

Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2010-2011

Tome I

CHAPITRE 5

Vigie relative au projet Dossier de santé du Québec

Entité vérifiée :

- ministère de la Santé et des Services sociaux

Table des matières

Paragraphe

Faits saillants

Recommandations

Vue d'ensemble	5.1
Objectif et portée de notre vigie	5.28
Résultats de notre vigie	5.30
Gouvernance	5.32
Coûts et financement	5.40
Partage des coûts avec Inforoute Santé du Canada	5.49
Planification et suivi des projets	5.52
Acquisition de biens et de services	5.87
Sécurité	5.92
Reddition de comptes	5.102
Conclusion	5.106

Annexe 1 – Objectif de vérification et critères d'évaluation

Annexe 2 – Activités clés de l'informatisation clinique du réseau de la santé et des services sociaux

Annexe 3 – Projets relatifs au Dossier de santé du Québec

Annexe 4 – Dossier de santé du Québec vs Dossier patient électronique

Annexe 5 – Calendrier de déploiement dans les régions en date de février 2010

Les commentaires du ministère apparaissent au paragraphe 5.113.

Abréviations et sigles

ASSS	Agence de la santé et des services sociaux	INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
CAIS	Couche d'accès à l'information de santé	IPM	Index patients maître
CHQ	Corporation d'hébergement du Québec	ISC	Inforoute Santé du Canada
DPE	Dossier patient électronique	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
DSE	Dossier de santé électronique	RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
DSQ	Dossier de santé du Québec	RSIPA	Réseau de services intégrés aux personnes âgées
ICP	Infrastructure à clé publique		

Faits saillants

Ce rapport présente les résultats de notre vigie relative au Dossier de santé du Québec (DSQ). L'investissement prévu à cet égard est de 563 millions de dollars, financé par le gouvernement du Québec (260 millions) et par Inforoute Santé du Canada (ISC) (303 millions). Le projet est géré par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). L'implantation devait initialement se réaliser en quatre ans, soit de 2006 à 2010, avec un nombre d'utilisateurs potentiels évalué à 95 000.

Équipe :

Carole Bédard
Directrice de vérification
par intérim
Claude Dion
Simon Lauzon
Nathalie Lavoie

Objectif de notre vigie

La présente vigie, tout comme les deux précédentes, visait à s'assurer que le MSSS gère le DSQ de façon économique, efficiente et efficace.

Sommaire des constats

Nous demeurons préoccupés par la façon dont le ministère gère ce projet et des conséquences qui en découlent sur sa mise en place. Nos travaux font ressortir que des problématiques importantes et des risques réduisent la probabilité d'atteindre l'objectif initial visé.

Arrimage entre le Dossier patient électronique (DPE) et le DSQ. Un risque majeur avait été soulevé l'an dernier quant à l'absence d'arrimage entre le DPE et le DSQ. Le DPE est le dossier informatisé local du patient et certaines régions en ont fait une priorité. Or, aucune stratégie d'arrimage avec les DPE n'a été élaborée par le MSSS.

En décembre dernier, ISC a proposé au ministère de réviser ses stratégies de financement du DSQ pour permettre de consacrer une partie de celui-ci aux DPE. L'objectif recherché par ISC était de mettre l'accent sur le déploiement de DPE pour ensuite les intégrer au DSQ. Le principal avantage de cette approche consistait en ce que les gens du terrain s'approprient le projet et qu'ils le fassent avant tout pour eux, favorisant indéniablement l'adhésion, condition essentielle au succès du DSQ. Le ministère a toutefois refusé la proposition d'ISC, décision qui nous préoccupe étant donné le manque d'arrimage entre les DPE et le DSQ.

Coûts et financement du DSQ.

Le ministère a révisé les coûts des projets qui composent le DSQ, mais le budget global reste inchangé. Certaines des hypothèses utilisées ne nous apparaissent pas réalistes. En conséquence, l'estimation des coûts du ministère nous apparaît non crédible et le risque de ne pas respecter ces coûts demeure, dans la mesure où la portée du projet demeure la même que celle prévue initialement.

Rappelons que l'obtention du financement d'ISC de 303 millions de dollars, dont le tiers a été versé jusqu'à maintenant, est conditionnelle au développement d'un produit fonctionnel en temps prévu, utilisé et correspondant à ce qui a été convenu.

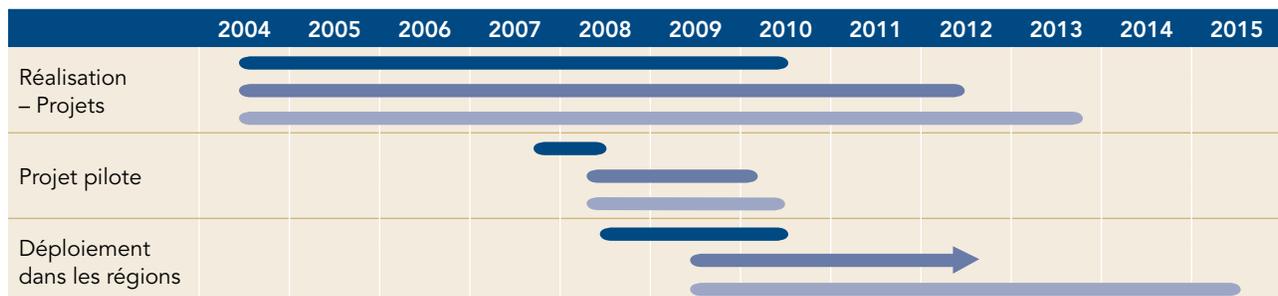
Échéancier du projet DSQ. L'an dernier, le ministère avait reporté d'une année la date prévue pour la fin du projet, l'établissant à juin 2011. Toutefois, cette date excluait le déploiement du DSQ dans les régions.

Cette année, les échéances ont de nouveau été modifiées pour la quasi-totalité des projets, certains devant maintenant se terminer en 2013.

Le déploiement complet dans les régions ne sera pas complété avant juin 2015, la dernière région identifiée étant Montréal, soit la plus peuplée.

Du côté du projet pilote, la date de fin avait été reportée deux fois pour l'établir à juin 2010. Au-delà de cette date, d'autres travaux seront nécessaires. En conséquence, la date de fin de juin 2010 nous apparaît irréaliste.

Calendrier des principales activités du projet



- [Barre initiale] Calendrier initial
- [Barre révisée mai 2009] Calendrier révisé en mai 2009 par notre analyse de la documentation
- [Barre révisée février 2010] Calendrier révisé par le ministère en février 2010

Sécurité des données du patient dans le DSQ.

L'absence de plan global de sécurité augmente le risque que certaines étapes importantes soient omises ou ne soient pas franchies en temps opportun, ce qui pourrait compromettre la sécurité du DSQ.

Recommandations

Cette section regroupe les recommandations formulées dans notre rapport. Il est à noter que, à titre informatif, le numéro des paragraphes visés est donné entre parenthèses.

Gouvernance. Nous avons recommandé au ministère :

- d'établir une stratégie pour l'arrimage à court et moyen termes du Dossier de santé du Québec et du Dossier patient électronique ;
- de s'assurer d'avoir une stratégie globale, des démarches et des outils de gestion du changement complets, à jour et produits en temps opportun (5.39).

Coût et financement. Nous avons recommandé au ministère :

- de s'assurer que tous les coûts liés au Dossier de santé du Québec ont été estimés et sont basés sur des hypothèses réalistes ;
- de s'assurer que le financement est disponible en temps opportun pour l'ensemble du projet (5.48).

Planification et suivi des projets. Nous avons recommandé au ministère :

- de statuer sur les choix relatifs à l'architecture du projet et de revoir de façon réaliste les échéances des projets (5.67) ;
- de s'assurer d'avoir régulièrement, pour ses projets, un portrait fidèle de l'échéancier (5.73) ;
- de présenter le rapport d'évaluation du projet pilote, comme cela a été prescrit, et de s'assurer de donner suite aux problèmes soulevés (5.83) ;
- de se doter d'un outil de suivi des projets fiable, succinct et produit en temps opportun qui lui permettra de mesurer périodiquement le degré d'avancement des travaux des différents projets (5.86).

Sécurité. Nous avons recommandé au ministère :

- de se doter d'un plan global de sécurité pour le Dossier de santé du Québec ;
- de statuer sur le niveau acceptable de sécurité à instaurer et de s'assurer que ces contrôles de sécurité sont mis en place conformément à ce qui aura été planifié pour diminuer le risque d'accès non autorisé aux données relatives à la santé des patients (5.101).

Reddition de comptes. Nous avons recommandé au ministère d'effectuer en temps opportun une reddition de comptes complète au Conseil des ministres (5.105).

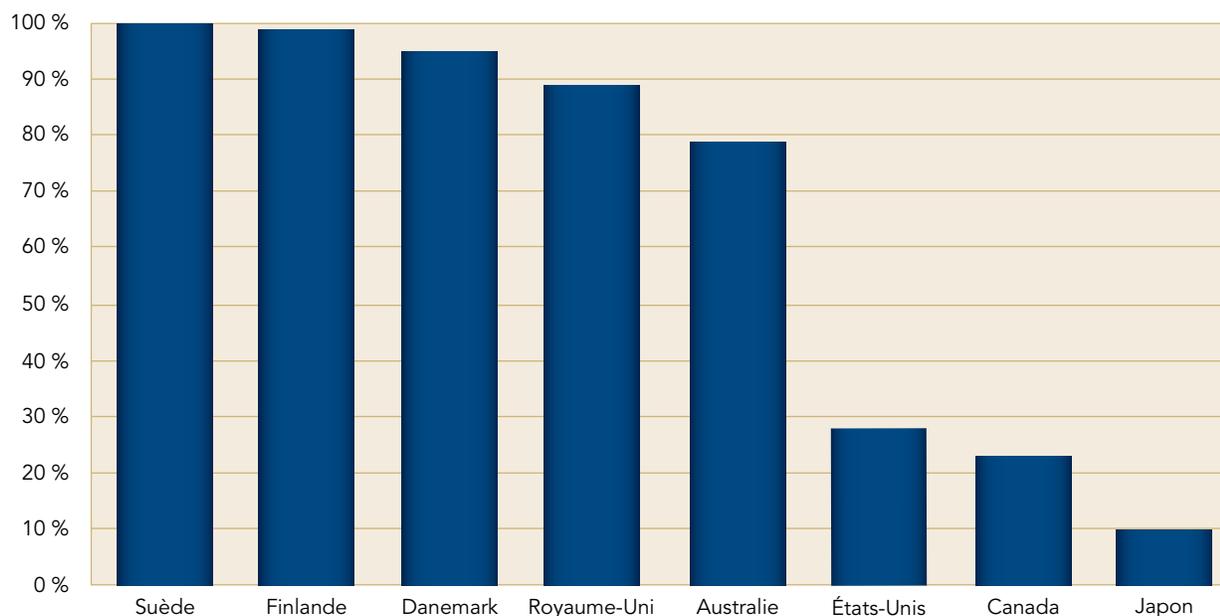
Commentaires du ministère

Le ministère a eu l'occasion de formuler ses commentaires qui se trouvent au paragraphe 5.113. Nous tenons à souligner qu'il a adhéré à toutes les recommandations. Le rapport entier est disponible sur le site <http://www.vgq.qc.ca>.

Vue d'ensemble

- 5.1** Plusieurs pays considèrent les technologies de l'information (TI) comme un élément crucial d'une réforme du secteur de la santé. En effet, les TI sont devenues un facteur important dont il faut tenir compte pour ce qui touche à la prestation de services de santé de première qualité, à l'amélioration des pronostics des patients et au contrôle des coûts associés à la santé.
- 5.2** Une étude réalisée en 2006¹, portant sur l'utilisation des DPE par les professionnels de la santé, montre des différences marquées d'un pays à l'autre. Alors que les États-Unis, le Canada et le Japon se classent bons derniers, il en est tout autrement de la Suède, de la Finlande et du Danemark qui atteignent des taux d'utilisation supérieurs à 90 p. cent, comme le montre le tableau 1. Notons que ces trois pays sont d'ailleurs considérés comme des leaders en ce qui a trait à l'implantation des TI dans le domaine de la santé. Ainsi, le système de santé de ces trois pays est caractérisé par un mode de financement assuré par la fiscalité, par une couverture et un accès universel aux soins ainsi que par un secteur public dominant dans le cadre d'une organisation des soins très décentralisée.

Tableau 1
Utilisation des dossiers patients électroniques par les médecins de première ligne



- 5.3** Parmi les principaux projets liés aux TI dans le domaine de la santé, plusieurs ont connu des ratés, que ce soit sur le plan des échéances cumulant des retards qui se calculent en années, de coûts additionnels importants ou encore, de non-utilisation, faute d'être en mesure de fonctionner tout simplement.

1. D'après Daniel Castro. « Explaining international IT application leadership: Health IT », *The International Technology and Innovation Foundation*, septembre 2009.

- 5.4** Le succès quant à l'implantation des TI dans le domaine de la santé dépend de plusieurs facteurs. À cet égard, même s'il n'existe pas d'approche universelle relative au déploiement de ce type de technologie, certaines tendances ressortent sur la base des expériences menées par des pays considérés comme des leaders à ce chapitre, notamment le Danemark, la Suède et la Finlande. Du reste, de nombreux facteurs organisationnels, politiques, institutionnels ou technologiques peuvent avoir une incidence significative sur l'adoption des TI en matière de santé.
- 5.5** Parmi les pays tenus pour chefs de file en ce domaine, on constate quelques similitudes, notamment :
- l'adhésion des utilisateurs de dossier de santé électronique (DSE) est quasi universelle : d'abord, une vaste proportion de médecins pratiquant en première ligne s'en sert et, qui plus est, son emploi dans les hôpitaux y est élevé ;
 - un leadership sur le plan national est exercé dans le but de promouvoir l'adoption des TI en ce qui touche au secteur de la santé ;
 - l'identification des patients se fait au moyen d'un numéro unique.

Situation au Canada et au Québec

- 5.6** Au Canada, les provinces et territoires travaillent à développer des DSE, notamment à l'aide du financement provenant d'ISC. Cette organisation à but non lucratif, créée en 2001, a pour mission de favoriser et d'accélérer, à l'échelle pancanadienne, l'élaboration et l'adoption de DSE, ainsi que de normes et de technologies de communication compatibles. L'objectif d'ISC est de s'assurer que le DSE de base et l'infrastructure en santé publique seront en place dans 50 p. cent du pays en 2011 et dans l'ensemble du pays en 2016.
- 5.7** Les 14 sous-ministres de la Santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux sont les membres d'ISC.
- 5.8** Santé Canada transfère des fonds à ISC selon les modalités des accords de financement, qui précisent les obligations respectives du ministère et d'ISC. Celle-ci a reçu notamment une somme de 1,3 milliard de dollars du gouvernement fédéral qui a été affectée à des investissements faits conjointement avec les provinces et les territoires à l'égard de projets dont le but est d'accélérer la création et l'utilisation des DSE compatibles dans l'ensemble du Canada.
- 5.9** Depuis sa création en 2001 jusqu'au 31 décembre 2009, ISC a consacré 679 millions de dollars au développement des DSE. Pour le Québec, l'organisme a versé jusqu'à maintenant 36 p. cent du financement prévu, soit 109 millions de dollars. Par ailleurs, cette société s'est engagée à couvrir des dépenses de l'ordre de 629 millions de dollars, ce qui totalise 1,3 milliard de dollars, soit le montant des fonds transférés par Santé Canada (tableau 2). Certains spécialistes estiment à plus de 10 milliards de dollars le coût total de la mise en place d'un système national de DSE. Il s'agit là d'une opinion que partage ISC.

Tableau 2
Contribution d'Inforoute Santé du Canada aux projets
de dossier de santé électronique des provinces

Province	Contribution ISC selon les ententes (en millions de dollars)	Déboursé ISC au 31 décembre 2009 (en millions de dollars)	Pourcentage de remboursement (%)
Alberta	123	89	72,4
Colombie-Britannique	221	132	59,7
Île-du-Prince-Édouard	10	10	98,0
Manitoba	54	22	40,5
Nouveau-Brunswick	40	20	50,7
Nouvelle-Écosse	53	31	57,7
Nunavut	10	2	24,4
Ontario	331	165	49,8
Québec	303	109	36,0
Saskatchewan	64	40	62,9
Terre-Neuve et Labrador	67	38	56,9
Territoires du Nord-Ouest	14	8	54,5
Yukon	7	4	63,8
Projets pancanadiens	11	9	87,9
Total	1 308	679	51,9

Source : ISC.

- 5.10** Non seulement ISC finance-t-elle des projets, de concert avec ses partenaires provinciaux et territoriaux, en prenant à sa charge en moyenne 75 p. cent des coûts admissibles, mais elle participe également à la planification de projets liés au développement des DSE. De plus, elle surveille leur progression ainsi que la qualité des résultats obtenus au moyen d'un modèle de financement par étapes. Par la suite, lorsque les projets franchissent certaines étapes clés particulières ou des « jalons » et, uniquement à ce moment-là, les coûts sont remboursés aux provinces et aux territoires. Le jalon le plus important de la stratégie de financement d'ISC est « l'adoption », car c'est lors de cette étape que les provinces et les territoires doivent démontrer que les professionnels de la santé ont adopté certains systèmes de base des DSE.
- 5.11** Quoiqu'ISC ait prévu à l'intérieur des sommes allouées une contingence selon le risque de chacun des projets, les provinces et les territoires sont responsables de la mise en œuvre des projets et assument aussi les dépassements de coûts, étant donné que le financement accordé par ISC est fixé définitivement au moment de l'approbation des projets.
- 5.12** À l'instar des autres provinces, le Québec procède également au développement d'un DSE, soit le DSO. En fait, l'informatisation clinique a débuté au Québec depuis plusieurs années déjà, comme le traduit le tableau présenté à l'annexe 2.

- 5.13** Selon le MSSS, l'implantation du DSQ constitue la pièce maîtresse de l'informatisation du réseau québécois de la santé; de fait, ce dossier servira de levier pour informatiser les établissements et les cliniques médicales. De façon concrète, le dossier de chaque patient renfermera :
- l'identification de la personne;
 - les renseignements afférents aux contacts professionnels;
 - les allergies et intolérances;
 - les résultats d'examens de laboratoire;
 - les résultats d'examens d'imagerie diagnostique;
 - le profil pharmacologique;
 - les données immunologiques;
 - les données d'urgence.
- 5.14** Au cours des deux dernières années, nous avons réalisé des travaux de vigie ayant trait au DSQ dont les résultats ont été publiés dans les rapports annuels du Vérificateur général du Québec, 2007-2008 tome III et 2009-2010 tome I. Tous les deux ont fait état de risques importants liés au respect des échéances et des coûts de même que de la portée de ce mégaprojet et de son arrimage avec le DPE.
- 5.15** Ainsi, lors de la première vigie, nous avons notamment :
- recensé des risques liés au respect de l'échéancier;
 - constaté que tous les coûts nécessaires au fonctionnement du DSQ n'avaient pas été évalués.
- 5.16** Puis, lors de la deuxième vigie, nous avons, entre autres :
- noté que les échéances initiales ne seraient pas respectées car le ministère a reporté la date de fin du projet d'une année, tous les projets ayant pris du retard et aucune date n'était avancée quant au déploiement complet du DSQ dans les 18 régions;
 - indiqué que l'enjeu majeur demeurerait l'arrimage avec le DPE, compte tenu du risque important lié à l'adhésion des utilisateurs et des prestataires de services. Ce risque était lié au fait que plusieurs régions fournissent des efforts soutenus visant à mettre en place le DPE, et ce, parallèlement au DSQ;
 - relevé une réduction importante de la portée du projet, puisque des 95 000 utilisateurs prévus au départ, ce nombre a été diminué à 5 500, cible minimale selon le ministère pour assurer la pérennité des investissements;
 - invité le ministère à faire le point de façon détaillée sur le déroulement de ce projet et à déterminer les suites à y donner.
- 5.17** En ce qui a trait aux projets relatifs à l'implantation d'un DSE dans les autres provinces, des rapports récents publiés par certains vérificateurs généraux provinciaux montrent que celles-ci, tout comme le Québec, vivent des difficultés importantes. Ainsi, en octobre 2009, le rapport du Vérificateur général de l'Alberta faisait état de lacunes, notamment :
- au regard de l'absence d'une planification intégrée de l'ensemble des projets qui composent le DSE;
 - de faiblesses quant à la détermination des coûts encourus pour ce projet;
 - de failles en ce qui concerne le contrôle des accès au portail du DSE.

- 5.18** Quant aux principaux éléments retenus par le Vérificateur général de l'Ontario dans son rapport publié en octobre 2009, il a noté :
- que la période prévue dans la planification stratégique ne correspondait pas au délai nécessaire à la mise en place d'un DSE;
 - des retards dans la réalisation des projets qui composent le DSE;
 - des lacunes importantes à l'égard de la gestion des contrats d'acquisition de services professionnels.
- 5.19** En décembre 2009, des lacunes à l'égard de la planification et des coûts relatifs à l'implantation d'un DSE ont été relevées par le Vérificateur général de la Saskatchewan. Pareillement, en février 2010, les vérificateurs généraux de la Nouvelle-Écosse et de la Colombie-Britannique constataient eux aussi des déficiences en ce qui concerne l'intégration du DSE aux autres projets liés aux TI dans le domaine de la santé de ces provinces. Pour sa part, dans son rapport d'avril 2010, le Vérificateur général de l'Île-du-Prince-Édouard notait notamment que le plan stratégique du projet n'était pas à jour, qu'il n'y avait pas de plan de déploiement intégré et que les coûts totaux n'étaient pas connus.
- 5.20** Enfin, à l'automne 2009, le Bureau du vérificateur général du Canada a effectué une vérification auprès d'ISC afin de s'assurer, entre autres, de la bonne gestion des fonds fédéraux alloués à la mise en œuvre de DSE dans l'ensemble du pays. Il a notamment recommandé à ISC de mieux documenter ses analyses en ce qui a trait aux réalisations attendues par rapport aux projets, et ce, dans le but d'étayer les décisions liées au décaissement des fonds.

Structure et contour financier des projets

- 5.21** Il avait été initialement prévu que le DSQ serait réalisé en quatre ans, soit de 2006 à 2010, nécessitant des investissements de 563 millions de dollars. Le financement provient du gouvernement du Québec (dont la part est estimée actuellement à 260 millions de dollars) et d'ISC (qui fournira, au maximum, 303 millions). À l'exception de deux projets qui sont particuliers au Québec, soit l'Infrastructure à clé publique (ICP) et Consentement – Registre et service de gestion, tous les projets ayant trait au DSQ s'intègrent dans les programmes d'ISC liés à l'instauration du DSE. Une description de chacun des projets est présentée à l'annexe 3.
- 5.22** La propriété des projets et, éventuellement, des actifs est confiée à différentes entités du réseau de la santé et des services sociaux. Celles-ci sont responsables de leur coût, de leur gestion financière ou de leur réalisation. Le tableau 3 brosse le portrait de la structure, des projets liés au DSQ et du contour financier.

Tableau 3
Structure et contour financier des projets liés au Dossier de santé du Québec
(en millions de dollars)

	Contour financier		
	Propriétaire	Coût approuvé (mars 2008)	Dépenses (septembre 2009)
Couche d'accès à l'information de santé (CAIS), incluant les adaptations à l'ICP	CHQ	40	13
Consentement			
• Registre des consentements	RAMQ	5	3
• Service de gestion	CHQ	7	1
Imagerie diagnostique	ASSS de Montréal	131	45
Index patients maître (IPM)	CHQ	27	14
Infrastructure à clé publique (ICP)	RAMQ	33	5
Médicaments	RAMQ	59	26
Plan d'évaluation des bénéficiaires	ASSS de Montréal	2	1
Registres des intervenants et des usagers, incluant le Service de localisation	RAMQ	34	17
Réseau de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA)	ASSS de Montréal	5	1
Santé publique (Panorama)	INSPQ	16	8
Télésanté	CHQ	57	3
Visualiseur du DSE			
• Dossier de santé électronique	} ASSS de Montréal	147	32
• Laboratoires, incluant les services régionaux de conservation			
Coûts des activités communes aux projets	–	102 (imputés aux projets)	40 (imputés aux projets)
Total		563	209

CHQ Corporation d'hébergement du Québec

INSPQ Institut national de santé publique du Québec

RAMQ Régie de l'assurance maladie du Québec

5.23 La contribution d'ISC est versée progressivement en fonction de l'atteinte de certains jalons (biens livrables), tels que déterminés pour chacun des projets. De plus, près de la moitié des ententes prévoit le versement d'un acompte de 20 p. cent des coûts liés au projet, lors de la signature de l'entente. Par conséquent, il peut exister un certain décalage entre les remboursements d'ISC et les dépenses effectuées pour le DSQ. Par ailleurs, dans certains cas, les remboursements d'ISC peuvent excéder les dépenses effectuées à cause des acomptes reçus lors de la signature de ces ententes, comme dans le cas des ententes en Télésanté.

Rôles et responsabilités

- 5.24** Plusieurs acteurs sont appelés à jouer un rôle majeur dans le DSQ. Ce rôle peut notamment s'exercer par rapport au financement, à la propriété des actifs informationnels, à la gestion de la mise en œuvre ou à l'assistance aux établissements de santé et de services sociaux.
- 5.25** Depuis octobre 2009, le Bureau du Dossier de santé du Québec est intégré à la structure de la Direction générale des technologies de l'information (DGTI) du MSSS. Le tableau 4 précise les rôles et les responsabilités des principaux acteurs impliqués dans la réalisation des projets relatifs au DSQ.

Tableau 4
Rôles et responsabilités des acteurs

Direction générale des technologies de l'information (suppression du Bureau du DSQ)	
<p>La DGTI a comme mandat d'assurer la gouvernance des technologies de l'information de l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux. Plus spécifiquement, la responsabilité du DSQ a été confiée à la Direction générale adjointe des projets au sein de la DGTI.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre les décisions voulues et être responsable de la maîtrise d'œuvre des projets et s'assurer que les projets retenus sont cohérents par rapport aux stratégies et aux politiques gouvernementales et vérifier que les investissements font l'objet d'une gestion intégrée. • Autoriser la réalisation des projets, leur portée, le budget qui leur est alloué, le calendrier de réalisation, la charte de projet et les ententes avec ISC. • Approuver tout changement majeur concernant le budget, les échéances ou le contenu d'un projet. • Faire le suivi financier des projets et voir à ce que l'enveloppe globale qui lui est confiée soit respectée. • Entériner l'attribution et la signature de contrats avec les fournisseurs. • Rendre des comptes semestriellement au Conseil des ministres.
Inforoute Santé du Canada	
<p>ISC est une organisation à but non lucratif créée en 2001 à l'instigation du gouvernement fédéral. Les membres de cette organisation sont les 14 sous-ministres de la Santé aux niveaux fédéral, provincial et territorial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir le DSE partout au Canada en travaillant en partenariat avec l'ensemble des administrations publiques du pays. • Investir dans les systèmes de DSE interopérables. • Soutenir le déploiement des solutions en fournissant une expertise appropriée.
Agences de la santé et des services sociaux	
<p>Le ministère remplit sa mission en partageant ses responsabilités avec 18 autorités régionales, qui doivent rendre des comptes quant à l'organisation des services sur leur territoire respectif.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer, en collaboration avec le ministère, la maîtrise d'œuvre du DSQ sur leur territoire. • Établir, en collaboration avec les établissements et les cliniques médicales de leur région, les conditions favorables à l'élaboration et à la mise en œuvre du DSQ à l'échelle régionale. • Assurer la communication et le suivi avec le ministère et les équipes au sein de chacun des établissements et cliniques médicales de la région.

Tableau 4
Rôles et responsabilités des acteurs (suite)

Propriétaires d'actifs du DSQ	
<p>Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSS de Montréal)</p> <p>Corporation d'hébergement du Québec (CHQ)</p> <p>Elle possède des biens, principalement immobiliers, utilisés par les agences et les établissements du réseau.</p> <p>Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)</p> <p>Il a pour mission de soutenir le MSSS et les agences dans l'exercice de leurs responsabilités en matière de santé publique.</p> <p>Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)</p> <p>Créée pour mettre en place un régime public d'assurance maladie, elle participe au bon fonctionnement et à l'évolution du système de santé québécois.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Désignée par le MSSS pour agir en tant que fiduciaire de la propriété de certains actifs du DSQ, au nom des agences. <p>CHQ, INSPQ et RAMQ :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer la gestion contractuelle et financière des projets sous leurs responsabilités et, s'il y a lieu, leur financement temporaire et à long terme. • Rendre des comptes sur la mise en œuvre de ces projets au ministre. <p>CHQ, en particulier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depuis juin 2007, assurer un mandat de gestion financière pour l'ensemble du DSQ et fournir un encadrement du processus d'appel d'offres et des activités contractuelles en vue de l'attribution des contrats relatifs aux projets de l'ASSS de Montréal. <p>RAMQ, en particulier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réaliser le développement et la mise en œuvre des projets dont elle est propriétaire.
Société de gestion informatique SOGIQUE inc.	
<p>Il s'agit d'une organisation à but non lucratif; son assemblée générale est composée des présidents-directeurs généraux des agences.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la gestion, le développement et la mise en valeur, à partir des orientations ministérielles, d'un portefeuille d'actifs informationnels d'intérêt commun appartenant au réseau de la santé et des services sociaux. • Assurer le développement des projets IPM et RSIPA dans le cadre du DSQ.

Autres acteurs

- 5.26** Parmi les autres acteurs importants, notons les organisations représentant les professionnels de la santé, dont l'adhésion et l'engagement de leurs membres constituent un gage de succès du DSQ. Il ne faut pas oublier non plus le citoyen, dont le consentement libre et éclairé est essentiel à la réussite du projet.
- 5.27** Ajoutons à cette liste les centres médicaux spécialisés, les cliniques médicales, les pharmacies communautaires, les laboratoires privés, les fournisseurs et prestataires de services autres que SOGIQUE de même que les réseaux universitaires intégrés de santé de quatre établissements (Université McGill, Université Laval, Université de Montréal et Université de Sherbrooke).

Objectif et portée de notre vigie

- 5.28** Au cours des dernières années, nous avons mené deux vigies relatives au DSQ et nos rapports, déposés en mars 2008 et en mai 2009, avaient pour but d'informer les parlementaires des principaux risques liés à ce projet. Compte tenu de l'ampleur de ce dernier, nous poursuivons nos travaux pour une troisième année afin de suivre son évolution.

- 5.29** L'objectif principal de cette vérification demeure le même, soit de nous assurer que le MSSS gère le DSQ de façon économique, efficiente et efficace. Les critères d'évaluation rattachés à cet objectif sont énoncés dans l'annexe 1. Nos travaux se sont déroulés d'octobre 2009 à février 2010.

Résultats de notre vigie

- 5.30** Lors de notre vigie de l'an dernier, nous avons formulé plusieurs recommandations au ministère. Cette année, nos travaux nous ont permis de mesurer les progrès accomplis par le ministère dans l'application de ces recommandations.
- 5.31** Le tableau 5 fait état des progrès réalisés à la suite des recommandations formulées en mai 2009. Quant aux recommandations pour lesquelles les progrès ont été jugés insatisfaisants, elles seront abordées dans les sections y afférentes.

Tableau 5
Suivi des recommandations formulées en mai 2009

	Progrès satisfaisants	Progrès insatisfaisants
Gouvernance		
Établir une stratégie pour l'arrimage à court et moyen termes du Dossier de santé du Québec et du Dossier patient électronique.		✓
Planification et suivi des projets		
Obtenir l'engagement officiel de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal pour le déploiement du Dossier de santé du Québec dans cette région.	✓	
Poursuivre ses efforts afin de se donner un plan de main-d'œuvre, particulièrement pour les postes clés et ceux qui nécessitent un transfert des connaissances.	✓	
S'assurer d'avoir régulièrement, pour ses projets, un portrait fidèle de l'échéancier.		✓
Présenter le rapport d'évaluation du projet pilote, comme cela a été prescrit, et s'assurer de donner suite aux problèmes soulevés.		✓
Acquisition de biens et de services		
S'assurer que le portrait dont il dispose est complet, à jour et fiable de l'ensemble des contrats accordés ou à accorder à l'égard du Dossier de santé du Québec.	✓	
S'outiller adéquatement pour effectuer le suivi des contrats et des travaux réalisés dans le cadre du Dossier de santé du Québec.	✓	
Coûts et financement		
S'assurer que tous les coûts du Dossier de santé du Québec ont été estimés et qu'ils prennent en compte les changements apportés à l'échéancier et à la portée des différents projets, notamment des sommes prévues pour les contingences.		✓
Vérifier que le financement est disponible en temps opportun pour l'ensemble des coûts essentiels au bon fonctionnement du Dossier de santé du Québec.		✓
Gestion du changement		
S'assurer que la stratégie globale, les démarches et les outils de gestion du changement correspondent à ce qui avait été prévu et qu'ils soient produits en temps opportun.		✓

Tableau 5
Suivi des recommandations formulées en mai 2009 (suite)

	Progrès satisfaisants	Progrès insatisfaisants
Reddition de comptes		
Effectuer en temps opportun une reddition de comptes complète au Conseil des ministres.		✓
Produire une reddition de comptes à l'Assemblée nationale qui permet à cette dernière d'avoir une information complète et juste sur le déroulement du Dossier de santé du Québec.	✓	
Total des recommandations	5	7
Pourcentage des recommandations	42%	58%

Gouvernance

Informatisation clinique du réseau de la santé et des services sociaux

- 5.32** Nous avons mentionné l'an dernier que certaines régions fournissaient des efforts soutenus relativement au DPE² et qu'elles en avaient fait une priorité car elles le considéraient comme offrant davantage de bénéfices à court terme. Celui-ci est le dossier informatisé du patient appartenant à un prestataire de services (ex : clinique privée, groupes de médecine de famille (GMF)) ou à un établissement qui, en plus de contenir les informations nécessaires au DSQ, inclut les conclusions des interactions avec le patient, comme le diagnostic et les notes des professionnels. Bref, il comprend l'ensemble des données cliniques locales d'un établissement ou d'un prestataire de services concernant un patient (annexe 4). Toutefois, l'utilisateur est limité aux données de son établissement. Par exemple, actuellement, l'hôpital peut consulter les données qui lui sont propres et non celles d'une clinique privée dans sa région. Quoique quelques établissements aient un DPE et que certains prévoient en implanter un prochainement, il n'y en a pas sur tout le territoire et ceux qui existent ne sont pas totalement similaires.
- 5.33** Un des enjeux importants dans la réussite de projets tels que le DPE et le DSQ tient au fait qu'ils nécessitent des ressources, des processus, des données et des infrastructures qui, à certains égards, sont les mêmes. Comme nous l'avons mentionné l'an dernier, le ministère doit se doter d'une stratégie pour l'arrimage et l'interopérabilité à court et à moyen termes de ces deux projets, car cela constitue un enjeu important pour l'adhésion des utilisateurs.
- 5.34** En décembre 2009, ISC a proposé au ministère de revoir ses stratégies de financement du DSQ pour permettre de consacrer une partie de celui-ci aux DPE. Avec cette proposition, le déploiement de DPE dans les cliniques, les GMF et les urgences des hôpitaux aurait été priorisé pour ensuite les intégrer sur le plan national au DSQ, compte tenu du fait que les besoins cliniques seront comblés en bonne partie avec les échanges locaux de données. **Proposition d'ISC non retenue.**

2. Bien qu'il n'y ait pas de consensus formel quant à la terminologie, on utilise en général dans le réseau de la santé et des services sociaux le terme Dossier clinique informatisé (DCI) pour désigner les dossiers électroniques utilisés par les établissements de santé et le terme Dossier médical électronique (DME) pour désigner les dossiers électroniques utilisés par les cliniques médicales. Dans le présent rapport, nous utiliserons le terme DPE pour désigner ces deux types de dossiers électroniques locaux.

L'Alberta a débuté de cette façon de même que les pays nordiques et cette façon de procéder a également fait l'objet d'une recommandation dans le *Rapport du Groupe de travail sur le financement du système de santé* (rapport Castonguay). Le principal avantage de cette approche consiste en ce que les gens du terrain s'approprient le projet et qu'ils le font avant tout pour eux, favorisant indéniablement l'adhésion. À notre avis, cette façon de procéder pourrait même accélérer la mise en place du DSQ. Or, en février 2010, le ministère décidait de ne pas aller de l'avant avec cette proposition. Cette décision nous préoccupe grandement, étant donné qu'aucune stratégie n'a été réalisée à l'égard de l'arrimage du DSQ et des DPE existants et futurs.

Structure de gouvernance du projet

- 5.35** Notre rapport de l'an dernier faisait mention de plusieurs changements quant à la direction du DSQ et à la responsabilité d'au moins quatre projets.
- 5.36** En octobre 2009, le ministère a modifié la structure du projet en intégrant le Bureau du DSQ à la structure permanente de la DGTI. À cet effet, une ressource interne du ministère a été nommée pour s'occuper du projet DSQ, de même que des autres projets liés aux TI du ministère. L'an dernier, nous avons indiqué que, malgré l'importance stratégique du DSQ, peu de ressources internes étaient engagées dans sa gestion. Cette situation est maintenant corrigée, puisque, à la suite de l'intégration du DSQ à la DGTI, plusieurs ressources internes occupent désormais la quasi-totalité des postes stratégiques du projet.
- 5.37** Une autre direction du ministère est impliquée depuis février 2010 pour définir les besoins cliniques des utilisateurs du DSQ, évitant ainsi que les intervenants de la DGTI ne soient les seuls impliqués, alors qu'ils sont les développeurs informatiques du projet. Nous considérons que c'est une bonne pratique car elle permet de mieux concilier les besoins des utilisateurs et des développeurs informatiques.
- 5.38** Par ailleurs, l'an dernier, nous avons noté qu'en ce qui concerne la gestion du changement, certains éléments de la stratégie étaient manquants et que des biens livrables n'avaient pas été produits. Par conséquent, il y avait un risque important que les objectifs liés à la gestion du changement ne soient pas atteints. Or, cette situation n'a pas été corrigée et le mandat de l'équipe chargée de ce volet est en cours de révision. Ainsi, peu d'actions ont été entreprises à cet égard au cours de la dernière année malgré des changements survenus dans la planification et l'échéancier, changements que nous détaillerons plus loin.
- 5.39** **Nous avons recommandé au ministère :**
- d'établir une stratégie pour l'arrimage à court et moyen termes du Dossier de santé du Québec et du Dossier patient électronique ;
 - de s'assurer d'avoir une stratégie globale, des démarches et des outils de gestion du changement complets, à jour et produits en temps opportun.

Coûts et financement

Coûts prévus pour les projets

- 5.40** Le budget du DSQ est de l'ordre de 563 millions de dollars. En plus des coûts liés aux 13 projets, cette somme inclut notamment des dépenses relatives à la gouvernance et à la mise en œuvre ainsi que des frais d'intérêts.
- 5.41** Les coûts associés au projet ont été révisés en décembre 2009 en tenant compte d'un nouvel échéancier. Toutefois, certains éléments que nous aborderons ci-après font en sorte que le risque de ne pas respecter ces coûts demeure. D'ailleurs, certaines des hypothèses retenues ne nous apparaissent pas réalistes. Par exemple, le ministère pose l'hypothèse que le matériel de gestion du changement sera complété en juin 2010, alors que nous n'avons constaté aucun progrès à cet égard. De plus, il prévoit aussi que la plupart des projets arriveront à terme graduellement entre janvier 2010 et juin 2011, ce qui nous apparaît peu probable compte tenu du nouvel échéancier des projets.
- 5.42** En outre, le ministère comptabilise dans les coûts le fait que les déploiements régionaux pourraient se poursuivre jusqu'en 2013, alors que dans l'échéancier révisé qu'il nous a fourni, le déploiement le plus tardif est celui de la région de Montréal qui s'étend jusqu'en juin 2015, soit deux ans plus tard. En conséquence, l'estimation des coûts du MSSS nous apparaît non crédible et le risque lié à leur dépassement est toujours présent dans la mesure où la portée du projet demeure la même que celle prévue initialement. Rappelons que les coûts liés à la mise en place d'un DSE sont très élevés; en effet, tel que nous l'avons mentionné précédemment, certains spécialistes ont estimé à plus de 10 milliards de dollars la mise en place d'un système canadien de dossiers de santé électroniques, opinion que partage ISC. Par ailleurs, il ne faut pas oublier qu'un dépassement des coûts aurait nécessairement un impact sur le financement requis.
- 5.43** Par ailleurs, les nombreux systèmes de laboratoires présentent un défi compte tenu de la diversité des fournisseurs, des normes en vigueur et de la nomenclature utilisée pour saisir les données dans les systèmes locaux. Le ministère indique que des budgets ont été prévus pour réaliser les adaptations dans le cadre du projet et des investissements préalables. Une stratégie d'intégration est à réaliser et, conséquemment, l'évaluation du ministère selon laquelle aucun coût additionnel n'est à prévoir nous apparaît être irréaliste.
- 5.44** L'an dernier, nous soulignons le fait que les coûts associés au projet Santé publique seraient fort probablement augmentés, attendu que sa fin était reportée à juin 2012, soit trois ans plus tard que ce qui avait été initialement prévu, et que, de surcroît, il était possible que sa portée soit modifiée. Depuis, la date de fin a de nouveau été reportée. Pourtant, les coûts estimés par le ministère sont restés les mêmes. Compte tenu du report de la date de fin, nous estimons que le budget devrait être révisé à la hausse.

Risque de dépassement des coûts toujours présent.

- 5.45** En ce qui a trait au projet IPM, les coûts n'ont pas été révisés alors qu'il ne reste que 684 000 dollars à dépenser en date de mars 2010 et que la majorité des sites visés par ce projet n'ont pas été déployés. À notre avis, les coûts doivent être revus à la hausse pour ce projet aussi; encore là l'estimation nous apparaît non crédible.

Estimation et financement des coûts préalables et récurrents

- 5.46** Dans la dernière année, nous avons mentionné que les investissements préalables nécessaires au DSQ – estimés initialement à 327 millions de dollars et ramenés à 250 millions – n'avaient pas tous été recensés, tels ceux ayant trait aux coûts liés à la mise à niveau, à l'intégration et à l'implantation des index patients locaux ainsi que les coûts de mise en place du soutien opérationnel nécessaire au DSQ, une fois ce dernier déployé. Récemment, une nouvelle estimation a été réalisée et ces coûts ont été ramenés à 225 millions de dollars. Cette baisse est attribuable principalement à une réduction significative du montant global de 8 p. cent du budget, prévu pour la gestion et la coordination de ces investissements. Le ministère avait été prudent au départ en prévoyant un tel montant, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui, car il l'a ramené à moins de un pour cent. Mentionnons que le projet DSQ est toujours en phase de réalisation, qu'il connaît un certain nombre de problématiques et que la phase de déploiement n'est pas prévue être complétée avant juin 2015.
- 5.47** Le ministère a révisé les coûts récurrents en novembre 2009 et les a évalués à 17, 45 et 78 millions de dollars pour les années 2009-2010 à 2011-2012. À compter de cette date, le ministère estime que, pour les années subséquentes, ces coûts ne devraient pas varier de façon significative compte tenu du fait que les infrastructures et les systèmes seront en production et qu'il n'y aura qu'une augmentation du nombre d'utilisateurs. Rappelons que le déploiement dans la région de Montréal devrait se terminer en 2015. Nous sommes perplexes à l'idée qu'une augmentation du nombre d'utilisateurs aura peu de répercussions sur les coûts, lesquels sont liés à l'exploitation et à l'entretien des systèmes, incluant le soutien aux utilisateurs.
- 5.48** Nous avons recommandé au ministère de :
- s'assurer que tous les coûts liés au Dossier de santé du Québec ont été estimés et sont basés sur des hypothèses réalistes;
 - s'assurer que le financement est disponible en temps opportun pour l'ensemble du projet.

Partage des coûts avec Inforoute Santé du Canada

- 5.49** La contribution maximale d'ISC, établie à 303 millions de dollars, est versée à la condition que des ententes particulières de contribution soient conclues entre son conseil d'administration et le gouvernement pour chaque projet et pour les différentes phases de chacun. Jusqu'à présent, 49 ententes ont été signées totalisant un montant de 297 millions de dollars. Par ailleurs, une autre entente d'un montant de 6 millions de dollars, relative au projet Santé publique, est en préparation avec ISC, ce qui permettra d'atteindre l'enveloppe de financement prévue de 303 millions de dollars.

- 5.50** Parmi les 49 ententes signées, 28 d'entre elles, portant essentiellement sur des travaux en phase de démarrage, sont terminées. Il reste un montant d'un million de dollars qui ne pourra être réclamé du fait que les travaux ont coûté moins cher que prévu. À cet effet, les 21 autres ententes sont encore en vigueur étant donné que les travaux qui s'y rapportent sont toujours en cours. Cependant, en raison de l'échéancier révisé, certaines de ces ententes sont présentement échues et devront être renouvelées, comme le montre le tableau 6. À cet égard, ISC a démontré de l'ouverture quant à la renégociation des dates d'échéances.

Tableau 6
Statut des ententes avec Inforoute Santé du Canada au 30 septembre 2009

	Nombre d'ententes	Contribution maximale ISC (en millions de dollars)	Encaissements reçus (en millions de dollars)
Ententes portant sur des travaux terminés	28	11	10
Ententes portant sur des travaux toujours en cours	21	286	87
Ententes en vigueur	12	231	65
Ententes échues	9	55	22
Total	49	297*	97

* Une entente de 6 millions de dollars est en négociation pour une contribution maximale d'ISC de 303 millions de dollars.

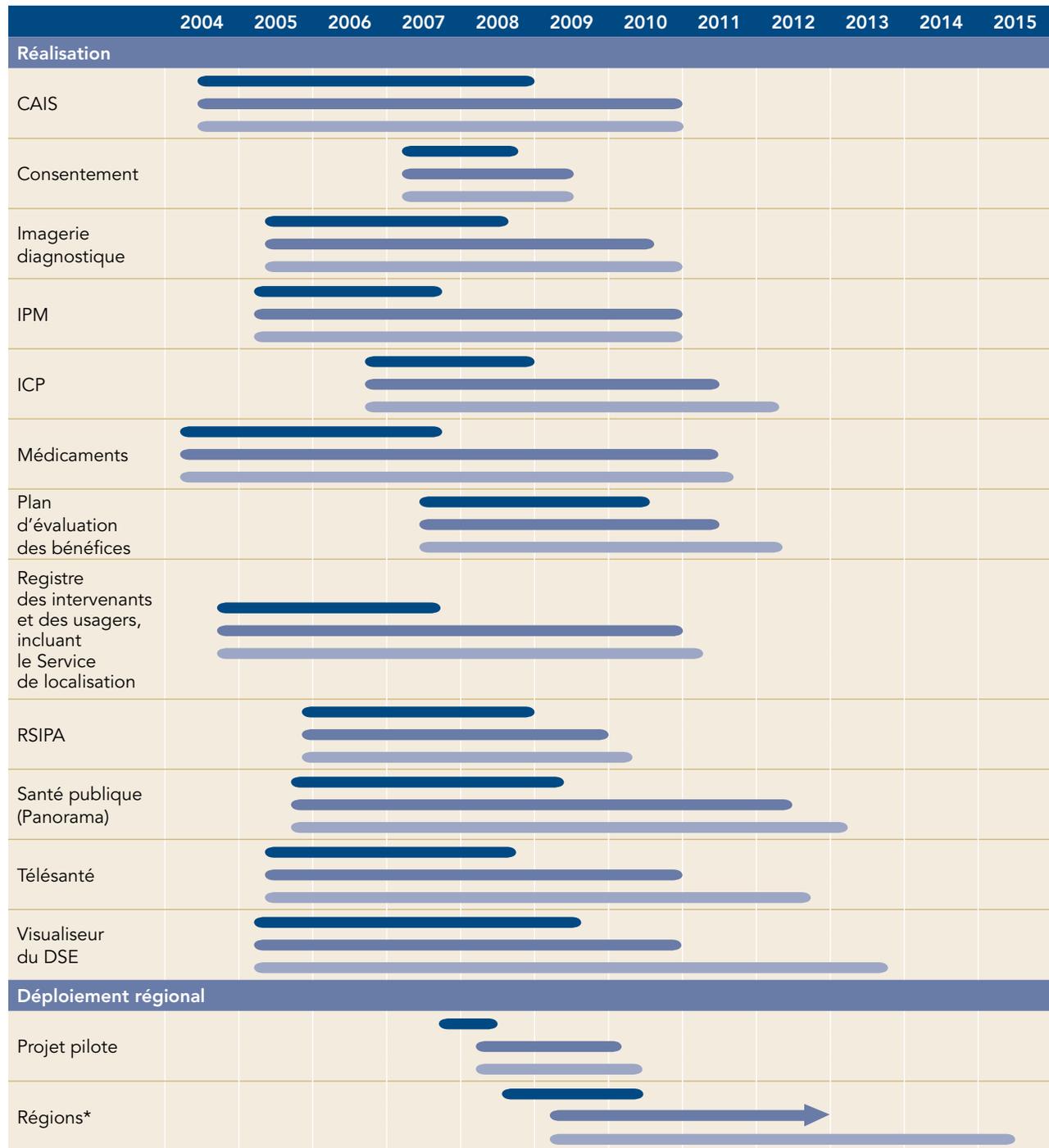
- 5.51** En ce qui a trait au financement d'ISC, il faut retenir que si le ministère ne livre pas ce qui était entendu avec cette dernière, celle-ci ne financera pas les 200 millions restants puisqu'ISC ne paie que si les livrables convenus sont produits.
- Production des biens livrables convenus conditionnelle au financement d'ISC.**

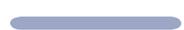
Planification et suivi des projets

Échéancier des travaux

- 5.52** Le DSQ est un projet composé de plusieurs sous-projets dont l'objectif visé initialement était de permettre aux professionnels de la santé, aux cliniques médicales, aux centres hospitaliers universitaires, aux pharmacies, aux centres d'imagerie diagnostique, aux laboratoires privés, aux centres de santé et de services sociaux ainsi qu'aux autorités de santé publique d'avoir tous accès au DSQ en avril 2010.
- 5.53** Dans nos travaux de vigie des deux dernières années, nous considérons que le non-respect de l'échéancier du projet représentait un risque important. L'an dernier, le ministère avait pris la décision de reporter d'une année la date prévue pour la fin du projet, qui s'établissait alors à juin 2011. Toutefois, cette date excluait le déploiement complet du DSQ dans les régions, déploiement qui devait débuter initialement en juillet 2008, mais pour lequel aucune date finale n'avait été fixée. L'intégration du DSQ à la DGTI a fait en sorte que les nouveaux joueurs ont eu à prendre connaissance des multiples projets et ont réévalué chacun d'entre eux, ce qui a entraîné comme conséquence une révision de la portée, des coûts et de l'échéancier. Le tableau 7 présente les échéances initiales et révisées des différents projets liés au DSQ en date du mois de février 2010.

Tableau 7
Calendrier des projets



-  Calendrier initial
-  Calendrier révisé en mai 2009 par notre analyse de la documentation
-  Calendrier révisé par le ministère en février 2010

* Voir l'annexe 5 pour le détail du déploiement dans les régions.

- 5.54** Comme on peut le constater, les échéances ont de nouveau été modifiées pour la quasi-totalité des projets. Ces modifications apportées à l'échéancier sont effectuées dans un contexte où l'intégration du projet à la structure de la DGTI du ministère fait en sorte que le ministère parle désormais du DSQ comme d'un portefeuille de projets plutôt que d'un projet en soi.
- 5.55** Par ailleurs, des conditions préalables sont nécessaires au respect de ces échéances. À titre d'exemple, en décembre 2009, le ministère avait déterminé qu'il faudrait régler d'ici avril 2010 toute la problématique relative à l'identification unique de l'utilisateur. Au moment de compléter nos travaux, cette échéance n'avait pas été respectée, mais le ministère estimait qu'une solution serait adoptée prochainement. Actuellement, les données cumulées des divers systèmes démontrent la difficulté qui existe de s'assurer que chaque Québécois n'a qu'un seul numéro d'identifiant qui lui soit attribué et que toutes les informations qui le concernent sont associées à ce numéro. Ce problème n'est pas encore résolu. Ainsi, à l'heure actuelle, quelque 33 millions de Québécois différents sont inscrits dans les diverses banques de données. À ce sujet, ISC a proposé au ministère une stratégie qui s'inspire de ce qui se fait dans les autres provinces. Celle-ci doit toutefois être entérinée par le ministère et les agences.

Problématique non résolue quant à l'identification unique du patient.

Déroulement des projets

- 5.56** Nous avons dressé dans le tableau 8 un portrait des principales modifications apportées en décembre 2009 en ce qui touche à l'échéancier, à la portée et au coût, et qui fait également part de nos commentaires à l'égard des projets du DSQ. Dans l'ensemble, le ministère prévoit que les coûts prévus seront respectés, prévision qui, comme nous l'avons mentionné précédemment, nous apparaît non crédible. Cependant, le respect de ce budget pourrait être possible si l'on réduit davantage la portée. Par conséquent, le produit final serait moindre que ce qui avait été prévu au départ.
- 5.57** Certains projets méritent une attention plus particulière compte tenu des enjeux qu'ils amènent. Les prochaines sections décrivent ces derniers.

Tableau 8
Principales modifications aux projets

	Révision par le ministère			Commentaires du Vérificateur général
	Échéancier (mois)	Portée	Coût (en millions de dollars)	
Couche d'accès à l'information de santé (CAIS)	–	↓ des composantes	↓ de 1	<ul style="list-style-type: none"> Potential d'utilisation incertain pour les données autres que les médicaments Négociation contractuelle à finaliser
Consentement	–	–	↓ de 2	–
Imagerie diagnostique	↑ de 6	–	↓ de 7	<ul style="list-style-type: none"> Déploiement pratiquement terminé des systèmes d'imagerie diagnostique Prémisse : résolution de la problématique d'identifiant unique du patient pour l'intégration au DSQ Risque quant à l'échéancier
Index patients maître (IPM)	–	–	–	<ul style="list-style-type: none"> Majorité des sites non implantés Résolution de la problématique d'identifiant unique du patient Risque quant à l'échéancier et aux coûts
Infrastructure à clé publique (ICP) – Renommé SecurSanté	↑ de 9	En révision	↓ de 3	<ul style="list-style-type: none"> Révision de la stratégie initiale Niveau de sécurité acceptable pour le ministère et les régions avec l'arrimage au DPE
Médicaments	↑ de 3	–	↓ de 2	<ul style="list-style-type: none"> Priorité du ministère : déploiement
Plan d'évaluation des bénéfiques	↑ de 9	–	↑ de 2	–
Registres des intervenants et des usagers, incluant le Service de localisation	↑ de 3	Abandon du Service de localisation	↓ de 5	<ul style="list-style-type: none"> Impact à prévoir avec la résolution de la problématique d'identifiant unique du patient
Réseau de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA)	↑ de 3	Ne sera plus intégré au DSQ	↓ de 2	–
Santé publique (Panorama)	↑ de 9	–	–	<ul style="list-style-type: none"> Négociation contractuelle à finaliser avec la Colombie-Britannique et le fournisseur Risque quant à l'échéancier et aux coûts
Télésanté	↑ de 18	–	↓ de 6	<ul style="list-style-type: none"> Retard important Risque quant à l'échéancier et aux coûts
Visualiseur du DSE et Laboratoires, incluant les services régionaux de conservation	↑ de 33	↓ des utilisateurs	↓ de 10	<ul style="list-style-type: none"> Prémisse : résolution de la problématique d'identifiant unique du patient Révision importante en cours pour les services régionaux de conservation Négociation contractuelle en cours

Couche d'accès à l'information de santé (CAIS)

- 5.58** Le plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux exige le partage de données provenant de plusieurs systèmes. Par la mise en place d'une infrastructure de niveau provincial et régional, le projet CAIS devait prendre en charge et sécuriser tous les échanges d'information entre les différentes composantes du DSQ et, éventuellement, du réseau. Bref, la CAIS devait constituer l'unique point d'accès. Par ailleurs, la solution implantée devait être évolutive pour supporter l'accès à l'information et la circulation de celle-ci. 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. Pourtant, il s'agit de la même technologie utilisée par Kaiser Permanente, une compagnie privée américaine qui assure près de 8 millions de personnes et utilise des systèmes d'information d'aide à la décision clinique. Notons que, selon une étude de Gartner Group, le fournisseur de cette technologie est considéré comme un leader dans sa catégorie.
- 5.59** Ainsi, pour ce qui est du DSQ, la solution de la CAIS développée jusqu'à maintenant permet de faire circuler les données qui concernent les médicaments, du moins dans le cadre du projet pilote. Le ministère est d'avis que celle-ci suffira pour permettre le bon fonctionnement du DSQ lorsqu'il sera déployé, et ce, même en incluant les données de laboratoires et d'imagerie diagnostique. Cependant, même si le ministère a l'intention d'utiliser la CAIS pour ces données, son potentiel d'utilisation est inconnu, compte tenu du fait que les essais n'ont pas encore été effectués. De plus, cela prendra encore quelque temps avant le déploiement complet dans les régions et, si le ministère ne fait pas évoluer cette solution dans les prochaines années, il y a lieu de s'interroger non seulement sur son potentiel d'utilisation, mais également sur la possibilité qu'elle soit éventuellement abandonnée, ne répondant plus aux besoins du DSQ, et remplacée par une autre solution. Rappelons que la performance de la CAIS lors de la consultation des données dans le Visualiseur du DSE constitue un élément important de l'adhésion des utilisateurs. De plus, ISC a désigné cet élément comme étant un enjeu important à prendre en compte dans la mise en place du DSQ.
- 5.60** Enfin, des désaccords en rapport avec la réalisation des biens livrables par le fournisseur ainsi que des inquiétudes du ministère quant à la qualité de ces derniers font en sorte que les négociations actuelles entre celui-ci et le fournisseur s'annoncent ardues. D'ailleurs, des essais récents réalisés dans le cadre du projet pilote ont occasionné une panne de la CAIS. Un contrat d'une valeur de 27 millions de dollars est au cœur de ces négociations.

Questionnement quant au potentiel d'utilisation de la CAIS.

Santé publique (Panorama)

- 5.61** L'application du projet Santé publique est développée par un fournisseur en collaboration avec la Colombie-Britannique. Une fois l'application développée, les autres provinces pourront l'adapter afin de l'utiliser sur leur territoire. Or, selon le ministère, la solution qui a été développée comportait, en janvier, plus d'un millier d'anomalies à corriger dont plusieurs sont spécifiques de la version française. Dans le meilleur des cas, le fournisseur pense être capable d'effectuer les corrections pour le mois de juin 2010. De plus, des négociations sont en cours avec la Colombie-Britannique relativement à la responsabilité de l'entretien de cette application, une fois déployée, et à la facturation y afférente.

- 5.62** En 2009, le ministère avait l'intention d'augmenter la portée de ce projet jusqu'au niveau local. Toutefois, compte tenu de la situation actuelle, la négociation du financement avec ISC pour cet ajout à la portée du projet a été suspendue. La date de fin inscrite par le ministère nous apparaît incertaine compte tenu du fait que l'équipe du DSQ ne sait pas quand la solution sera de nouveau disponible.

***Visualiseur du DSE et Laboratoires,
incluant les services régionaux de conservation***

- 5.63** L'outil permettant de visualiser les données du DSQ sur les médicaments, les examens de laboratoire et les résultats d'examens en imagerie diagnostique ne sera pas systématiquement utilisé par les différents dispensateurs de services. Par le fait même, moins d'utilisateurs se serviront de cet outil, d'où la modification prévue à la portée.

- 5.64** Par ailleurs, en ce qui concerne les laboratoires, le ministère fait toujours face à des problèmes en ce qui a trait à l'identité de l'utilisateur dans les systèmes locaux de laboratoires et sur le plan de la normalisation des données de laboratoires. Des progrès ont été réalisés, mais il reste encore des travaux à faire.

Normalisation des données de laboratoires: toujours problématique.

- 5.65** Pour ce qui est des services de conservation, toute l'architecture est en révision par le ministère et des modifications législatives seront nécessaires, ce qui rend le processus plus complexe. En effet, la loi détaille les dispositions qui déterminent des moyens pour atteindre certains résultats, ce qui laisse peu de place à l'évolution des solutions technologiques et à de nouveaux modèles d'organisation de services. Cette situation s'avère très contraignante, puisque tout changement envisagé exige nécessairement l'adoption de modifications législatives par l'Assemblée nationale. Par exemple, la loi stipule que tous les intervenants doivent obtenir et utiliser un certificat pour accéder au DSQ, lequel certificat est « associé à des clés cryptographiques générées [...] sur un support matériel [...] ». Cette exigence laisse peu de latitude en ce qui concerne la manière d'authentifier les intervenants, autrement que de cette façon, à moins de modifications à cette loi. Il est d'ailleurs rare de voir les moyens ou solutions technologiques prescrits dans les lois. De fait, dans les autres provinces ou territoires, les lois associées à leur initiative d'informatisation ne font pas état de tels détails.

- 5.66** Initialement, il était prévu que les renseignements, à l'exception de ceux relatifs aux médicaments, devaient être conservés au niveau de la région. L'objectif recherché maintenant est de les centraliser davantage, à un échelon provincial. De plus, le contrat avec le fournisseur ne prévoit pas actuellement cette nouvelle infrastructure. Compte tenu de l'ampleur du montant en cause, soit 111,4 millions de dollars, nous considérons cet élément comme un enjeu important.

- 5.67** **Nous avons recommandé au ministère de statuer sur les choix relatifs à l'architecture du projet et de revoir de façon réaliste les échéances des projets.**

Déploiement dans les régions

- 5.68** Selon l'échéancier initial, une première région devait accueillir le DSQ à compter de juillet 2008, prévision qui n'est toujours pas avérée au début de 2010. L'an dernier, la stratégie de déploiement a été révisée et elle prévoyait plutôt l'implantation graduelle dans quelques régions des applications concernant les médicaments, les examens de laboratoire et les résultats d'examens en imagerie diagnostique au lieu du déploiement en bloc de ces trois applications dans l'ensemble des régions. Cette stratégie est toujours en vigueur aujourd'hui mais, en 2009, le ministère a pris la décision de prioriser les données relatives aux médicaments afin qu'elles soient disponibles le plus tôt possible aux utilisateurs.
- 5.69** Lors de notre vigie de l'an dernier, nous soulignons être perplexes quant au début possible du déploiement en 2009 et au fait qu'il puisse être complété dans les 18 régions du Québec au 30 juin 2011. En vertu de l'échéancier de février 2010, la date prévue pour la fin du déploiement dans l'ensemble des régions a été reportée au 30 juin 2015, la dernière région planifiée étant Montréal, soit celle la plus peuplée.
- 5.70** La nouvelle stratégie de déploiement prévoit que la région de la Capitale-Nationale sera la première à implanter le DSQ, suivie de celle de Lanaudière (annexe 5). Nous avons cependant noté que cette planification qui date de décembre 2009 n'est déjà plus à jour, puisqu'elle prévoit que le déploiement dans la Capitale-Nationale débiterait en décembre 2009, alors que le projet pilote est toujours en cours dans la même région, ce qui ne nous apparaît pas réaliste, voire crédible.
- 5.71** Le déploiement s'effectuera en priorité auprès des professionnels de la santé volontaires pratiquant plus particulièrement en GME, dans les services d'urgence et dans certaines cliniques externes. Le ministère veut montrer rapidement des exemples concrets d'utilisation en milieu clinique.
- 5.72** En somme, un échéancier de déploiement du DSQ a été établi pour l'ensemble des régions sans toutefois spécifier une cible d'utilisateurs.
- 5.73** **Nous avons recommandé au ministère de s'assurer d'avoir régulièrement, pour ses projets, un portrait fidèle de l'échéancier.**

Fin du déploiement dans les régions prévu pour le 30 juin 2015.

Projet pilote

- 5.74** En raison de l'envergure et de la complexité du DSQ, le MSSS a décidé qu'avant de procéder à une implantation dans toutes les régions, il était nécessaire de réaliser un projet pilote dans l'une d'entre elles. L'objectif rattaché à cet essai est d'évaluer les composantes en fonction des réalités et des besoins mis en évidence sur le terrain. D'ailleurs, il a été entendu avec le gouvernement que la mise en œuvre du projet expérimental doit se faire préalablement à un déploiement sur l'ensemble du territoire québécois afin d'en évaluer la faisabilité, la fiabilité et l'efficacité.

- 5.75** Les premières phases sont les suivantes : d'abord une de rodage technologique dans le but de vérifier la faisabilité technique, puis une autre de pilotage pour expérimenter la valeur clinique. La principale différence entre ces deux étapes consiste dans le nombre d'utilisateurs et d'endroits où l'application est expérimentée.
- 5.76** La région sélectionnée pour le projet est celle de la Capitale-Nationale. Le projet pilote a débuté dans la région en juin 2008 et seules les données portant sur les médicaments étaient disponibles l'an dernier. Un arrêt du rodage avait été nécessaire d'août à novembre 2008 en raison de l'instabilité du DSQ, celle-ci étant liée à une série d'incidents techniques incluant des ruptures de service et des temps de traitement jugés inacceptables par les cliniciens. Le pilotage devait débuter en avril 2009 pour les données se rapportant aux médicaments. Or, ce ne fut pas le cas. Le passage à cette seconde étape n'a débuté qu'en novembre 2009, soit le temps de terminer la négociation des ententes avec les associations professionnelles des médecins et des pharmaciens et de faire la mise à niveau de la technologie. À cette date, 7 sites en pharmacie, 3 sites cliniques, 42 professionnels de la santé et plus de 23 000 patients faisaient partie du projet pilote. Le ministère prévoyait alors augmenter le nombre d'utilisateurs et de patients visés par le projet pilote en février 2010.
- 5.77** Toutefois, un problème important a été vécu en novembre 2009 par certains pharmaciens engagés dans le projet pilote. En effet, le système informatique de leur pharmacie, lequel est lié au DSQ, a été inutilisable pendant plusieurs heures en raison des modifications apportées par le fournisseur pour répondre aux besoins d'intégration liés au DSQ. En raison de cette problématique, certains pharmaciens participant au projet pilote ont demandé leur retrait du DSQ et le pilotage a été arrêté en décembre 2009. Il a recommencé en mars 2010 avec un nouveau pharmacien, allongeant par le fait même, cette phase. Le projet pilote a permis de faire ressortir un enjeu au regard de la participation des pharmaciens. Selon l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, ces derniers possèdent depuis de nombreuses années des systèmes informatiques et voient bien des avantages à l'informatisation à condition que deux éléments y soient : la prescription électronique de médicaments par le médecin et les données des examens de laboratoire.
- Problème majeur vécu par les pharmaciens lors du projet pilote.**
- 5.78** Le problème majeur vécu par les pharmaciens lors du pilotage démontre le danger possible lors de l'arrimage entre des applications locales, notamment les DPE, et celles liées au DSQ. Ainsi, cette situation représente un risque important et la stratégie d'arrimage devra donc en tenir compte.
- 5.79** En ce qui concerne les données relatives aux examens de laboratoire, des problèmes importants demeurent quant à la normalisation des données provenant des divers systèmes de laboratoires et quant à l'identification des usagers. Il était prévu de commencer la phase de pilotage en avril 2010 mais elle a été reportée à une date indéterminée.

- 5.80** Rappelons que l’an dernier, la date prévue pour la fin du projet pilote avait été reportée deux fois, soit une première en mars 2010, en raison notamment de l’ajout d’une phase non prévue au départ, et une seconde en juin 2010. Or, cette dernière date a été déterminée pendant le premier arrêt du projet pilote dans la dernière année, lequel s’est poursuivi sur une période de sept mois, alors que le second a duré trois mois.
- 5.81** À la fin du mois d’avril 2010, le ministère a annoncé le début du déploiement du DSQ dans la région de la Capitale-Nationale. En fait, il s’agit de la dernière phase du projet pilote au regard du volet médicaments. Par ailleurs, d’autres travaux non prévus initialement, entre autres ceux relatifs aux données liées à l’imagerie diagnostique, seront nécessaires pour tester l’affichage de celles-ci dans le visualiseur du DSQ. En conséquence, la date prévue pour la fin de juin 2010 nous apparaît irréaliste.
- 5.82** Enfin, en vertu du premier décret gouvernemental établissant les conditions liées au projet pilote qui couvrait la période d’avril 2008 à juin 2009, une évaluation trimestrielle du DSQ devait être effectuée tout au long de l’expérimentation afin de déterminer dans quelle mesure les objectifs étaient atteints et un rapport devait être soumis au ministre de la Santé et des Services sociaux. Or, un seul rapport a été déposé en juin 2009. Le second décret couvrant la période de juillet 2009 à juin 2010 prévoit une évaluation semestrielle du projet expérimental. Le ministère a déposé le bilan intérimaire en mars 2010.
- 5.83** **Nous avons recommandé au ministère de présenter le rapport d’évaluation du projet pilote, comme cela a été prescrit, et de s’assurer de donner suite aux problèmes soulevés.**

Suivi des projets

- 5.84** Jusqu’en septembre dernier, le ministère dressait des états de situation pour effectuer le suivi des différents projets. Ces documents compilaient de façon succincte les faits saillants et les enjeux relatifs aux projets afin de permettre à la haute direction d’en faire le suivi. Depuis septembre 2009, les états de situation ne sont plus utilisés. Le ministère utilise plutôt les revues de projets mensuelles qu’il travaille à bonifier. Ces revues de projet sont très détaillées, mais elles ne sont pas à jour, notamment en ce qui a trait aux coûts et aux dates de fin des projets. Dans ce contexte, le ministère ne dispose toujours pas d’un outil lui permettant d’avoir, en temps opportun, l’heure juste sur les différents projets qui composent le DSQ.
- 5.85** L’an dernier, le Bureau du DSQ n’avait pas de portrait juste quant au degré d’avancement des travaux associés aux différents projets, car le degré d’avancement inscrit dans les revues mensuelles à leur égard représentait l’évolution des coûts. En janvier 2009, il s’était doté d’une méthode d’évaluation basée sur le degré d’avancement des travaux. Il lui restait à la mettre en application pour chacun des projets. Nous constatons que les revues de projet ne font toujours pas état de ce degré d’avancement des travaux. Ainsi, plus la réalisation des projets liés au DSQ avancera, plus il sera important de vérifier si les budgets prévus seront suffisants pour défrayer le coût des travaux.

- 5.86** Nous avons recommandé au ministère de se doter d'un outil de suivi des projets fiable, succinct et produit en temps opportun qui lui permettra de mesurer périodiquement le degré d'avancement des travaux des différents projets.

Acquisition de biens et de services

- 5.87** L'an dernier, nous avons recommandé au ministère de prendre les moyens nécessaires pour disposer d'une vue d'ensemble des contrats accordés ou à accorder à l'égard du DSQ. Le ministère a donné suite à cette recommandation. En ce qui a trait au suivi des contrats, le ministère a apporté des améliorations pour effectuer un suivi efficace des contrats et des travaux.
- 5.88** Au 31 août 2009, le Bureau du DSQ avait accordé 237 contrats pour l'acquisition de biens et de services auprès de fournisseurs privés dont la valeur totalise 418,4 millions de dollars. Ces contrats, de diverse nature, touchent plusieurs aspects du projet, notamment l'achat de matériel informatique, tels que des logiciels et des licences d'utilisation, de même que l'acquisition de services professionnels divers (gestion, coordination, conseils, etc.).
- 5.89** Compte tenu des sommes en jeu et des problèmes rencontrés dans d'autres provinces au regard des contrats de services professionnels octroyés dans le cadre de l'implantation de leur dossier de santé électronique, nous avons décidé de réaliser des travaux sur ce sujet. Parmi les 200 contrats portant exclusivement sur des services professionnels, nous avons examiné un échantillon de 66 contrats dont la somme atteint 28,5 millions de dollars, représentant environ 35 p. cent de la valeur de l'ensemble des contrats relatifs aux services professionnels, soit près de 80 millions de dollars. Nos travaux visaient à nous assurer que l'octroi de ces contrats, tout comme les modifications qui y ont été effectuées, ont été faits avec rigueur et dans le respect des règles en vigueur.
- 5.90** De façon générale, nos travaux révèlent que les contrats ont été gérés avec rigueur par le ministère. **De façon générale, les contrats ont été gérés avec rigueur.** Par exemple, nous n'avons pas constaté de hausse importante ou injustifiée des taux journaliers inscrits aux contrats. Par ailleurs, depuis juin 2007, la CHQ est responsable de la gestion des appels d'offres pour l'ASSS de Montréal. Nos travaux nous ont permis de noter une amélioration de la documentation dans les dossiers depuis cette prise en charge, notamment au regard de l'évaluation des soumissions reçues. Notons également que la *Loi sur les contrats des organismes publics*, entrée en vigueur en octobre 2008, a contribué à uniformiser et à normaliser les règles appliquées par les partenaires du DSQ.
- 5.91** Cependant, certaines lacunes méritent d'être signalées :
- 94 p. cent des contrats ont été signés après le début des travaux ;
 - en ce qui concerne le renouvellement de deux contrats dont la valeur totalise 495 000 dollars, on estime que le Bureau du DSQ aurait dû retourner en processus d'appel d'offres en raison d'un changement important dans la nature du travail à exécuter.

Sécurité

- 5.92** Le DSQ requiert un environnement très sécuritaire, puisqu'il permettra la circulation et l'accès à de l'information hautement confidentielle relative aux données de santé des patients. Des contrôles de sécurité adéquats doivent donc être élaborés et mis en place.
- 5.93** Le Québec a fait le choix initial de mettre en place une ICP, un service de sécurité exigeant notamment l'utilisation de clés USB pour obtenir l'accès aux données des patients. Cette infrastructure est reconnue dans le domaine en ce qui a trait aux possibilités qu'elle offre quant au niveau élevé de sécurité. Aucune autre province n'est allée dans ce sens, optant pour des procédés utilisés couramment en informatique. Par exemple, l'Ontario, qui avait dans un premier temps fait le choix de recourir à une ICP, a abandonné cette approche. Notons que, à l'heure actuelle, le ministère remet en question ce choix premier vers une ICP, ce qui aura nécessairement un impact sur ce qui avait été planifié en matière de contrôles de sécurité.
- 5.94** Certains de ces contrôles sont de nature stratégique et permettent notamment à l'organisation d'assumer son rôle de surveillance et de reddition de comptes en matière de gestion de la sécurité. Leur mise en place est une prémisse importante à toute gestion adéquate de la sécurité.
- 5.95** À cet égard, nous avons constaté l'absence de | **Absence d'un plan global de sécurité.** plan global de sécurité élaboré pour le DSQ qui intègre tous les aspects importants liés à la sécurité. Un tel plan décrit notamment les principales exigences applicables en matière de sécurité ainsi qu'une description des contrôles de sécurité mis en place ou planifiés pour satisfaire à ces exigences. L'absence de ce plan augmente le risque que certaines étapes importantes soient omises ou ne soient pas franchies en temps opportun, ce qui pourrait compromettre la sécurité du DSQ.
- 5.96** En octobre 2009 était créée la Direction de la sécurité des technologies de l'information au sein de la DGTI du MSSS. Cette nouvelle direction prévoit d'ailleurs, au cours de la prochaine année, établir un plan intégré en matière de sécurité qui inclurait l'élaboration d'une politique globale de sécurité et la mise sur pied d'un comité de sécurité proactif. Ce plan intégré s'adressera à tout le secteur de la santé, mais le DSQ y constituera un élément majeur. Nous invitons le ministère à prendre en compte l'arrimage éventuel avec le DPE dans son plan.
- 5.97** En outre, pour assurer la confidentialité, il est également important de mettre en place des mesures de sécurité opérationnelles adéquates lors de l'octroi, de l'utilisation et de la révocation des accès, et ce, autant pour les professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, etc.) que pour les utilisateurs détenant des privilèges spéciaux (administrateurs de systèmes, consultants, etc.). Dans le rapport que nous avons publié l'an dernier, nous avons relevé plusieurs saines pratiques de gestion relativement à la planification de ces mesures de sécurité et nous avons mentionné alors que le défi consistait à mettre en place de tels contrôles pour garantir la sécurité informatique du DSQ.

- 5.98** Dans la présente vigie, quoique le ministère remette en question l'utilisation de l'ICP, nous avons vérifié si les éléments prévus initialement ont été mis en place et nous avons relevé plusieurs lacunes. Par exemple :
- le suivi des procédures de validation et d'autorisation lors de l'octroi des accès n'est pas rigoureux ; notons à ce titre que certaines autorisations requises n'ont pas été obtenues en temps opportun et que des validations n'ont pas été suffisamment documentées ;
 - la difficulté de retracer ceux qui ont eu accès aux données relatives au patient en raison du fait que le DSQ ne possède pas les outils pour le faire.
- 5.99** L'ensemble de ces lacunes peut compromettre la sécurité du DSQ, et ce risque ne peut que s'accroître à mesure que le nombre d'intervenants pouvant accéder au DSQ augmentera.
- 5.100** Par ailleurs, comme nous l'avons mentionné précédemment dans le rapport, un enjeu important à prendre en compte dans ce projet concerne l'établissement du niveau acceptable de sécurité pour le DSQ et les applications locales comme le DPE. Le ministère et le réseau devront s'assurer d'harmoniser les contrôles afin de garantir la confidentialité des données relatives au patient.
- 5.101** **Nous avons recommandé au ministère de :**
- **se doter d'un plan global de sécurité pour le Dossier de santé du Québec ;**
 - **statuer sur le niveau acceptable de sécurité à instaurer et de s'assurer que ces contrôles de sécurité sont mis en place conformément à ce qui aura été planifié pour diminuer le risque d'accès non autorisé aux données relatives à la santé des patients.**

Reddition de comptes

- 5.102** Au cours de nos précédentes vigies, nous avons recommandé au ministère d'effectuer une reddition de comptes complète et en temps opportun sur le déroulement du DSQ, notamment pour l'Assemblée nationale.
- 5.103** Une décision du Conseil des ministres du 22 mars 2006 fait en sorte qu'un bilan semestriel doit lui être présenté. Ce bilan doit préciser l'état d'avancement des travaux, la situation financière, l'évaluation des risques et, le cas échéant, l'état des mesures correctrices proposées. La situation n'a pas changé depuis l'an dernier, car les bilans qui devaient lui être présentés en juin et en décembre 2009 ne l'ont toujours pas été.
- 5.104** Par ailleurs, l'examen du rapport annuel de gestion du ministère pour l'exercice 2008-2009 nous a permis de constater une amélioration notable des informations relatives au DSQ qu'il contient. Ainsi, le rapport fait état des informations sur l'échéancier et les coûts liés au projet, les dépenses effectuées à ce jour, le projet pilote et le suivi de certaines de nos recommandations antérieures. Cette information pourrait être bonifiée en y ajoutant notamment le degré d'avancement des travaux, les retards et les principaux risques associés au projet.

- 5.105** Nous avons recommandé au ministère d'effectuer en temps opportun une reddition de comptes complète au Conseil des ministres.

Conclusion

- 5.106** L'intégration du Bureau du DSQ à la DGTI a amené un repositionnement du projet et une révision des échéances, des coûts et de la portée des projets qui le composent. Ainsi, ces derniers ont été intégrés au portefeuille de projets ministériels permettant que la gouvernance du projet soit reprise par des ressources du ministère, ce qui est dans le sens des bonnes pratiques en gestion de projet informatique.
- 5.107** Toutefois, bien que les coûts du projet aient été révisés, nous notons que certaines des hypothèses utilisées n'apparaissent pas réalistes et que le risque de ne pas respecter ces coûts demeure.
- 5.108** En février 2010, le ministère a revu de nouveau son échéancier, reportant ainsi le déploiement complet du projet dans l'ensemble des régions en juin 2015, soit cinq ans plus tard que ce qui avait été prévu initialement. Toutefois, l'arrimage entre le DSQ et le DPE n'a pas été pris en compte. À notre avis, cet arrimage constitue l'enjeu majeur du projet, celui qui risque d'avoir le plus grand impact sur l'adhésion, le respect des échéances et les coûts qui lui sont associés. Par ailleurs, nous voyions de bon augure la proposition d'ISC de prioriser les DPE dans les régions pour ensuite les intégrer au niveau national avec le DSQ. Toutefois, cette proposition a été rejetée par le ministère.
- 5.109** Il existe également un autre enjeu d'importance, soit l'identification unique du patient. Cette problématique n'a toujours pas été résolue.
- 5.110** Au regard de la sécurité, nous avons relevé des lacunes dont le ministère doit tenir compte, afin d'assurer la protection adéquate des données relatives au patient.
- 5.111** Somme toute, des problématiques importantes et des risques réduisent la probabilité d'atteindre l'objectif initial visé. Mentionnons :
- l'absence de stratégie d'arrimage entre le DPE et le DSQ ainsi que le choix des régions de prioriser la mise en place de DPE ;
 - relativement aux projets, les retards, les révisions de portée, l'identification non unique, le manque d'harmonisation des données de laboratoire, le déroulement du projet pilote, l'absence de cible quant au nombre d'utilisateurs visés et des éléments d'architecture encore en discussion ;
 - l'obtention du financement d'ISC, conditionnelle au développement d'un produit fonctionnel ;
 - la législation à modifier ;
 - l'adhésion non acquise des médecins, des infirmières et des pharmaciens.
- 5.112** Compte tenu de tous les éléments figurant dans le présent rapport, nous sommes grandement préoccupés par la façon dont le ministère gère ce projet et les conséquences sur sa mise en place qui en découlent.

5.113 Commentaires du ministère

Commentaires généraux

« D'abord, nous voulons réitérer notre considération pour l'implication du Vérificateur général du Québec (VGQ) dans ce dossier puisque sa vigie apporte un éclairage externe et une contribution importante à l'évolution de ce dossier. Nous avons d'ailleurs pris au sérieux les recommandations formulées dans les rapports précédents lesquelles nous ont guidés dans les nombreux correctifs apportés, notamment à la gouvernance de ce projet.

« Nous recevons vos nouvelles recommandations du rapport de vigie 2009-2010 avec la même attention, comme démontré par les commentaires spécifiques à chacune des sections.

« Par ailleurs, nous désirons formuler certains commentaires de portée générale sur le rapport, notamment sur l'évolution du DSQ, sur les coûts et échéanciers de réalisation, sur l'arrimage du DSQ avec les Dossiers patients électroniques (DPE), sur l'adhésion des professionnels de la santé et sur le financement d'Inforoute Santé du Canada (ISC).

« **L'évolution du dossier DSQ.** D'abord, nous convenons que le DSQ est un dossier d'une grande complexité comportant des risques importants mais nous ne pouvons partager entièrement les conclusions de votre rapport. En effet, nous estimons qu'au cours de la dernière année, ce dossier a évolué dans la bonne direction et que nous avons apporté des changements importants et positifs à la gouvernance et à la stratégie de déploiement du DSQ dont les effets se font sentir depuis peu sur l'évolution du dossier. Sans nier l'existence d'enjeux sérieux, nous demeurons confiants quant à l'issue de ce vaste chantier.

« Comme vous l'aviez recommandé l'année dernière, nous avons modifié la gouvernance du projet et intégré le bureau du DSQ à la Direction générale des technologies de l'information (DGTI) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de sorte que la gestion stratégique du projet est maintenant assumée par des ressources internes plutôt que par des contractuels.

« Ce qui a changé véritablement, et nous l'avons déjà indiqué lors de la commission parlementaire du 30 septembre 2009, c'est la stratégie de déploiement qui consiste à aborder le DSQ comme un portefeuille de projets dont chaque élément peut être mis en production de façon distincte en raison de son degré d'avancement et de la capacité des régions à l'accueillir. C'est le changement le plus significatif et stratégique de la dernière année et nous sommes convaincus que c'est là une façon de mieux maîtriser les risques et d'assurer une meilleure adhésion des régions et des professionnels de la santé.

« Dans cette nouvelle approche de développement et de déploiement, notre préoccupation première est de mener à terme le DSQ avec son portefeuille de treize projets ayant chacun sa propre dynamique en raison de leurs exigences technologiques spécifiques et de leurs complexités particulières. Plusieurs d'entre eux progressent de façon intéressante alors que d'autres soulèvent des enjeux qui sont en voie de solution ou de décision.

« Globalement, bien que des enjeux et des risques demeurent, nous considérons que la majorité des composantes du DSQ se développent relativement bien dans le cadre d'un échéancier révisé. C'est le cas, notamment, des volets cliniques Médicaments, Imagerie diagnostique et Télésanté, représentant à eux seuls des investissements de près de 247 millions de dollars

et qui ont été priorisés dans le plan de déploiement puisqu'ils sont susceptibles d'apporter rapidement des bénéfices concrets aux cliniciens et à la population.

« Nous progressons également avec les projets de services communs ou d'infrastructure technologique tels que le Registre des usagers, le Registre des intervenants, la Gestion du consentement, l'Index patient-maître (IPM) et le Visualiseur. Enfin, il y a quelques projets en développement comme Laboratoire, Santé publique (Panorama), Sécur-santé et CAIS qui présentent des enjeux soulevés d'ailleurs dans votre rapport et pour lesquels le MSSS devra apporter les solutions appropriées en tenant compte, notamment, de l'évolution des nouvelles technologies.

« **Les coûts et échéanciers de réalisation.** L'ensemble du portefeuille de projets se développe à l'intérieur du budget autorisé et nous voudrions à nouveau vous exprimer notre détermination à ce que les coûts du projet demeurent à l'intérieur des paramètres initiaux. La mise à jour de décembre 2009 nous indique que nous respectons cet objectif. Par ailleurs, s'il y avait éventuellement un risque important de dépassement du coût global de ce dossier, le MSSS devrait alors considérer la possibilité de revoir la portée de certains éléments, tout en préservant la finalité du projet.

« Quant à l'échéancier de réalisation, il est vrai qu'il y a un retard important par rapport à ce qui était prévu. L'échéancier initial prévoyant le développement et le déploiement de toutes les composantes du DSQ en quatre ans s'est avéré trop ambitieux. À l'instar de toutes les autres provinces et territoires, notre calendrier de réalisation a été révisé pour tenir compte que ce projet introduit des changements profonds dans les façons de faire et dans les processus de travail d'un réseau déjà fort sollicité. D'ailleurs, nous préférons, pour un dossier de cette nature et de cette envergure, prendre le temps nécessaire pour maîtriser les risques associés à un tel projet plutôt que de vouloir à tout prix respecter l'échéancier prévu. Ce serait irresponsable.

« C'est pourquoi la livraison complète du DSQ doit s'étaler sur une plus longue période mais avec des implantations progressives, projet par projet, région par région, qui débutent dès 2010 pour atteindre leur vitesse de croisière en 2011 et 2012. Ce nouveau calendrier est beaucoup plus réaliste, prudent et respectueux de la capacité des régions et des professionnels de la santé à accueillir ces changements.

« **Un arrimage nécessaire.** Vous soulevez à nouveau et avec justesse l'importance d'une stratégie pour l'arrimage à court et moyen termes du DSQ et du DPE. Nous convenons que cet arrimage est essentiel. En effet, il est de la responsabilité première du MSSS de s'assurer que ces systèmes initiés localement, régionalement ou nationalement sont interopérables, et ce, au bénéfice de la qualité des soins aux patients dispensés par les professionnels de la santé. La réalité a changé depuis l'approbation de ce projet en mars 2006 et il est tout à fait logique de tenir compte de l'existence de l'ensemble de ces systèmes dans le développement et le déploiement des solutions DSQ.

« Le MSSS poursuit sa réflexion sur l'arrimage du DSQ avec les DPE et nous examinons avec les intervenants concernés différentes avenues de solution pour choisir celle qui nous apparaîtra la plus optimale. Nous ne voulons pas improviser en la matière et imposer une solution ministérielle sans en convenir avec les responsables des régions et des DPE.

« Lorsque les travaux en cours auront progressé suffisamment, il y aura, bien sûr, un plan stratégique comportant tous les éléments appropriés dont notamment le plan de financement et l'échéancier de réalisation.

« **L'adhésion des professionnels.** Nous considérons que ces travaux d'arrimage entre le DSQ et les DPE, de même que l'approche de déploiement graduel décrite précédemment, favoriseront l'adhésion des professionnels de la santé au DSQ.

« Nous comptons intensifier, au cours des prochains mois, la collaboration des différents partenaires car nous entrons maintenant dans la phase de déploiement de certaines composantes du DSQ.

« **Financement et ententes ISC.** Nous avons pris note de vos commentaires concernant la date d'échéance de certaines ententes avec ISC alors que les travaux visés ne sont pas terminés.

« Par ailleurs, nous demeurons confiants de pouvoir actualiser les ententes en fonction de l'évolution du plan de déploiement du DSQ. D'une part, cette problématique n'est pas spécifique au Québec car plusieurs provinces ont prolongé leur calendrier de réalisation au-delà des dates initialement prévues sans impact sur le financement d'ISC. D'autre part, à la lumière de nos relations soutenues et positives avec ISC, nous avons tout lieu de croire que des aménagements d'ordre administratif seront apportés aux ententes, permettant notamment leur prolongation.

« **Conclusion.** En terminant, le DSQ constitue un défi de taille qui comporte ses risques et ses complexités. Au cours des sept derniers mois, des progrès ont été réalisés pour identifier et assumer ces enjeux, dans le cadre d'un calendrier plus réaliste et avec une approche véritablement ministérielle.

« Nous entendons poursuivre dans cette voie avec toute la rigueur requise mais aussi avec suffisamment d'ouverture pour être en mesure, lorsque nécessaire, d'adapter, d'aménager et d'ajuster le portefeuille de projets à l'évolution des technologies et des besoins du secteur de la santé et des services sociaux, et ce, en concertation avec nos partenaires.

« Nous apprécierions que cette lettre fasse partie intégrante de votre rapport car elle représente formellement la vision et l'engagement du MSSS.

Commentaires spécifiques

« **Gouvernance.** Le Dossier de santé du Québec (DSQ) rend accessibles, aux professionnels de la santé habilités, les informations cliniques pertinentes des dossiers d'un citoyen du Québec, quel que soit le lieu où le citoyen reçoit les services à travers le Québec, sauf s'il a refusé d'y participer.

« Pour leur part, les dossiers patients électroniques (DPE) sont complémentaires au DSQ et visent l'informatisation des activités cliniques au niveau de chaque établissement et clinique médicale. Ils constituent une version informatique des dossiers locaux des patients. Des fonctions internes telles que la prise de rendez-vous et les requêtes électroniques d'examen diagnostiques peuvent y être associées.

« Le ministère a entrepris différents travaux d'orientation et de normalisation qui permettront d'assurer l'interopérabilité des dossiers patients électroniques mis en place dans les établissements et les cliniques médicales avec le DSQ. Le ministère considère que les DPE sont des dossiers complémentaires qui doivent faire l'objet de projets distincts par rapport au DSQ.

« Par ailleurs, la nouvelle stratégie de déploiement du DSQ qui consiste à déployer les composantes graduellement par fonctionnalité plutôt que toutes en même temps sur l'ensemble du territoire tient compte de la capacité du réseau et des professionnels de la santé. Le ministère ajustera donc sa stratégie globale de gestion du changement ainsi que les processus et outils en conséquence.

« **Coûts et financement.** Le ministère va continuer à améliorer ses processus et procédures pour s'assurer que tous les coûts liés au portefeuille de projets du DSQ sont estimés et que l'information est maintenue à jour. Quant au financement, le ministère assure un suivi à ce chapitre.

« **Planification et suivi des projets.** Suite à l'élaboration de la nouvelle stratégie de mise en œuvre, le ministère réalise présentement la mise à jour de l'architecture des projets. Le ministère entend continuer à améliorer ses processus et procédures pour s'assurer que tous les échéanciers liés au portefeuille de projets du DSQ sont suivis régulièrement et que les outils de gestion de projets déjà disponibles sont utilisés de façon efficiente.

« Le ministère produira les rapports d'évaluation du projet pilote comme prescrit et assurera le suivi approprié.

« **Sécurité.** Pour assurer une gouvernance adéquate de la sécurité, le Ministère, en collaboration avec ses partenaires, a amorcé la mise en œuvre d'une approche globale et intégrée de la sécurité du DSQ. Cette approche privilégie un certain nombre d'actions reposant sur les pratiques reconnues en la matière qui permettra une prise en charge adéquate des risques ainsi qu'une amélioration continue de la sécurité de l'information.

« **Reddition de comptes.** Nous convenons d'effectuer une reddition de comptes selon les modalités prescrites. »

Annexe 1 – Objectif de vérification et critères d'évaluation

La responsabilité du Vérificateur général consiste à fournir une conclusion sur l'objectif propre à cette mission de vérification. Pour ce faire, nous avons recueilli les éléments probants suffisants et adéquats pour fonder raisonnablement notre conclusion et pour obtenir un niveau élevé d'assurance. Notre évaluation est basée sur les critères que nous avons jugés valables dans les circonstances et qui sont exposés ci-après.

Les critères retenus proviennent, avec les adaptations requises, de différentes sources. Ils émanent principalement du *Capability Maturity Model Integration (CMMI)*, version 1.2, préparé par le Carnegie Mellon Software Engineering Institute (SEI). Il s'agit d'un recueil de bonnes pratiques à appliquer dans tout projet informatique si l'on veut livrer un produit à temps, dans le respect des budgets et à la satisfaction du client. Nous nous sommes inspirés également des travaux du bureau du vérificateur législatif américain, soit le Government Accountability Office (GAO). De plus, nous avons eu recours au *Project Management Body of Knowledge (PMBOK)* publié par le Project Management Institute (PMI). Cet ouvrage nous a été utile pour certains éléments non traités par le CMMI. Mentionnons également l'utilisation du *Guide for Assessing the Security Controls in Federal Informations Systems*, de juillet 2008, réalisé par le National Institute of Standards and Technology (NIST). Enfin, quelques critères ont été puisés dans des vérifications antérieures.

Les travaux de vérification dont traite ce rapport ont été menés en vertu de la *Loi sur le vérificateur général* et conformément aux méthodes de travail en vigueur. Ces méthodes de travail respectent les normes des missions de certification émises par l'Institut Canadien des Comptables Agréés.

Objectif de vérification

S'assurer que le ministère gère le projet de façon économique, efficiente et efficace.

Critères d'évaluation

Le ministère :

- a déterminé, dès le début du projet, une structure de gestion de projet qui en favorise la gouvernance efficace ;
- s'est assuré que les rôles et les responsabilités de toutes les parties prenantes sont bien définis ;
- détermine les besoins à satisfaire, les exigences légales applicables, les objectifs visés ainsi que les cibles à atteindre le plus tôt possible ;
- évalue les coûts du projet et les bénéfices qui y sont liés ;
- exerce une gestion efficace des risques ;
- s'assure que les biens et services requis par le projet sont acquis avec un souci d'économie ;
- a mis en place une stratégie pour gérer le changement en vue de sensibiliser, de former et de soutenir tant les utilisateurs que la clientèle ;
- effectue le suivi du projet sur une base régulière ;
- effectue périodiquement une reddition de comptes appropriée au Conseil des ministres et à l'Assemblée nationale.

Annexe 2 – Activités clés de l’informatisation clinique du réseau de la santé et des services sociaux

Année	Événements
1985	<ul style="list-style-type: none"> Projet de DPE SIDOCI (système d’information de données cliniques intégrées) dans un établissement de Montréal (arrêté en 1996)
1997	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place du Réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS) Dépôt du rapport ayant trait au projet de carte à microprocesseur à Rimouski
1998	<ul style="list-style-type: none"> Implantation d’un DPE dans un établissement à Sherbrooke (Ariane) Acquisition d’un système d’imagerie diagnostique dans un établissement de la Montérégie
2000	<ul style="list-style-type: none"> DSE inclus dans les orientations du gouvernement du Canada
2001	<ul style="list-style-type: none"> Projet d’expérimentation d’un DPE entre des établissements et des cliniques des régions de Montréal, de Laval et des Laurentides Mise sur pied d’ISC et signature d’ententes avec les provinces (sauf le Québec) en rapport avec le financement de DSE Projet relatif à la Carte santé du Québec accepté par le gouvernement
2002	<ul style="list-style-type: none"> Dépôt du rapport concernant le projet de Carte santé à Laval Recommandation formulée dans le rapport Romanow quant à la création d’un DSE national Consultation générale sur l’avant-projet de loi instituant la Carte santé du Québec
2003	<ul style="list-style-type: none"> Retrait du projet de Carte santé du Québec des priorités du Québec Accord des premiers ministres du Canada : le DSE et la télésanté sont au rang des priorités. Mise en place d’un DPE dans la région de Montréal (OACIS)
2004	<ul style="list-style-type: none"> Québec devient officiellement membre de ISC Mise en place d’un DPE régional (SI-RIL) à Laval
2005	<ul style="list-style-type: none"> Lancement du Plan d’informatisation du réseau de la santé et des services sociaux du Québec Adoption du projet de loi n° 83 introduisant de nouvelles dispositions législatives ayant notamment pour objet de permettre la création d’un DSE
2006	<ul style="list-style-type: none"> Lancement officiel du projet DSQ par le gouvernement du Québec et ISC Mise en place du Bureau du DSQ sous la responsabilité d’un sous-ministre adjoint
2007	<ul style="list-style-type: none"> Diffusion du plan d’affaires relatif au projet DSQ Début du projet pilote concernant l’implantation du DSQ, initialement prévu jusqu’en 2009, mais reporté
2008	<ul style="list-style-type: none"> Approbation par le gouvernement des dispositions ayant trait au consentement implicite du patient Signature du plus gros contrat relatif au projet (111 millions de dollars) Lancement du projet pilote concernant le DSQ, suivi d’un arrêt de quelques mois Début du déploiement prévu du DSQ jusqu’en 2010, mais reporté en juin 2011 Changement de gouvernance au Bureau du DSQ Recommandation du rapport Castonguay quant au déploiement prioritaire du DPE avant le DSQ
2009	<ul style="list-style-type: none"> Début de la mise en place du Réseau intégré de télécommunications multimédia (RITM) en remplacement du RTSS Changement de gouvernance du projet à la suite l’intégration du bureau du DSQ à la DGTI Arrêt du projet pilote du DSQ d’avril à novembre, et de nouveau en décembre 2009
2010	<ul style="list-style-type: none"> Date de fin initialement prévue pour le projet DSQ; report de la fin du projet en 2015

Annexe 3 – Projets relatifs au Dossier de santé du Québec

Nom	Description
Couche d'accès à l'information de santé	Infrastructure technologique permettant la gestion des communications et le contrôle des accès au dossier de santé
Consentement – Registre et service de gestion	Infrastructure technologique permettant d'identifier les usagers ayant donné leur refus relativement à la constitution de leur dossier de santé électronique et l'accès à ce dernier
Imagerie diagnostique	Systèmes par territoire de réseau universitaire intégré de santé pour mettre à la disposition des praticiens les images et les résultats d'imagerie diagnostique
Index patients maître et Registre des usagers	Infrastructures et services aux fins de l'identification des usagers pour soutenir la consolidation des index patients locaux, faciliter l'échange d'information et vérifier en ligne l'admissibilité aux programmes
Infrastructure à clé publique	Service de certification, d'authentification et d'identification des intervenants, ainsi que de leurs droits d'accès au dossier de santé
Médicaments	Système de collecte et de conservation des données et d'accès aux renseignements sur la médication délivrée aux usagers; dans un premier temps, création d'un profil pharmacologique et, dans un second temps, mise en place de l'ordonnance électronique et de l'aviseur pharmacothérapeutique
Registre des intervenants	Registre des intervenants travaillant dans le réseau de la santé et des services sociaux pour soutenir l'accès au dossier clinique des usagers ainsi que la gestion de la sécurité et faciliter leur identification
Réseau de services intégrés aux personnes âgées	Première phase d'études et d'expérimentation d'un système soutenant la mise en place d'un réseau de services intégrés aux personnes âgées
Santé publique (Panorama)	Surveillance et protection de la santé dans le domaine des maladies infectieuses
Télésanté	Systèmes divers soutenant la télésanté, la téléformation, la téléconsultation et le télétriage entre les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et pour les professionnels de la santé
Visualiseur du DSE Dossier de santé électronique Laboratoires, incluant les services régionaux de conservation	Outils technologiques de visualisation et d'accès au dossier de santé électronique interopérable, ainsi que les dépôts régionaux de conservation des données sur les résultats de laboratoire

Source : MSSS.

Annexe 4 – Dossier de santé du Québec vs Dossier patient électronique

Le tableau ci-dessous est une analyse comparative succincte du Dossier de santé du Québec (DSQ) et du Dossier patient électronique (DPE). La principale différence entre ces deux outils concerne la portée : le DSQ est de niveau **provincial** alors que le DPE est de niveau **local** (un ou plusieurs établissements, cliniques et GMF, ou encore, une région)

	DSQ	DPE
Description	Outil de visualisation permettant de rendre accessibles électroniquement aux professionnels de la santé habilités certaines données cliniques pertinentes pour le suivi et la prise en charge de patients, quel que soit le lieu où le patient reçoit des services de santé au Québec	Outil de saisie et de visualisation permettant de rendre accessibles électroniquement aux professionnels de la santé habilités l'ensemble des données cliniques pour le suivi et la prise en charge de patients à l'intérieur d'un ou de plusieurs établissements du réseau de la santé, d'une ou de plusieurs cliniques médicales, pour une même région. Connue aussi sous le nom de : <ul style="list-style-type: none"> • DPI (Dossier patient informatisé) • DME (Dossier médical électronique) • EMR (Electronic Medical Record) • DCI (Dossier clinique informatisé)
Informations cliniques	Au niveau provincial : <ul style="list-style-type: none"> • l'identification de la personne • les coordonnées des contacts professionnels • les allergies et intolérances • les résultats d'examens de laboratoire • les résultats d'examens d'imagerie diagnostique • le profil pharmacologique • les données immunologiques • certaines données d'urgence 	Au niveau local : <ul style="list-style-type: none"> • l'identification de la personne • les coordonnées des contacts professionnels • les allergies et intolérances • les résultats d'examens de laboratoire • les résultats d'examens d'imagerie diagnostique • le profil pharmacologique • les données immunologiques • les données d'urgence • le diagnostic • les notes des professionnels <p>C'est l'équivalent électronique du dossier médical que l'on ne trouve traditionnellement sur support papier.</p>
Utilisateurs	Médecins, pharmaciens et infirmières des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, des cliniques médicales, des pharmacies communautaires de toute la province – Cible minimale pour décembre 2010 : 5 500 utilisateurs répartis dans un minimum de 5 à 8 régions	Professionnels de la santé dans un établissement de santé ou une clinique médicale
Mise en œuvre	Projet pilote en cours à Québec jusqu'en juin 2010	Seuls 16 % des établissements utilisent le DPE localement, notamment ceux des régions de la Montérégie et de l'Estrie ; 65 % des établissements ont commencé à investir dans un tel système ou en planifient le déploiement, notamment ceux de la région de Montréal.
Coût	Coût total prévu de 563 M\$ financé à 46 % par le gouvernement et à 54 % par ISC	Coût total non connu – Variable d'un projet à l'autre
Degré de priorité	Selon le MSSS, le DSQ est la pièce maîtresse du plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux.	Un certain nombre de régions fournissent actuellement beaucoup d'efforts relativement au DPE et elles en ont fait une priorité, notamment la région de Montréal. Le rapport Castonguay recommande que la priorité soit fixée sur le déploiement du DPE dans chacun des établissements et dans les cliniques de santé.

Annexe 5 – Calendrier de déploiement dans les régions en date de février 2010

	2008				2009				2010				2011				2012				2013				2014				2015			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Bas-Saint-Laurent									■	■	■	■	■	■	■	■																
Saguenay–Lac-Saint-Jean													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
Capitale-Nationale					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
Mauricie et Centre-du-Québec									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■												
Estrie													■	■	■	■	■	■	■	■												
Montréal													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Outaouais									■	■	■	■	■	■	■	■																
Abitibi-Témiscamingue													■	■	■	■	■	■	■	■												
Côte-Nord																	■	■	■	■	■	■	■	■								
Nord-du-Québec													■	■	■	■	■	■	■	■												
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine													■	■	■	■	■	■	■	■												
Chaudière-Appalaches													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
Laval													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
Lanaudière					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																
Laurentides													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
Montérégie													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Nunavik													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
Terre-Cries-de-la-Baie-James													■	■	■	■	■	■	■	■												

