSS, l'Association québécoise des établissements de santé, nous avons des P.D.G., nous avons un représentant de la RAMQ, représentant de la SOGIQUE, nous avons des directeurs généraux d'établissements de terrain aussi qui font partie du conseil de gouvernance.

M. Reid: Merci, Mme Verreault.

Le Président (M. Simard, Richelieu): Alors, merci, madame. Nous passons maintenant à la députée de Taschereau, qui va donc poser des questions dans le prochain bloc.

Mme Maltais: Merci, M. le Président. Bonjour, M. le sous-ministre, Mmes, MM. les sous-ministres et, j'oserais dire, tout l'appareillage qui vous accompagne. C'est toujours impressionnant de voir le ministère de la Santé et Services sociaux se déplacer. C'est même parfois un peu gênant. C'est beaucoup d'énergie, mais c'est un dossier qui est majeur.

Je veux d'abord dire... J'ai relevé l'expression, Mme Verreault, vous dites: Mes funérailles. C'est peut-être qu'on a un peu l'impression que le DSQ a été enterré. Ce n'est pas vous qu'on enterre, mais peut-être qu'aujourd'hui on va le dire, là, le DSQ initial, et c'est ce que soulève le Vérificateur général, il est un échec et il a été enterré. Et c'est ce qu'on comprend à lire les choses. Ce n'est pas un reproche, vous n'étiez pas là, le sous-ministre actuel n'était pas là, mais nous devons, nous, avoir... c'est notre devoir, il faut qu'on fasse l'étude de ce qui s'est passé. Et des coûts et des échéanciers, de ce qu'on nous avait annoncé versus un résultat.

J'ai ici, devant moi, le communiqué initial du DSQ, où était présent le premier ministre ainsi que le ministre de la Santé et le ministre des Services gouvernementaux. Voici ce qu'était le DSQ initial, selon les propos du gouvernement: C'était un projet d'infrastructure... le grand plan d'informatisation de la santé dans toutes les régions du Québec, c'était un dossier de santé électronique pour les citoyens, un registre des usagers du réseau avec un identifiant, un registre des intervenants du réseau, un système d'imagerie diagnostique, un système sur les médicaments, un système d'information sur les résultats de laboratoire, les applications pour offrir les services de télésanté, la surveillance médicale en santé publique et différents autres projets, tel un réseau de services intégrés aux personnes âgées. Le financement de cette opération d'envergure que je viens de décrire est estimé à 547 millions de dollars.

Voilà ce qu'était le DSQ, qui devait coûter 547 millions de dollars. Je voudrais savoir si cela, aujourd'hui, tout cela est compris dans ce qui, M. le sous-ministre, vous nous dites, coûtera 563 millions de dollars.

M. Cotton (Jacques): Je vous dirais que... quand je disais, tantôt, que la stratégie avait changé puis qu'on n'avait pas changé d'objectif, de finalité du projet, dans le changement de la stratégie... je n'ai pas le détail, là, j'ai bien entendu ce que vous avez dit, madame...

Mme Maltais: ...le premier ministre qui l'a dit, M. le sous-ministre.

M. Cotton (Jacques): Oui, ce que vous avez lu, excusez! Mais la majorité des éléments... en tout cas, des composantes que vous avez mentionnées tantôt n'ont pas nécessairement été abandonnées. La façon dont on va les déployer, les moyens qu'on va utiliser, eux, ont changé. Oui, oui, et l'échéancier a changé beaucoup; ça, je suis d'accord avec vous.

Mme Maltais: M. le Président, si vous me permettez, ma question, c'est vraiment... je suis sur les coûts, là. Est-ce que tout ce que je viens de décrire est toujours dans le budget de 563 millions de dollars, puisque vous nous dites que le budget va être respecté? Alors, j'ai devant moi ce que doit contenir le DSQ selon le budget; même si je l'augmente de 547 à 563, ces nouveaux chiffres, est-ce que tout ce que je viens de décrire, qui a été annoncé par le premier ministre, est dans le budget de 563 millions de dollars?

M. Cotton (Jacques): Oui.

Mme Maltais: Vous dites?

M. Cotton (Jacques): Oui.

Mme Maltais: Oui? Tout ça, là, va coûter 563 millions de dollars? Point final?

M. Cotton (Jacques): Plus ce que j'ai mentionné tantôt dans mon allocution, que les volets qui touchent l'informatisation du réseau, parce qu'on allait jusqu'à 1,4 milliard de dollars...

Mme Maltais: Ah bon!

M. Cotton (Jacques): Mais ça inclut le 563. Parce qu'à l'époque... à l'époque, les DCI, les dossiers clients informatisés, des établissements n'étaient pas dans ce financement-là, n'étaient pas nécessairement prévus dans l'approche de déploiement... en tout cas, j'y vais sur les informations que j'ai, parce que je n'étais pas là à l'époque. Mais, le plan de départ du DSQ, il n'y avait pas de DCI et de DME. Donc, ce financement-là n'était pas dans le décor. Donc, le plan de déploiement du DSQ tenait compte qu'il n'y avait pas ce volet-là dans les établissements, d'informatisation... de niveau d'informatisation. C'est sûr qu'aujourd'hui ça, ça vient teinter un peu beaucoup le dossier, parce que, quand on a fait le repositionnement, cette année, on a dû tenir compte du niveau d'avancement de l'informatisation du réseau, qui était très différent en 2006, et on se sert maintenant de ce développement-là qui a été fait dans les établissements pour accélérer le déploiement du DSQ. Ça fait que... c'est sûr que, si on le regarde avec la vision de l'époque... Pour les grandes composantes, par contre, que vous avez énumérées tantôt, là, qui ont été dites par le premier ministre, elles sont toujours dans notre projet. Il y a peut-être le dossier, là, personnes âgées, là, le dernier que vous avez nommé, là...

Une voix: ...

M. Cotton (Jacques): RSIPA, qui, lui, a été mis de côté, mais les autres grandes composantes se retrouvent éventuellement dans le DSQ.

Mme Maltais: M. le Président, donc, ils se retrouvent dans le 1,4 milliard de dollars que vous nous annoncez sur 10 ans?

M. Cotton (Jacques): Il est dans le 500.

Mme Maltais: Tout ça...

M. Cotton (Jacques): Il est dans le 560...

Mme Maltais: Tout ça va ne coûter que... l'informatisation complète du réseau de la santé va n'avoir coûté que 563...

M. Cotton (Jacques): Oui.

Mme Maltais: Excusez-moi, j'ai un léger doute, et ce doute, il m'a été validé par le Vérificateur général du Québec.

M. Cotton (Jacques): O.K. Ce n'est pas l'informatisation du réseau...

Mme Maltais: Ah! Mais c'est ça qui était annoncé.

M. Cotton (Jacques): O.K. Parce que, nous, ce qu'on vous dit, c'est que, suite à notre mise à niveau qu'on a faite cette année, on dit que c'est 563 millions pour les composantes du DSQ. L'informatisation du réseau, là on parle plus du 1,4 milliard.

● (16 h 10) ●

Mme Maltais: On s'entend que... en tout cas, moi, les propos du premier ministre, c'était que le grand plan d'informatisation du réseau de la santé allait coûter 547 ou 563 millions de dollars. On sait maintenant que l'informatisation du réseau de la santé, peu importe, là, qu'on s'obstine sur... à cause du repositionnement, est-ce que c'était à l'origine ou pas, va maintenant coûter 1,4 milliard de dollars sur 10 ans, ça fait que j'essaie de comprendre. C'est que normalement il y a un 225 millions de dollars de coûts hors portée du DSQ. Est-ce qu'ils sont inclus dans le 1,4 milliard de dollars?

M. Cotton (Jacques): C'est les investissements connexes, qu'on appelle, nous; eux ne sont pas inclus dans le 1,4. Ça, c'est les investissements connexes nécessaires au DSQ, pour l'implantation du DSQ dans chacune des régions, les mises à niveau, comme on disait tantôt, des laboratoires, des PACS dans certaines régions, ça demande un minimum d'investissements selon le niveau d'avancement des régions. Donc, on utilise les coûts connexes pour aider les régions à être capables de recevoir les composantes DSQ, qui, elles, vont coûter 563 millions.

Mme Maltais: D'accord. Alors...

M. Cotton (Jacques): La même chose pour les pharmacies, excusez, pour les pharmacies communautaires puis ces choses-là.

Mme Maltais: Donc, l'informatisation du réseau va coûter 1,4 milliard de dollars et on y ajoute l'intégration du DSQ dans le réseau, ce qui était prévu au départ, donc on est rendus à 1 625 000 \$ qui va être nécessaire pour réussir à informatiser le réseau et à se déployer sur tout le territoire québécois.

M. Cotton (Jacques): Dans le 1,4, on s'entend que le 500 est inclus dedans.

Mme Maltais: Oui. Non, je ne l'ai pas ajouté, là. Non, il y en a assez pour moi, ça va, M. le sous-ministre! Je n'ai pas besoin d'en rajouter, ça va tout seul.

M. Cotton (Jacques): Juste un peu qu'on s'est bien compris.

Mme Maltais: Non, non, on s'est bien entendus. Puis, comme je vous dis, je fais ça bien délicatement, vous n'étiez pas là au départ, mais on est bien à 1 625 000 \$. Entre le 563, le 225 millions de dollars et le 1 625 000 000 \$, il y a quand même une marge qui est d'à peu près 600 millions, 612 millions. Qu'est-ce que ça contient?

M. Cotton (Jacques): Ça contient le développement des dossiers santé dans les établissements, pour les établissements qui n'ont pas ce niveau d'informatisation là, les DCI, qu'on parle. Et ça, c'est une évaluation qu'on a faite. Et ça reste quand même à préciser, là. C'est une évaluation. Puis c'est étalé sur une période de 10 ans. Parce qu'avant que l'ensemble du réseau soit totalement informatisé on le sait que ça peut prendre facilement une période de 10 ans, au niveau des établissements. Le déploiement du DSQ capitalise beaucoup sur ce niveau d'informatisation là, mais on en a pour 10 ans à faire ce développement-là. Puis le 1,4 milliard qu'on mentionnait, il était étalé sur une période de 10 ans.

Mme Maltais: Est-ce que vous avez une ventilation, ça, de ce 612 millions de dollars? On ne l'a jamais vue, nous, véritablement.

M. Cotton (Jacques): Oui...

Mme Maltais: Est-ce qu'il serait possible de le donner aux parlementaires pour qu'on suive le dossier, parce que, comme vous avez changé de stratégie, vous vous êtes repositionnés, on va essayer... On en discutait en séance de travail, on disait: Ça va devenir difficile de suivre, puisque ça a complètement changé. Alors, si on avait le détail, la ventilation de ce 612 millions, bien on pourrait... Ça va être déposé?

M. Cotton (Jacques): On peut vous le fournir, oui.

Mme Maltais: Parfait.

Le Président (M. Simard, Richelieu): On l'apprécie beaucoup, parce que les parlementaires, dans ce dossier-là, doivent relayer... évidemment doivent compter beaucoup sur le Vérificateur général, qui a fait régulièrement des vigies, là. Mais on aimerait pouvoir le suivre maintenant à partir du nouveau projet, là. Alors, j'apprécie votre réponse à la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Une question. Vous venez de dire: Ça va prendre environ 10 ans, déployer dans les établissements. On sait que le DSQ devait être complet et déployé dans tous les établissements fin 2010, donc il y a neuf mois déjà. On en est encore au projet pilote. Vous venez de dire: Ça va prendre 10 ans. À partir de quelle date on doit compter ce 10 ans?

M. Cotton (Jacques): Nous, le déploiement des composantes du DSQ... Parce qu'il faut toujours faire attention quand on parle...

Mme Maltais: Non. Écoutez...

M. Cotton (Jacques): Vous, vous êtes sur l'informatisation?

Mme Maltais: L'informatisation du réseau, c'était ça, le DSQ, au départ. Vous, vous avez changé de stratégie, je comprends. Respectueusement, M. le sous-ministre, l'informatisation du réseau devait être complétée sur tout le territoire fin 2010, et ça comprenait les établissements. On en est tous conscients. Vous venez de dire: Ça va prendre 10 ans. À partir d'aujourd'hui? À partir de 2006, de l'annonce initiale? À partir de 2010? Je veux comprendre quel échéancier on a devant nous.

M. Cotton (Jacques): Dans le développement de l'ensemble de l'informatisation du réseau, qui inclut le DSQ, parce que, nous — je vais arriver à votre question — la composante DSQ, on a dit qu'on la rendait disponible pour l'ensemble des régions, avec son déploiement, pour 2016.

Mme Maltais: ...composantes du DSQ.

M. Cotton (Jacques): Pour les composantes... les composantes du DSQ.

Mme Maltais: Les composantes.

M. Cotton (Jacques): Les composantes du DSQ.

Mme Maltais: C'est-à-dire le visualiseur, qui...

M. Cotton (Jacques): Médicaments...

Mme Maltais: ...à peu près n'existe plus...

M. Cotton (Jacques): Domaine médicaments, domaine imagerie, domaine laboratoire, immunisation, à partir... puis le registre des usagers, l'ensemble, là...

Mme Maltais: Des composantes.

M. Cotton (Jacques): ...des composantes du DSQ, pour 2016. Pour l'ensemble de l'informatisation du réseau, on s'est dit que ça pourrait prendre facilement, lui, une période de 10 ans à partir d'aujourd'hui. Donc, on va déborder 2016 pour compléter l'informatisation dans certains établissements, mais ça ne veut pas dire que les gens n'auront pas... vont avoir accès quand même aux composantes du DSQ à partir du visualiseur; c'est leur dossier interne informatisé qui ne sera peut-être pas terminé, selon les régions puis le niveau d'avancement. Puis ça, c'est une projection qu'on s'est donnée en faisant un bilan de l'état de développement actuellement d'informatisation dans notre réseau, mais ça n'empêche pas un établissement, s'il n'a pas son dossier interne informatisé, d'avoir accès aux informations du DSQ, parce qu'on va utiliser le visualiseur du DSQ pour leur donner au moins le minimum, ces informations-là du DSQ. Quant à son dossier à lui interne, que souvent on va utiliser, nous autres, être complémentaire, mais ça, pour certains établissements, ça peut prendre jusqu'à 10 ans.

Mme Maltais: On va revenir, j'en suis sûre, à un autre moment, croyez-moi, au visualiseur. Mais donc le déploiement sur tout le territoire, dans tous les établissements, l'objectif visé, on peut penser, puis je vous comprends d'être prudent, parce qu'on a complètement échappé 2010, on peut penser 2020, 2021, si j'écoute votre 10 ans?

M. Cotton (Jacques): Pour l'ensemble de l'informatisation du réseau, 2020, mais, pour le DSQ, 2016.

Mme Maltais: Je sais, mais, moi, je suis toujours sur les propos du premier ministre, M. le sous-ministre. Ça, c'est...

M. Cotton (Jacques): Mais j'aime bien qu'on sépare les deux.

Mme Maltais: Oui. Il n'y a pas de problème. Je comprends qu'on veuille séparer les deux en ce moment.

Le Président (M. Simard, Richelieu): Très bien. Alors, je reviens à la partie gouvernementale et je vais demander maintenant la parole... donner la parole, plutôt, au vice-président de la commission, le député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Alors, merci, M. le Président. Bienvenue, M. le sous-ministre et les personnes qui vous accompagnent. La dernière fois, nous vous avions rencontré le 30 septembre 2009, je pense, donc il y a presque deux ans, presque... il y a deux ans presque jour pour jour. Et il y a beaucoup de travail qui a été réalisé depuis, parce que c'est un projet majeur. Et, si je me réfère un peu à ce qui avait été discuté en septembre 2009, vous nous aviez fait part de deux changements majeurs dans l'évolution du projet. D'une part, vous aviez mentionné que le DSQ était dorénavant intégré au sein de la Direction générale des technologies de l'information du ministère; je pense que ça, c'est un changement, je pense, qui aurait été bien reçu de la part des parlementaires. Et, si je comprends, maintenant, Mme Verreault, vous continuez... vous êtes à la tête de cette direction-là. Deuxièmement... Alors, ça, c'était le premier changement sur le plan de la gouvernance, dont vous avez parlé tout à l'heure, qui a également évolué, je pense, de façon positive. Deuxièmement, vous nous aviez également indiqué qu'initialement le DSQ avait été conçu comme un ensemble de composantes, mais que, là, vous changiez de stratégie pour le considérer comme un portefeuille de projets, c'est votre expression à ce moment-là, donc y aller par composantes; nous l'avons évoqué: médicaments, laboratoires, imagerie médicale, etc.

Si vous le permettez, j'aimerais peut-être simplement concentrer un peu sur une des composantes, parce que ça nous permet peut-être d'avoir une image, un peu, de l'évolution, là, au moins d'une partie du projet. D'ailleurs, vous mentionnez dans votre texte aujourd'hui que le projet a franchi l'étape du développement des composantes et passe maintenant à un mode de déploiement. Le développement de la plupart des composantes est à maturité, et certaines d'entre elles peuvent déjà être déployées progressivement en 2011-2012.

Je voudrais peut-être prendre l'exemple, qui est près de nous d'ailleurs, de la composante des médicaments. Si ma mémoire est bonne, vous indiquez, à ce moment-là, que, pour ce qui est du domaine médicaments, les premières livraisons des médecins volontaires des GMF, 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 — et là, ce n'est pas pour vous prendre sur quelque chose, c'est simplement pour vérifier un peu l'évolution — et vous ajoutiez, en 2009: «La solution complète, incluant le prescripteur électronique — d'ailleurs, le Vérificateur général y réfère dans son rapport — y sera déployée dans la première moitié de 2010 et s'étendra progressivement aux autres régions du Québec»...

Est-ce que vous pourriez nous donner un peu un état d'avancement du déploiement de la composante médicaments, comme vous l'indiquiez, dans le fond, en septembre 2009? Et je comprends qu'il y a eu de l'évolution, il y a peut-être eu des changements, mais est-ce que ce projet un peu pilote, là, se déroule bien et selon le calendrier initial qui avait été prévu, incluant la question du prescripteur électronique?

● (16 h 20) ●

Le Président (M. Simard, Richelieu): M. Cotton.

M. Cotton (Jacques): Oui. Dans le dossier du projet pilote de la capitale nationale, je vous dirais qu'il y a eu des changements significatifs depuis le réalignement du projet qu'on a fait en 2010. Actuellement, on a 77 pharmacies qui sont branchées, si je peux utiliser le terme, ou alimentées par le domaine médicaments. On en a 30 qui sont cédulées, là, dans les prochaines semaines. Notre objectif, c'est qu'à la fin septembre on ait 50 % des pharmacies de la capitale nationale qui soient en lien avec le domaine médicaments et, au 31 décembre, qu'on ait l'autre 50 %. C'est...

Une voix: ...

M. Cotton (Jacques): Oui, ceux qui veulent participer, là. Mais c'est quand même la majorité, là, en général. Mais actuellement il y en a 77, pharmacies, puis, quand on a repositionné le dossier, là, avec l'arrivée de la nouvelle équipe, tout ça, on était, dans le projet pilote, à ce moment-là, à huit pharmacies. C'est huit pharmacies qui ont vraiment été le début du projet pilote, mais là, quand on a décidé d'aller en déploiement et d'accélérer, parce qu'on était prêts, puis la robustesse du système avait fait ses preuves, là, on est passés à 77 pharmacies qui fonctionnent actuellement dans la région de Québec, et on en a 30 de cédulées, là, pour les deux prochaines... deux, trois prochaines semaines.

M. Marcoux: Est-ce qu'en décembre... Ce qui veut dire qu'en décembre 2011, donc, la grande majorité des pharmacies seront reliées au réseau et participeront...

M. Cotton (Jacques): À la composante médicaments? Pour les pharmacies qui veulent participer, puis c'est la grande majorité, là — je ne sais pas si on a le...

Une voix: ...

M. Cotton (Jacques): Il y en a 189 qui veulent participer, sur un total de...

Une voix: ...

M. Cotton (Jacques): Ah! il y en a 189 au total, et on en a actuellement 77, puis 30 autres qui se préparent, là, qui ont signé l'entente. Donc, au 31 décembre, la majorité, la grande, très, très grande majorité des pharmacies participantes de la région de Québec vont être branchées avec le domaine médicaments. Ça, c'est en marche actuellement et ça fonctionne.

M. Marcoux: Et ce n'est pas obligatoire, mais, si je comprends, il y a des incitatifs...

M. Cotton (Jacques): Il y a des...

M. Marcoux: ...aux pharmaciens de rejoindre le réseau?

M. Cotton (Jacques): Oui. Il y a des ententes qui ont été négociées avec l'association des pharmaciens propriétaires. Il y a des incitatifs, et éventuellement il y a des bénéfices, même pour eux, d'avoir cette information-là, pour les services à leur population, à la clientèle.

M. Marcoux: Une dernière question. Est-ce que c'est vrai que le prescripteur électronique est un élément important? Évidemment, ça pend une entente entre les médecins et les pharmaciens. Est-ce que ça, c'est en train d'être déployé? Est-ce qu'il y a des ententes qui ont été signées avec les médecins et les pharmaciens à cet égard-là?

M. Cotton (Jacques): Je vous dirais que c'est un des incitatifs importants, le prescripteur électronique, pour les pharmaciens et les médecins aussi, cet outil de travail. Pour ce qui est de : à quel niveau on est rendus par rapport à ce développement-là, puis les ententes, je passerais peut-être la parole soit à M. Audet, si vous permettez, de la Régie de l'assurance maladie...

Le Président (M. Simard, Richelieu): Oui, M. Audet, on vous écoute.

M. Audet (Richard): D'accord. Donc, sur les ententes, on a une entente qui est signée avec l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, pour laquelle on a convenu de forfaits d'intégration dans chacune des pharmacies. Donc, il y a un montant de 500 \$ qui est versé pour le plan technique, technologique, si on veut, et il y a un montant de 1 500 \$ aussi qui est versé par pharmacien pour la gestion du changement et la formation. Essentiellement, c'est les montants de base qui ont été convenus. On peut aller, dans certaines situations, jusqu'à 4 500 \$ pour certaines pharmacies, pour les amener à un palier technologique qui leur permet de recevoir le Dossier de santé Québec. Mais on a évalué que ça devrait être entre 10 % et 20 % de ces situations-là. Donc, la majorité des situations, parce que les pharmacies sont déjà informatisées, on ne fait que faire une modification à leur système qu'ils utilisent dans leur officine de pharmacie, et on a signé toutes les ententes nécessaires avec l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires. Également, on a signé, avec les fournisseurs de ces produits-là, des ententes pour faire l'intégration de ces produits-là à l'intérieur de leurs propres produits, donc ça facilite beaucoup l'utilisation.

Et je viendrais à votre question, si vous me permettez, M. le Président, concernant l'intégration du prescripteur électronique, et qui était un enjeu fort important, effectivement, pour l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires; c'est ce qui a permis d'ailleurs d'arriver à une entente avec eux. C'est un des éléments sur lequel ils souhaitaient qu'on planche.

Et ce qu'on a livré finalement, c'est l'intégration du prescripteur électronique à l'intérieur des produits qui vont être utilisés dans les DME. Donc, les dossiers médicaux électroniques que vous allez retrouver dans les cliniques, on travaille avec les fournisseurs, qui sont des fournisseurs privés, pour intégrer les facilités de prescription électronique.

À date, sur les cinq qui sont connus, il y en a deux qui ont terminé leur travail et qui sont tout à fait opérationnels. Il y en a deux qu'on est en train de terminer les essais. Donc, nous, on s'assure de l'intégration des normes, aussi. Et on a des préoccupations sur le plan de la performance, sur le plan de la sécurité. On veut s'assurer que tout ça est conforme, Dossier santé Québec, avec les normes élevées de sécurité qu'on s'est données. Et il y en a un dernier aussi qui est en train de préparer l'ajout de l'ordonnance, aussi, le dernier fournisseur, et ça va être terminé aussi à l'automne. Donc, l'intégration se passe bien avec les fournisseurs.

La partie pour les médecins, peut-être que je laisserais Mme Verreault couvrir cet aspect-là, mais le principe est accepté par les médecins, de l'utilisation volontaire du prescripteur électronique.

M. Marcoux: Oui, bien peut-être que ma question... Avant que Mme Verreault réponde, M. le Président, ma question, c'est ça: Est-ce que les médecins... je comprends qu'il y a des fournisseurs, là, mais ça, c'est la mécanique, il faut que les médecins puissent l'utiliser ou veuillent l'utiliser. Alors donc, est-ce que, oui, il y a des ententes, et les médecins sont prêts à utiliser le prescripteur électronique?

Mme Verreault (Lise): Ah oui. Pour les médecins, c'est un avantage, je vous dirais, indéniable, parce qu'ils vont recevoir tout le profil pharmacologique de leur client. Et automatiquement ils vont être capables de juste cocher les renouvellements de prescriptions. Ça va être transmis directement avec une signature électronique, directement à la pharmacie que le client va vouloir désigner, et la préparation va se faire simultanément par le pharmacien aussi.

Alors, pour les médecins, c'est un avantage, c'est une rapidité à... Dans un premier temps, par contre, ce qu'il est important de préciser, il faut qu'on branche les pharmacies pour que, pendant les 30 premiers jours du branchement, les pharmacies alimentent la banque de données médicaments, pour qu'après la clinique médicale, quand on va la brancher, puisse avoir certaines informations déjà d'emmagasiner, pour être capable de faire, exemple, des prescriptions, renouvellements de prescriptions. Il y a une entente de convenue avec la FMOQ. Ils sont très, très participatifs, très collaborateurs à ce niveau.

M. Marcoux: Je comprends qu'il y a des avantages, là, vous voulez... Il y a des avantages perçus, mais ça ne veut pas nécessairement dire qu'ils sont prêts à l'utiliser. Ou, parfois, il peut y avoir d'autres types de résistances. Mais ce que vous nous dites, c'est que les médecins sont prêts à l'utiliser dans la région de Québec, ici.

Mme Verreault (Lise): Oui.

Le Président (M. Simard, Richelieu): Très bien. Merci, M. le député. Nous passons maintenant à nouveau du côté de l'opposition. Alors, Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Oui. Merci, M. le Président. Simplement pour terminer la petite conversation que vous aviez avec mon collègue, les coûts de formation, c'est 1 500 \$ par pharmacie?

M. Audet (Richard): Oui, oui.

Mme Maltais: C'est inclus dans le 1,625 milliard, bien sûr?

M. Audet (Richard): Oui.

Mme Maltais: Oui, O.K... C'est bien. Ouf!

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Maltais: Bon, on va être clairs, là. On va...

Le Président (M. Simard, Richelieu): Si on est... Si on est pour les passer 1 000 \$ par 1 000, ça va être long!

Mme Maltais: Oui.

M. Audet (Richard): Ah! Il y a 1 800 pharmaciens!

Mme Maltais: Oui, mais, comme, en date d'aujourd'hui, nous n'avons que 31 pharmacies de branchées sur les trois régions dont nous parlons ce matin, c'est-à-dire Capitale-Nationale, l'Estrie et Lanaudière, sur le site, en tout cas, du...

M. Audet (Richard): Vous en avez 77 actuellement de branchés.

Mme Maltais: 77 au lieu de 31?

M. Audet (Richard): Oui, oui...

Mme Maltais: Sur 1 700?

M. Audet (Richard): ...oui. Puis ce qu'il faut comprendre, la stratégie que nous avons, c'était de brancher la région de Québec, dont on s'était donné la cible d'atteindre 50 % au 30 septembre des 189 pharmacies de la région de Québec.

Mme Maltais: O.K.

M. Audet (Richard): Et donc, nous sommes rendus à 77, nous sommes près de la cible du 30 septembre. Peut-être nous prendrons-nous deux semaines de plus. Mais on vise quand même, à la fin de l'année, c'est que l'ensemble des pharmacies soient branchées. Ça demeure une décision de chaque pharmacie de se brancher, parce qu'ils n'ont pas l'obligation de se brancher. Mais ça devient quand même un élément compétitif pour les pharmacies. Il ne faut pas se le cacher, pour eux, à un moment donné, la réception éventuelle de la prescription électronique, il y a un avantage pour eux. Et aussi, le patient va l'exiger un jour ou l'autre aussi, il va vouloir que son médecin accède à ce dossier.

Mme Maltais: C'est très clair. C'est très... Oui. Donc, vous dites que, là, présentement, même si, sur le site, je n'ai que 31 pharmacies d'inscrites, il y en a 79...

M. Audet (Richard): 77, absolument.

Mme Maltais: ...et que toutes.. 77? Et que, dans la capitale nationale, toutes les pharmacies seront branchées dans, mettons, un mois?

M. Audet (Richard): Toutes ceux qui auront dit oui.

Mme Maltais: Toutes ceux qui auront dit oui? Ah! O.K.

M. Audet (Richard): Mais ça va bien, ça va bien.

Mme Maltais: Tant mieux! Dans les deux autres régions, ça n'a pas commencé?

● (16 h 30) ●

Mme Verreault (Lise): C'est la période de consentement.

Mme Maltais: Consentement, O.K.

Mme Verreault (Lise): Alors, il y a une période de consentement. À partir du 28 octobre, les pharmacies qui désirent se faire brancher vont commencer à alimenter le DSQ au niveau du domaine médicaments. À partir du 28 octobre.

Mme Maltais: Parfait.

Mme Verreault (Lise): Entre-temps, c'est la période où les gens peuvent refuser que leurs informations soient partagées.

Mme Maltais: Merci. Bon! On va enfin commencer. J'aimerais ça prendre les principaux sous-projets du DSQ qui sont décrits dans le rapport du Vérificateur général, puis les regarder un par un, puis essayer de comprendre jusqu'où ils sont encore valides ou utilisables par le réseau, puisque vous avez changé de stratégie, ça... évidemment. On parle beaucoup du visualiseur. Les gens de Lanaudière... de l'Estrie nous disaient que le visualiseur, par exemple, dans l'Estrie, il était déjà dans le projet Ariane, alors... le visualiseur va ne servir que de façon transitoire. Je regarde... le visualiseur, c'était un projet de 147 millions de dollars, c'est ce que j'ai en page... Ah! Ça, vous ne l'avez pas. C'est dans les dossiers qu'on a eus de... Mais, le visualiseur, au départ, au départ, le coût approuvé, en mars 2008, était de 147 millions. Il a coûté finalement combien?

Une voix: ...

Mme Maltais: 89, ce qu'on me dit, le visualiseur. L'outil de visualisation, juin 2010, ça, c'est en page... chapitre 3, tableau 1, du VG, chapitre 3, tableau 1. L'outil, le visualiseur... outil de visualisation, 85 millions de budget, 39 millions de dépenses, en décembre 2010. Pourquoi on ne le dépense pas? Est-ce que c'est parce qu'on ne se rend pas au bout du projet parce qu'il est devenu caduc? Parce que la rumeur veut que ce soit devenu caduc.

Mme Verreault (Lise): Le visualiseur, ce n'est pas seulement... Le montant que vous annoncez, qui apparaissait dans la revue, dans le rapport du VG, englobe également le DSE, dossier santé électronique, le laboratoire, incluant les entrepôts régionaux, qui à l'époque devaient à être développer; donc, ce n'est pas juste l'appareil visualiseur, je tiens à le préciser.

Mme Maltais: Parfait.

Mme Verreault (Lise): Présentement, le visualiseur, il est fonctionnel, il est capable d'être utilisé et il devrait être déployé dans les prochaines semaines à différents endroits au Québec. Il ne sera pas juste un outil temporaire, c'est

un outil qui va servir à des médecins, à des cliniciens qui n'auront pas un DCI ou un DME. Parce que ce n'est pas tout le monde qui va se munir d'un dossier médical électronique, et c'est le seul outil qui présentement est capable de faire apparaître les données des trois grands domaines, c'est-à-dire le laboratoire, l'imagerie et le médicament. Alors, il est déjà fonctionnel, et tout ce qui a été développé pour le visualiseur va être récupéré, il n'y a pas de perte là-dedans, dans les DCI et les DME. Toute la technologie qui fait circuler l'information va être récupérée, il n'y a rien de perdu. La seule chose qui va être différente, c'est qu'avec le visualiseur c'était quelque chose qui était un peu comme... n'était pas interactif. On ne pouvait pas saisir des informations, on ne pouvait que voir. Alors qu'avec les DME et les DCI on va être capables d'alimenter, d'entrer des données. Alors, ce qui va être récupéré... ce qui a été dépensé pour le visualiseur, ça ne sera pas perdu.

Mme Maltais: On ne parle pas des laboratoires, là, on parle de l'outil le visualiseur...

Mme Verreault (Lise): C'est un outil... C'est un outil.

Mme Maltais: Parce que, là... Mais c'est quoi, le pourcentage... Là, c'est parce que je comprends qu'il va servir dans les endroits où il n'y a pas de DCI, il n'y a pas de DME, mais c'est quoi, le pourcentage d'endroits qui n'auront pas de DCI, pas de DME?

Mme Verreault (Lise): Bien, comme on disait tout à l'heure, on dit que ça peut prendre entre cinq et 10 ans avant que tout le monde au Québec, tous les établissements, les cliniques médicales se dotent d'un système, soit DME ou un DCI. Alors, à ce moment-là, dès à présent, on est capables de commencer à faire des déploiements pour justement amener l'information auprès des cliniciens à l'aide du visualiseur. Alors, ça peut se faire en tandem, ça peut se faire d'une façon un-un, une clinique qui décide d'avoir un visualiseur au lieu d'avoir un DME. L'important pour le réseau de la santé, c'est que l'information circule...

Mme Maltais: Oui...

Mme Verreault (Lise): ...qu'elle circule par l'outil visualiseur ou qu'elle circule par un DCI, DME...

Mme Maltais: Oui, mais ce n'est pas... Ma question, c'est...

Mme Verreault (Lise): ...

Mme Maltais: Je comprends, mais c'est: quel est le pourcentage probable, évalué, d'utilisation du visualiseur? Parce que ce qu'on entend, c'est que le visualiseur, ce sera très peu utilisé, parce que les régions ont chacun leur système et que le visualiseur, c'est à l'imposition d'un système unique à travers tout le Québec sur le territoire, alors que les régions avaient déjà déployé des choses, comme viennent d'ailleurs de nous l'expliquer les gens de l'Estrie.

Mme Verreault (Lise): Vous avez raison, je vous dirais, en partie.

Mme Maltais: D'accord.

Mme Verreault (Lise): Au départ, c'est vrai qu'on avait comme orientation: c'est le visualiseur seulement qui est déployé au Québec, alors que dans d'autres provinces l'approche avait été prise par des DME et des DCI. L'approche était complètement différente.

Au fil des années, le développement des DCI et des DME dans notre réseau a commencé à se faire un peu partout, et c'est ça qui a amené la réorientation aussi du mode de déploiement. Par contre, comme les DCI et les DME présentement, au moment où on se parle, n'ont pas développé encore les modules pour pouvoir transmettre toutes les informations, exemple, du laboratoire, de l'imagerie et du médicament... On vous a dit tout à l'heure qu'au niveau du médicament on vient de commencer à homologuer quatre, cinq systèmes, O.K.? mais on n'en a pas encore pour l'imagerie puis on n'en a pas encore pour le laboratoire. Notre visualiseur, il le fait. Donc, pendant x années, je ne peux pas vous dire le pourcentage d'utilisation, mais c'est évident que notre orientation, c'est d'aller vers les DCI et les DME, parce que ça va être beaucoup plus complet et convivial, mais entre-temps on va utiliser sûrement le visualiseur à plusieurs endroits. Que ce soit dans des urgences, que ce soit dans des CLSC, que ce soit dans cliniques-réseaux, cliniques médicales, il y a des endroits où on va pouvoir utiliser cet outil-là dans les prochaines semaines. Il est très fonctionnel.

Mme Maltais: J'aimerais ça entendre le Vérificateur général, qui était assez sévère là-dessus. Est-ce que vous sentez à l'aise avec les explications du ministère concernant l'utilisation probable ou potentielle du visualiseur? J'aimerais ça entendre votre vision, ce que vous avez vu, vous, à travers les documents que vous avez regardés.

Le Président (M. Simard, Richelieu): Oui. Le Vérificateur général répond s'il veut.

Mme Maltais: Oui, oui, je le dis... je dis mon souhait.

Le Président (M. Simard, Richelieu): Il était convenu qu'il pourrait intervenir à quelques occasions pour... de l'accord général de tout le monde, et, s'il le souhaite, nous l'entendrons sur ce point; s'il souhaite ne pas intervenir, nous le comprendrons.

M. Lachance (Renaud): Non, écoutez, je vais répéter ce qu'on a écrit dans le rapport, c'est-à-dire qu'on a dit dans le rapport que le visualiseur va être utilisé dans certains endroits de façon très temporaire, comme d'ailleurs les gens l'ont soulevé tout à l'heure, les représentants des agences. Ça fait qu'éventuellement ça va être des visualiseurs, des DCI, qui vont tous être utilisés. Donc, cet outil-là, à terme, si on prend le terme de l'informatisation dans le secteur de la santé, ne sera pas utilisé, parce que tout le monde va avoir, maintenant, à la fin, à terme, bien sûr, un DCI ou un DME avec leur propre visualiseur. Donc, de toute évidence, à terme de l'informatisation, le visualiseur ne sera pas utilisé. Mais on parle bien: à terme de ça.

M. Cotton (Jacques): À terme. Puis, si vous permettez...

Le Président (M. Simard, Richelieu): M. Cotton.

M. Cotton (Jacques): À terme... Tantôt, on a bien précisé que ça pouvait aller jusqu'à 10 ans, et je pense qu'il faut qu'on se rapporte sur notre objectif de rendre rapidement des composantes disponibles, dans notre horizon à nous qui est 2016, en parallèle au développement de l'informatisation du réseau. Donc, en utilisant le visualiseur, ça va nous permettre d'atteindre cette cible-là beaucoup plus facilement, en tout cas, que si on attend le développement informatisation des DCI puis des DME partout, sur lequel on n'a pas toujours totalement le contrôle, surtout au niveau des cliniques médicales du secteur privé.

Mais ça va servir de transition pendant toute cette période-là, puis, à terme, effectivement c'est ce qu'on vous dit, à terme, il va être moins utilisé. Mais le pourcentage est difficile à évaluer aujourd'hui, parce que...

Mme Maltais: Vous ne savez pas jusqu'à quel point il va être utile? J'essaie de comprendre. Maintenant, je comprends, oui, il va servir de façon transitoire, mais jusqu'à quel point il va servir?

M. Cotton (Jacques): Tantôt, ce qu'on expliquait, c'est que les composantes... ce qui a servi à développer le visualiseur va être récupéré aussi pour les DCI puis les DME dans le... Ça fait qu'il y a une partie de ce qui a été investi dans le développement du visualiseur, au niveau de l'aspect technologique, et là je m'arrête là parce que je ne suis pas un expert dans ça, puis, si on veut aller plus loin, je vais laisser un autre compléter, mais ce volet-là va être récupéré pour le développement de l'informatisation du réseau. Ça fait que ça ne sera pas complètement mis de côté, même à terme, là, mais...

M. Audet (Richard): Si vous me le permettez, M. le Président, je pourrais peut-être compléter. Le visualiseur, ça a permis aussi de développer des règles d'affaires, des règles de métier. Toutes ces règles d'affaires là et ces règles de métier là vont être réutilisées à l'intérieur des DCI puis du côté des DME pour l'intégration. Quand on regarde le développement de systèmes informatiques, une grosse partie du temps qui est consacré, c'est de faire les architectures détaillées, donc les architectures dans lesquelles on va retrouver, entre autres, les règles d'affaires puis les règles de métier.

Donc, c'est 30 % à 40 % des coûts, au minimum, qu'on vient réutiliser, parce que ça prend du temps, définir les besoins. Il faut faire des prototypes, il faut s'asseoir avec les gens qui vont l'utiliser. Toute cette partie-là va être réutilisée en grande partie. Et, dans l'interopérabilité, bien c'est autant de gagné avec le visualiseur, donc, parce que les règles d'affichage qui sont souhaitées et les règles d'assemblage des données, on a beaucoup de temps de gagné quand on va arriver à faire l'intégration dans les DCI-DME.

● (16 h 40) ●

Mme Maltais: ...réutilisable?

M. Audet (Richard): C'est la partie, je vous dirais, du centre, mais aussi le coeur du développement du visualiseur. On va être pendant 10 ans à l'utiliser, donc on devait amortir ce coût-là sur 10 ans aussi.

Mme Maltais: O.K. M. le Président, je peux continuer? J'ai encore un peu de temps?

Le Président (M. Simard, Richelieu): Je pense qu'on pourrait, à ce moment-ci, faire une pause, de votre côté.

Mme Maltais: Comme vous voulez.

Le Président (M. Simard, Richelieu): J'essaie d'équilibrer le temps. Et j'invite maintenant le député de Vanier à poser la prochaine question. Mais on reste à Québec.

M. Huot: Oui, bien, juste à côté, M. le Président. Merci beaucoup. Bonjour à vous. Merci d'être là. Avant de continuer un peu sur ces sujets-là, je voulais revenir à une question de mon collègue d'Orford, un peu, quand il a parlé de la gouvernance. Vous avez très peu parlé de SOGIQUE, sauf peut-être... Dans votre présentation, M. Cotton, au début, vous en avez parlé, mais il me semble que SOGIQUE sont propriétaires d'actif beaucoup dans le réseau. On développe des choses, on a une expertise. Vous les avez intégrés dans la table d'interopérabilité, mais est-ce qu'ils sont maintenant partie prenante du DSQ, du projet dans son ensemble?

Mme Verreault (Lise): C'est un partenaire. C'est un fournisseur de services pour nous, SOGIQUE. Il y a énormément de mandats qu'ils font au nom du ministère de la Santé auprès des établissements. Il n'est pas intégré à

SOGIQUE... à DSQ, parce que DSQ, c'est un dossier d'informatisation parmi tant d'autres. On travaille sur les infections nosos, on travaille sur le registre du cancer. L'informatisation du réseau, là, ce n'est pas que le DSQ. Alors, SOGIQUE est un partenaire, au même titre que la RAMQ est un partenaire, qui offre des services au ministère et aux établissements, mais il n'est pas intégré. Il fait partie du conseil de gouvernance pour leur expertise. Alors, ils ont des architectes de système d'entreprise...

M. Audet (Richard): Je peux peut-être compléter. Effectivement, ils ne sont pas intégrés au projet, mais, dans l'opération du Dossier de santé, il y a une responsabilité que nous avons confiée en partenariat à SOGIQUE, qui est la première ligne téléphonique pour le soutien 24/7. C'est important, parce qu'un réseau, ça fonctionne 24/7, et il fallait établir ce soutien-là 24/7 dans l'ensemble du réseau. Bien sûr, ça part à petite vitesse, on n'est pas dans les grands volumes, mais, quand on arrivera à maturité, ça va être très apprécié.

M. Huot: O.K. Là, je voulais revenir un peu sur l'ensemble de l'évolution du projet, parce que... Je souriais tantôt, pendant votre présentation, M. Cotton, puis, même si, pendant la dernière discussion qu'il y avait, je m'imaginais le téléspectateur qui arrivait sur notre commission, présentement, il ne devait pas comprendre grand-chose, avec les acronymes qu'il y a... Déjà que l'univers de la santé a un langage assez particulier qui lui est propre, rajoutons de l'informatisation à travers ça, ce n'est pas toujours simple. J'ai même fait une blague pendant votre présentation, M. Cotton: Si quelqu'un tombait... allumait la télé, là, quand vous disiez que le ministère a adapté la gouvernance à l'évolution du projet et s'est assuré, entre autres, avec la table d'interopérabilité qui réunit le milieu, d'en arriver à l'arrimage et à l'interopérabilité des composantes du DSQ et des divers systèmes de Dossier patient électronique, j'ai dit: Hé, câline! Hein? Je me disais: Qu'est-ce que la personne va comprendre?

Le Président (M. Simard, Richelieu): ...

Des voix: ...

M. Huot: Donc, vous avez dit quelque chose que, moi, j'ai noté... Moi, je travaille beaucoup avec la présidente du Conseil du trésor sur les dossiers informatiques. Vous avez dit... Je ne veux rien enlever aux technologues, je ne veux pas que ça soit mal interprété, mais vous avez dit: On est allés chercher des gestionnaires pour prendre ça en charge, pour donner une certaine vision d'affaires. Là, je caricature un peu ce que vous avez dit, mais, en gros, en gros, c'est ça. Donner une certaine vision d'affaires, finalement c'est se décoller le nez un peu de l'écran, là, pour prendre un certain recul, avec la vision globale de l'organisation, avec la vision du réseau. C'est un peu ça qui a été fait. Donc, c'est un peu un rôle, disons, de franciser un peu l'informatisation du réseau.

Puis j'essayais d'expliquer même à mon collègue comment on pouvait voir ça. Moi, ce que je comprends, là, c'est qu'au début ce que vous vouliez faire, c'est que tout le monde utilise, exemple, un 8½ X 14, en police Arial, avec tel type de mise en page, puis qu'on prenne ça pour regarder, pour voir, pour le visualiseur, qu'on appelle, pour voir... pour pouvoir interpréter. Là, vous vous êtes aperçus qu'il y en a qui utilisait du 8½ X 11, qu'il y en a qui utilisait des plus petites affaires, avec différents types de polices, puis qui n'avaient pas toujours la même mise en page, puis là on a dit: peut-être qu'on est mieux de continuer avec ce que les gens ont fait, et prenez... utilisez au moins du Arial, tout le monde, en police 12, par exemple, pour les normes d'interopérabilité, tout le monde va être capable de se comprendre.

Je ne sais pas si je résume... je résume pas si pire, mais ce que vous aviez... Je ne sais pas... c'est rapide comme résumé, là, vous comprenez un peu comment je veux ramener ça. Mais ce que vous aviez prévu au départ, là... Là, on a parlé du visualiseur, qui va être utile, qui va servir en période transitoire, pendant plusieurs années, mais ce que vous aviez prévu au départ, vous demandiez à tout le monde d'utiliser un certain format pour... ce qui a évolué en norme DSQ, vous demandiez à tout le monde d'utiliser le même système informatique. Au départ, c'était ça. Moi, ce que je comprends, puis ce que le VG nous dit, c'était: Tout le monde utilise le même système informatique. Qu'est-ce que vous avez gardé de ça au départ? Parce que, là, vous dites: Bon, finalement on va développer le dossier patient électronique localement, dans les régions, on va développer ça, mais la plateforme du départ que vous vouliez que tout le monde utilise... vous avez sûrement récupéré, vous gardez le visualiseur pour certaines choses, mais, la plateforme de départ, est-ce qu'elle va être utile pour comptabiliser provincialement toutes les données, toutes les DPE un petit peu partout... les DPE dans les régions? Qu'est-ce que vous gardez de ça?

M. Cotton (Jacques): Là-dessus, je vais demander à M. Audet...

M. Huot: Est-ce que c'était assez clair? Est-ce que mon analogie était compréhensible?

Une voix: ...

M. Huot: Donc, si vous la réutilisez, je suis content, ça se peut que ça veuille dire quelque chose. Parce que ce n'est simple, hein, à comprendre. On a des nouveaux sur la Commission d'administration publique qui n'avaient pas vu nos premières rencontres, là; c'est un univers, hein?

M. Cotton (Jacques): J'admets que ce n'est pas simple.

Le Président (M. Simard, Richelieu): Avez-vous une question pour la réponse du député de Vanier?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Audet (Richard): Je prendrais peut-être votre dernière question au vol: qu'est-ce que vous allez réutiliser? Quand vous regardez le dossier santé, vous avez trois composants majeurs, qu'on a nommés dans l'allocation du sous-ministre, qui sont le domaine du médicament, le domaine du laboratoire et le domaine de l'imagerie médicale. Tous ces domaines-là sont là pour rester et être réutilisés tels qu'ils ont été développés. En plus de ça, bien sûr, pour faire fonctionner, sur le plan de l'interopérabilité, parce qu'on en parle plus aujourd'hui, cet échange d'information là, ça prend un ensemble de composants qui sont plus techniques, qui sont dans l'arrière-boutique, qui ont moins d'intérêt pour le commun des mortels, mais qui sont nécessaires. Donc, tous les registres que nous avons développés, par exemple le registre des intervenants, donc tous les professionnels de la santé qui peuvent avoir accès aux dossiers de santé, ça va rester en place. Donc, pour donner les privilèges d'accès, les registres... c'est-à-dire des intervenants. Les registres des usagers, donc tous les Québécois pour lesquels on pourrait constituer un dossier de santé, ces registres-là vont rester là, parce que ça va être nécessaire pour l'échange d'information.

M. Huot: Ça, on peut se permettre de dire que c'est le DSQ initial?

M. Audet (Richard): Oui, tout à fait.

M. Huot: Si on garde ça... même si on a changé la stratégie.

M. Audet (Richard): Sans l'ombre d'un doute.

M. Huot: Ça, vous l'avez... Sans l'ombre d'un doute, donc le point de départ... Il y a encore beaucoup de composantes du point de départ qui sont identiques, malgré le changement de stratégie.

M. Audet (Richard): Et je vous en ajouterais, même. Je vous parlerais de la couche d'accès à l'information, on aura peut-être l'occasion d'élaborer un peu plus tard. Mais tout ce courtier d'échange d'information là, il y a une nécessité pratique pour la faire. Toute la sécurité qui a été organisée alentour de SecurSanté, il y a une nécessité d'avoir les mécanismes puis la technologie pour faire l'échange d'information de façon sécuritaire. Donc, tous ces composants-là qui sont alentour, qu'on parle d'une stratégie ajustée, sur laquelle on convient tous qu'il y avait une nécessité, ces morceaux-là qui ont été développés, ces composants-là vont être encore présents dans le futur. Donc, vous aurez toujours votre banque nationale du médicament, vous aurez toujours votre banque... parce que c'est plusieurs banques pour le laboratoire, plusieurs banques, mais tout ça va pouvoir être interconnecté et échanger l'information de façon sécuritaire.

Donc, les composants qui auront été bâtis, ils évolueront avec le temps nécessairement aussi. Ce que les gens ont pensé... on parle de 2006, mais pensons que les gens qui y avaient réfléchi, ils avaient réfléchi peut-être en 2005 puis en 2004. Il y aura nécessairement une évolution aussi sur le plan technologique. Mais cette évolution, c'est comme dans tous les systèmes qui ont été construits depuis 30 ans au Québec: dans le fond, il arrive des nouveaux produits, il arrive des nouvelles opportunités, il arrive des façons de faire, moins chères parfois, mais... quoiqu'en technologie on parle toujours de coûts importants. Il reste que les fondements de ce qui avait été prévu pour développer les éléments communs vont être encore en place dans la nouvelle stratégie.

M. Huot: O.K., merci.

Le Président (M. Simard, Richelieu): Alors, maintenant, le député de Jean-Lesage...

Une voix: ...

Le Président (M. Simard, Richelieu): C'est le député de Portneuf d'abord?

Une voix: ...

Le Président (M. Simard, Richelieu): Très bien. M. le député de Portneuf.

M. Drolet: ...dans le même ordre d'idées, M. le Président.

Le Président (M. Simard, Richelieu): Allez, allez, nous sommes souples, ici. M. le député de Portneuf, une petite question rapide. C'est les plus longues, en général.

● (16 h 50) ●

M. Drolet: C'est parce que... ce qu'on lisait avec le Vérificateur général ce matin... Bien, bienvenue à vous tous, et je m'excuse, M. Cotton et l'équipe. Mais il semblerait que, par contre, ça ne tient plus la route, en fait, de ce qui avait été de technologies existantes, de ce qui a été mentionné ici. J'aimerais juste m'assurer de ça pour savoir aussi... puis les ententes qui avaient été prises, naturellement, puis que là... parce qu'il y a une nouvelle gouvernance... Comment vont-elles être respectées, ces ententes-là, versus aussi, naturellement, ce qui avait été... avec la nouvelle gouvernance que vous voulez établir?

Mme Verreault (Lise): ...des ententes d'Infoway.

M. Audet (Richard): D'Infoway ou avec les fournisseurs?

M. Drolet: Je parle, moi, je parle... En fait, parce qu'ici... «Selon le ministère, la solution préconisée il y a quelques années pour l'ensemble du réseau, soit l'acquisition et l'adaptation d'une technologie existante, ne tient plus la route, et d'autres technologies répondraient mieux aux besoins actuels.» Moi, ce que j'ai posé comme question ce matin au Vérificateur, c'est qu'au départ, initialement... vous venez de dire «en 2006», les personnes qui y ont pensé en 2004, en 2005 avaient quand même de l'information ailleurs, avaient quand même des exemples. On voit ici que même une compagnie américaine, avec une utilisation de 8 millions de personnes, avait réussi quand même à adapter un système. Mais là... parce que vous venez de répondre à mon collègue que, oui, il va y avoir... il va rester quand même quelques affaires qui vont rester... Moi, c'est juste ça que je veux m'assurer, à savoir, oui, si c'est le cas.

Mme Verreault (Lise): Je vais répondre pour la partie des ententes. O.K., c'est sûr qu'avec notre partenaire, qui est Infoway, dans les ententes, on avait convenu de jalons, alors d'étapes de décaissement à partir de livrables, O.K.?, à partir d'un projet convenu avec Infoway. En cours d'année, en cours des cinq dernières années, il y a des étapes qui ont changé, il y a des projets qui ont été modifiés. Et là, on a eu comme à questionner puis à se faire questionner aussi, à savoir: est-ce qu'Infoway va décaisser quand même les montants qui avaient été comme prévus par rapport à certains livrables qui ne sont pas au rendez-vous.

Il y a eu des estimés qui ont été déposés puis qui ont circulé dans les rapports puis... autant au ministère que, même, ici, d'un montant assez important. La première chose que la gouvernance a faite, la nouvelle gouvernance, là, c'est qu'on s'est assis avec Infoway, et on est en train de revoir ces ententes-là. Il y a six, sept ententes qui n'ont pas été renouvelées. Elles ne sont pas renouvelées parce qu'on est en train de redéfinir qu'est-ce qu'on a fait et qu'est-ce qui est acceptable pour Infoway. J'étais au conseil d'administration d'Infoway hier, j'ai eu la confirmation orale, j'attends les écrits, qu'ils allaient nous faire des décaissements sur des éléments, des fois, identiques à ce qu'on a livré, qu'ils reconnaissent maintenant, et d'autres éléments sur lesquels on va convenir des appropriations par rapport à des résultats attendus. Mais, avec Infoway, la garantie qu'on a, c'est... il y a une ouverture qu'on n'avait probablement pas il y a quelques mois. Je vous dirais qu'on a passé une très bonne partie de notre été en rencontres avec eux pour justement redéfinir ces ententes-là en fonction de la réalité.

Alors, c'est une approche qui est différente, mais on a une collaboration, je dirais, très positive et un accueil d'Infoway qui est au-dessus de nos espérances, pour l'instant. On va attendre le chèque, là.

Le Président (M. Simard, Richelieu): J'invite à nouveau la députée de Taschereau à poser la prochaine question.

Mme Maltais: Continuons sur le même sujet, si vous permettez. Vous avez de bonnes espérances de récupérer l'argent, donc, d'Inforoute Santé Canada. Le Vérificateur évaluait à un 50 millions de dollars le total qui pouvait être laissé sur la table. Est-ce que vous pouvez nous dire si vous pensez récupérer la totalité de ce 50 millions de dollars là?

Mme Verreault (Lise): Je souhaite de tout coeur récupérer la totalité. C'est ce à quoi je m'engage. Je ne suis pas certaine à 100 % du montant exact, parce qu'on était en estimé. Alors, la première chose que je fais avec eux, j'essaie d'avoir vraiment les chiffres réels à partir des dépenses réelles et également par rapport aux livrables, qui sont changés. Alors, on est vraiment en train de refaire le montage financier par rapport aux ententes antérieures et les nouvelles ententes. L'assurance qu'on a d'Infoway, c'est que l'argent est réservé pour le Québec. Alors, on n'a pas de confirmation ou d'infirmité à l'effet qu'on va perdre le 50 millions. Il faut être capables, par contre, de voir de quelle façon on s'entend sur ce qu'on a livré, ce qu'on va livrer, puis quels sont les montants qui y sont rattachés. Mais on a vraiment une bonne ouverture de leur part.

Mme Maltais: Qu'est-ce qui s'est passé pour que le ministère, en 2008, je crois, refuse la proposition d'Inforoute Santé Canada d'investir dans le DPE, dans le dossier patient électronique, au lieu d'investir dans le DSQ? Il y avait eu une discussion à ce moment-là, et on nous a dit que le ministère, à l'époque, avait refusé cette proposition d'Inforoute Santé Canada. Est-ce qu'on peut nous dire qu'est-ce qui s'est passé au ministère? Parce que peut-être que ça nous aurait évité cette négociation que nous avons actuellement.

Mme Verreault (Lise): Peut-être deux choses, O.K., puis on n'était pas là, là, mais...

Mme Maltais: Je l'ai dit d'entrée de jeu, Mme la sous-ministre.

Mme Verreault (Lise): ...les informations, on les partage, parce que c'est l'argent de la population qu'on a, ce n'est pas privé, là. Deux choses, ce n'était pas dans les orientations, ce n'était pas l'approche, on l'a vu tout à l'heure, l'orientation du DSQ était par un visualiseur, n'était pas par les DCI et les DME. Je ne dis pas que c'est justifié comme réponse, mais c'est probablement... la décision s'est appuyée probablement sur l'orientation qui était à l'époque maintenue.

La deuxième orientation, le deuxième élément qui peut peut-être justifier le refus, c'est qu'Infoway ne finance pas les DCI dans les établissements. Infoway ne va pas dans les établissements. Infoway va supporter du financement dans les DME, mais pas dans les DCI, alors que la masse importante de décaissement, elle est dans les DCI, c'est là qu'il y a beaucoup, beaucoup d'argent à investir, puis pendant plusieurs années. Ça peut expliquer, à ce moment-là, en 2008, le refus du Québec ou du ministère de la Santé de ne pas changer sa stratégie. Mais aujourd'hui on s'aperçoit que, malgré cette décision-là, les établissements et le besoin des cliniciens doit aller vers des DCI et des DME. Je pense que c'est important qu'on écoute ce qui se passe sur le terrain aussi dans le réseau pour être capables de livrer quelque chose qui va être utile.

Alors, cette réorientation-là arrive également au fait que les développements se sont faits, mais, en 2008, on n'avait pas de DCI, très peu; il y a Montréal qui avait commencé avec OASIS et l'Estrie. Mais c'était comme pas très, très développé. Par contre, ce qu'on a fait va être très utile.

Mme Maltais: Et ce que je comprends, Mme la sous-ministre, c'est qu'Inforoute Santé Canada — vous n'étiez pas là, peut-être — mais Inforoute Santé Canada nous a dit, au Québec: Ailleurs, ce n'est pas comme ça que ça marche, puis vous êtes peut-être en train de faire une erreur, vous devriez penser à telle chose, on pourrait financer comme ça, sauf que la réponse du ministère de la Santé, ça a été non, on continue avec notre vision unique pour le super système qui... dont nous essayons de rescaper des composantes, si je me permets.

Maintenant, il y a autre chose... Ah! vous avez... Eh! Vous vous retenez.

Mme Verreault (Lise): Là, on se rattrape.

Mme Maltais: Oui, c'est ce que je comprends.

Mme Verreault (Lise): On a compris.

Mme Maltais: Dans... il y a un autre programme, de 340 millions de dollars, qui a été développé à Inforoute Santé Canada, est-ce que le Québec va aller chercher de l'argent dans ce programme?

Mme Verreault (Lise): Pour les DME? Est-ce que c'est le programme des DME?

Mme Maltais: Oui, je pense que c'est comme ça que...

Mme Verreault (Lise): Oui? On est présentement en train de finaliser l'élaboration du programme. On a des discussions avec la FMOQ, parce que ça va toucher beaucoup les cliniques médicales. Alors, on est en train de voir de quelle façon on est capables d'avoir un «commitment» et s'il y a une valeur ajoutée en termes de déploiement avec... d'aller chercher un financement additionnel, mais effectivement il y a des propositions, il y a des échanges, qui devraient se terminer d'ici, je vous dirais, début décembre, pour une position du gouvernement, parce qu'il faut aller au Conseil des ministres aussi, s'il y avait une proposition dans ce sens-là. Mais il y a une volonté, puis il y a une décision qui a été prise de déployer les DME dans les cliniques médicales au Québec. Cette décision-là n'est pas remise en question. C'est plus quel partenariat de financement on est capables d'aller chercher.

Mme Maltais: Il n'y a pas encore de demande officielle de présentée Inforoute Santé Canada?

Mme Verreault (Lise): Non, pour une raison: ils ne peuvent pas garantir la récurrence des coûts pour deux ou trois ans. Ils ont une enveloppe qu'ils peuvent dépenser la première année, alors que le projet de déploiement des DME dans les cliniques médicales, c'est au moins sur trois, quatre, cinq ans. Donc, il faut s'assurer, dans l'entente qu'on va discuter avec eux, si on va dans cette direction, qu'il y a du décaissement qui va être réservé pour le Québec la deuxième et la troisième année. On ne veut pas refaire les mêmes erreurs, là, alors on veut être sûrs que l'argent va être au rendez-vous si on signe avec eux.

Mme Maltais: Parfait. Parlant de décaissement, combien a été décaissé jusqu'ici par Inforoute Santé Canada, s'il vous plaît?

Mme Verreault (Lise): Inforoute, présentement on a, total des réclamations, on a 105 millions, plus ou moins 105 millions. On est en comptes à recevoir, c'est-à-dire, les facturations qu'on est sur le point d'acheminer, autour de six millions. Ça fait qu'on a à peu près pour 111 millions de décaissement. Ça, ça inclut l'avance. Vous savez qu'Infoway, quand il signe une entente, donne une avance de 20 %, et après, avec les jalons, il récupère une partie de cette avance-là, là. Ça, on est en mars 2011.

Mme Maltais: Donc, on a combien de reçu, d'argent rentré au Québec?

Mme Verreault (Lise): 105.

Mme Maltais: 105 millions entrés au Québec, sur le 303.

Mme Verreault (Lise): Oui.

Mme Maltais: Possible.

Mme Verreault (Lise): Un tiers.

● (17 heures) ●

Mme Maltais: Potentiel. Le tiers seulement.

Mme Verreault (Lise): Oui. Puis il faut comprendre que le décaissement d'Infoway, c'est 25 % au développement, puis il y a 75 %, je vous dirais, 25 % qui est au déploiement, quand on arrive, présentement, ce qu'on est en train de faire dans les régions, là ils font un décaissement de 25 %, et le 50 %, le plus gros de l'argent, là, il est à l'utilisation par les professionnels. C'est là que le plus gros décaissement se fait et c'est là... On arrive à la fin du projet, on est vraiment à la fin, et c'est sûr que c'est nous qui avons supporté le risque pendant toute cette période-là. C'est de cette façon qu'Infoway négocie ses ententes partout au Canada, pas juste au Québec.

Mme Maltais: Oui, non, je comprends. C'est juste que c'est nous aussi qui avons retardé à nous rendre jusqu'à l'utilisateur. C'est-à-dire que ça devait être fin 2010, à ce moment-là, ils auraient pu décaisser, mais, comme on a changé de direction, changé de direction générale, changé de stratégie, changé de bureau, bien on a fini par jamais livrer, nous-mêmes. En fait, moi, ce que je comprends, c'est qu'Inforoute Santé Canada livre l'argent quand? quand on livre le produit, puis on ne livre pas. Bon, évidemment, je me permettrai de dire que je rêve qu'un jour nous récupérons nous-mêmes tous nos impôts, toutes nos taxes, ça s'appelle avoir un pays complet, et qu'on n'ait pas à négocier à chaque fois ces choses-là. Mais le fait est que, dans le système dans lequel nous sommes actuellement, on est obligés de vivre cette situation-là.

Le Président (M. Simard, Richelieu): Oui, Mme la députée de Champlain.

Mme Champagne: Bonjour à vous tous. Je ne referai pas le débat, là. Il y a eu un départ difficile, on le voit. Il y a correctif, je le vois, moi aussi, là. Ceux qui nous écoutent, comme disait mon collègue tantôt, on dû nous échapper ça fait longtemps. Mais, pour le commun des mortels, M., Mme Tout-le-monde, ceux qui vivent, exemple, dans la région de Trois-Rivières, qui ont hâte, comme clients, comme citoyens, d'arriver chez le médecin, dans une clinique, et, s'ils ont besoin d'une information à l'hôpital ou ailleurs, on pèse sur le piston puis on a un portrait global. Eux, dans ces coins-là de pays plus éloignés que Québec et Montréal, il y a une espérance de temps de combien? 10 ans? Ont-ils déjà commencé, pour la plupart, dans les autres régions, à part Québec et Montréal, à s'installer? Parce que je vois que l'Estrie a un pas en avance, mais beaucoup en avance. Alors, ça se passe... Le portrait, dans le Québec, dans cette aventure-là, qui devrait atterrir un jour correctement, dont on rêve, pour plusieurs, d'avoir ce portrait unique, que je sois à Chicoutimi, à Grand-Mère ou en Abitibi, ils ont besoin d'aller voir mon portrait, puis ils l'ont, avec tout ce que j'ai pris comme médicaments ou que je devrait prendre. Alors, c'est un souhait. Donc, est-ce que c'est déjà avancé dans le reste du Québec?

Mme Verreault (Lise): Si on prend au niveau des DCI, on a à peu près 33... 39 établissements qui sont en train de développer leur DCI, mettre en place...

Mme Champagne: ...Québec.

Mme Verreault (Lise): À travers le Québec. Au niveau des régions, les régions qui, je vous dirais, sont assez avancées, vous avez Lanaudière. Lanaudière est une région qui est assez informatisée; il y a 85 % des cliniques... tout est informatisé dans 85 % de toutes leurs cliniques de première ligne, là. La région du... On a vu, l'Estrie est très informatisée. Le Saguenay—Lac-Saint-Jean aussi est une région qui est avancée. Mauricie va faire partie des régions qui vont être les prochains dans le consentement, O.K.? Là, présentement on a Québec, Lanaudière et l'Estrie, vous avez vu les publicités. La prochaine région devrait être Montréal. On s'assoit avec Montréal, parce que Montréal, c'est gros, hein? Montréal, c'est comme... c'est énorme, c'est multiethnique, tu sais. Alors, on va préparer la campagne du consentement et également on va préparer le déploiement peut-être en découpant Montréal pour être sûrs qu'on va être capables d'avoir une optimisation des cliniques et des pharmacies sur un territoire, pour pas que ce soit tout dispersé. Les deux autres régions qui sont, je vous dirais, qui se présentent rapidement, ça va être la Mauricie et le Saguenay—Lac-Saint-Jean. Il y a le Bas-Saint-Laurent aussi, puis je ne parle pas pour ma région, mais ils sont vraiment assez informatisés, mobilisés.

Comment on choisit nos régions? Ça dépend de la mobilisation des praticiens, des gens sur le terrain. Ça dépend du leadership de l'agence, savoir est-ce que c'est vraiment une agence qui ont intégré leurs services, est-ce qu'ils ont développé puis ils ont mis en commun des services, que ça soit laboratoires, que ça soit au niveau des cliniques médicales, les médicaments et autres. S'ils sont en avance, c'est des régions qui vont être rapidement mises sous tension, si je peux utiliser le terme, au niveau de l'alimentation dans le domaine du médicament, d'ici l'année 2012. Alors, présentement trois régions. À partir... après les fêtes, Montréal; immédiatement... un peu après, Mauricie, Saguenay, Bas-Saint-Laurent.

Par contre, ce qui est important, on ne peut pas aller trop loin, parce qu'on a un projet de loi, aussi. Vous savez qu'on avait un CMO2, là — c'est les termes juridiques — dans lequel certaines régions avaient été identifiées pour une extension du projet pilote. Pour pouvoir aller plus loin, au Québec, il faut qu'on dépose un projet de loi, il faut que le projet de loi nous autorise, nous donne le go pour l'échange d'information partout au Québec.

Mme Champagne: ...le projet de loi, qui est déjà là, vous permet d'aller là où vous m'avez dit que vous êtes allés?

Mme Verreault (Lise): Seulement les régions qui ont été ciblées. On pourrait en ajouter, mais par arrêté ministériel, O.K.? Alors, pour l'instant, c'est l'état dans lequel on est capables de circuler.

Mme Champagne: Et une toute petite question: en termes d'informatisation dans les cliniques, la clinique elle-même, dans les régions éloignées ou ailleurs, est-ce qu'il y a un haut pourcentage de gens qui, déjà... le médecin dans son bureau est déjà prêt à envoyer sa prescription à la pharmacie? Est-ce qu'il y en a beaucoup?

Mme Verreault (Lise): Pour l'instant, je ne suis pas capable de vous dire qu'ils sont prêts à envoyer leurs prescriptions, parce qu'il faut qu'ils soient branchés avec la pharmacie. Ici, à Québec, présentement on a 77 pharmacies qui alimentent. On dit qu'après 30 jours ils vont avoir transféré dans la banque plusieurs prescriptions. À ce moment-là, on est à même de commencer à brancher les cliniques médicales qui ont un DCI avec l'aviseur-prescripteur, O.K.? On en a ici, à Québec, qui vont pouvoir transférer immédiatement leurs prescriptions. C'est l'étape dans laquelle on est, c'est d'implanter dans chacune des cliniques médicales au Québec le DME, avec le premier module, qu'on appelle, le module prescripteur-aviseur. C'est le premier module que les firmes présentement ont développé. Ils n'ont pas encore développé les autres, laboratoire puis imagerie, mais ça s'en vient. Mais, pour les médicaments, c'est fait.

Mme Champagne: Merci.

Le Président (M. Simard, Richelieu): Merci beaucoup. Alors, nous passons maintenant au député de Portneuf pour la prochaine question.

M. Matte: Merci, M. le Président. Ma question et ma préoccupation portaient beaucoup plus sur la dimension financière. M. Cotton, lors de votre présentation, de l'allocation, vous avez mentionné que c'est un projet global de 563 millions, dont les revenus provenaient de 303 millions du fédéral et 260 du gouvernement provincial. Suite aux modifications et aux ajustements que vous avez apportés dans le programme, est-ce que vous prévoyez que la contribution du fédéral va être réduite ou ils vont maintenir la contribution qui avait été prévue? Bon, Mme Verreault a mentionné qu'il y avait déjà eu une contribution d'environ 105 millions, là, donc, ma question, elle se résume ainsi: suite aux modifications, est-ce que, le fédéral, ça va être plus facile d'aller chercher leur contribution ou pas?

M. Cotton (Jacques): Je vous dirais qu'actuellement, puis Mme Verreault en a parlé tantôt, avec le repositionnement qu'on a fait du dossier en 2010 et la nouvelle structure qu'on a mise en place, je peux vous dire que les relations avec Inforoute Santé Canada se sont améliorées de... je n'ose pas dire de pourcentage, mais un pourcentage...

Mme Verreault (Lise): 200.

M. Cotton (Jacques): 200? Bon, Mme Verreault me souffle 200, on va dire de 200 %. Ce qui nous permet, avec la nouvelle stratégie, de s'asseoir avec eux, de partager avec eux notre nouvelle stratégie de déploiement, parce qu'ils ont le même intérêt que nous, hein, que le projet arrive à ses fins, puis qu'on puisse avoir l'information le plus rapidement possible rendue aux cliniciens. C'est ça, eux autres, leur objectif, c'est le même que nous autres. Donc, actuellement je ne suis pas vraiment inquiet, outre ce que Mme Verreault a parlé tantôt qu'il reste à négocier, c'est le 50 millions que le Vérificateur avait identifié, qui était un montant qui avait été estimé comme étant potentiellement à risque, sur la réception qu'on pourrait avoir d'Inforoute Santé Canada. Sauf que, dans les dernières rencontres, les dernières discussion, les mises au point qu'on a faites avec Infoway... puis je sais que Mme Verreault a mis beaucoup de temps cet été à se rapprocher des gens d'Infoway. Elle siège aussi maintenant sur le conseil d'administration d'Infoway. Donc, notre dossier s'est amélioré de beaucoup. On travaille très fort. Je souligne l'optimisme de Mme Verreault de ramasser ce 50 millions là. Je connais sa détermination, je sais qu'elle ne lâchera pas.

Mais, au-delà d'être déterminés et de vouloir l'obtenir, la balle est dans notre camp, il faut livrer. Et ça, on s'est mis en mode actuellement pour livrer, pour répondre aux attentes, pour aller chercher l'argent, ça, oui, mais pour répondre aussi aux besoins qu'on avait identifiés, de rendre ce service-là disponible. Ça fait que les deux vont ensemble, mais je suis très confiant, je partage la confiance de Mme Verreault par rapport à l'amélioration des relations avec Infoway, mais tout va se régler dans notre capacité de livrer. Ça, c'est clair, la pression est sur nous autres, on s'est mis les outils en place pour livrer, puis, à date, vous avez une équipe ici qui est encouragée par ce nouveau mode de déploiement puis de cette stratégie-là pour livrer ce qu'on a à livrer puis aller chercher notre argent qui était promis dans ça.

● (17 h 10) ●

M. Matte: Mais, si vous me permettez, M. le Président, en plus de la détermination de Mme Verreault, sa participation au conseil d'administration, est-ce qu'il y a un plan stratégique, il y a un plan qui a été élaboré afin de s'assurer que la contribution du gouvernement fédéral sera là?

M. Cotton (Jacques): Bien, la stratégie, c'est notre plan de déploiement, là. Parce que, comme Mme Verreault a expliqué tantôt, de la manière qu'ils décaissent les montants, il y a une partie au niveau du déploiement, puis la grosse partie, elle est au moment où les utilisateurs, les gens l'utilisent. Parce qu'eux autres, c'est leur indicateur de mesure actuellement, de dire: est-ce que les cliniciens... Parce qu'on pourrait déployer, puis les gens ne l'utilisent pas, il y a une partie de l'argent qu'on n'aura pas. Donc, en même temps qu'on déploie, il faut aussi avoir l'adhésion. C'est pour ça qu'on s'est associés, au niveau des fédérations médicales, les partenaires, tout ça, pour créer l'adhésion de ce produit-là.

Parce que, pendant plusieurs années, on a développé un produit, mais les gens du réseau étaient comme laissés un peu en parallèle, pour toutes sortes de raisons. Puis peut-être que c'était la façon de faire, aussi, quand tu pars un projet. Mais actuellement les gens du terrain participent à cette nouvelle stratégie là, parce qu'on veut qu'ils adhèrent puis qu'ils l'utilisent. Parce que tous ces efforts-là... Puis, le bénéfice pour les clients, comme madame disait tantôt, pour les patients, bien c'est que les professionnels l'utilisent.

Ça fait que, dans notre stratégie de déploiement et notre stratégie, en même temps, d'utilisation par les professionnels, parce qu'on a une vente à faire au niveau... mais ça, les agences régionales travaillent très fort à nous aider à faire cette

vente-là au niveau des cliniques médicales avec les fédérations médicales. Ça fait tout partie de la stratégie de déployer et d'utiliser pour aller chercher le maximum de l'argent qui est prévu dans les ententes avec Infoway Canada. Un exemple, si vous permettez.

Mme Verreault (Lise): Il est important. L'exemple qui nous rassure, dans le sens de dire: on pense qu'ils vont — sérieusement — nous accorder des montants, je vais prendre l'exemple du laboratoire. Le dossier laboratoire, c'est le dossier le plus difficile dans le DSQ. Pourquoi? Parce que tout le monde a un dictionnaire différent dans les établissements: il y a multiéquipements de laboratoire, les laboratoires... est un laboratoire d'hémo, micro, patho, c'est tous des laboratoires différents. Ce n'est pas comme la radiologie, où on a rehaussé les équipements puis on a décidé qu'il allait y avoir deux équipements, deux systèmes identiques qu'on branche, puis c'est parti. Laboratoire, c'est beaucoup plus compliqué que ça.

Ce qu'on a convenu au cours des derniers mois dans le dossier laboratoire, on a fait un réalignement. Ce qu'on a convenu avec, également, Infoway, c'est qu'on allait travailler avec 39 laboratoires, qui regroupent tout près de 63 % du volume du Québec, dans un premier temps, c'est la première phase. On va brancher ces labos-là. Également, ce qu'on a réaligné comme approche, c'est qu'on est en train de normaliser, de standardiser les 1 600 tests ou procédures de laboratoire que les médecins font partout au Québec. C'était un travail presque infini. C'était presque infini. Et, là-dedans, il y en a à peu près juste 100, dans les 1 600, qui sont utilisés à 93 % du temps dans notre vie. Le reste des examens, c'est une fois peut-être dans la vie des gens, et ça aurait pris des années à normaliser puis à standardiser. On a pris la décision qu'on allait se limiter à 100, les 100 examens les plus importants, les plus utilisés par tous les médecins du Québec. On a partagé ça avec les fédérations médicales, ils ont accepté. Et on a refait notre projet de laboratoire avec des livrables différents. Et, les dernières discussions qu'on a eues avec Infoway, on va déposer le plan, c'était extraordinaire pour eux qu'on arrive à des conclusions comme ça. Mais on a complètement réaligné ce dossier-là différemment.

La deuxième phase, avec la firme qui travaille sur ce système-là, va nous permettre de développer un outil qui va être disponible pour tous les autres laboratoires, autres que les 39, lors du rehaussement des équipements, qui va nous permettre d'intégrer rapidement, de s'intégrer rapidement au niveau du DSQ. Donc, approche très différente. On diminue le délai, on diminue le coût par le fait même, parce que ça aurait pris des années et des années et des années de plus. Alors, c'est ce genre de décision là qui fait qu'Infoway revoit aussi son positionnement, positionnement qu'il n'avait pas parce qu'il ne l'avait pas, cette information-là, voilà cinq mois, là.

Le Président (M. Simard, Richelieu): Merci, M. le député de Portneuf. D'autres questions du côté ministériel à ce moment-ci? Oui, M. le député de Jean-Lesage.

M. Drolet: J'aimerais revenir avec ma question de tout à l'heure pour compléter, pour monsieur qui n'avait pas... Au départ complètement, quand on regarde l'ensemble de l'installation du départ... Bon, j'essaie de comprendre, parce que c'est sûr que vous avez une belle évolution, puis c'est merveilleux de vous entendre, parce que c'est encourageant de voir à quel point c'est rendu là. Mais, moi, venant du milieu des affaires, je me dis... Puis c'est sûr que c'est un très gros réseau, mais il y a des très gros réseaux aussi un petit peu partout. Puis on a un exemple, dans le rapport du VG, de la compagnie Kaiser Permanente, qui a un système qui assure près de 8 millions de personnes, avec des... cliniques, et tout. À l'époque, vous n'étiez pas là, mais, à l'époque, il y a eu des gens quand même qui connaissaient certainement ça. Puis il y a d'autres endroits aussi au monde, au Danemark ou ailleurs, qui avaient des systèmes. Est-ce que ça a été évalué?

Parce qu'avant d'implanter quand même quelque chose... puis on a aussi tout près de nous... Vous dites que, l'Estrie et Lanaudière, on a des belles preuves d'avancement. Pourquoi que ma collègue, tantôt, posait la question, disait: Bien, pourquoi l'un n'est pas... Puis vous avez dit: Est-ce que c'est les utilisateurs qui ont un petit peu été à l'encontre de cela? Vous disiez que c'était peut-être le système local qui était meilleur qu'un autre à un endroit? C'est quoi exactement, la réponse à ça?

M. Cotton (Jacques): Je vais tenter... Je ne sais pas si, en 2006, quand le système a été pensé, puis peut-être, comme M. Audet disait tantôt, même peut-être avant, 2004, 2005, quand le projet a été pensé, si les gens ont fait les comparaisons avec ce qui se fait aux États-Unis ou ailleurs. Je ne peux pas répondre pour ça. Mais pourquoi actuellement... Pourquoi actuellement dans notre réseau il y a différents niveaux d'informatisation? L'informatisation qu'on retrouve actuellement, si je prends l'exemple de l'Estrie ou de Lanaudière, tout ça, ont été beaucoup des initiatives des régions pour développer entre eux les systèmes d'information. Le plan de dire: le ministère va s'impliquer dans l'ensemble de l'informatisation de son réseau est venu avec le développement des composantes du DSQ.

Auparavant, il y avait beaucoup d'initiatives, à partir des budgets que possédait chacune des régions, de faire son niveau d'informatisation. Il n'y avait pas nécessairement de standardisation à ce moment-là. Ça fait que c'est beaucoup des initiatives qui ont fait que tel établissement au Québec est rendu à tel niveau d'informatisation; c'est des initiatives locales et souvent même régionales, des dynamiques régionales qui ont poussé des régions qui étaient plus... qui avaient... plus dynamiques que d'autres ou qui avaient plus de possibilités... ou qui avaient des cliniciens qui poussaient ça, parce qu'il y a des gens qui étaient plus ouverts à travailler avec des technologies, parce que ce n'est pas toujours évident, implanter une technologie dans un milieu de santé et de services sociaux. Il y a eu des établissements qui ont fait des essais il y a plusieurs années, des établissements sans papier, et ça n'a pas fonctionné.

Donc, ça prend une volonté du milieu, et c'est pour ça qu'il y a eu différents niveaux d'informatisation qu'on constate aujourd'hui. De plus en plus, là, ça va se niveler avec le dossier qu'on avance maintenant puis la coordination qu'on en fait avec notre nouvelle gouvernance. Mais, dans le passé, c'était beaucoup des initiatives des régions et... de la disponibilité de leur financement.

M. Drolet: Ce que je retiens, c'est beaucoup la volonté du milieu. J'aime beaucoup vous entendre là-dessus, parce que, vous savez, souvent on met tout le temps le blâme sur plein de choses, autant sur nous, autant sur nous, mais souvent aussi tous ceux qui en font partie, aussi, qui sont quand même responsables des résultats positifs ou négatifs. Excusez-moi, Mme la sous-ministre je vous ai coupée.

M. Cotton (Jacques): Il y a des milieux... Non. Ça va. Excusez. Il y a des milieux qui ont fait des choix, qui ont priorisé cette approche-là par rapport à d'autres choix, pour toutes sortes de raisons, et souvent ça venait... ça ne venait pas nécessairement du ministère avec une commande, à l'époque, de s'informatiser, là. On n'était pas là, là.

Mme Verreault (Lise): Mais la grande...

Le Président (M. Simard, Richelieu): Je m'excuse d'être obligé, un petit peu, là, de répartir le temps. Plus la fin de l'après-midi avance et plus je dois m'assurer de la répartition du temps. Alors, pour les 14 prochaines minutes, Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Merci, M. le Président. J'aimerais aborder le sujet que mon collègue, mon prédécesseur, porte-parole en santé, député de Marie-Victorin, avait abordé, c'était l'Index patients maître. Tantôt, on a regardé le visualiseur, j'aimerais parler un peu de l'Index patients maître, c'est un peu le... c'est les infrastructures, les services d'identification de l'utilisateur, puis il y avait avec ça le registre des usagers, O.K.? C'est pour faciliter l'échange d'informations et vérifier en ligne l'admissibilité aux programmes. C'est ce que je comprends.

On nous dit qu'on a dépensé, jusqu'en décembre 2010, 19 millions de dollars pour cela. Est-ce que c'est toujours le chiffre exact?

Une voix: Oui.

Mme Maltais: C'est le chiffre exact. Ce que nous avons, nous, comme information, c'est qu'il n'y avait que 16 établissements sur 164 qui ont implanté cet Index patients maître, et, même, il n'en resterait que sept qui l'utiliseraient, puis probablement d'une façon autre. Est-ce que cette information est, je dirais, malheureusement exacte?

Mme Verreault (Lise): Exact.

Mme Maltais: Exact. Donc, ce 19 millions de dollars... mais, je vous dis, là, a donc été malheureusement dépensé en pure perte?

Mme Verreault (Lise): Il faut récupérer.

Mme Maltais: Non, je pense qu'on a besoin d'un récupérateur en chef, parce que ça va mal!

● (17 h 20) ●

Mme Verreault (Lise): Non, mais vous avez raison, O.K.? Juste, je vais faire la première partie puis je vais laisser mon collègue faire la deuxième partie. Il y avait eu une orientation ministérielle, à l'époque, de doter le réseau de la santé d'un index patients maître qui allait permettre l'identification partout sur le territoire québécois des usagers et qui allait permettre l'accès à l'information partout où on allait être. Ce projet est démarré à partir du ministère de la Santé; alors, je pense, là, il faut prendre nos responsabilités, ça a parti du ministère. Mais en même temps, simultanément les établissements, eux, dans leur plan d'informatisation, pilotaient avec des firmes qui venaient vendre ou installer d'autres systèmes, faisaient l'acquisition d'index patients qui allaient se brancher éventuellement au DSQ. Alors, les régions, les établissements se sont dotés de leur système, ont monté leurs dossiers, ont tout monté leur archivage avec ces index-là, pendant qu'au ministère on déployait un index patients maître qui malheureusement n'a pas été utilisé, dans presque la totalité des établissements où il a été installé. Ça, c'est la...

Mme Maltais: La triste réalité...

Mme Verreault (Lise): Oui.

Mme Maltais: On s'entend.

M. Audet (Richard): Oui, mais j'aimerais...

Mme Verreault (Lise): Par contre...

M. Audet (Richard): J'aimerais peut-être rappeler l'objectif de l'Index patients maître, c'était de pouvoir créer un registre avec une identification unique du patient dans l'ensemble du réseau. Comme l'a expliqué Mme Verreault, c'est sûr que l'objectif au départ, c'était d'avoir une solution unique, mais, si on prend ça, on regarde la nouvelle stratégie, l'idée, c'est d'intégrer les solutions à l'intérieur des solutions déjà existantes. Pendant le temps que se faisait le dossier de santé, la plupart des fournisseurs ont intégré les solutions à l'intérieur de leurs propres produits d'index patients, ce qui veut dire

qu'aujourd'hui, par exemple, ce qu'on a construit alentour de l'Index patients maître, il y a le Registre des usagers, dont on a déjà parlé. Le Registre des usagers, actuellement, constitue un registre unique pour l'ensemble des citoyens du Québec qui ont une carte d'assurance maladie, et même plus — donc, on pourrait avoir les nouveaux-nés là-dedans, à certains égards — et ce qui a été convenu finalement, c'est de pouvoir mettre à jour chacun des registres qui existent actuellement dans les établissements de santé ou dans les CSSS. La manière que ça fonctionne...

Mme Maltais: Excusez-moi. M. le Président, c'est parce que je suis sur les coûts de ça, de la couche, puis tout ça. Là, je veux des réponses brèves, s'il vous plaît. On le récupère ou on ne récupère pas? C'est perdu ou ce n'est pas perdu? Moi, la sous-ministre vient de me dire, et c'est vraiment, malheureusement... ils sont ailleurs. Si vous me dites: On l'a développé, puis là, maintenant, les entreprises nous le revendent, c'est ça que je pourrais comprendre de vos propos, ça fait que...

M. Audet (Richard): Non, non, non.

Mme Verreault (Lise): Non, non, non.

M. Audet (Richard): Non, pas du tout, pas du tout.

Mme Maltais: Non? O.K.

M. Audet (Richard): O.K., en fait, actuellement il y a des échanges de communications qui se font avec l'ensemble des établissements du réseau pour mettre leur index autrement à jour qu'avec ce qui avait été pensé au départ. Donc, c'est vraiment 16 établissements sur 164 qui l'utilisent. On a signé actuellement, dans le réseau, 119 ententes de communication. Donc, les gens viennent se mettre à jour, les différents établissements, avec le Registre des usagers, actuellement, ce qui permet finalement de mettre à jour des registres qui sont comparables entre les établissements.

Mme Maltais: Je ne comprends pas, monsieur.

M. Audet (Richard): O.K.

Mme Maltais: La question que je pose, c'est tout simple: On l'utilise ou on ne l'utilise plus?

Mme Verreault (Lise): On l'utilise présentement pour les banques de sang, qu'on appelle le SIIATH.

Mme Maltais: Bon. C'est à peu près tout. C'est à peu près tout. Bon, ça va. Merci.

La Couche d'accès à l'informatisation de la santé, la CAIS: Dépenses, au 31 décembre 2010, 32 millions de dollars. Quel est le... ça devait être l'unique point d'accès aux banques de données, c'était très important, c'était même une infrastructure de base. Est-ce que le changement de stratégie sous-entend que cette CAIS ne devient plus utile?

M. Audet (Richard): O.K. Ça devient encore utile d'utiliser la CAIS dans la forme qui a été développée. Je veux rappeler que la CAIS est un élément très technique pour l'échange d'informations entre les différents établissements. Il y avait 40 services qui étaient prévus d'être développés. Il y a trois services qui ont été retirés, que nous n'avons pas faits. Donc, ça laisse 37 services. Sur les 37 services qui ont été développés, il y en a actuellement 23 qui sont utilisés et en usage, donc ça fonctionne actuellement. Si on peut vérifier, je veux dire, c'est utilisé.

Dans les services qui restent — en fait, il en reste 14, services — on va regarder les opportunités en cours de route, mais ils représentent un potentiel d'utilisation. Donc, sur l'aspect des coûts, je vous confirme les coûts que vous avez nommés, et donc l'utilisation va être là. Et il y a une nécessité. Si on ne l'avait pas fait, la CAIS, aujourd'hui, on ne pourrait pas parler de la nouvelle stratégie telle qu'on l'a. Parce que ça va prendre une plateforme pour partager l'information. Et, les services, je pourrais peut-être me permettre d'en nommer quelques-uns qu'on retrouve là-dedans. Bien sûr, des éléments très techniques, mais on retrouve là-dedans, par exemple, des services de gestion d'authentification, des services d'inscription, je pourrais vous en nommer toute une liste, là, j'en ai une trentaine. Donc, ces services-là deviennent nécessaires pour opérer l'échange d'informations entre les différents systèmes soit dans les DCI ou encore dans les DME.

Mme Maltais: Quel est le niveau d'utilisation? Ça a coûté quand même 32 millions de dollars, c'est une très grosse opération, là. C'est au niveau du... c'est dans à peu près... Il y a juste le visualiseur qui est dans ce niveau-là, là.

M. Audet (Richard): Au moment où je parle, c'est 23 services sur les 37 services qui ont été développés.

Mme Maltais: Oui, mais, sur les 32 millions de dollars, ça fait... Parce que ça peut être des services plus mineurs, ils peuvent être utilisés partiellement. Le Vérificateur général est extrêmement critique quant à la CAI, qu'il y a eu aussi des journalistes qui ont écrit qu'ils étaient extrêmement inquiets de ce qui se passait à l'intérieur du ministère, il y avait des fuites qui disaient que c'était... les gens étaient quasiment en train d'éliminer... que la fameuse couche d'accès était à toutes fins inutile, inutilisée, inutilisable. Parce que c'est beau, 27 services ou 32, mais, versus la dépense, soyons... Est-ce que vraiment ce 32 millions de dollars là est utilisé sur la partie opérable? Je veux vraiment comprendre, là: est-ce qu'on en a eu pour notre argent?

M. Audet (Richard): Bien, je ne dispose pas de l'information ventilée par service, c'est une information qu'on souhaite avoir.

Mme Verreault (Lise): ...on peut vous la faire parvenir. Moi, je n'avais pas le détail...

Mme Maltais: Tout simplement.

Mme Verreault (Lise): ...de la ventilation de la CAIS, là, mais on peut...

Le Président (M. Simard, Richelieu): Faites parvenir au secrétariat de la commission le détail de la ventilation des sommes utilisées...

Mme Verreault (Lise): Pour la CAIS.

Le Président (M. Simard, Richelieu): ...par la CAIS.

Mme Maltais: Très bien. Est-ce que les différentes plateformes vont être interopérables? Parce que là, maintenant, on n'a plus un système, on a plusieurs systèmes qui doivent se parler.

Mme Verreault (Lise): Oui, c'est ça qu'on veut.

Mme Maltais: Comment ça va fonctionner? Comment ça peut prendre de temps? C'est quoi, votre stratégie pour que toutes les plateformes se parlent? Parce qu'il y a des endroits qu'ils ont OASIS, il y a des endroits qu'ils ont Ariane, il y a des endroits... Ce n'est plus un système, c'est des systèmes. C'est quoi, votre stratégie pour que ça fonctionne?

M. Audet (Richard): Je peux répondre sur la partie interopérabilité, c'est l'essence même, d'ailleurs, de l'ajustement aussi des orientations qui ont été mises sur la table. Donc, le premier élément d'interopérabilité, on le débute avec le déploiement du médicament. J'ai parlé tout à l'heure qu'on avait fait les adaptations nécessaires, par exemple, dans les produits qui sont utilisés chez les pharmaciens. Donc, tous les produits qui sont utilisés dans les pharmacies actuellement, on fait les modifications nécessaires pour être capables d'alimenter — le dernier terminera au mois d'octobre — pour être capables d'alimenter l'information sur le médicament.

De la même manière, les normes qu'on utilise pour échanger l'information à partir de la CAIS et transférer l'information, tantôt, dans les dossiers médicaux électroniques, on est en train aussi de procéder aux adaptations. J'ai nommé tantôt qu'il y avait, sur les cinq produits qui existaient sur le marché actuellement, il y en avait deux qui avaient terminé leur adaptation, et, d'ici la fin de l'année, les trois derniers devraient avoir terminé leur adaptation. Donc, on assurera l'échange d'informations, donc l'opérabilité, interopérabilité entre ces différents systèmes là.

De la même manière, avec le groupe qu'on a parlé tantôt, de la Table permanente d'interopérabilité, on a assis les directeurs techniques de chacun des grands établissements de santé au Québec: donc, les CHU sont représentés alentour de la table, les centres hospitaliers universitaires, et on a les CSSS qui sont représentés, on a les gens de SOGIQUE. Et on est en train de tabler sur les normes qui vont permettre d'échanger l'information. Donc, à partir de la banque, par exemple, du médicament qui va être constituée à la RAMQ, de pouvoir, avec les mêmes normes, échanger l'information et alimenter le profil du médicament, qu'on va retrouver dans les dossiers cliniques informatisés dans les établissements.

Le Président (M. Simard, Richelieu): Bon. M. Audet, à ce moment-ci, moi, je vous pose une question rapide. Vous prenez — ce n'est pas un reproche que je vous fais, bien au contraire — vous prenez beaucoup de place cet après-midi, là. Vous êtes de la RAMQ, vous êtes vice-président technologique à la RAMQ, et ça, ça fait partie, on ne l'a pas dit trop, trop, du changement. L'opérateur, maintenant, de beaucoup des parties de ce changement, c'est la RAMQ. Ça s'est fait progressivement, rapidement.

Disons, déjà, a priori, je crois que ça aurait dû être fait avant, parce que vous avez une formidable expertise sur 40 ans de liens avec une bonne partie des utilisateurs du réseau de santé, et je pense au médicament, je pense à plusieurs... les cliniques médicales. Vous avez accès à ces gens-là continuellement, sur une base permanente, donc je comprends mal qu'on n'ait pas fait... qu'on ne vous ait pas mis au coeur de ça plus vite, mais enfin, maintenant vous y êtes. Qu'est-ce que ça implique comme... Quelle est l'implication réelle de la RAMQ maintenant dans ce dossier?

● (17 h 30) ●

M. Audet (Richard): D'abord, nous sommes associés à la gouverne, donc, Mme Verreault l'a précisé tantôt, au conseil de gouverne, donc on influence, c'est sûr, les orientations. Bien sûr, on n'est pas les seuls à avoir le pas dans la parade, donc on discute avec les collègues du ministère, avec les collègues du réseau pour établir ces normes. La table interopérabilité, ça voulait mettre les experts en réseau, les experts, ceux qui travaillent dans le réseau, les internes, là, dans les établissements, qui s'occupent des technologies, les gens qui s'occupent des technologies au ministère et les gens de la RAMQ.

Donc, l'influence qu'on a par cette table-là, c'est de travailler un peu comme le fiduciaire du réseau. Donc, on va travailler à proposer des normes au conseil de gouverne, le conseil de gouverne va approuver ces normes-là, et ça deviendra des normes qu'on distribuera dans le réseau pour se connecter et partager l'information dans l'ensemble du réseau. Première responsabilité.

Aussi, on va opérer les principaux systèmes qui vont être là-dedans. Si on prend, par exemple, tous les registres que je nomme, les registres des utilisateurs, des usagers, les registres des intervenants, donc on opère ces registres-là. On est les fiduciaires, aussi, de ces produits-là. On a aussi la banque d'information sur le médicament. Donc, toute l'information sur le médicament, à terme, dans les prochaines années, la Régie de l'assurance maladie assurera la fiducie de cette information-là, et on assurera surtout la protection de ces renseignements-là avec les mêmes normes qu'on le fait actuellement pour, par exemple, toute l'information dont on dispose pour le système d'assurance médicaments.

Le Président (M. Simard, Richelieu): Pour la dernière demi-heure de nos échanges, je vous propose d'être plus systématiquement... peut-être des interventions de cinq minutes de chaque côté, de façon à bien équilibrer d'ici la fin, là. Le temps est assez égal. Alors je vais être un peu plus rigoureux. J'ai demandé au député de Vaudreuil à ce moment-ci, puis ensuite repasser la parole de l'autre côté.

M. Marcoux: Alors, merci, M. le Président. Deux courtes questions. Nous avons parlé précédemment du déploiement de la composante médicament dans la région de Québec. Vous nous avez indiqué qu'il y aurait 100 pharmacies, à la fin de l'année, qui participeraient, également des cliniques médicales. Est-ce que le déploiement du système médicament, vous le projetez dans d'autres régions au cours de l'année 2012? En d'autres termes, y a-t-il un calendrier projeté du déploiement du système médicament dans les autres régions du Québec?

Mme Verreault (Lise): Présentement, le calendrier n'est pas terminé, O.K., parce qu'on a commencé avec Québec, avec le fournisseur qui... principalement celui qui a le plus de pharmacies, qui est Telus, et on fait environ une dizaine de pharmacies par semaine. Alors, ce qu'on veut faire, c'est être capable aussi, en fonction de la capacité du fournisseur, de livrer la marchandise...

Une voix: ...

Mme Verreault (Lise): Pardon?

Le Président (M. Simard, Richelieu): Il y a combien de pharmacies au Québec?

Mme Verreault (Lise): 1 800...

Le Président (M. Simard, Richelieu): Une dizaine par semaine.

Mme Verreault (Lise): Il n'est pas le seul. On a Jean Coutu aussi, il y a d'autres fournisseurs, O.K.? On sait qu'il n'y a pas juste une bannière, mais Telus a quand même une très grande majorité de ces pharmacies-là. Alors là, présentement, avec Telus, on testait le système. À 77, ça fonctionne très bien. Ils vont tripler leur équipe, alors ils vont former d'autres gens pour des déploiements dans les autres régions. Et c'est le travail qu'on est en train de faire également avec la région de Montréal, pour voir combien ça va prendre de personnes pour être capable de faire les branchements le plus vite possible.

Également, il faut s'associer Services Québec, parce que, durant la période de consentement, quand on fait les régions, bien ça nécessite d'avoir du monde en disponibilité pour recevoir les appels... que ce soit le questionnement ou le non-consentement des gens. Donc, juste pour la région, exemple, de Montréal, ça prend l'embauche de 60 personnes de plus, former ces gens-là, pour être sûrs qu'on est capable de répondre à la clientèle. Donc, il y a comme une évaluation qu'on est train de faire avec les fournisseurs, mais également avec nos partenaires, dont Services Québec, de la capacité à faire les branchements en temps réel.

M. Marcoux: M. le Président, je peux comprendre évidemment qu'il y a des défis importants, en termes de fournisseurs, en termes de branchement, et tout ça, relations avec Services Québec, mais ma question est: comme parlementaires, ici... Ma question...

Mme Verreault (Lise): ...ça va dépendre de l'adoption du projet de loi. Parce que...

M. Marcoux: Pour ce qui est des médicaments?

Mme Verreault (Lise): Oui, parce qu'on ne peut pas aller plus loin que ce qu'il y avait dans le CMO2, à moins d'arrêté ministériel. Mais là les régions qui étaient prévues, c'était Montréal, Saguenay—Lac-Saint-Jean, Lanaudière et Québec. C'est les quatre régions qui présentement sont dans notre calendrier. Alors, Lanaudière, on a même ajouté l'Estrie, Québec se font présentement, Montréal après la période des fêtes, et Saguenay—Lac-Saint-Jean va suivre tout de suite après. Mais il faut attendre également le dépôt et l'adoption du projet de loi pour pouvoir ouvrir après à l'ensemble du Québec.

M. Marcoux: C'est parce que, là, vous m'avez parlé d'arrêté ministériel puis vous me parlez de projet de loi, là. Ce n'est pas tout à fait la même chose. Je veux juste comprendre, là.

Mme Verreault (Lise): Il y a une limite dans le CMO2, là, c'est comme...

Une voix: ...

Mme Verreault (Lise): Conditions de mise en oeuvre. On avait identifié quatre régions seulement pour faire le déploiement.

M. Marcoux: Je reprends ma... donc double question. Un, dans les quatre régions où c'est possible de le faire, où la loi permet de le faire, quand allez-vous avoir le calendrier projeté de déploiement dans ces régions-là?

Mme Verreault (Lise): C'est commencé.

M. Marcoux: C'est commencé dans les quatre?

Mme Verreault (Lise): C'est commencé dans les trois. Montréal, après les fêtes, c'est ça que je vous dis. Présentement, c'est commencé.

M. Marcoux: Mais vous avez des dates cibles de réalisation.

Mme Verreault (Lise): Oui.

M. Marcoux: Est-ce qu'on peut les avoir?

Mme Verreault (Lise): Oui, c'est le 28 octobre pour Lanaudière et l'Estrie.

M. Marcoux: O.K., parfait.

Une voix: ...

Mme Verreault (Lise): C'est le départ.

M. Marcoux: O.K.

Le Président (M. Simard, Richelieu): Non, mais, il ne parle pas du départ, lui, il parle d'un calendrier de réalisation, là.

M. Marcoux: Je parle de la réalisation. Moi, je dis, le produit, là, l'implantation, le déploiement, votre calendrier projeté de réalisation, de déploiement dans ces régions-là, c'est...

Mme Verreault (Lise): ...capable de vous le donner quand les pharmacies... Quand on a fait notre campagne de consentement, les pharmacies doivent s'inscrire au DSQ. Alors, il faut avoir fait notre campagne de publicité, avoir contacté, ce qu'on fait, on contacte toutes les pharmacies et on les rencontre tous, dans chacun des territoires, et ils ont...

M. Marcoux: Est-ce que ça serait possible de...

Mme Verreault (Lise): ...six documents à signer pour dire qu'ils veulent adhérer.

M. Marcoux: Est-ce qu'il serait possible, M. le Président, je ne sais pas si c'est possible pour vous, de nous faire, je ne sais pas, moi, d'ici dans six mois, un rapport-progrès de l'implantation dans ces...

Mme Verreault (Lise): On peut le faire après les fêtes, on va avoir fait trois régions.

M. Marcoux: ...dans ces régions-là?

Le Président (M. Simard, Richelieu): Alors, on prend bien en note, tout en disant tout de suite que ça va s'insérer dans une demande plus générale que nous ferons auprès de vous probablement dans...

M. Marcoux: Oui, mais, pour celle-là, là... Deuxièmement, pour ce qui est de la modification législative, je comprends que ça requiert, là, l'approbation de l'Assemblée nationale, est-ce que vous prévoyez, puis ça ne dépend pas uniquement de vous autres, là, mais que ces modifications... je peux comprendre, mais ces modifications-là seraient déposées assez rapidement à l'automne, pour ne pas empêcher que ça puisse se déployer dans des régions, là, où ce n'est pas possible de le faire maintenant?

M. Cotton (Jacques): C'est le plan qui est prévu.

M. Marcoux: C'est le plan qui est prévu.

M. Cotton (Jacques): Oui.

Le Président (M. Simard, Richelieu): Merci beaucoup... M. le député de Jean-Lesage.

M. Drolet: Juste... Parce que c'est une très bonne question qu'il a posée, puis j'aimerais juste... Parce que, moi, je suis un franchisé, je vous disais, je suis du milieu des affaires. Est-ce que c'est plus facile, parce que vous parlez de pharmacies, mais, quand on parle de chaînes de pharmacies, quand on parle de corporatif, et tout ça, c'est tout ça qui doit aussi être un élément important dans votre parcours de... Parce que les indépendants, c'est peut-être plus...

Le Président (M. Simard, Richelieu): Un pharmacien indépendant, à Saint-Tite, peut-être que c'est plus difficile, là.

M. Audet (Richard): En fait, dans la stratégie de mise en oeuvre, c'est sûr, il y a une sollicitation qui est faite auprès de chacun des pharmaciens. Il faut placer... dans le plan de match qu'on s'est mis, il y a eu l'entente avec l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, et c'est bien sûr que nous avons parlé à chacune des bannières pour connaître leur intérêt et leur engagement. De toutes les bannières que j'ai contactées, aucune n'a manifesté un refus d'avoir le Dossier santé Québec. Donc, ils ont l'intérêt.

Cependant, on comprend que les entreprises... Dans les pharmacies, ce sont des entreprises indépendantes, pour plusieurs, je ne dis pas pour tous. Il y en a qui ont des règles de franchisés. Donc, il appartient, dans certaines situations, au pharmacien propriétaire de dire oui ou de dire non. Il n'y a personne qui a l'obligation. Mais, à date, je vous dis, avec ce qu'on a comme information, sur les 189 pharmacies qu'on a dans la région de Québec, on en a 147 de sollicitées, et il y en a 102 qui ont signé pour dire oui, là. Donc, sur les 102, on en a 77 qui sont fonctionnelles aujourd'hui, opérationnelles...

Le Président (M. Simard, Richelieu): Ça veut dire qu'il y aurait un taux de refus qui serait de...

M. Audet (Richard): Non...

Le Président (M. Simard, Richelieu): ...30 %, ou simplement c'est un retard?

M. Audet (Richard): ...ce n'est pas un refus. Souvent, ce qu'on arrive, c'est que les gens nous disent: Venez plus tard, parce que là on est dans une période occupée. Je vous prends, par exemple, la période du mois d'août, durant les vacances, c'est sûr qu'à un moment donné il a fallu travailler fort, durant le mois d'août, pour faire le tour des pharmacies puis leur dire: Bien, on peut vous voir durant le mois d'août. Passé la fête du Travail, ça se passe mieux. D'ailleurs, on maintient notre rythme de croisière à peu près à 10 pharmacies par semaine. Mais après ça on va doubler des équipes, quand on va arriver pour les régions, on pense à tripler des équipes à partir du mois de février...

Le Président (M. Simard, Richelieu): Ça, ça vous regarde, là, c'est votre travail. On verra le résultat. Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Je veux bien, bien comprendre quelles sont les modifications législatives qui sont nécessaires. J'aurais aimé ça que vous me réexpliquiez, là. Quel est le besoin? Qu'est-ce que doit contenir un projet de loi?

M. Cotton (Jacques): Est-ce que vous permettez qu'on demande à notre avocate qui travaille sur le dossier, Me Bois, de venir vous faire un petit résumé, là?

Mme Maltais: Oui, un petit résumé, ça serait bien.

Le Président (M. Simard, Richelieu): Très bref, là, pour simplement nous donner une idée de ce qui est exigé.

Mme Bois (Diane): Bonjour.

Le Président (M. Simard, Richelieu): Auriez-vous la gentillesse de vous identifier, madame, s'il vous plaît?

Mme Bois (Diane): Oui, bonjour, Diane Bois, je fais partie du Bureau des programmes avec Mme Verreault. Simplement pour vous dire, vous vous souvenez, en 2005, on avait adopté le projet de loi n° 83 qui introduisait les services régionaux de conservation et qui permettait de conserver les données dans la région où les services étaient rendus. Lorsqu'on est arrivé pour... Ce projet de loi là avait été pensé en 2001, 2003, adopté en 2005, et on s'est rendu rapidement compte, les comités d'implantation, que c'était difficile d'implanter ce qui était prévu dans le projet de loi n° 83. Alors, il y avait eu une décision du gouvernement, à cette époque-là, de faire un projet expérimental et, de là... tantôt, on parlait des conditions de mise en oeuvre du projet expérimental du Dossier santé du Québec, et ces conditions-là, c'est vraiment pour mettre en oeuvre un projet expérimental et non pas de déployer le Dossier santé du Québec sur tout le territoire du Québec.

Donc, si on veut vraiment permettre ce déploiement-là, ça nous prend nécessairement des modifications ou dispositions qui avaient été adoptées en 2005 avec le projet de loi n° 83.

● (17 h 40) ●

Mme Maltais: Et ces modifications-là, vous les presentez pour le printemps, pour réussir à ouvrir le projet...

Mme Bois (Diane): Ce qui a été prévu, c'est que le projet de loi serait déposé à l'automne, si le gouvernement prend cette décision-là, déposé à l'automne pour être adopté au printemps, assurément. Parce que le projet n'a pas encore

été transmis au Conseil exécutif. Il devrait se faire ces jours-ci. Et il y aurait le dépôt, probablement au mois de novembre cette année, et, dépendamment de la décision de l'Assemblée nationale, ça pourrait être adopté dans la même session ou dans la session suivante, mais c'est la prérogative de l'Assemblée nationale.

Mme Maltais: Ça va aussi être dans le projet de loi, là, concernant l'imagerie diagnostique. C'est ça, le...

Mme Bois (Diane): C'est que finalement ce qu'on retrouve dans la projet expérimental, c'est clair que tout ce qui s'est fait depuis 2006 dans le cadre du projet expérimental, il n'y a rien qui est perdu, tout est récupéré, donc il y aura des dispositions transitoires pour faire en sorte que tout ce qui a été constitué dans le cadre du projet expérimental puisse survivre avec le projet de loi. Donc, on continue les domaines imagerie, médicaments, laboratoire et tout ce qui était prévu dans le DSQ. C'est plus la façon de conserver ces données-là et la façon de gérer la conservation et les échanges qui viennent nécessiter, là, l'adoption d'un projet de loi.

M. Simard (Richelieu): Ça va? Alors, écoutez, jusqu'à maintenant, je pense que tout le monde... à moins que des gens aient une question, une dernière question à poser, je pense qu'on va considérer que l'échange entre les parlementaires, cette phase-là est terminée.

Remarques finales

J'inviterais à ce moment-ci, avant de m'adresser à vous, j'inviterais le Vérificateur général à nous faire part de ses dernières remarques pour aujourd'hui.

M. Renaud Lachance, Vérificateur général

M. Lachance (Renaud): Oui, écoutez, deux remarques. La première remarque, c'est pour comprendre que, dans ce rapport, on a eu des mots qu'on utilise plus rarement. Le mot «échec», on n'utilise pas souvent ce mot-là dans nos rapports. Il faut comprendre pourquoi on l'a utilisé. En 2006, le plan d'informatisation concluait qu'en 2010 tout devait être informatisé. Et ce plan-là, c'était le DSQ, Dossier santé Québec, qui devait prévoir, écoutez, 563 millions de dollars, 95 000 utilisateurs, et fin 2010. Là, on se retrouve en 2011 puis on dit: l'informatisation, ultimement, ça va être... c'est le DSQ, mais plus les DPE qu'on doit implanter ailleurs, puis on va terminer en 2020, et ça va coûter 1,4 milliard. Donc, vous comprenez pourquoi un peu, nous, on a pris un mot un peu dur, parce qu'on peut... si le DSQ n'est peut-être pas un échec, le plan d'informatisation, lui, qui avait été prévu en 2006, lui, clairement en est un, échec. Et ce plan-là, c'était le DSQ, et c'est pour ça qu'on associe au DSQ le mot «échec».

Par ailleurs, ce dossier-là a beaucoup évolué. Le changement de stratégie, nous, on l'a écrit dans le rapport, on trouvait que c'était un changement qui présente bien les aspects positifs. Le premier aspect positif, c'est qu'il va rejoindre la stratégie qui avait déjà été choisie par toutes les autres provinces et qui semble bien fonctionner, vu qu'elles sont en avance sur le Québec. Elle améliore la relation avec Inforoute Santé Canada, si j'ai bien compris. Vous obtenez plus rapidement et plus largement l'adhésion des utilisateurs, puis, à la fin, je le vois clairement aujourd'hui, une forte amélioration de la gouvernance dans ce dossier-là. Donc, peut-être que le passé n'a pas toujours été reluisant, mais l'avenir m'apparaît beaucoup plus reluisant, clairement.

Le président, M. Sylvain Simard

Le Président (M. Simard, Richelieu): Merci, M. le Vérificateur général. Je vais... avant de nous faire les dernières remarques, je vais faire quelques remarques à ce moment-ci. Je veux vous dire, M. Cotton, madame et tout le monde ici, je suis entré dans cette salle, et mes collègues le savent, assez sceptique. C'est-à-dire que la lecture de vos notes préliminaires, M. Cotton, écrites dans la langue qu'a signifiée, qu'a décrite le député de Vanier, en y ajoutant une langue de bois que même les politiciens arrivent difficilement à atteindre et qui semblait nous indiquer que tout allait très bien et donc allait continuer, me rendait très méfiant sur cette rencontre. Mais très rapidement, je le reconnais volontiers, nous le reconnaissons tous ici, vous avez été très collaborateur dans vos réponses. On a eu, je pense, toutes les réponses que nous vous avons posées... les réponses à toutes les questions. Je crois que le Vérificateur général prend note, comme nous, d'un renouveau, là, d'une renaissance. Vous parliez de funérailles, mais il y a aussi une renaissance. Il y a un projet, là, qui naît. C'est un projet ambitieux sur 10 ans. Bon, on va essayer de récupérer une partie de ce qu'il y avait avant, mais ça ne nous enlève pas l'amertume des années précédentes.

C'est la troisième fois que je vous rencontre sur ce sujet-là, mais pour la première fois je pars d'ici en me disant: Il y a du réalisme dans la gestion et dans les objectifs, et il y a peut-être espoir de voir un jour ce projet. Et vous l'avez dit dès le départ, et ça, tous les parlementaires de tous les côtés de la Chambre sont tout à fait d'accord, l'objectif, là, nous le souhaitons tous, parce que ça a des incidences sur les services. Ce qui est important, ce n'est pas la gestion de tout ça, c'est les patients du Québec, c'est notre service de santé, qui coûte extrêmement cher et qui, lorsqu'on aura toutes les fonctionnalités de ce système, coûtera moins cher pour les mêmes résultats et donnera des biens meilleurs résultats. Alors, ça, je pense que c'est important qu'on le dise à ce moment-ci.

Le projet étant maintenant un nouveau projet, disons les choses comme elles sont, le suivi de son évolution va être l'objet de la part de la commission de recommandations que vous nous transmettrons. Mais d'ores et déjà je vous demanderais une extrême collaboration sur la possibilité d'avoir un suivi régulier. Que la commission, et nous

pourrions, avec le Vérificateur général et ensuite avec vous, établir les termes de cette collaboration, mais je crois bien comprendre les parlementaires ici dans leur souci d'avoir une information sur une base régulière, avec des indicateurs que nous pourrions vous fournir et qui nous permettraient de vous accompagner dans cet autre projet.

Alors, je vous laisse la parole peut-être pour remercier vos collaborateurs. Moi, je vous remercie, et tous vos collaborateurs, et donc vous laissez une dernière fois la parole.

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

M. Cotton (Jacques): Merci, M. le Président. Effectivement, aucun problème à s'inscrire avec vous dans un mode de suivi, là, avec des indicateurs à déterminer, puis on en parlera avec aussi les gens du Vérificateur général. Dans notre nouvelle stratégie, notre nouvelle dynamique, on se sent très à l'aise d'embarquer dans un mode de suivi comme ça.

Je veux en profiter effectivement pour remercier mon équipe de cet exercice, qu'on s'est bien préparés. Notre objectif, c'était de vous donner toutes les réponses, de vous donner le maximum d'informations, et surtout, surtout de vous faire comprendre que l'objectif final, ultime de ce projet-là, on ne l'avait pas changé, on a changé les stratégies et les moyens, mais qu'on vise à ce que l'accès aux professionnels de la santé soient disponible le plus rapidement possible pour le mieux-être de notre clientèle puis de nos patients. C'est l'objectif, parce que ça va changer énormément la façon de travailler dans le système de santé.

Le Président (M. Simard, Richelieu): Merci. Je vous remercie, Mme Verreault, M. Cotton, M. Audet et tous ceux qui vous ont accompagnés aujourd'hui. Et je suspends nos travaux pour quelques minutes.

(Fin de la séance à 17 h 48)