



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX

DE MONTRÉAL-CENTRE

3725, RUE SAINT-DENIS
MONTRÉAL (QUÉBEC) H2X 3L9

RAPPORT FINAL

Systèmes d'information communs aux centres de services ambulatoires de la région de Montréal Centre

Étude d'opportunité, de faisabilité, de risques et de coûts

Juillet 2001

Document déposé par la
Régie régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre
3725 rue Saint-Denis, Montréal (Québec), H2X 3L9

Systèmes d'information des centres de services ambulatoires
APPEL D'OFFRES / AVRIL 2000

Disponible aux Services documentaires de la Régie régionale de Montréal-Centre
(514) 286-5604

~~Prix : 6.00\$~~

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2002

Table des Matières

1	SOMMAIRE	3
2	CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DES CENTRES AMBULATOIRES	4
3	MANDAT D'ÉVALUATION CONFIE À LA FIRME CGI	6
3.1	LES OBJECTIFS GÉNÉRAUX DU MANDAT	6
3.2	LES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU MANDAT	7
3.2.1	<i>État de situation et analyse de besoins</i>	<i>7</i>
3.2.2	<i>Analyse d'opportunité.....</i>	<i>8</i>
3.2.3	<i>Analyse de faisabilité.....</i>	<i>9</i>
3.2.4	<i>Analyse des risques et des facteurs clés de succès</i>	<i>10</i>
3.2.5	<i>Priorités d'action et analyse coûts bénéfices</i>	<i>11</i>
4	MODALITÉS DE GESTION DU MANDAT.....	12
4.1	COMPOSITION DU COMITÉ DIRECTEUR.....	12
4.2	MANDAT DU COMITÉ DIRECTEUR	13
4.3	RÉUNIONS DU COMITÉ DIRECTEUR	13
4.4	EXTENSION DE MANDAT ET COMPLÉMENT D'INFORMATIONS	14
5	RÉSULTATS ET RECOMMANDATIONS	15
5.1	RÉSULTATS	15
5.2	RECOMMANDATIONS	16

1 SOMMAIRE

L'Hôpital Maisonneuve - Rosemont de même que l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et l'Hôpital Général du Lakeshore concrétiseront à moyen terme la mise en place de leur centre de services ambulatoires respectif. Ces centres de services ambulatoires serviront de plaque tournante aux activités destinées à une proportion importante de leur clientèle. De part et d'autre, la mise sur pied d'un centre ambulatoire s'appuie sur l'aménagement de nouveaux espaces de même que le réaménagement des espaces existants afin de rassembler de façon plus fonctionnelle l'ensemble des unités et des différents intervenants du milieu qui contribueront à la mise en œuvre des programmes de soins et des services ambulatoires. A cet égard, les programmes fonctionnels et techniques ont déjà été déposés en vue d'obtenir les décrets de construction nécessaires à l'obtention des ressources physiques et matérielles.

Les centres ambulatoires devront également compter sur l'utilisation de technologies modernes pour assurer la gestion et la circulation d'un volume important d'informations cliniques, sociales et administratives à l'intérieur du centre hospitalier de même qu'avec l'ensemble des partenaires privés ou publics qui assureront conjointement la dispensation, le suivi et le continuum des services destinés à une clientèle commune.

Ne pas tenir compte dès maintenant de cette gestion de la ressource informationnelle à l'interne ou avec le monde extérieur pourrait entraîner des carences notables en matière d'efficacité et d'efficience des infrastructures, ressources et processus dont on prévoit la mise en œuvre et auxquels on s'apprête à consentir d'importants investissements.

La nécessité de conjuguer les efforts et les ressources afin de normaliser les échanges d'information et de doter le réseau d'établissements concernés d'un système moderne et performant de communication apparaît encore plus incontournable que celle, déjà très légitime, d'assurer la plus grande cohésion possible des systèmes d'information à l'intérieur même de chacun des deux établissements hôtes de ces centres ambulatoires.

Pour identifier l'opportunité d'une approche commune, la faisabilité de sa mise en œuvre, les facteurs clés de succès, les priorités d'action à privilégier et pour chacune les bénéfices escomptés de même que les coûts et les échéanciers anticipés, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre de même que les deux premiers établissements identifiés ci-dessus ont procédé en avril 2000 à un appel d'offres pour retenir les services professionnels d'une firme expérimentée dans les domaines de la santé et des systèmes d'information. Après évaluation, la firme CGI a été retenue et a amorcé l'analyse du dossier en juin 2000.

Le principal objectif du mandat consistait à préciser et à appuyer d'une analyse bien ciblée la nature et le coût des travaux qui devraient prioritairement être consentis :

- a) pour assurer la meilleure intégration ou interface possible des systèmes d'informations spécifiques à chaque établissement
- b) pour la définition et la mise en place d'un système unique et homogène d'échange d'informations inter-établissements.

2 Contexte de mise en œuvre des centres ambulatoires

L'avènement de nouvelles technologies médicales accompagné d'impératifs économiques et sociaux ont largement favorisé le virage ambulatoire au cours des deux dernières décennies. Plus récemment, les centres hospitaliers ont été incités à favoriser la chirurgie d'un jour et à réduire les durées de séjour d'hospitalisation; un effort parallèle a ciblé le « retour » et le « maintien à domicile » là où les services sociaux et de soins de santé sont assurés dans la communauté par les CLSC et les médecins en cabinets privés. Les centres hospitaliers sont donc d'une part des centres de référence spécialisés pour la clientèle ambulatoire des CLSC, des centres d'hébergement, des cliniques médicales, etc. D'autre part, ils comptent sur leurs partenaires pour assurer le suivi des soins qui ne nécessitent pas d'être prodigués en milieu hospitalier.

Dans ce contexte général, les deux centres affiliés universitaires de la région de Montréal que sont l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et l'Hôpital Maisonneuve Rosemont ont été invités à soumettre des projets de « Centre ambulatoire » plaque tournante de cette activité de soins de santé dédiés à une clientèle ambulatoire pouvant à la fois bénéficier d'un support des CLSC et cabinets privés mais requérir les services spécialisés des centres hospitaliers.

Les avant-projets et les programmes fonctionnels et techniques de ces deux centres ambulatoires ont été rédigés, déposés et analysés par les différentes instances pour être officiellement acceptés. Les annonces récentes de la Ministre le confirment. Aux aménagements physiques prévus pour améliorer la fonctionnalité des services spécialisés dédiés à une double vocation hospitalière et ambulatoire, devaient forcément s'ajouter les aménagements pour assurer une gestion mieux intégrée des ressources informationnelles. Le réaménagement des technologies et systèmes d'information présente également ce double objectif d'améliorer le continuum d'information entre les services du centre hospitalier et de son centre ambulatoire tout autant qu'entre son centre ambulatoire et ses partenaires qui lui réfèrent ou reprennent en charge une clientèle commune.

Si le continuum de services est une priorité, il est devenu évident que le continuum de l'information est une nécessité incontournable. Si les deux centres hospitaliers peuvent établir une stratégie qui leur est propre pour assurer le continuum de l'information à l'intérieur de leurs murs, il devient impératif pour la région, dans un souci d'efficacité et d'efficacités, de déterminer des stratégies et des solutions communes d'échange d'informations. Une approche commune inter-établissement peut, à rebours, suggérer ou renforcer l'intérêt d'une approche similaire dans chaque centre hospitalier.

Chacun de ces deux établissements a déposé une demande de décret pour initier la construction physique de leur centre ambulatoire. L'un d'eux y avait déjà inclus un montant significatif pour assurer la mise en place des technologies et systèmes d'information; l'accent avait toutefois été mis sur l'intégration des systèmes d'information internes. L'autre établissement souhaite que l'effort commun ne se limite pas à la communication d'informations inter-établissement et se préoccupe également de l'intégration locale des systèmes départementaux.

La Régie perçoit quant à elle le développement d'un continuum d'informations inter-établissements comme une nécessité incontournable dont elle doit se préoccuper avec autant d'attention que peuvent le faire les centres hospitaliers en ce qui a trait à la

cohérence de leurs systèmes internes. Ceci étant, tous ont convenu de demander par décret un financement adéquat pour traiter de cette question. Reste à innover puisque les technologies ou systèmes d'information n'ont jamais à ce jour figuré au nombre des investissements reconnus par des décrets de construction.

L'accès à une information clinique de qualité par les intervenants de la santé est une préoccupation croissante de tous les milieux et a suscité l'avènement du RTSS et de projets pilotes stratégiques. On reconnaît qu'il constitue également la clé de voûte du développement des réseaux de soins intégrés entre les organismes de santé sur une base territoriale.

Les projets de centres de services ambulatoires hospitaliers impliquent un échange continu d'informations avec les intervenants de première ligne pour maintenir la continuité et l'intégration des soins et des services. Les systèmes d'information et l'infrastructure technologique assurant le transfert et le partage de cette information doivent faire partie intégrante de leur mise en oeuvre .

3 Mandat d'évaluation confié à la firme CGI

3.1 Les objectifs généraux du mandat

L'objectif général du mandat peut se résumer ainsi :

Analyser l'opportunité et la faisabilité tout en identifiant les risques et les coûts projetés d'une approche technologique commune d'échanges d'information entre les établissements et les cabinets privés pour la prise en charge des clientèles des centres de services ambulatoires.

Il est aussi souhaitable d' :

Analyser les effets prévisibles et les coûts d'une approche où chaque centre hospitalier développera des systèmes d'information qui lui seraient spécifiques.

Mais il importe de garder à l'esprit que l'objectif du mandat consiste également à :

Identifier les priorités de développement d'une approche commune, en déterminer les coûts de réalisation et appuyer concrètement la nécessité d'investir dans cette approche.

Pour atteindre ces objectifs généraux, le consultant a procédé à l'analyse de la situation actuelle et bien saisi les enjeux associés à la notion de centre ambulatoire et des services ambulatoires qu'ils doivent assurer à une clientèle diversifiée. Le virage ambulatoire doit en effet s'appuyer sur la disponibilité, l'accessibilité et la communication de l'information clinique et administrative pertinente pour que les intervenants puissent assurer de façon efficace et sécuritaire un continuum de soins et de services pour chaque client et ce, malgré sa mobilité d'un établissement à l'autre. Précisons que ce virage peut s'accompagner de transformations dans les façons de faire et dans la nature même des informations qui seront requises pour les supporter.

3.2 Les objectifs spécifiques du mandat

3.2.1 État de situation et analyse de besoins

Dans un premier temps, il serait sans doute utile de rappeler les expériences similaires d'autres régions ou pays. A titre d'exemple, on pourra évoquer l'expérience des CHIN (Community Health Information Systems) aux États-Unis en identifiant les fonctionnalités comparables à celles visées dans le contexte des centres ambulatoires, les principaux facteurs de succès de même que les principaux bénéfices et coûts

À l'échelle provinciale, la Régie a déjà consacré un certain effort à identifier les systèmes informatiques québécois en opération qui permettent déjà l'échange d'information inter-établissement. Le projet CHARL spécifique à la région de Laval semble être celui qui s'apparente le plus avec notre projet. On peut également citer les résultats obtenus dans la région de Brême Missisquoi. Ces informations seront fournies à l'adjudicataire et pourront être complétées des diverses analyses demandées.

Mais il importera avant tout de mieux identifier les besoins spécifiques et communs des centres ambulatoires en regard de leurs communications avec le monde extérieur. On devra pour ce faire identifier:

Les différents partenaires privés ou publics des deux centres ambulatoires

- Le type et le volume de clientèle commune ou distincte aux deux CH de même que commune entre chaque CH et ses partenaires
- La nature et le volume des clientèles, services et informations échangés

On devra également tenir compte :

- Du niveau actuel et nécessaire de normalisation des données dans la région
- Des systèmes déjà en place pour assurer l'identification de la clientèle, la gestion des rendez-vous, la gestion des requêtes et des résultats de services, la communication avec le monde extérieur.
- Des systèmes et interfaces à développer et à déployer pour faciliter l'échange d'information inter-établissements.

Il ne s'agit pas toutefois d'amorcer le travail d'architecture mais plutôt d'en identifier les principales composantes de manière à pourvoir en estimer ultérieurement les coûts, les délais de réalisation et les difficultés prévisibles de mise en oeuvre.

3.2.2 Analyse d'opportunité

Le développement d'un système commun d'échange d'informations normalisées entre les centres ambulatoires et le monde extérieur présente, de l'avis du mandataire, des opportunités certaines. L'analyse d'opportunité demandée constituera de ce fait un des principaux biens livrables du mandat. Elle devra traiter des aspects suivants :

Amélioration des services à la clientèle

- Éviter la double saisie d'information auprès de la clientèle
- Éviter la retranscription d'information et les erreurs pouvant en découler
- Permettre la consolidation et l'intégrité de l'information
- Assurer la continuité des services et la prise en charge de la clientèle
- Accélérer la communication de l'information utile à la dispensation des services
- Normaliser les données et en assurer une compréhension commune.

Opportunités économiques

- Optimisation des ressources des centres hospitaliers
- Optimisation des investissements consentis à leur centre ambulatoire
- Éviter la duplication d'efforts pour l'analyse et la mise en œuvre d'un système d'information inter-établissement.
- Éviter la multiplicité des systèmes dans les points de services (CLSC, cabinets)
- Normalisation des processus d'affaires

Opportunités technologiques

- Optimisation des infrastructures en place (RTSS, Notes, ...)
- Modernisation des technologies de communication utilisées
- Réutilisation des expériences récentes (CHARL, ERIIC..)

Impacts d'une démarche non regroupée

Il pourra être utile d'identifier les problématiques et les coûts excédentaires non-récurrents et récurrents associés à une démarche non-regroupée.

3.2.3 Analyse de faisabilité

Tout en convenant de l'opportunité de procéder à une mise en commun des efforts de développement afin de favoriser un échange harmonieux d'information entre les dispensateurs de services, il convient d'identifier et de préciser la faisabilité de cette approche sous différents angles :

Le volet informationnel

- La mise en place d'un identifiant unique « régional » ou « provincial » des bénéficiaires
- Le consentement du bénéficiaire à la circulation de l'information qui le concerne
- La normalisation des données cliniques et des processus d'échange d'information
- La complexité de l'architecture des données
- La capacité d'interfacer ou d'harmoniser les différents systèmes d'information utilisés
- Le niveau actuel d'intégration des systèmes d'information des deux centres hospitaliers

Le volet technologique

- Le niveau actuel d'informatisation des partenaires
- L'accès des partenaires aux infrastructures du réseau sociosanitaire (RTSS, Notes..)
- La normalisation des outils et méthodes de communication

Le volet économique

- La capacité de définir l'ampleur financière du projet
- La disponibilité de ressources récurrentes pour en assurer l'opération

Le volet politique

- La volonté politique d'adapter la législation en matière d'échange d'information
- La volonté des deux centres à adapter leurs processus et systèmes d'information
- L'arrimage aux systèmes provinciaux déployés

Globalement, il importera d'identifier clairement les conditions préalables requises pour amorcer un échange efficace d'information entre les partenaires. Il sera nécessaire de distinguer les actions possibles à court terme de celles qui nécessiteront plus d'analyse et d'efforts de normalisation. Parmi les actions possibles à court terme, on devra prévoir celles qui afficheront la meilleure rentabilité en ce qui a trait à l'amélioration des services et à l'effort à consentir pour obtenir pareil bénéfices. L'étude de faisabilité devra donc prévoir une approche étagée qui permettra l'atteinte progressive de résultats concrets.

3.2.4 Analyse des risques et des facteurs clés de succès

Quelques facteurs de risque ou de succès ont déjà été abordés directement ou indirectement dans les pages qui précède. L'analyse de risque devra aborder cette question de façon plus systématique et tenter d'identifier, de qualifier et de prioriser les facteurs de risque et de succès. On devra également préciser à quelle instance provinciale, régionale ou locale il appartiendra de contrôler ces facteurs et quels seront leurs impacts potentiels sur le projet. Il serait également utile d'identifier le niveau de confiance actuelle de rassembler les facteurs critiques de succès de même que le niveau de contrôle des facteurs de risques.

A titre d'exemple, voici quelques-uns des **facteurs critiques de succès** auxquels on devrait faire référence :

- Appui des instances gouvernementales au projet (CAI, MSSS, RAMQ, DGTI)
- Appui des instances régionales au projet (C.A. et directeurs de la Régie)
- Appui des instances locales (Directeurs des établissements publics)
- Collaboration des autres régions et du secteur privé
- Clarté des impératifs de mettre en place un système cohérent et unique d'information inter-établissements
- Avoir complété le déploiement des infrastructures du réseau (RTSS, Notes) dans tous les établissements concernés.
- Approche pragmatique par étape centrée sur des objectifs réalistes.
- Volonté de rehausser le niveau de normalisation et d'informatisation des échanges
- Possibilité de s'appuyer sur les expériences québécoises récentes.

En contrepartie, voici quelques exemples des **facteurs de risque** :

- La législation actuelle ne favorise pas le continuum de services et le libre échange d'informations cliniques entre les établissements
- Le contexte politique actuel favorise l'implantation de règles de sécurité, de confidentialité, d'authentification, de non-répudiation et de journalisation contraignantes et coûteuses.
- L'identification unique du bénéficiaire de même que son consentement éclairé aux échanges d'information le concernant doivent être résolus.
- La résistance naturelle au changement devra être compensée par l'assurance d'incitatifs concrets et de bénéfices tangibles.
- Le niveau variable de connaissances individuelles des intervenants ou de pénétration des systèmes d'information dans les divers établissements partenaires.
- Niveau de dépendance à des décideurs externes autonomes.

3.2.5 Priorités d'action et analyse coûts bénéfiques

En tenant compte des diverses analyses qui précèdent, l'adjudicataire devra dresser le bilan des besoins exprimés et des besoins informationnels et technologiques complémentaires. Il devra établir la liste des priorités d'action et en évaluer la séquence dans le temps. Pour chacune des actions projetées, un exercice préliminaire d'identification des coûts et des bénéfices directs sera présenté.

Il va de soi que les priorités d'action devront prioritairement cibler l'amélioration et le continuum des services offerts à la clientèle. Les bénéfices cliniques, sociaux et économiques devront être identifiés qu'il s'agisse de ceux s'adressant directement au bénéficiaire ou encore ceux attribués aux différents fournisseurs de services.

De plus l'étude de coûts devra porter sur chacun des deux volets suivants :

Les coûts spécifiques aux centres ambulatoires

- Mise en place de l'infrastructure de réseautique (câblage, concentrateurs...)
- Acquisitions et installations d'équipements, ameublement ergonomiques etc.
- Extension des systèmes d'information en place
- Ajout de nouveaux systèmes d'information, de composantes d'intégration ou d'engins d'interface.
- Développement et mise en place d'interfaces au domaine extérieur
- Contribution et impacts de la normalisation des informations
- Autres coûts d'implantation et de formation du personnel

Les coûts d'une approche commune d'échange d'informations inter-établissements

- Architecture des données
- Normalisation des données et des documents
- Normalisation des modes de communication et mise à niveau des partenaires
- Développement des modules communs (ex. identifiant unique, consentement...)
- Développement et déploiement des applications répondant aux besoins prioritaires
- Autres coûts d'implantation et de formation

4 Modalités de gestion du mandat

4.1 Composition du comité directeur

Un comité directeur a été formé pour assurer la gestion du mandat confié à CGI. Ce comité réunissait les représentants des établissements concernés, de la Régie régionale de Montréal-Centre et du Ministère. Les participants à ce comité furent les suivants:

Pour les établissements :

Mme Diane Arcand, adjointe au directeur général, Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Dr Alain Beaupré, pneumologue, Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Mme Marie-Hélène Desrosiers, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Mme Carmen Gauthier, DRFST, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
M. Roger Jacob, Adjoint DRFST, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Mme Chantale Lapointe, directrice générale, CHSLD - CLSC Saint-Laurent

Pour les cliniques privées :

Dr Michel Miron, omnipraticien, Clinique du Boulevard

Pour la Régie régionale :

Michèle Bérubé, conseillère à la direction de la programmation, Régie régionale
M. Louis Côté, directeur des relations avec la communauté, Régie régionale
M. Robert Demers, coordonnateur des ressources matérielles, Régie régionale
M. Guy Mathieu, coordonnateur TI-SI, Régie régionale

Pour le Ministère :

M. Christian Tanguay, représentant du Ministère

Pour la firme CGI :

Mme Danyelle Bourgault, conseillère, CGI
Mme Chantal Friset, conseillère, CGI
Mme Suzanne Léonard, conseillère, CGI
M. Robert Quesnel, conseiller, CGI

Invités additionnels :

M. Gilles Blanchette, Chef développement-déploiement, TCR Montréal-Centre
M. Patrick Luu, Chef de service informatique, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
M. Richard Ouellet, Chef de service informatique, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

4.2 Mandat du comité directeur

- approuver le manuel d'organisation du projet - ce manuel comprendra les principaux outils proposés dans le cadre de cette étude;
- agir à titre d'instance décisionnelle pour assurer une prise de décision efficace dans le respect des objectifs du mandat;
- fournir la documentation et l'information nécessaires à la réalisation du mandat;
- identifier les membres du comité de travail;
- régler les points en suspens pour éviter tout retard dans la réalisation des activités prévues;
- approuver les demandes de changement qui ont une incidence majeure sur le budget global du projet;
- valider les résultats de chaque étape du processus, commenter et discuter les résultats d'analyse et approuver les bien livrables.

4.3 Réunions du comité directeur

Le comité directeur a tenu cinq rencontres :

- 5 juin 2000 : Étude et approbation du mandat du comité.
Étude, corrections et approbation du manuel d'organisation de projet présenté par CGI.
- 28 juin : Présentation de l'état de situation par CGI.
Identification des principes directeurs et des scénarios à analyser
- 30 août : Présentation des scénarios proposés.
Discussion et approche proposée pour la suite des analyses.
- 25 octobre : Dépôt de documents : sommaire des rencontres techniques et état de situation de CGI
Discussion, choix d'un scénario et partage des responsabilités
Objectifs à rencontrer pour la mi-décembre
- 14 décembre : Présentation de la solution consensuelle
Approbation du comité et démarches à compléter
Suspension des travaux du comité

Les procès verbaux des comités sont déposés ici à titre d'information complémentaire; ils contiennent et font référence aux documents déposés.



PV20000605.doc



PV20000628.doc



PV20000830.doc



PV20001025.doc



PV20001214.doc

La version papier de ces documents est également disponible sur demande.

4.4 *Extension de mandat et complément d'informations*

Le mandat original confié à CGI portait exclusivement sur les centres de services ambulatoires du Centre Hospitalier Maisonneuve – Rosemont et de l'Hôpital du Sacré – Cœur de Montréal. Après dépôt par CGI du bilan final de ce premier mandat le 22 décembre 2000, la Régie régionale de Montréal – Centre a accepté de financer une extension du mandat de CGI en lui confiant l'analyse et l'évaluation financière des installations requises par le centre ambulatoire de l'Hôpital Général du Lakeshore. Cet extension a été accordée en mars 2001 et a donné lieu à un rapport final déposé le 29 mai 2001. Les différents documents soumis par CGI à cette date respectent l'approche retenue par le comité directeur mais couvre l'état de situation et les besoins des trois centres hospitaliers.

5 Résultats et recommandations

5.1 Résultats

Les principaux résultats de cette étude se retrouvent dans les documents soumis par CGI à différentes étapes de l'analyse. D'autres résultats sont propres à la démarche et à l'intérêt des participants; on pense notamment à :

- la reconnaissance de l'importance à accorder au continuum d'information
- la volonté et la nécessité d'un effort conjoint de différents centres hospitaliers
- la définition d'une solution commune consensuelle

Les documents de CGI, attachés ci-dessous, représentent donc le point de vue du comité directeur et sont présentés dans l'ordre pour en permettre la meilleure compréhension possible :

- Présentation générale de la solution évaluée



"Dernier Bien livrable
- avec Lakeshore.ppt"

- Rapport sommaire



"Rapport sommaire -
Avec Lakeshore.doc"

- Annexe A : Évaluation générale des coûts



"ANNEXE A
Évaluation coûts du s

- Annexe B : Évaluation des postes requis HSCM



"ANNEXE B PC - CA
HSCM validé.xls"

- Annexe C : Évaluation des postes requis HMR



"ANNEXE C PC - CA
HMR validé.xls"

- Annexe D : Évaluation des postes requis HGL



"ANNEXE D PC - CA
HGL validé.xls"

Ils constituent l'essentiel des résultats obtenus. Le seul élément qui demeure absent de cet exercice consiste à identifier les coûts d'investissements, les coûts récurrents et les coûts indirects qui pourraient être associés à l'acquisition et la mise en œuvre de solutions distinctes dans chacun des principaux établissements disposant d'un centre ambulatoire et l'impact de cette approche sur les établissements partenaires (cliniques privées, CLSC...) et la clientèle.

5.2 **Recommandations**

Fort des résultats disponibles à la mi-décembre 2000, le comité directeur a recommandé :

- de déposer l'étude à la Régie régionale de Montréal – Centre ainsi qu'au Ministère,
- de recommander à la Régie d'accorder une haute priorité à ce dossier lors du dépôt des priorités régionales en janvier 2001,
- de demander au Ministère d'accorder les crédits nécessaires pour assurer la mise en place des composantes communes des systèmes d'information des centres ambulatoires de la région,
- de tenir compte des carences actuelles de chaque établissement en matière de systèmes d'information internes (ex. Radiologie, Pharmacie, Laboratoires, Services diagnostiques, Plans de soins, Dossier clinique informatisé, Dépôts de données cliniques, Engins d'interface) et d'assurer l'équilibre essentiel entre la mise à niveau de ces systèmes et la mise en place de nouveaux systèmes spécifiques aux centres ambulatoires.
- de maintenir une veille technologique sur les dossiers à caractère provincial et plus spécifiquement sur ceux qui auront une influence directe sur la mise en œuvre des systèmes favorisant le continuum de service et d'information inter-établissement :
 - o l'Index Patient Provincial (IPP)
 - o le Dossier Patient Partageable (DPP)
 - o le système de Requêtes et Résultats Générique (RRG)

Suite au dépôt du rapport final de CGI le 28 mai 2001, la Régie régionale de Montréal – Centre entend maintenant compléter la transmission des documents pertinents au Ministère et demander un suivi de ce dossier auprès des autorités compétentes notamment pour l'obtention des crédits nécessaires et l'identification des conditions spécifiques à leur utilisation.