

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

Tome II

CHAPITRE 3

Vigie relative au Dossier de santé du Québec

Entité vérifiée :

- ministère de la Santé et des Services sociaux



Table des matières

Paragraphe

Faits saillants

Recommandations

Mise en contexte 3.1

Objectif et portée de notre vigie 3.7

Résultats de notre vigie

Stratégie d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux 3.10

Statut des sous-projets du Dossier de santé du Québec 3.13

Projet pilote 3.31

Sécurité 3.34

Gouvernance 3.36

Reddition de comptes 3.44

Conclusion 3.46

Annexe 1 – Objectif de vérification et critères d'évaluation

Annexe 2 – Sous-projets relatifs au Dossier de santé du Québec

Les commentaires du ministère apparaissent au paragraphe 3.51.

Abréviations et sigles

CAIS Couche d'accès à l'information de santé

DCI Dossier clinique informatisé

DME Dossier médical électronique

DPE Dossier patient électronique

DSE Dossier de santé électronique

DSQ Dossier de santé du Québec

GMF Groupe de médecine de famille

ICP Infrastructure à clé publique

IPM Index patients maître

ISC Inforoute Santé du Canada

MSSS Ministère de la Santé et des Services sociaux

RAMQ Régie de l'assurance maladie du Québec

RI Ressources informationnelles

RSIPA Réseau de services intégrés aux personnes âgées

Objectif des travaux

Notre vigie avait pour objectif de nous assurer que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) gère le projet du Dossier de santé du Québec (DSQ) de façon économique, efficiente et efficace. Il s'agit de notre quatrième rapport sur ce projet. Nos travaux nous ont également amenés à formuler des commentaires à l'égard de l'encadrement et de la gouvernance qu'exerce le ministère à l'égard des projets d'affaires liés aux ressources informationnelles (RI) qui sont réalisés à l'intérieur de son réseau.

L'investissement prévu pour mener à terme le projet du DSQ est de 563 millions de dollars. Le projet est financé par le gouvernement du Québec (260 millions) et par Inforoute Santé du Canada (ISC) (303 millions). Le DSQ représente la pièce maîtresse de l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux.

Le projet est géré par le MSSS. Au départ, son implantation devait s'effectuer en quatre ans, soit de 2006 à 2010, et atteindre un nombre d'utilisateurs potentiels de 95 000.

Recommandations

Le Vérificateur général a formulé des recommandations à l'intention du MSSS. Celles-ci sont présentées intégralement au verso de cette page. Le ministère a eu l'occasion de transmettre ses commentaires, qui sont reproduits au paragraphe 3.51. 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>.

Faits saillants

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

L'estimation des coûts par le MSSS est non crédible.

En décembre 2010, les dépenses effectuées dans le cadre du DSQ s'élevaient à 308 millions de dollars, soit 55 p. cent du budget initial. Le MSSS évalue comme faible le risque lié au non-respect des coûts, qu'il qualifie d'extrême en août. En outre, certains sous-projets sont passés en mode « continuité » ou « opérationnel », alors qu'ils ne sont pas terminés. Donc, l'affirmation du ministère relative au respect du budget initial est irréaliste, puisque le projet original du DSQ n'est plus celui que le MSSS concrétise et parce que certains coûts ne seront plus comptabilisés dans le budget du DSQ, mais au budget courant du ministère ou du propriétaire de l'actif.

L'échéancier de tous les sous-projets qui constituaient le DSQ accuse des retards.

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

La portée initiale des sous-projets du DSQ a été revue.

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

Il y a un risque élevé que le financement d'ISC soit revu à la baisse.

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

Recommandations

Nous avons recommandé au ministère de faire le point sur le déroulement du projet du Dossier de santé du Québec afin de présenter un juste portrait de la situation et de déterminer les suites à y donner (3.49).

Nous avons recommandé au ministère, à l'égard de l'encadrement qu'il exerce :

- de recueillir l'information lui permettant de détecter les problèmes et les risques en matière de projets d'affaires liés aux ressources informationnelles réalisés par les entités de son réseau (3.50);
- de déterminer les moyens lui permettant d'effectuer un suivi des projets dans son réseau (3.50).

Mise en contexte

Équipe :

Carole Bédard
Directrice de vérification
Claude Dion
Nathalie Lavoie

- 3.1** Ce rapport présente les résultats de nos travaux relatifs à la vigie du DSQ. Au départ, le projet, géré par le MSSS, devait se réaliser de 2006 à 2010 et visait un nombre d'utilisateurs potentiels évalué à 95 000. L'investissement prévu alors était de 563 millions de dollars. Le projet est financé par le gouvernement du Québec (dont la part est estimée actuellement à 260 millions de dollars) et par ISC (qui fournira, au maximum, 303 millions). Une description de chacun des sous-projets composant le DSQ est présentée à l'annexe 2.
- 3.2** Le ministère était d'avis en 2004 que l'implantation du DSQ constituait la pièce maîtresse de l'informatisation du réseau québécois de la santé. Il devait rendre accessibles électroniquement aux professionnels de la santé habilités (médecins, infirmières et infirmiers, pharmaciennes et pharmaciens, etc.) certaines données cliniques pertinentes au suivi et à la prise en charge des patients, et ce, quel que soit le lieu où ces derniers reçoivent des services sur le territoire québécois. De façon concrète, il est prévu que le dossier de chaque patient renferme :
- 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.
- 3.3** Au cours des trois 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, 2009-2010 tome I et 2010-2011 tome I. Tous 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 DPE¹.
- 3.4** Ainsi, lors de la première vigie, nous avons notamment :
- recensé des risques liés au non-respect de l'échéancier ;
 - constaté que tous les coûts inhérents au fonctionnement du DSQ n'avaient pas été évalués.

1. Le DPE est le dossier informatisé du patient. Il appartient à un prestataire de services (clinique privée, groupes de médecine de famille (GMF), etc.) ou à un établissement et, en plus de contenir les informations nécessaires au DSQ, il 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 relatives à un patient. Bien qu'il n'y ait pas de consensus clair quant à la terminologie, on emploie 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 *Dossier médical électronique* (DME) pour nommer ceux dont se servent les cliniques médicales. Dans le présent rapport, nous aurons recours au terme DPE pour désigner ces deux types de dossiers électroniques locaux.

3.5 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 sous-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 du projet DSQ demeurait l'arrimage avec le DPE, compte tenu du risque important afférent 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.

3.6 Enfin, lors de la troisième vigie, dont le rapport a été déposé à l'Assemblée nationale en mai 2010, nous avons notamment :

- réitéré que l'absence de stratégie d'arrimage entre le DPE et le DSQ représente un risque majeur. ISC avait proposé au ministère de réviser ses modalités de financement du DSQ pour permettre de consacrer une partie de celui-ci aux DPE, afin que les gens du terrain s'approprient le projet et, par le fait même, en favorisent l'adhésion. Le ministère avait refusé cette proposition, ce qui nous préoccupait étant donné le manque d'arrimage évoqué précédemment ;
- noté que l'estimation des coûts du ministère nous paraissait non crédible ;
- mentionné que les échéances avaient été de nouveau modifiées pour la quasi-totalité des sous-projets, certains devant se terminer en 2013. Quant au déploiement complet dans les régions, il ne sera pas achevé avant juin 2015 par l'intégration de la région de Montréal qui est la plus peuplée ;
- relevé l'absence de plan global de sécurité des données relatives au patient dans le DSQ, ce qui augmente le risque que certaines étapes importantes soient omises ou ne soient pas franchies en temps opportun et que cela compromette ainsi la sécurité du DSQ.

Objectif et portée de notre vigie

3.7 Compte tenu de l'ampleur du DSQ, nous poursuivons nos travaux pour une quatrième année afin de suivre son évolution.

3.8 La présente vigie, tout comme les trois précédentes, vise à faire le point sur l'évolution de ce dossier en nous assurant 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 2010 à mars 2011.

- 3.9** Par ailleurs, nos travaux nous ont amenés à formuler des commentaires à propos de l'encadrement et de la gouvernance qu'exerce le ministère à l'égard des projets d'affaires liés aux RI qui sont réalisés à l'intérieur de son réseau. Ces constats découlent notamment de l'orientation que préconise le ministère par rapport au DSQ.

Résultats de notre vigie

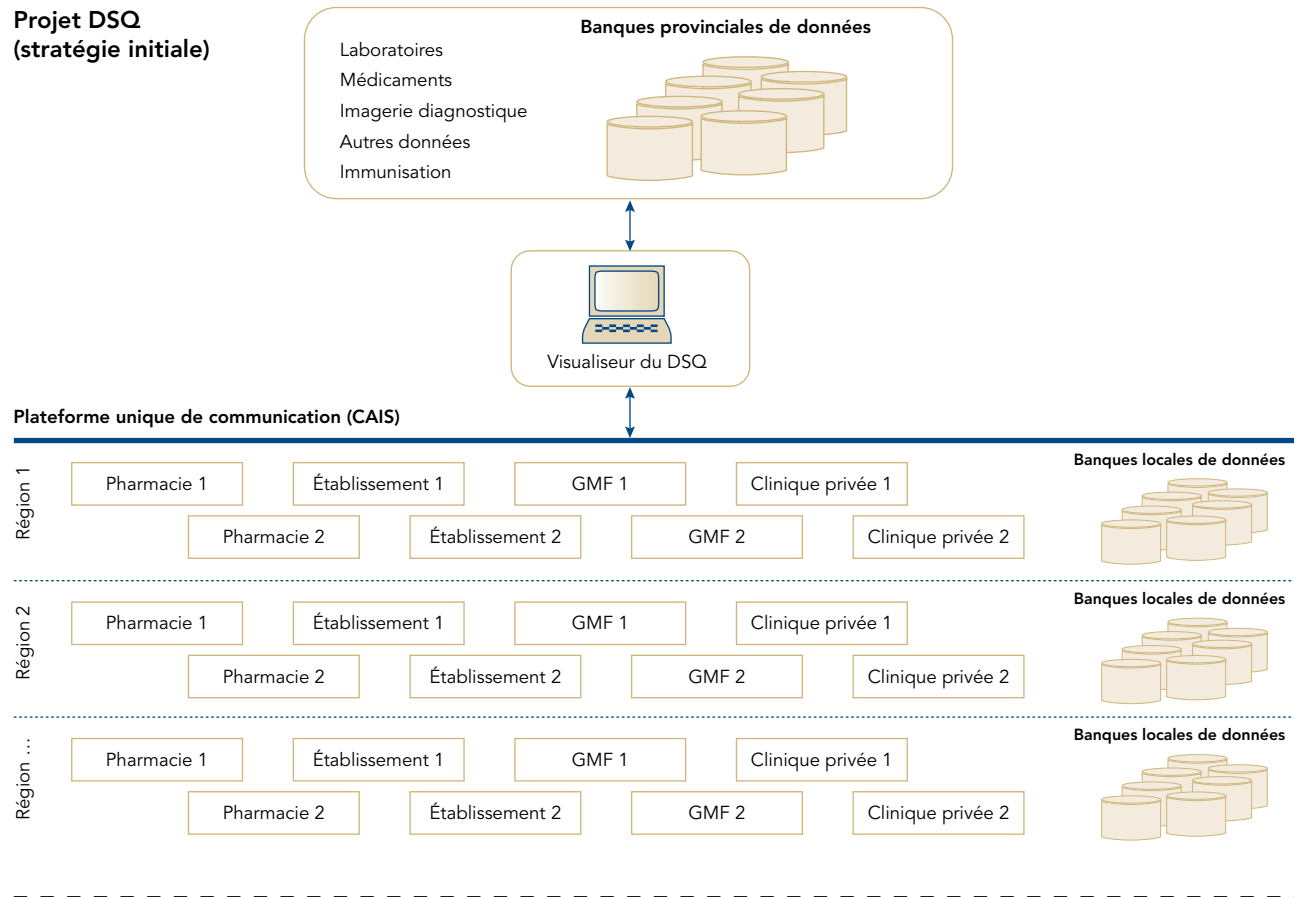
Stratégie d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux

- 3.10** En 2006, la stratégie d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux reposait sur l'utilisation d'une plateforme informatique unique partout dans la province. À terme, soit en avril 2010, 95 000 utilisateurs devaient pouvoir consulter le dossier santé de tous les citoyens au moyen d'un outil informatique unique au contenu uniforme, et ce, partout sur le territoire du Québec.
- 3.11** Dans la dernière année, cette stratégie a été abandonnée. Le projet du DSQ, tel qu'il a été conçu au départ, n'existe plus. La nouvelle stratégie d'informatisation repose maintenant sur l'utilisation de différents DPE arrimés entre eux grâce à une norme dite DSQ. À terme, soit en 2016 selon le ministère, ces DPE partageront certaines informations communes (banques de données provinciales DSQ), mais sans être parfaitement semblables. De plus, l'arrimage entre les DPE se fera d'abord à l'intérieur d'une région, puis il s'élargira à l'ensemble du territoire du Québec. Ce changement de stratégie est, à notre avis, un constat d'échec du projet DSQ quant à ses paramètres initiaux établis en 2006. Il a mené à une réduction significative des utilisateurs potentiels et de la portée des sous-projets du DSQ prévus au début, à l'abandon éventuel de certains produits inclus dans le DSQ, à la décision de déployer immédiatement des composantes du DSQ déjà finalisées au moyen des DPE sans attendre le développement complet de toutes celles prévues à l'origine et à la nécessité de revoir les modalités de financement convenues avec ISC.
- 3.12** Le graphique 1 compare les deux stratégies d'informatisation. Ce graphique peut s'interpréter de la manière suivante :
- Dans la stratégie initiale, une seule plateforme informatique devait permettre la consultation du dossier patient au contenu uniforme, et ce, à l'aide du visualiseur du DSQ.
 - Dans la nouvelle stratégie, des DPE ayant été développés par des fournisseurs différents autorisés par le MSSS auront un contenu et un visualiseur qui leur seront propres, et qui serviront à consulter le dossier santé d'un patient. Ces DPE, utilisés sur différents sites, seront arrimés entre eux par une norme dite DSQ afin de rendre possible la consultation de certaines données communes, lesquelles seront centralisées ultimement au niveau provincial. Là où il n'y a pas de DPE, le visualiseur du DSQ sera alors employé pour permettre la consultation des données centralisées à l'échelle de la province.

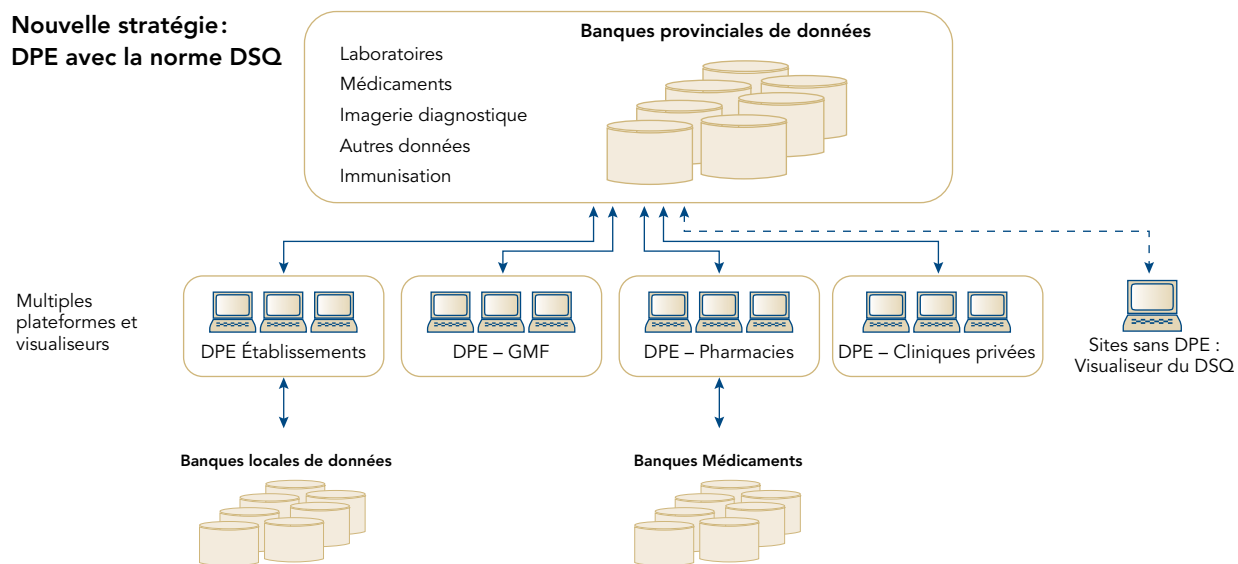
Nouvelle stratégie d'informatisation du réseau.

Graphique 1 Stratégies de consultation des données du patient

Projet DSQ (stratégie initiale)



Nouvelle stratégie: DPE avec la norme DSQ



----- Situation temporaire

CAIS Couche d'accès à l'information de santé

Statut des sous-projets du Dossier de santé du Québec

- 3.13** Depuis 2010, la stratégie du ministère consiste à aborder le projet DSQ comme un portefeuille de sous-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. Dans le cadre de cette nouvelle stratégie, le déploiement des systèmes de partage de renseignements (données des domaines cliniques regroupées dans des bases des données centrales) prévus au projet DSQ requiert la présence et l'utilisation de solutions de DPE partout sur le territoire du Québec, sauf exception. Ainsi, il n'y aura plus lieu de parler en termes de développement puis de déploiement des composantes du DSQ, mais de déploiement et d'adoption de solutions de DPE qui intègrent la norme DSQ.
- 3.14** Ce changement de stratégie a des incidences sur les paramètres initiaux du DSQ (coûts, échéancier et portée) et aussi sur le financement d'ISC. En effet, dans la mesure où les travaux ne sont pas réalisés comme cela avait été prévu dans les ententes, le Québec pourrait ne pas recevoir tout le financement prévu de la part d'ISC.
- 3.15** Le tableau 1 présente un sommaire des répercussions du changement de stratégie et de l'état de la situation pour chaque sous-projet composant le DSQ quant au respect des paramètres initiaux et du financement par ISC.

**Cinquante millions de dollars
pourraient ne plus être versés par
Inforoute Santé du Canada.**

Tableau 1**Statut des sous-projets composant initialement le projet Dossier de santé du Québec**

	Coûts initiaux (en millions de dollars)		Financement d'ISC (en millions de dollars)		Échéancier initial	Portée initiale
	Budget de juin 2010	Dépenses en décembre 2010	Montant prévu	Réduction du montant prévu selon l'estimation du MSSS	Retard du projet	
CAIS	41	32	22	-7	3 ans	- La plateforme initiale prévue du DSQ ne sera utilisée que partiellement et temporairement par les utilisateurs sans DPE. - Avec la nouvelle stratégie, plusieurs produits seront utilisés et arrimés entre eux pour assurer l'interopérabilité régionale puis provinciale.
Consentement	10	8	0	s.o.	2 ans	Le mode de consentement est passé d'explicite à implicite.
Imagerie diagnostique	131	90	74	s.o.	3 ans (minimum)	Les systèmes d'imagerie diagnostique sont implantés. La consultation des données à l'échelle provinciale est non déployée, mais elle est prévue dans le cadre des DPE avec la norme DSQ.
Index patients maître (IPM)	27	19	10	-6	3,5 ans	- Le produit développé a été implanté dans 16 des 164 établissements visés. Pour les autres, un ou d'autres produits seront nécessaires, mais les coûts ne seront pas comptabilisés dans le DSQ. - Un projet est en cours sur la gestion de l'identification unique de l'utilisateur, dont les coûts ne sont pas comptabilisés dans le DSQ, mais qui a des incidences sur le projet du DSQ.
Médicaments	59	39	38	s.o.	3,5 ans (minimum)	La consultation des données à l'échelle provinciale est non déployée, mais elle est prévue dans le cadre des DPE avec la norme DSQ.
Plan d'évaluation des bénéfices	5	1	2	-1	2 ans (minimum)	Ce sous-projet est en cours de révision.

Tableau 1

Statut des sous-projets composant initialement le projet Dossier de santé du Québec (suite)

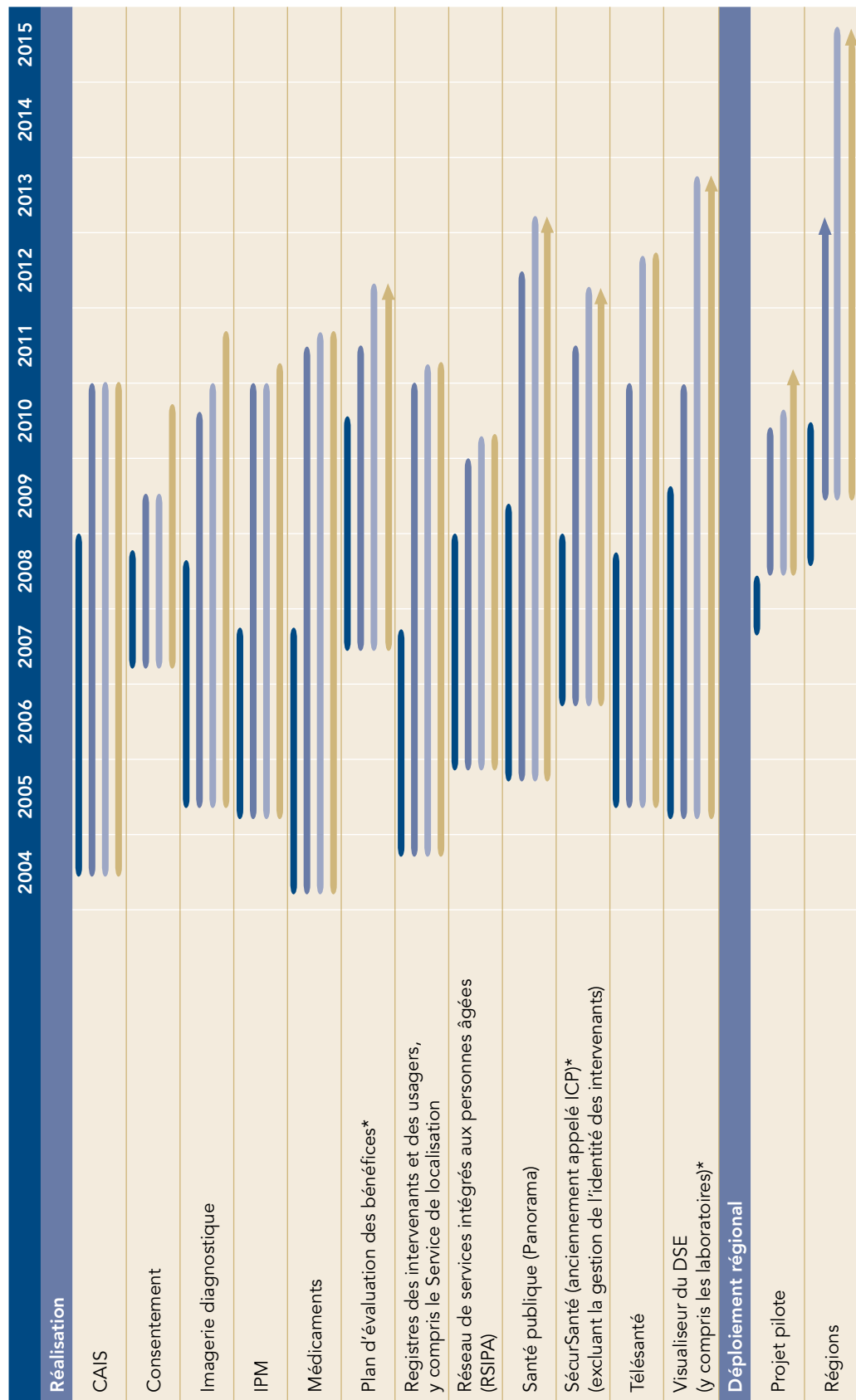
	Coûts initiaux (en millions de dollars)		Financement d'ISC (en millions de dollars)		Échéancier initial	Portée initiale
	Budget de juin 2010	Dépenses en décembre 2010	Montant prévu	Réduction du montant prévu selon l'estimation du MSSS	Retard du projet	
Registres des intervenants et des usagers, y compris le Service de localisation	31	24	10	s.o.	3,5 ans	Une modification a été apportée au Registre des usagers, mais les coûts ne sont pas comptabilisés dans le DSQ.
RSIPA	2	2	4	-2	1,25 an	La portée du sous-projet a été réduite.
Santé publique (Panorama)	29	13	16	s.o.	4,5 ans (minimum)	La portée du sous-projet a été augmentée pour permettre le déploiement au niveau local.
SécurSanté – anciennement appelé Infrastructure à clé publique (ICP)	33	10	0	s.o.	2,5 ans (minimum)	- Le produit développé est utilisé de façon temporaire et un autre produit devra être acquis. - Un projet est en cours sur la gestion de l'identification unique de l'intervenant, dont les coûts ne sont pas comptabilisés dans le DSQ, mais qui a des incidences sur le projet du DSQ.
Télésanté	52	10	22	s.o.	3,75 ans (minimum)	Il n'y a aucun changement.
Visualiseur du Dossier de santé électronique (DSE):						
Outil de visualisation	85	39	55	-30	4 ans (minimum)	- Diminution du nombre d'utilisateurs de l'outil de visualisation de 95 000 à un potentiel de 5 500. Ce produit sera remplacé par les DPE et les coûts ne seront pas comptabilisés dans le DSQ. - Le sous-projet Laboratoires est en cours de révision. - Le nombre de dépôts régionaux a été réduit de façon significative, mais les répercussions sur les autres sous-projets n'ont pas été évaluées.
Laboratoires et services régionaux de conservation	58	21	37			
Coûts répartis des activités communes aux sous-projets	93	50	20	-6	s. o.	s.o.
Total	563	308	303	52		

- 3.16** Les sections suivantes de notre rapport visent à présenter des informations plus détaillées sur certains aspects du projet DSQ.

Échéancier des travaux

- 3.17** Dans nos précédents travaux de vigie, nous considérions que le non-respect de l'échéancier du projet représentait un risque important. Le ministère nous indique maintenant préférer prendre le temps nécessaire pour maîtriser les risques tout en respectant le budget initial plutôt que de vouloir à tout prix respecter l'échéancier prévu. Nous ne pouvons qu'appuyer cette logique, mais constater cependant les nombreux reports d'échéanciers depuis 2006.
- 3.18** Le tableau 2 présente les échéances initiales et révisées pour les différents sous-projets liés au DSQ depuis les prévisions de 2006, selon les informations fournies par le ministère en janvier 2011. Il ne tient pas compte toutefois de la nouvelle stratégie d'informatisation du ministère, laquelle passe par les DPE, dont nous avons pris connaissance en mars 2011.

Tableau 2
Calendrier des sous-projets (antérieurs à la nouvelle stratégie d'informatisation présentée en mars 2011)



Calendrier initial
 Calendrier révisé en mai 2009 après notre analyse de la documentation
 Calendrier révisé par le ministère en décembre 2009
 Calendrier révisé en janvier 2011 après notre analyse de la documentation
 * Il s'agit de sous-projets du DSQ qui sont en cours de révision.

Portée de certains sous-projets

3.19 Les prochains paragraphes dressent un portrait de la situation concernant certains sous-projets inclus dans cette grande initiative d'informatisation qu'est le DSQ depuis 2006, soit les sous-projets CAIS, Visualiseur du DSE, Laboratoires, Médicaments et Imagerie diagnostique.

- CAIS

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 sous-projet CAIS devait prendre en charge et sécuriser tous les échanges d'information entre les différentes composantes du DSQ. Ainsi, la CAIS devait constituer l'unique point d'accès aux banques de données. Cependant, le changement de stratégie dans l'informatisation du réseau bouleverse ce sous-projet de plateforme unique que devait devenir la CAIS. Dorénavant, plusieurs plateformes associées aux divers DPE seront utilisées pour permettre l'interopérabilité provinciale, ce qui fait en sorte qu'à terme, la CAIS ne sera pas employée de la manière qui avait été prévue au départ.

En fin de compte, la plateforme CAIS ne devrait servir que pour les intervenants sans DPE qui utiliseront l'outil de visualisation du DSQ pour consulter des bases de données provinciales. Ces utilisateurs devraient être peu nombreux par rapport à ce qui avait été prévu en 2006. Par ailleurs, le service d'interopérabilité avec les autres provinces n'a pas encore été développé.

- Visualiseur du DSE

En ce qui a trait au sous-projet Visualiseur du DSE, les coûts prévus pour sa mise en application sont de 85 millions de dollars. Par

Utilisation temporaire et partielle par un nombre restreint d'intervenants.

ailleurs, les dépenses engagées totalisaient, en décembre 2010, 39 millions pour la partie relative à l'outil de visualisation. Pourtant, cet outil ne servira finalement que de façon temporaire ou encore qu'à une clientèle limitée en attendant que chaque intervenant se dote de son propre DPE. Ainsi, le visualiseur intégré dans chaque DPE sera celui qui sera utilisé plutôt que celui du DSQ, puisque maintenant le ministère vise à ce que les intervenants accèdent majoritairement aux informations du DSQ par les DPE.

- Laboratoires

La problématique de l'identification de l'utilisateur est importante pour le sous-projet Laboratoires. En fin de compte, le ministère a choisi de se servir du numéro d'assurance-maladie. Des travaux sont d'ailleurs en cours pour concrétiser cette solution, mais ceux-ci ne seront pas comptabilisés dans les coûts du DSQ.

Pour ce qui est de la normalisation des données, le ministère a décidé que les résultats produits par les systèmes de laboratoires alimenteront le DSQ, qu'ils soient normalisés ou non. À notre avis, cette approche représente un risque. En effet, lorsque les résultats ne sont plus affichés localement, mais centralement, il y a une multitude de façons d'exprimer les résultats et de les interpréter.

- Médicaments

Le système est développé et il est en cours d'essai dans le cadre du projet pilote. À la suite d'une demande de l'Association québécoise des pharmaciens-propriétaires, une composante a été ajoutée en 2010. Il s'agit du prescripteur électronique de médicaments, qui sera alimenté par les médecins et qui servira à approvisionner la banque de données. Dès le départ, cet élément avait été désigné par les pharmaciens comme étant un élément essentiel. Il reste toutefois à conclure des ententes avec les médecins et les pharmaciens quant aux modalités d'utilisation du prescripteur.

- Imagerie diagnostique

En ce qui a trait au sous-projet Imagerie diagnostique, le ministère prévoit commencer à relier les cliniques privées d'imagerie médicale au printemps 2011 dans le cadre du projet pilote. Une fois ce projet pilote terminé, des modifications législatives seront requises pour permettre notamment l'alimentation des dépôts provinciaux par les informations provenant de ces cliniques privées. Or, ces modifications n'étaient pas encore déposées à l'Assemblée nationale au moment où nous avons réalisé nos travaux, ce qui représente un risque de délais supplémentaires à l'égard des échéanciers prévus.

Coûts du projet

Total des coûts

- 3.20** Le budget du DSQ établi en 2006 était de 563 millions de dollars. En plus des coûts liés aux 13 sous-projets, cette somme inclut notamment des dépenses relatives à la gouvernance et à la mise en œuvre ainsi que des frais d'intérêts.
- 3.21** En décembre 2010, les dépenses engagées s'élevaient à 308 millions de dollars, soit 55 p. cent du budget initial. Quant aux différents sous-projets, les coûts prévus pour certains d'entre eux ont été revus, mais le ministère maintient qu'il pourra respecter le budget total prévu au départ de 563 millions de dollars. Ainsi, en novembre 2010, il a évalué que le risque de non-respect du budget était faible. Pourtant, en août 2010, un risque extrême au regard des coûts avait été soulevé par le Bureau de projet. On pouvait y lire que les budgets prévus initialement ne suffiront peut-être pas à mener à bien toutes les initiatives désirées pour compléter la solution DSQ. Nous sommes perplexes quant à un risque défini comme extrême en août soit estimé faible à peine trois mois plus tard sans que des actions précises à cet égard aient été posées. En fait, nous ne partageons pas l'avis du ministère lorsqu'il affirme que le risque de non-respect du budget est faible dans la mesure où la portée de ce projet reste la même qu'au départ et que tous les coûts associés au projet d'informatisation du réseau sont comptabilisés dans le projet du DSQ.

- 3.22** En décembre 2009, dans le cadre de la révision de ses coûts, le ministère avait formulé des hypothèses relatives à la poursuite du projet. Nous étions d’avis que plusieurs de ces hypothèses étaient irréalistes notamment parce qu’elles prévoyaient que la plupart des sous-projets arriveraient à terme graduellement en 2010 et 2011, ce qui nous paraissait peu probable compte tenu du nouvel échéancier. Or, le ministère indique que certains sous-projets, dont l’IPM et la CAIS, passent d’un mode « projet » à un mode « continuité » ou « opérationnel », alors qu’ils ne sont pas terminés. Ainsi, il en résulte que les dépenses effectuées ne sont plus inscrites aux différents sous-projets du DSQ, mais imputées au budget courant du propriétaire de l’actif ou du ministère. Cette approche pourrait, de façon erronée, permettre d’affirmer que le budget du projet est respecté.
- Des dépenses effectuées ne sont plus inscrites aux différents sous-projets du Dossier de santé du Québec.**
- 3.23** En matière de gestion de projets, l’échéancier et les coûts de ceux-ci doivent inclure non seulement ceux qui sont rattachés aux travaux de planification et de réalisation du projet, mais également ceux qui sont relatifs à son implantation. Or, tant que le ministère n’aura pas déployé ce qui était attendu, nous considérons qu’il doit continuer d’y imputer tous les coûts et qu’il ne peut fermer un des sous-projets liés au DSQ et simplement déclarer qu’il est opérationnel.
- 3.24** Par ailleurs, des éléments d’architecture ne sont pas finalisés, par exemple, les nouveaux sous-projets liés à l’identification de l’usager et à celle de l’intervenant² à l’échelle provinciale. Cela a des incidences sur le DSQ et engendrera des changements et des coûts additionnels. Le financement de ces nouvelles initiatives n’a pas encore été déterminé non plus, à savoir s’il proviendrait du projet DSQ ou encore d’autres sources du ministère, alors que les montants requis pourraient approcher quelque 20 millions de dollars. Étant donné que ces nouvelles applications seront nécessaires au bon fonctionnement du DSQ, des difficultés ou des retards quant à leur réalisation auraient des répercussions négatives sur l’échéancier et sur les coûts du DSQ.
- 3.25** Pour ce qui est des coûts récurrents, le ministère les avait révisés en novembre 2009 à respectivement 17,45 et 78 millions de dollars pour les années 2009-2010 à 2011-2012. Le ministère considérait alors que ce dernier chiffre ne devrait pas varier pour les années subséquentes à 2011-2012. Cependant, en décembre 2010, il a procédé à une nouvelle révision. De fait, les coûts récurrents sont maintenant évalués à 32 millions de dollars pour 2010-2011, 61 millions pour 2011-2012, 89 millions pour 2012-2013 et 98 millions pour 2013-2014. Toutefois, il est permis de s’interroger sur la validité de ce montant si des produits sont délestés alors que d’autres sont acquis, et que les coûts associés au déploiement des DPE sont considérés comme pouvant être comptabilisés ailleurs que dans le budget du DSQ.
- 3.26** Somme toute, compte tenu de tous ces éléments, nous nous questionnons toujours sur la rigueur du MSSS quant à la qualité de sa reddition de comptes à l’égard de la dimension des coûts liés au DSQ.
- Questionnement sur la rigueur du ministère quant aux coûts.**

2. Il s’agit des projets communément appelés *Gestion de l’identification de l’intervenant* et *Gestion de l’identification de l’usager*.

Partage des coûts avec Inforoute Santé du Canada

- 3.27** Les ententes de financement conclues avec ISC prévoient que sa contribution est versée progressivement en fonction de l'atteinte de certains jalons (biens livrables) déterminés pour chacun des sous-projets. Plus d'une dizaine d'ententes avec ISC sont venues à échéance en octobre et en décembre 2010. Des négociations ont été entreprises avec ISC pour une prolongation de celles-ci, mais elles étaient peu avancées en février dernier.
- 3.28** De janvier à décembre 2010, ISC a versé 12 millions de dollars, ce dernier montant représentant à peine 4 p. cent du financement total prévu. En date de décembre 2010, le Québec se retrouvait, avec les territoires du Yukon et du Nunavut, parmi les endroits où le pourcentage de reconnaissance par ISC des travaux réalisés est le moins élevé, occupant l'avant-dernier rang avec 38 p. cent. À cette date, les autres provinces s'étaient vu reconnaître en moyenne 74 p. cent du financement attendu. Nous pouvons affirmer qu'en fonction de ce critère, le Québec est manifestement en retard dans son projet d'informatisation comparativement aux autres provinces canadiennes.
- 3.29** Ce retard du Québec s'explique notamment parce qu'ailleurs au Canada, il a été décidé d'appliquer dès le départ une stratégie différente, soit le déploiement des DPE simultanément ou non avec le DSE (l'équivalent du DSQ au Québec), ce qui a permis une informatisation plus rapide de leur réseau. Par exemple, l'Alberta est très avancée à ce chapitre alors qu'environ 70 p. cent des médecins ont déjà un DPE et que 100 p. cent du DSE est déployé sur l'ensemble du territoire albertain.
- 3.30** Du point de vue d'ISC, la clé de voûte pour l'appropriation des technologies par les cliniciens en pratique privée est le DPE. En septembre 2010, ISC annonçait de nouveaux investissements de 500 millions de dollars à l'échelle canadienne pour la création d'un nouveau programme d'investissement relatif au déploiement et à l'intégration de DPE de l'ordre de 340 millions de dollars. Pour être admissibles à ce programme, les provinces et les territoires doivent nécessairement avoir un programme de financement de DPE en milieu clinique sur leur propre territoire. Les autres provinces ont déjà présenté des demandes de financement qui ont été acceptées par cet organisme, alors que le Québec est toujours en réflexion à ce sujet. Avant de déposer une demande auprès d'ISC, le ministère doit statuer sur ses besoins budgétaires additionnels à cet égard. Soulignons que plus les délais augmentent, plus il y a un risque qu'il n'y ait plus de financement disponible pour le Québec, ISC pourrait l'avoir déjà attribué aux autres provinces. Selon certaines estimations, la mise en place de DPE dans tout le réseau représenterait un investissement de plus de 900 millions de dollars.

Québec est manifestement en retard comparativement aux autres provinces.

Projet pilote

- 3.31** En raison de l'envergure et de la complexité du DSQ, il a été entendu avec le gouvernement que la mise en œuvre d'un projet expérimental devait se faire préalablement à un déploiement du DSQ sur l'ensemble du territoire québécois afin d'en évaluer la faisabilité, la fiabilité et l'efficacité. Depuis l'automne 2009, le projet pilote dans la région de la Capitale-Nationale a peu progressé. Un seul volet sur trois³, soit celui des Médicaments, est en expérimentation. En décembre 2010, seulement 8 sites en pharmacie sur un total de 187, 2 sites cliniques sur plus de 70 ainsi qu'environ 29 000 usagers⁴ sur un nombre potentiel de 680 000 participaient au projet pilote. En novembre 2009, il y avait un site en pharmacie de moins et un site clinique de plus.
- 3.32** Enfin, le décret pris en juin 2009 prévoyait que le projet pilote devait se terminer en juin 2010. Or, un nouveau décret, publié en juin 2010, a éliminé la date cible pour indiquer uniquement : « date fixée par le ministre de la Santé et des Services sociaux ». À ce jour, aucune date n'a été déterminée. Il est ainsi possible que l'on détermine la date de terminaison du projet non plus dans l'objectif d'établir une date cible pour améliorer sa gestion, mais en indiquant simplement la date à laquelle le projet pilote sera terminé. Cette dernière situation enlève toute pertinence à la fixation d'une cible et constitue une autre illustration d'une rigueur déficiente du MSSS dans sa reddition de comptes.
- 3.33** Par ailleurs, nous nous questionnons sur les suites de ce projet pilote compte tenu de la nouvelle stratégie de déploiement du ministère au moyen des DPE.

Sécurité

- 3.34** Le sous-projet SécurSanté fait toujours l'objet de réflexions par le ministère. Ce sous-projet concerne les services de certification, d'authentification et d'identification des intervenants, ainsi que leurs droits d'accès au dossier de santé. Il doit servir à établir le niveau de sécurité acceptable pour le ministère et les régions autant pour le DSQ que pour les DPE.
- 3.35** À cet égard, plusieurs irritants ont été ciblés par les intervenants du réseau lors du projet pilote. D'abord, le plan global de sécurité applicable au DSQ est toujours attendu. Le ministère a produit un plan stratégique de sécurité pour l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux, ce qui est une bonne pratique. Toutefois, un plan propre au projet du DSQ est nécessaire compte tenu du fait qu'un plan d'ensemble ne peut servir les particularités propres à chacun de ses systèmes informatiques et de ses composantes. Par ailleurs, étant donné que le ministère prévoit désormais déployer le DSQ à partir des DPE, l'aspect entourant l'accès sécuritaire aux données devra être revu, puisque le niveau de sécurité utilisé par les DPE peut différer de celui exigé par le DSQ, mais aussi d'un DPE à l'autre. Le ministère doit agir relativement à cet enjeu, notamment par la détermination des orientations, des normes et des standards qui doivent non seulement viser SécurSanté dans le cas du DSQ, mais également le réseau de façon globale.

3. Les trois volets du projet pilote sont ceux des Médicaments, des Laboratoires et de l'Imagerie diagnostique.

4. Le terme usager fait référence au patient pouvant avoir un dossier électronique.

Gouvernance

- 3.36** Depuis 2010, plusieurs changements ont eu lieu quant à la direction du DSQ : | **Plusieurs changements à la direction.**
- en mai 2010, le sous-ministre adjoint responsable de la Direction générale des technologies de l'information et du DSQ a quitté le ministère ;
 - en octobre 2010, le directeur général adjoint responsable du DSQ, qui avait été désigné pour assurer l'intérim, quittait son poste à son tour ;
 - en octobre 2010, un sous-ministre adjoint a été nommé pour assurer l'intérim ;
 - en novembre 2010, un nouveau directeur général adjoint a été nommé ;
 - en mars 2011, une nouvelle sous-ministre associée a été nommée⁵.
- 3.37** Selon le ministère, de nouveaux mécanismes de gouvernance seront mis en place pour assurer le déploiement harmonisé de l'informatisation du réseau et les arrimages nécessaires entre tous ces volets, y compris les composantes du DSQ. À ce titre, un Bureau de programme pour l'informatisation du réseau sera chargé d'encadrer, de superviser et de coordonner les ressources en cause, et comportera un Conseil de gouvernance réunissant des partenaires comme la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), des agences de la santé et des services sociaux ainsi que des centres hospitaliers. Par ailleurs, une Table permanente d'interopérabilité relevant de la RAMQ veillera à l'arrimage et à l'intégration de toutes les composantes du DSQ avec les DPE.
- 3.38** Selon les saines pratiques en gestion de projets, un des facteurs avérés de succès pour des projets d'affaires liés aux RI est la prise en charge de ce projet, du début jusqu'à la fin, par une personne reconnue pour son expertise et sa compétence. D'ailleurs, selon une étude réalisée par le Secrétariat du Conseil du trésor en 2007, la stabilité des équipes responsables de tels projets d'affaires constitue un enjeu de taille et cet aspect est considéré dans la littérature comme étant un élément décisif pour la réussite de ceux-ci. Pourtant, depuis le début du projet du DSQ, six hauts dirigeants se sont succédé, ce qui n'est pas sans créer une certaine instabilité quant au leadership essentiel à un projet d'une telle envergure. Tous ces changements doivent s'interpréter dans le contexte du virage dans la stratégie d'informatisation du réseau. Au début du projet, l'équipe de direction de l'implantation du DSQ était composée de plusieurs consultants externes. En 2010, l'équipe de direction implique un plus grand nombre d'intervenants internes au MSSS et divers partenaires à l'intérieur du réseau. Nous ne pouvons qu'estimer favorablement l'arrivée d'une plus grande proportion de responsables venant de l'administration publique, car elle devrait faciliter l'adhésion des utilisateurs et l'assimilation des expertises exigées par ce grand projet.

5. La nouvelle sous-ministre adjointe est entrée en fonction en avril 2011.

- 3.39** Enfin, une entente a été signée et a pris effet en avril 2010 entre le ministère et la RAMQ pour que celle-ci prenne en charge certains éléments opérationnels nécessaires à l'instauration du DSQ. Plus particulièrement, cette entente vise à assurer le succès de la mise en œuvre du volet Médicaments dans l'ensemble du réseau. Par exemple, la RAMQ assumera la gestion des ordonnances électroniques des médicaments, la coordination centrale des demandes d'accès ainsi que la gestion opérationnelle du visualiseur. Compte tenu de l'expertise et de l'expérience de cet organisme en ce qui a trait à l'informatique et aux relations avec le réseau de la santé, notamment en raison de sa gestion de l'assurance médicaments, son engagement est perçu comme étant positif. Nous partageons cet avis, mais il nous apparaît important que le ministère demeure le maître d'œuvre du projet.
- 3.40** Bref, des enjeux importants demeurent quant à la gouvernance du projet et le ministère doit les prendre en compte et exercer à cet égard un suivi rigoureux.

Gouvernance exercée par le ministère à l'égard du réseau

- 3.41** Compte tenu de l'ampleur de ces investissements en RI estimés à plus 1,5 p. cent de son budget (27 milliards de dollars en 2009-2010) et de l'historique des difficultés des projets d'affaires dans ce domaine, il nous semble essentiel que le ministère ait un portrait adéquat de ces projets afin de s'assurer d'une saine gestion des RI. Le ministère a procédé à une première collecte d'informations dans le but de recenser les projets d'affaires en cours dans le réseau. Notons que celle-ci a été réalisée plus de deux ans après le début du projet du DSQ. Dans le cadre de notre vigie, nous avons analysé les résultats de cette collecte et mené des travaux additionnels. À cet égard, nous avons observé que :
- des degrés de maturité variables existent en matière de gestion de projets d'affaires par les agences ;
 - plusieurs projets d'affaires liés au RI répondent aux mêmes besoins (tableaux de bord, infrastructure technologique, etc.).
- 3.42** De plus, nous avons constaté que cette collecte ne permet pas de faire la distinction entre les projets stratégiques, ceux qui sont en difficulté et ceux qui sont considérés comme étant à risque ou encore les initiatives jugées exemplaires. Le portrait dégagé à la suite de cette opération a conduit le ministère à décréter un moratoire en raison du grand nombre de projets et de leur diversité. Fait à noter cependant, le ministère n'approuve ni ne fait de suivi des projets d'affaires réalisés en RI dans son réseau, comme ceux des DPE.
- 3.43** Il nous apparaît important que le ministère poursuive ses travaux de collecte d'informations relatives aux projets d'affaires en RI dans son réseau en la bonifiant afin d'être en mesure de répertorier les projets stratégiques ainsi que ceux qui sont à risque ou en difficulté. Cette approche permettra au MSSS d'effectuer un meilleur suivi des projets réalisés dans le réseau et de soutenir, au besoin, les entités dans la réalisation des projets.

Reddition de comptes

- 3.44** Comme le stipulait une décision du Conseil des ministres du 22 mars 2006, un bilan semestriel devait être déposé au Conseil des ministres. Ceux de juin et de décembre 2009 n'ont pas été transmis. En mai 2010, le ministère a transmis un rapport au Conseil des ministres. Cependant, ce rapport est incomplet puisque'il ne fait pas mention de l'enjeu important que constitue l'arrimage entre le DSQ et les DPE.
- 3.45** En juin 2010, le ministère a réitéré au Conseil des ministres son intention de produire des rapports semestriels et, à cet égard, un rapport a été produit en février 2011.

Conclusion

- 3.46** Dans le rapport que nous avons déposé en mai dernier sur le projet de DSQ, nous nous disions grandement préoccupés par la façon dont le ministère gère ce projet et les conséquences sur sa mise en place qui en découlent.
- 3.47** Plusieurs éléments montrent que le projet initial a subi de nombreuses modifications. Parmi ceux-ci, mentionnons :
- la décision de passer en mode déploiement pour certaines composantes du DSQ, bien que des sous-projets ne soient pas terminés. En conséquence, les coûts ne seront plus affectés à ces sous-projets. L'affirmation du respect du budget nous apparaît irréaliste dans la mesure où la portée du projet reste la même qu'au départ et que tous les coûts qui y sont associés sont comptabilisés dans le budget du DSQ;
 - la réduction de la portée initiale de plusieurs sous-projets, tant en ce qui concerne les composantes prévues que les utilisateurs visés;
 - la nécessité d'acquérir d'autres produits pour la réalisation de plusieurs sous-projets et le fait que leurs coûts pourront ne pas être inscrits dans le budget du DSQ;
 - les dépassements au regard de l'échéancier pour la totalité des sous-projets et l'impossibilité d'en planifier un pour permettre la consultation interrégionale du DSQ;
 - la réduction potentielle de 52 millions de dollars du financement attendu d'ISC.
- 3.48** Compte tenu de ces éléments, nous considérons que le projet sous sa forme définie à l'origine n'existe plus et, en ce sens, est un échec. Ainsi, l'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux ne repose plus sur un partage d'informations entre toutes les régions du Québec au moyen du même outil informatique tel qu'il a été conçu et appelé au départ, le DSQ. Le ministère a changé de stratégie pour permettre, avec des outils informatiques différents, le partage d'informations entre des sites d'une même région d'abord, reportant ainsi l'interopérabilité provinciale. Il n'est pas étonnant que le ministère en reporte encore l'échéance et qu'il indique seulement que l'informatisation du réseau ne sera pas terminée avant 2016.

Un échec: le projet défini initialement n'existe plus.

- 3.49 Nous avons recommandé au ministère de faire le point sur le déroulement du projet du Dossier de santé du Québec afin de présenter un juste portrait de la situation et de déterminer les suites à y donner.
- 3.50 Nous avons recommandé au ministère, à l'égard de l'encadrement qu'il exerce :
- de recueillir l'information lui permettant de détecter les problèmes et les risques en matière de projets d'affaires liés aux ressources informationnelles réalisés par les entités de son réseau ;
 - de déterminer les moyens lui permettant d'effectuer un suivi des projets dans son réseau.

3.51 Commentaires du ministère

Commentaires spécifiques

« Nous avons pris connaissance de votre rapport de vérification de l'optimisation des ressources portant sur la vigie relative au DSQ. Lors des vigies précédentes, vous avez formulé de nombreuses recommandations apportant une contribution importante à l'évolution du DSQ. Nous portons donc une grande attention à la recommandation formulée dans le présent rapport de vigie.

« Nous profitons aussi de l'opportunité qui nous est offerte pour vous soumettre quelques commentaires et précisions en lien avec le contenu du rapport.

« **Statut des projets du DSQ.** Comme vous l'indiquez dans votre rapport, l'objectif visé initialement par le DSQ était de permettre aux professionnels de la santé, aux cliniques médicales, aux centres hospitaliers universitaires, aux pharmacies, aux laboratoires privés, aux centres de la santé et des services sociaux ainsi qu'aux autorités de la santé publique d'avoir tous accès au DSQ. Le passage de l'approche de déploiement des composantes du DSQ vers le déploiement et l'adoption de solutions de DPE qui intègrent la norme DSQ ne remet pas en question l'objectif initial. Compte tenu du fait que les DPE et le visualiseur assureront aux professionnels de la santé l'accès aux informations pertinentes, nous concevons mal que vous soyez d'avis que le DSQ ne pourrait atteindre que partiellement son objectif initial et que le projet soit un échec.

« **Visualiseur du DSE.** Nous sommes étonnés de lire dans le rapport que le Visualiseur ne servira que pour une clientèle limitée. Il est vrai que les fonctions de visualisation des DPE seront utilisées lorsque les intervenants auront accès à ces services. Cependant, dans les premières phases de déploiement du DSQ, il serait utopique de croire que tous les intervenants bénéficieront de DPE. C'est dans ce contexte que le Visualiseur prend toute son importance, autant pour les cliniques médicales privées qui n'auront pas acquis de DME que pour les établissements qui n'auront pas accès aux DCI. Par ailleurs, les composantes d'arrière-plan du Visualiseur qui sont utilisées pour accéder aux données en provenance de différents domaines présentent un potentiel de réutilisation qui, au plan technique, pourra être mis à profit pour l'arrimage du DSQ avec les DCI et les DME.

« **Laboratoires.** Vous soulevez un risque relativement à la décision d'afficher dans le DSQ des résultats produits par les systèmes de laboratoires, qu'ils soient normalisés ou non. Selon vous, des résultats pourraient être interprétés de façon différente suite à l'insuffisance de précisions et compte tenu du fait qu'il y a une multitude de façons d'exprimer les résultats. Nous tenons à vous souligner que cette façon de faire reconduit les méthodes actuelles, seul le véhicule pour la transmission des résultats est modifié. De plus, il ne revient pas au DSQ de transformer les pratiques des laboratoires.

« **Coûts.** Bien que la durée du projet DSQ soit plus longue que prévue initialement, nous sommes toujours confiants que le projet devrait se réaliser à l'intérieur du budget total initial. En effet, au 31 décembre 2010, plusieurs composantes permettant le déploiement du DSQ sont développées et le solde budgétaire est suffisant pour compléter les travaux.

« Mentionnons, par ailleurs, qu'un risque de dépassement de coûts pour une composante ne signifie pas automatiquement un risque de dépassement du budget global. Entre autres, l'utilisation judicieuse de la contingence permet de couvrir des dépassements ou des imprévus.

« Au sujet des projets d'identification de l'utilisateur et de l'intervenant, ceux-ci ne sont pas dans la portée du DSQ, puisqu'ils sont requis pour différentes applications du réseau de la santé et des services sociaux.

« Concernant les coûts récurrents, vous indiquez que certaines composantes du DSQ passent d'un mode "projet" à un mode "continuité ou opérationnel", alors qu'ils ne sont pas terminés. Dans un projet de l'envergure du DSQ, toutes les composantes ne passent pas en récurrence au même moment. Tel qu'il est indiqué dans la réponse au rapport de vigie 2009-2010 et lors de la commission parlementaire du 30 septembre 2009, la nouvelle stratégie de déploiement consiste à aborder le DSQ comme un portefeuille de projets. Chaque élément peut être mis en production de façon distincte en raison de son degré d'avancement, ce qui fait en sorte que chaque composante donne lieu à un ou plusieurs actifs distincts, livrés à des rythmes et à des moments qui leur sont propres. Il est donc normal que des coûts d'opération et d'exploitation soient encourus avant que toutes les composantes du projet DSQ soient complétées. Dans tous les cas, le MSSS respecte la règle comptable du ministère des Finances du Québec portant sur la comptabilisation des frais de développement informatique.

« **Partage des coûts avec ISC.** Au sujet du programme d'investissement d'ISC pour le déploiement et l'intégration des DPE, le projet de rapport soulève le risque qu'il n'y ait plus de financement disponible lorsque le Québec sera prêt à présenter une demande. Il est important de préciser que le MSSS doit statuer sur ses besoins et sur les ressources requises avant de déposer une demande. Cette démarche requiert un certain délai, puisque l'adhésion du Québec à un nouveau programme fédéral doit, entre autres, être approuvée par le Secrétariat aux affaires intergouvernementales canadiennes, recevoir l'aval du Conseil du trésor pour les crédits requis à sa part de financement et, enfin, être autorisée par le Conseil des ministres. Dans ce contexte, le Québec ne saurait se faire imposer un échéancier par ISC. Les étapes de définition des besoins, conformément aux bonnes pratiques, doivent être franchies et les processus administratifs applicables doivent être respectés. Ceci ne limite cependant pas les travaux entrepris dans le contexte du DSQ pour planifier et mettre en place des éléments requis en vue de l'arrimage des DPE au DSQ.

« **Projet pilote.** Vous soulevez que, depuis l'automne 2009, le projet pilote a peu progressé. Il est vrai qu'il n'y a eu que 8 pharmacies et 2 sites cliniques qui ont fait partie du projet pilote. Mais il nous semble important d'indiquer qu'au 31 janvier 2011, plus d'un million d'ordonnances concernant plus de 30 000 usagers, sont enregistrées dans le profil pharmacologique. Cet avancement est intéressant puisqu'il contribue à atteindre une masse critique d'informations qui rendent le DSQ plus utile pour le suivi du traitement des patients.

« De plus, les cinq fournisseurs de logiciels des GMF pour la prescription électronique ont été qualifiés en janvier 2011 et il a été démontré que les services du "domaine Médicaments" soutiendront adéquatement le cycle complet des actes dispensés par les professionnels de la santé (accéder au profil – prescrire – récupérer et traiter l'ordonnance – mettre à jour le profil).

« **Gouvernance.** En matière de gouvernance, le rapport indique que le MSSS doit se doter d'une stratégie pour l'arrimage et l'interopérabilité du DSQ avec les DCI et les DME, à court terme et à moyen terme, puisque cela constitue un enjeu pour l'adhésion des utilisateurs. Un projet de stratégie existe et il vous a été rendu disponible. Dans le cadre de cette stratégie, le MSSS prescrira les normes d'interopérabilité et les composantes d'ordre commun du DSQ que les fournisseurs de DCI et de DME devront respecter pour s'arrimer au DSQ, tout en laissant aux établissements et aux cliniques privées la possibilité de choisir leurs solutions de DCI ou de DME parmi un nombre limité de solutions homologuées. Par ailleurs, il est important de mentionner que la portée initiale du projet DSQ et les ententes actuelles avec ISC ne couvrent pas l'arrimage avec les DPE.

« Au sujet des changements à la direction du DSQ, soulignons qu'une sous-ministre associée, dont les compétences sont reconnues dans le réseau de la santé et des services sociaux a accepté de prendre la direction du DSQ à compter d'avril 2011.

« Pour ce qui concerne la gouvernance des projets informatiques du réseau de la santé et des services sociaux, le ministère s'est doté d'un cadre de gestion intégrée des ressources informationnelles qui favorisera l'établissement d'un portrait adéquat des projets afin d'en assurer une saine gestion. »

Commentaires généraux

« Le ministère de la Santé et des Services sociaux poursuit les travaux de développement du DSQ avec toute la rigueur requise. Dans un contexte d'évolution rapide des technologies de l'information, il est normal que certains éléments privilégiés il y a plus de cinq ans aient mérité d'être revus. Il s'est avéré essentiel d'apporter des ajustements au projet, en vue de l'arrimage avec les DPE.

«Au cours des derniers mois, une importante opération visant à faire le point sur le déroulement du DSQ nous a permis d'en dresser un portrait éclairé et de cibler les défis à relever. Le MSSS a développé une vision claire des actions à prendre en matière de gouvernance, de déploiement du DSQ et d'arrimage aux DPE. Les risques du projet sont maintenant mieux identifiés et les stratégies pour les mitiger pourront se concrétiser, en concertation avec nos partenaires, dans un avenir rapproché. À cet effet, le ministère a mis en place de nouveaux mécanismes de gouvernance pour assurer le déploiement harmonisé de l'informatisation du réseau et les arrimages nécessaires entre tous ces volets, y compris les composantes du DSQ. Un Bureau de programme pour l'informatisation du réseau sera chargé d'encadrer, de superviser et de coordonner les ressources en cause. Placé sous l'autorité d'un sous-ministre associé, le Bureau de programme comportera un Conseil de gouvernance de huit membres réunissant tous les partenaires en cause : ministère, Régie de l'assurance maladie du Québec, SOGIQUE, agences de la santé et des services sociaux et centres hospitaliers.

«De plus, sous la direction du Bureau de programme, le comité consultatif des besoins cliniques, composé des présidents des fédérations médicales et pharmaceutiques ainsi que de la présidente de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux poursuivra ses travaux. Enfin, une Table permanente d'interopérabilité relevant de la RAMQ veillera à l'arrimage et à l'intégration de toutes les composantes du DSQ avec les DCI et les DME.

«Pour ce qui concerne l'identification des problématiques et des risques en matière de projets en RI réalisés par les entités du réseau de la santé et des services sociaux, la gouvernance exercée par le Bureau de programme et l'application du cadre de gestion intégrée des RI permettront d'établir un portrait adéquat des projets afin d'en assurer une saine gestion.»

3.52 Nous tenons à souligner que le ministère a adhéré à toutes les recommandations.

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 – Sous-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
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
SécurSanté (anciennement appelé ICP)	Service de certification, d'authentification et d'identification des intervenants, ainsi que de leurs droits d'accès au dossier de santé
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, y compris 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.

