



LE DOSSIER DE SANTÉ DU QUÉBEC

Rapport d'étape
Septembre 2008

Dossier de santé
Pour mieux prendre soin de vous



Québec 

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Dossier de santé** ou sur l'intranet réseau, à l'adresse intranetreseau.rtss.qc.ca sous la rubrique **Dossier de santé**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008

Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISBN : 978-2-550-54600-9 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-54601-6 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire québécois et à condition d'en mentionner la source.

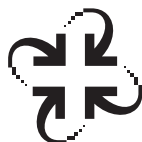
© Gouvernement du Québec, 2009



LE DOSSIER DE SANTÉ DU QUÉBEC

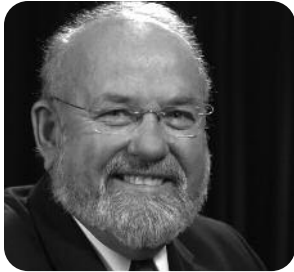
Rapport d'étape
Septembre 2008

Dossier de santé
Pour mieux prendre soin de vous



Québec 

Mot du sous-ministre associé au Dossier de santé du Québec



Le Dossier de santé du Québec (DSQ) en 2008 : des réalisations concrètes, des étapes franchies avec succès, un enthousiasme qui ne se dément pas et une vision et des orientations qui nous font garder le cap sur ce projet à forte valeur ajoutée pour le Québec, pour les professionnels de la santé et pour la population. Voilà les principaux constats de ce bilan des activités et des réalisations du DSQ qui se sont déroulées entre avril 2007 et septembre 2008.

On se rappellera que c'est au printemps 2008 que le projet pilote devenait véritablement public et amorçait ses premiers pas dans le cadre de l'expérimentation technologique. Les premiers résultats observés viennent confirmer la complexité et l'ampleur d'un tel projet qui fait figure de pionnier de l'informatisation clinique au Québec. À ce titre, le Dossier de santé du Québec nécessite une solidarité derrière les cibles communes et une compréhension des écueils et des problèmes qui doivent être résolus et qui sont étroitement associés à la mise en œuvre d'un projet de cette envergure. Ainsi, l'analyse que nous en faisons fait ressortir encore plus clairement le besoin d'une approche globale et de solutions parfaitement intégrées et éprouvées, tant du point de vue technologique que du point de vue organisationnel et opérationnel.

Des réalisations technologiques d'importance ont été livrées en vue d'assurer des assises solides au partage sécuritaire d'informations cliniques. En effet, le déploiement des systèmes d'imagerie diagnostique se poursuit à travers le Québec, alors que l'Index patients maître et

le Registre des usagers sont déjà en validation dans le cadre du projet pilote. Les huit projets de télésanté ainsi que le projet pancanadien Panorama, qui vise notamment la mise en place du registre de vaccination du DSQ, ont progressé de façon telle qu'il est envisageable de parler de début de déploiement pour la prochaine année.

L'engagement de la soixantaine de professionnels de la santé qui nous accompagnent et qui participent activement à nos travaux de consultation, de promotion et de validation est toujours impressionnant. Je voudrais ici saluer leur rigueur et leur détermination à mener à bien ce projet qui nous tient tous à cœur.

En terminant, je suis heureux d'avoir assisté en tant qu'acteur privilégié, à l'avènement du Dossier de santé du Québec. J'ai pu constater, au cours de ces deux dernières années, que nous avons, ensemble, une grande capacité d'innover et de trouver des solutions pour continuer à améliorer les services de santé et les services sociaux à la population du Québec. Aujourd'hui, au moment de prendre ma retraite, je suis encore plus convaincu que le Dossier de santé du Québec contribuera de façon magistrale à ces améliorations. C'est ce que je nous souhaite !

Maurice Boisvert

Sous-ministre associé au Dossier de santé du Québec



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	6
--------------------	---

BLOC 1 LE DSQ, UNE RÉALITÉ QUI S’AFFIRME

LE PROJET PILOTE PREND SON ENVOL	7
Trois grandes phases : le rodage, le pilotage et la montée en charge	7
Les prochaines étapes	9
DES RÉALISATIONS CONCRÈTES EN PARALLÈLE AU PROJET PILOTE	10
Les progrès de la numérisation en imagerie diagnostique	10
Le déploiement du Registre des usagers et de l'Index patients maître	13
La technologie au-delà des distances	14
Une solution pancanadienne novatrice en santé publique	16
Les Services québécois d'information sur le médicament : des avancées	16
Le projet Laboratoires et Services régionaux de conservation	17
L'AVANCEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE	18
Une tournée de sensibilisation à travers l'ensemble des régions du Québec	18
Des travaux d'évaluation du niveau de préparation des régions	19
Des activités de planification en cours	19
Des scénarios de déploiement à l'étude	20
DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ENGAGÉS	21
DES ACTIVITÉS DE PROMOTION ET D'INFORMATION AUPRÈS DE DIVERS PUBLICS	23
Des outils pour mieux travailler	23
Se faire connaître	24
Un soutien au travail de promotion	25

BLOC 2 DES INITIATIVES ET DES CONDITIONS FAVORABLES

DES MODIFICATIONS LÉGISLATIVES MAJEURES ET NÉCESSAIRES	26
Un décret pour le projet pilote	26
Le projet de loi 70 : en avant pour le consentement implicite	27
Le projet de loi no 51 : un registre des intervenants	27
L'ÉVALUATION DES BÉNÉFICES DU DSQ	28
Synthèse des travaux réalisés à ce jour et de leurs retombées	28
Des bénéfices pour les cliniciens et les usagers	29
LES ASPECTS FINANCIERS	31
La vigie du Vérificateur général	32
État de situation sur les contrats avec nos fournisseurs	32
État des ententes gouvernementales avec Inforoute Santé du Canada	32
D'AUTRES ACTEURS MINISTÉRIELS S'IMPLIQUENT	33
Un cadre de financement des investissements connexes et des coûts récurrents	33
Des discussions avec les associations professionnelles du domaine de la santé	33
Soutien opérationnel du DSQ	34
Un suivi actif de la Commission d'accès à l'information	34

BLOC 3 LES PRIORITÉS POUR LA PROCHAINE ANNÉE

LES PRIORITÉS POUR LA PROCHAINE ANNÉE	35
Priorité 1 : Stabiliser une première version du DSQ	35
Priorité 2 : Favoriser la préparation des régions et les conditions d'adhésion des professionnels de la santé	35
Priorité 3 : Amorcer l'interopérabilité de la solution DSQ entre deux régions	35
Priorité 4 : Poursuivre le déploiement des PACS et des RID	35
ANNEXES	
Annexe 1 : Liste des principaux acteurs	36
Annexe 2 : Liste des comités du Dossier de santé du Québec	37



INTRODUCTION

Ce rapport d'étape propose un bilan des réalisations accomplies au cours des premiers dix-sept mois du plan d'affaires 2007-2010 du Dossier de santé du Québec (DSQ). Il couvre la période du 1^{er} avril 2007 au 1^{er} septembre 2008. Ce rapport d'étape constitue ainsi un complément au plan d'affaires.

Organisé en trois grands blocs, ce rapport fait état des initiatives suivantes : le projet pilote, les activités de mise en œuvre, les activités de promotion et d'information, les aspects législatifs et financiers, l'évaluation des bénéfices et l'implication de certains acteurs ministériels. En guise de conclusion, ce rapport dresse un portrait des priorités pour les prochaines étapes du plan d'affaires.

Ce document s'adresse aux acteurs impliqués dans la réalisation et le financement du DSQ, à ses principaux partenaires, aux membres des ordres professionnels concernés, aux présidents-directeurs généraux des agences de la santé et des services sociaux, aux directeurs généraux d'établissements de santé, aux membres des comités du DSQ, aux équipes régionales et aux membres des équipes de projet du DSQ.

LE PROJET PILOTE PREND SON ENVOL

Depuis mai 2008, le Dossier de santé du Québec affirme davantage sa présence publique avec le lancement du projet pilote dans la région de la Capitale-Nationale.

Les principaux objectifs du projet pilote sont les suivants :

- expérimenter l'intégration¹ des composantes technologiques du DSQ, leur adaptation au contexte clinique et le respect des normes de sécurité ;
- valider la valeur clinique d'une première version du DSQ ;
- confirmer le mode de fonctionnement et les processus de travail requis dans le cadre de l'utilisation du DSQ par les professionnels de la santé.

Trois grandes phases : le rodage, le pilotage et la montée en charge

La première, la phase de rodage, est en cours depuis mai 2008 et se terminera d'ici la fin de l'année 2008. L'objectif de cette phase est de stabiliser le fonctionnement de certaines composantes technologiques du DSQ, d'éprouver leur performance et de confirmer que les données cliniques saisies sont enregistrées correctement par le système, essentiellement les médicaments livrés dans les pharmacies participantes. Le rodage permet ainsi d'identifier les problématiques technologiques et fonctionnelles, et conséquemment, les changements requis afin d'y remédier. Enfin, cette phase assure la validation des processus de travail requis par l'utilisation du DSQ.

1. Processus qui consiste à relier des pièces connexes dans un seul système en vue de faire fonctionner diverses composantes en tant que système connecté.
2. Répertoire de données pharmacologiques permettant aux professionnels de la santé habilités de consulter, en ligne, le dossier pharmacologique complet d'un usager, et d'émettre ultimement une ordonnance par voie électronique.

Les composantes technologiques à l'essai pendant la période de rodage sont principalement : le Registre des usagers, celui des intervenants et celui des organisations offrant des soins de santé, le fichier des refus pour le consentement, l'Infrastructure à clé publique (ICP), la Couche d'accès à l'information sur la santé (CAIS), la composante Médicaments² et le visualiseur du DSQ.

-  Les registres permettent d'identifier correctement l'utilisateur pour lequel le Dossier de santé est constitué, le professionnel qui le consulte et son milieu de pratique correspondant.
-  Le fichier des refus pour le consentement permet d'inscrire les directives de participation des usagers au projet pilote.
-  L'ICP assure la sécurité et la gestion de l'accès au DSQ par une authentification forte des utilisateurs accédant au DSQ.
-  La CAIS est le véhicule par lequel l'information est intégrée et dirigée vers le visualiseur du DSQ.
-  La composante Médicaments permet l'alimentation des renseignements sur les médicaments à partir des pharmacies vers le DSQ, permettant ainsi de constituer le profil pharmacologique de l'utilisateur.
-  Le visualiseur du DSQ permet la visualisation des renseignements sur les médicaments, rendant ainsi disponible le profil pharmacologique de l'utilisateur.



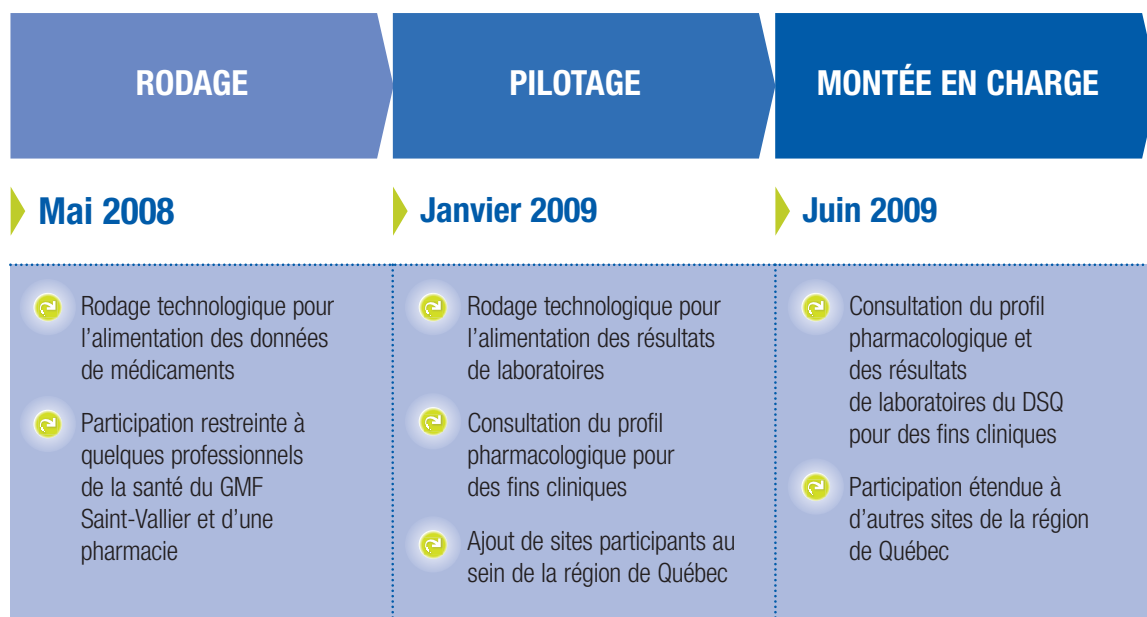
BLOC 1 LE DSQ, UNE RÉALITÉ QUI S’AFFIRME

Environ une douzaine de médecins, d’infirmières, de pharmaciens et de membres du personnel clinico-administratif issus du groupe de médecine de famille (GMF) St-Vallier et de la pharmacie Brunet participent à ces activités de rodage, assistés par les équipes du DSQ.

Un échantillon d’environ 3 550 usagers, identifiés à partir de la liste de la clientèle des médecins participants au GMF St-Vallier, a été ciblé afin de constituer leur dossier de santé. Une lettre signée par les médecins participants a été envoyée à chacun d’eux en vue de les informer de la venue du DSQ, du contexte du projet pilote et de leur droit de refuser d’y participer. Au total, le personnel du GMF St-Vallier a enregistré 104 refus, soit 2,9 % de l’échantillon des 3 550 usagers appelés à participer à la première phase du projet pilote dans la Capitale-Nationale, ce qui s’avère un résultat très satisfaisant.

Les résultats à ce jour

Dans l’ensemble, les utilisateurs participant aux activités de rodage reconnaissent l’utilité et la pertinence du DSQ dans leur pratique clinique. Ils constatent la facilité à obtenir l’information clinique nécessaire à leurs interventions auprès de leurs patients. Cependant, tel que prévu, la période de rodage permet aussi d’identifier certains problèmes de stabilité et de performance (temps de réponse trop long) du système ainsi que certains correctifs requis. Au courant du mois d’août 2008, les activités de rodage avec les professionnels de la santé ont été suspendues afin de permettre aux équipes de projet de résoudre ces problèmes. Ces activités reprendront dès que ces correctifs seront apportés.



Les prochaines étapes

La seconde phase du projet pilote, le pilotage, se déroulera au cours de l'hiver 2009. En plus d'évaluer l'intégration de nouvelles composantes, cette phase permettra aux professionnels de la santé issus des autres sites participants au projet pilote d'expérimenter à leur tour le DSQ dans le cadre de leur travail quotidien.

Les sites participants sont les suivants :

- Groupe de médecine de famille (GMF) St-Vallier ;
- CLSC Basse-Ville du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Vieille-Capitale ;
- Clinique médicale Pasteur ;
- Deux cliniques externes du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) ;
- Six pharmacies communautaires ;
- Quatre laboratoires.

Lorsque le pilotage aura produit ses fruits, la région de la Capitale-Nationale procédera à la montée en charge du DSQ par l'ajout de sites utilisateurs supplémentaires, selon le plan de déploiement régional prévu.

Sites participant au projet pilote

Sites participants

Sites cliniques

Groupe de médecine de famille St-Vallier
205, rue Montmagny,
bureau 201, Québec

CLSC Basse-Ville du CSSS de la Vieille-Capitale
50, rue Saint-Joseph Est,
Québec

Laboratoires

Laboratoire du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUQ)
2705, boulevard Laurier,
Québec

Laboratoire de l'Hôtel-Dieu de Québec (CHUQ)
11, Côte-du-Palais, Québec

Laboratoire de l'Hôpital Saint-François d'Assise (CHUQ)
10, rue de l'Espinay, Québec

Laboratoire de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (CHA)
1401, 18^e Rue, Québec

Pharmacies

Pharmacie
Christian Vézina
210, rue Marie-de-
l'Incarnation, Québec
Membre du groupe
Brunet

Pharmacie
Pierre-Yves Hébert
et Yves Ferlatte
205, rue Montmagny,
Québec
Membre du groupe
Uniprix

Pharmacie
Pierre-Yves Hébert
et Yves Ferlatte
707, boulevard
Charest, Québec
Membre du groupe
Familiprix
Pharmacie Éric Preston
138, rue Saint-Vallier
Ouest, Québec
Membre du groupe
Jean-Coutu

Autres sites participants dès l'hiver 2009

Sites cliniques

Clinique médicale Pasteur
770, 1^{re} Avenue, Québec

Clinique externe du diabète et vasculaire de l'Hôpital Saint-François d'Assise (CHUQ)
10, rue de l'Espinay, Québec

Clinique externe des maladies pulmonaires et obstructives chroniques de l'Hôpital Saint-François d'Assise (CHUQ)
10, rue de l'Espinay, Québec

Pharmacies

Pharmacie Pierre-Yves
Hébert et Yves Ferlatte
745, 3^e Avenue,
Québec
Membre du groupe
Uniprix

Pharmacie
Pierre-Yves Hébert
et Yves Ferlatte
770, 1^{re} Avenue,
Québec
Membre du groupe
Familiprix



BLOC 1 LE DSQ, UNE RÉALITÉ QUI S’AFFIRME

DES RÉALISATIONS CONCRÈTES EN PARALLÈLE AU PROJET PILOTE

En parallèle au projet pilote dans la région de la Capitale-Nationale, le DSQ a rayonné sous d’autres formes et dans d’autres régions du Québec, que ce soit au moyen du déploiement de la solution PACS, ou celui de l’Index patients maître et du Registre des usagers, ou encore avec le lancement des projets de télésanté et de santé publique.

Les progrès de la numérisation en imagerie diagnostique

Le DSQ assure le déploiement de systèmes PACS (*Picture Archiving and Communication System*) interopérables³ partout au Québec afin de numériser les données d’imagerie diagnostique et ainsi éliminer les films radiologiques, à l’exception de la mammographie et de la cardiologie hémodynamique⁴.

Cette nouvelle technologie permet aux services de radiologie de gérer, d’archiver et de transmettre aux professionnels habilités les requêtes et les résultats d’examens d’imagerie diagnostique sous forme de fichiers numériques. Par souci d’optimisation et pour en faciliter le partage, ces fichiers numériques seront archivés dans des répertoires d’imagerie diagnostique (RID) localisés dans les trois régions universitaires du Québec, soit Montréal, Québec et Sherbrooke. Chacune des régions administratives du réseau de la santé sera associée à un RID selon sa localisation géographique. Les fournisseurs des systèmes PACS et des RID varient selon les différents réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS)⁵.

Au Québec, 7,6 millions⁶ d’examens de radiologie et de médecine nucléaire sont produits par année dans les établissements de santé du secteur public⁷. Avant le lancement du DSQ, près de 4 millions d’examens (53 %), soit environ la moitié du volume annuel, étaient déjà produits dans un environnement numérisé. Le DSQ vise donc à compléter la numérisation des 3,6 autres millions d’examens (47 %).

3. Capacité des systèmes informatiques et logiciels de communiquer de façon transparente les uns avec les autres. L’interopérabilité rendra les données cliniques accessibles dans tout le continuum de soins, entre les régions et les organisations de prestation de soins de santé.
4. Les images des examens de mammographie et de cardiologie hémodynamique ne font pas partie du programme d’investissement d’Inforoute Santé du Canada en raison du volume d’archivage nécessaire pour ce type d’images qui nécessite des investissements importants.
5. Les RUIS Montréal et McGill se sont regroupés afin de constituer un seul RID. Ainsi, bien qu’il y ait quatre RUIS desservant l’ensemble du territoire québécois, trois RID seront constitués.
6. Les volumes d’images répertoriées dans ce document sont tirés des données de 2005.
7. Approximativement 2 millions d’examens sont réalisés au sein de cabinets de radiologie privés.

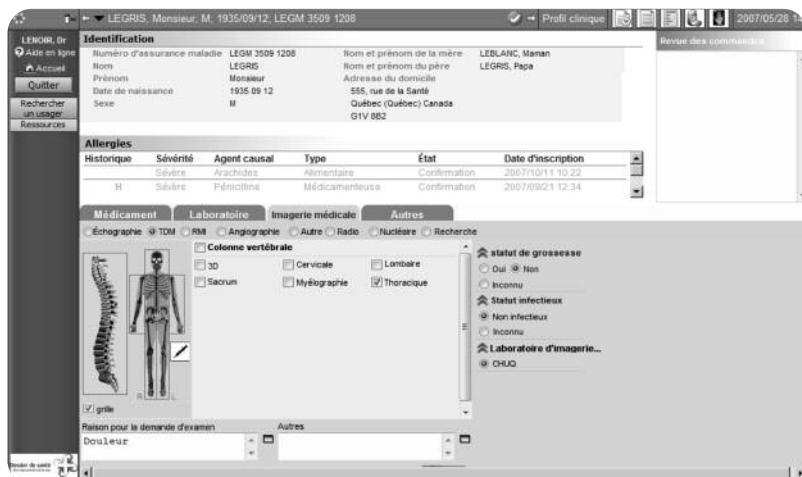
Les résultats à ce jour

Fidèle au calendrier, au 1^{er} septembre 2008, le cap de 1 million d'images numérisées supplémentaires a été franchi. Ainsi, la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, quelques établissements de la région de la Capitale-Nationale, le Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke (CHUS) en Estrie, l'Hôpital Sacré-Cœur à Montréal et la région de l'Abitibi-Témiscamingue fonctionnent désormais dans un environnement numérisé. En plus du déploiement des systèmes PACS, la mise en place des répertoires d'archivage est complétée dans la région du RUIS Laval. C'est à partir de ces répertoires que le DSQ pourra ultérieurement rendre les données d'imagerie diagnostique disponibles aux professionnels de la santé habilités.

Régions ou établissements qui étaient déjà à l'ère numérique avant la venue du DSQ.

Pour ces établissements, il ne reste qu'à archiver leurs images au sein du RID de la région à laquelle ils sont associés, selon le calendrier où le RID sera disponible.

- 03 Capitale-Nationale (incluant seulement l'Hôpital Laval)
- 04 Mauricie et Centre-du-Québec
- 06 Montréal (incluant seulement le Centre hospitalier de l'Université de Montréal [CHUM], le Centre universitaire de santé McGill [CUSM], l'Institut de cardiologie de Montréal, l'Hôpital Sainte-Justine et l'Hôpital Fleury)
- 10 Nord-du-Québec
- 12 Chaudière-Appalaches
- 13 Laval (excluant l'Hôpital Juif de réadaptation)
- 14 Lanaudière
- 15 Laurentides
- 16 Montérégie
- 17 Nunavik (excluant Kuujjuaraapik et Salluit)
- 18 Terres-Cries-de-la-Baie-James





BLOC 1 LE DSQ, UNE RÉALITÉ QUI S’AFFIRME

Voici un état de situation des travaux par région selon la répartition des RID où seront archivées les images numérisées de chacune de ces régions :

	RÉGION	NOMBRE D'IMAGES À NUMÉRISER	NOMBRE COMPLÉTÉ À CE JOUR	STATUT
RUIS Laval				
	Déploiement du RID			Le RID est opérationnel depuis juillet 2008 et donc prêt à accueillir des images en provenance des établissements desservis par ce répertoire.
01	Bas-Saint-Laurent	280 692	31 782 (11 %)	- Le CSSS Rivière-du-Loup fonctionnera dans un environnement numérisé en novembre 2008. - Ces images seront archivées dans le RID d'ici la fin de l'année 2008. - Pour les sept autres sites de la région, le déploiement des systèmes PACS aura lieu entre juillet et décembre 2009. - L'archivage des images de ces établissements sera ainsi possible avant la fin 2009.
02	Saguenay–Lac-Saint-Jean	355 719	355 719 (100 %)	- Tous les établissements de la région fonctionnent dans un environnement numérisé. - Les images seront archivées dans le RID à partir d'octobre 2008.
03	Capitale-Nationale	754 877	44 904 (5 %)	- Trois des neuf établissements de la région fonctionnent dans un environnement numérisé depuis juillet 2008, soit le CSSS Charlevoix, le Centre Hospitalier Robert Giffard et l'IRDPQ. - Les images de ces établissements seront archivées au RID avant la fin de l'année 2008. - Pour les autres sites de la région, le déploiement des systèmes PACS se fera progressivement d'ici août 2009.
09	Côte-Nord	131 379	0	Le début du déploiement des systèmes PACS est prévu à l'automne 2009.
11	Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	131 716	0	Le début du déploiement des systèmes PACS est prévu en janvier 2010.
RUIS Sherbrooke				
	Déploiement du RID			Les travaux de déploiement sont en cours et le RID devrait être opérationnel en novembre 2008.
05	Estrie	374 304	296 410 (78 %)	- Le CHUS fonctionne dans un environnement numérisé depuis janvier 2008. - Pour les quatre autres sites de la région, le déploiement des systèmes PACS aura lieu entre novembre 2008 et avril 2009. - Durant cette période, les images de ces établissements seront progressivement archivées dans le RID.
RUIS Montréal & McGill				
	Déploiement du RID			- L'appel d'offres pour l'acquisition du RID est en cours et celui-ci devrait être opérationnel à l'automne 2009. - Les images des établissements des différentes régions pourront être archivées progressivement au RID à partir de ce moment.
06	Montréal	1 229 305	264 664 (21 %)	- L'Hôpital Sacré-Cœur fonctionne dans un environnement numérisé depuis mai 2008. - Le déploiement des autres sites aura lieu entre janvier et décembre 2009.
07	Outaouais	288 663	0	Les établissements de la région fonctionneront dans un environnement numérisé en novembre 2008.
08	Abitibi–Témiscamingue	177 763	176 463 (99 %)	Les établissements de la région fonctionnent dans un environnement numérisé depuis le 5 septembre 2008, à l'exception de Malaric.
Nombre total d'images à numériser pour l'ensemble des RUIS 3 738 930⁸				

8. Ce chiffre exclut le déploiement du système PACS au sein de l'Hôpital juif de réadaptation dans la région de Laval, d'un site dans la région de Lanaudière et de deux sites de la région du Nunavik. En comptabilisant tous ces sites, 3 738 930 images seront numérisées au Québec d'ici 2010.

Le déploiement du Registre des usagers et de l'Index patients maître

Le DSQ rassemble et partage les données cliniques provenant de l'un ou l'autre des établissements où un usager reçoit des soins et services de santé. Un des fondements du DSQ repose sur l'existence de moyens permettant de constituer un dossier unique par usager qui répertorie les données cliniques le concernant. Pour ce faire, il faut s'assurer que toutes les transactions permettant d'alimenter le dossier de santé électronique partageable d'un usager ou d'y accéder passent par une étape visant son identification unique afin de pouvoir accéder au bon dossier. Le DSQ ne peut exister sans cette capacité fondamentale de pouvoir identifier de façon uniforme et sans équivoque les usagers dans le réseau.

Par ailleurs, le partage d'informations cliniques ne se limite pas au DSQ et cette capacité d'identifier les usagers du réseau de façon unique est aussi primordiale pour plusieurs autres initiatives ou programmes à portée provinciale ou régionale. Par exemple, la mise en place du Réseau de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (RSIPA) requiert que tous les systèmes d'information clinique ou médico-administrative impliqués puissent partager et résoudre une identité commune de l'utilisateur impliqué.

Il en est de même avec les CSSS et les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS) pour lesquels doivent être consolidés, sous une seule organisation, les index locaux des établissements fusionnés et leurs nombreux systèmes d'information. Ainsi, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mis de l'avant, dans les dernières années, le déploiement de solutions d'Index patients maître (IPM) dans les CSSS afin de permettre l'identification unique d'un usager quel que soit le point de service du CSSS où il se présente ou obtient des services.

Les résultats à ce jour

À ce jour, des efforts ont été déployés dans la région pilote de la Capitale-Nationale afin de débiter l'appariement entre les Index patients maîtres de certains établissements et le Registre des usagers. Ces efforts seront étendus au cours de la prochaine année à d'autres établissements de santé de cette région et à d'autres régions afin de procéder à un appariement des données des usagers, au nettoyage des index de ces établissements et à l'attribution des NIU.

À partir de l'automne 2008, des travaux débiteront dans différentes régions afin de mettre en place les IPM des CSSS et il est planifié que près de la moitié des 95 IPM soit installée au cours de la prochaine année.



BLOC 1 LE DSQ, UNE RÉALITÉ QUI S’AFFIRME

À l’échelle de la province, il s’est avéré également nécessaire de se doter d’une source d’identification commune, il s’agit du Registre des usagers (RU). Ce registre génère et émet le « numéro d’identifiant unique » (NIU) pour chacun des usagers – la clé essentielle pour assurer l’échange d’information. Finalement, il offre les « services » requis permettant de résoudre l’identification d’un usager afin d’obtenir ce NIU et de pouvoir l’utiliser pour supporter l’échange des données.

Pour le projet pilote, le Registre des usagers gère les personnes disposant d’une carte d’assurance maladie de la Régie de l’assurance maladie du Québec (RAMQ). Il est alimenté à partir du Fichier d’inscription des personnes assurées (FIPA) de la RAMQ. À terme, il gèrera également les données d’identification des personnes qui ne bénéficient pas du régime québécois d’assurance maladie (appelés les « non-assurés »).

Les autres composantes de la gestion de l’identité provinciale sont constituées, entre autres, par les IPM des CSSS. Il est possible d’être alimenté par le Registre des usagers pour les données minimales d’identification ainsi que pour obtenir le NIU des usagers. Il faudra au préalable qu’un exercice fastidieux – mais essentiel – de nettoyage des index locaux des établissements et d’appariement avec le Registre des usagers soit fait pour chacun des IPM.

9. La télésanté regroupe les activités ou les services reliés à la santé et aux services sociaux qui sont pratiqués à distance, au moyen des technologies de l’information et des communications. Ces activités sont réalisées à des fins éducatives, de diagnostic, de recherche, de gestion clinique ou de formation.

La technologie au-delà des distances

Afin de favoriser l’accessibilité aux services de santé pour les citoyens vivant dans les régions éloignées, le Québec s’est engagé dans différents projets de télésanté⁹ qui sont également sous la responsabilité du bureau du DSQ et sont coordonnés régionalement par les RUIS.

Les résultats à ce jour

La dernière année a été marquée par le démarrage de trois des huit projets de télésanté (télépathologie, téléassistance en soins de plaies, télévisite). Après la mise en place des équipes qui assureront la réalisation de ces projets, l’obtention du financement et la signature des ententes, ces trois projets procéderont dans les prochains mois aux appels d’offres visant l’acquisition de la technologie.

La dernière année a aussi permis de compléter l’implantation de la technologie du projet de la communauté Atikamekw de Manawan, qui est le plus avancé de tous les projets de télésanté à ce jour.

Voici une brève description de ces différents projets et des étapes à venir :

DESCRIPTION	RESPONSABLE	PROCHAINES ÉTAPES
Quatre projets de téléconsultation et de téléformation Déploiement de plus de 300 stations de visioconférence pour la téléconsultation et la téléformation destinées à différentes spécialités. Gérés par les quatre RUIS, ces projets correspondent aux besoins cliniques spécifiques du territoire de chaque RUIS et concernent des domaines aussi variés que la télépsychiatrie, la télécardiologie, la télépneumologie, la téléoncologie, la téléophtalmologie, la téléadaptation ou la télégeriatrie.	Chacun des RUIS est responsable de la coordination du déploiement au sein du territoire qu'il dessert.	Conclure une entente avec chacune des régions et mettre en place une équipe de projet afin de démarrer les travaux
Projet de télépathologie Déploiement de 21 stations de télépathologie pour soutenir les établissements aux prises avec des problèmes d'effectifs en pathologie.	RUIS Laval	Procéder aux appels d'offres visant l'acquisition de l'équipement technologique nécessaire au déploiement
Projet de télévisite Établissement d'un lien au domicile de 30 patients suivis par le Programme national d'assistance ventilatoire à domicile grâce à des appareils de télésanté.	Programme national d'assistance ventilatoire à domicile, par le RUIS McGill	Procéder aux appels d'offres visant l'acquisition de l'équipement technologique nécessaire au déploiement
Projet de télésoins à domicile Déploiement de 200 appareils de télésoins à domicile pour assurer le suivi à domicile de 200 patients atteints de maladies chroniques.	RUIS Montréal	Conclure une entente avec chacune des régions et mettre en place une équipe de projet afin de démarrer les travaux
Projet de téléassistance en soins de plaies complexes Amélioration de l'accessibilité aux soins de plaies sur le territoire grâce à des cliniques virtuelles à distance par le moyen de la visioconférence. Le projet vise 65 établissements et points de service.	RUIS Sherbrooke	Procéder aux appels d'offres visant l'acquisition de l'équipement technologique nécessaire au déploiement
Projet Manawan Mise en place de services d'ORL et d'obstétrique à distance entre la communauté Atikamekw de Manawan et le CSSS du Nord de Lanaudière (Joliette).	Communauté Atikamekw de Manawan	L'implantation de l'équipement technologique est complétée. Les travaux sont en cours afin de mettre en place les cliniques virtuelles reliant les deux sites.



BLOC 1 LE DSQ, UNE RÉALITÉ QUI S’AFFIRME

Une solution pancanadienne novatrice en santé publique

Du côté de la santé publique, le logiciel PANORAMA, développé pour l'ensemble des juridictions canadiennes, vise à soutenir les directions et les intervenants de santé publique (DSP) dans la gestion des produits immunisants, les programmes d'immunisation et les activités de surveillance et de protection en matière de maladies infectieuses. De plus, avec des fonctions allégées intégrées dans le visualiseur du DSQ, PANORAMA permettra, à terme, de consulter et d'alimenter la section « profil d'immunisation » du DSQ ainsi que le registre provincial de vaccination, ce qui procurera une information clinique pertinente supplémentaire aux professionnels de la santé.

Les résultats à ce jour

À l'échelle pancanadienne, le fournisseur responsable de PANORAMA conclut actuellement les phases finales de développement de cette solution. Pour sa part, l'équipe de santé publique pour le Québec, en lien avec les autres équipes du DSQ, poursuit les travaux préparatoires, tels que la signature des ententes et le paramétrage de la solution en vue du déploiement au Québec de cette solution novatrice.

Les Services québécois d'information sur le médicament : des avancées

Le projet de Services québécois d'information sur les médicaments (SQIM) consiste à mettre en place les infrastructures et les services permettant de recueillir, de conserver et de rendre disponibles aux professionnels de la santé habilités les renseignements sur la médication délivrée et administrée aux usagers. Le SQIM permettra de constituer le profil pharmacologique des usagers à partir des renseignements pharmacologiques provenant des pharmacies communautaires et d'établissement ainsi que ceux concernant les échantillons délivrés en cliniques privées. Pour ce faire, il s'emploie à l'intégration du DSQ avec les systèmes actuellement utilisés en pharmacies.

En plus du partage du profil pharmacologique des usagers, le SQIM permettra à terme la production et l'échange d'information sur les prescriptions électroniques des ordonnances de médicaments. De plus, il favorisera l'utilisation d'un outil d'aide à la décision, soit un avertisseur pharmacothérapeutique.

Les résultats à ce jour

La solution SQIM est en rodage depuis le mois de mai 2008 dans le cadre du projet pilote dans la région de la Capitale-Nationale. Cette solution a permis d'alimenter le profil pharmacologique d'une centaine d'usagers participants, d'y inscrire plus de 2600 délivrances de médicaments et de consulter quelques dizaines de profils pharmacologiques. Elle a également permis d'identifier des correctifs à apporter à court terme ainsi que des pistes d'évolution de la solution.

Le projet Laboratoires et Services régionaux de conservation

Le projet Laboratoires et Services régionaux de conservation (SRC) vise à développer un système d'information intégré de laboratoire médical et à mettre en place des dépôts régionaux de conservation. Ces derniers permettront aux spécialistes, aux médecins et aux autres professionnels de la santé de consulter en ligne les résultats de tests, d'analyses et d'examens provenant de tous les services de biologie médicale du Québec. La mise en place des 18 SRC, où seront stockées les données de laboratoire, de médicaments institutionnels et les « autres données cliniques », inclut notamment les composantes de sécurité, de journalisation et de relève. En ce qui concerne le chargement du domaine de laboratoires, le DSQ prévoit l'alimentation de 100 % des données à partir du 1^{er} janvier 2007.

Un des défis que le Dossier de santé du Québec doit relever consiste à assurer l'interopérabilité des systèmes informatiques des laboratoires afin de permettre aux cliniciens de visualiser les résultats des tests, examens et analyses provenant de tous les services de laboratoire du Québec. Ce travail d'harmonisation des échanges d'informations de laboratoires est au cœur du projet de normalisation coordonné et encadré par une équipe du DSQ. Il s'agit d'établir une norme de messagerie et de terminologie permettant aux cliniciens d'initier et de suivre les demandes de tests, d'analyses et d'examens, peu importe la codification locale employée par les différents laboratoires.

10. pCLOCD (Pan-Canadian Laboratory Observation Codification Database) est la version canadienne dérivée de la norme américaine « LOINC » et s'applique principalement aux procédures de biochimie, d'hématologie et de sérologie. SNOMED-CT (Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms) s'applique, conjointement avec pCLOCD, aux procédures de microbiologie, de cytologie et de pathologie. Ces normes terminologiques sont sélectionnées à partir des standards de l'industrie et sont reconnues par les instances internationales.

Les résultats à ce jour

Actuellement, les 125 laboratoires québécois effectuent jusqu'à 1725 procédures (tests, analyses et examens) différentes. Toutefois, 93 % du volume d'activité des laboratoires de biologie médicale concerne 100 procédures et leurs dérivés, soit 84 en biochimie, 6 en hématologie, 5 en sérologie-immunologie et 5 en microbiologie. L'équipe de normalisation du DSQ s'est ainsi donné l'objectif de codifier ces 100 procédures et leurs dérivés en élaborant une nomenclature de laboratoire en français basée sur les terminologies cliniques « pCLOCD » et « SNOMED-CT ».¹⁰ Cette stratégie de normalisation est sur le point d'être testée dans trois laboratoires du Centre hospitalier universitaire de Québec dans le cadre du projet pilote en cours.

Quant aux 1625 autres procédures, elles apparaîtront dans le visualiseur du DSQ de la même manière qu'elles sont saisies aujourd'hui pour que les intervenants cliniques autorisés aient accès à l'ensemble des données de laboratoire.



BLOC 1 LE DSQ, UNE RÉALITÉ QUI S’AFFIRME

L’AVANCEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE

Fidèles au calendrier, les deux premières phases de la mise en œuvre, soit la sensibilisation et la collecte des données, sont maintenant complétées. Les travaux de planification sont en cours dans la plupart des régions.



Une tournée de sensibilisation à travers l'ensemble des régions du Québec

La première activité inscrite au calendrier des activités de mise en œuvre du DSQ a pris la forme d'une tournée régionale de sensibilisation visant à rencontrer les principaux décideurs régionaux.

Ces rencontres avaient pour objectifs de :

- favoriser une compréhension commune du DSQ ;
- sensibiliser aux préalables et aux implications régionales nécessaires à la mise en œuvre du DSQ ;
- fournir les informations nécessaires à la planification des prochaines étapes, dont la phase de collecte de données.

Au terme de cette tournée, qui s'est déroulée de mai à octobre 2007 auprès des 18 régions du Québec, les représentants du DSQ ont rencontré plus de 500 décideurs régionaux, médecins, gestionnaires, directeurs, représentants de pharmaciens et d'infirmières, équipes des ressources informationnelles et des technocentres régionaux.

Les premiers constats ont été : de l'enthousiasme et de la prudence, des réalités régionales diversifiées et des enjeux différents, un besoin d'accompagnement et de soutien ainsi qu'une occasion favorable à saisir pour l'informatisation des régions.

Des travaux d'évaluation du niveau de préparation des régions

Suivant de près la tournée de sensibilisation, l'équipe du DSQ a aussi rencontré chacune des équipes de projet régionales qui assureront la mise en œuvre du DSQ sur leur territoire. Les membres de l'équipe du DSQ ont mené, avec ces équipes, des travaux d'analyse et d'évaluation du niveau de préparation de leur région.

Plus précisément, au moyen d'un questionnaire et de rencontres de travail, ils ont mesuré le niveau d'informatisation des cliniques et la compatibilité des systèmes en place, le niveau de sécurité des actifs informationnels ainsi que le degré de réceptivité de la population et des intervenants concernés.

Jusqu'en décembre 2007, chaque région a ainsi documenté sa situation en regard de certains aspects qui conditionnent sa capacité de procéder avec succès à la mise en œuvre du DSQ.

Six domaines (organisationnel, humain, technologique, clinique, juridique et financier) ont fait l'objet d'une analyse détaillée en vue d'établir un calendrier de déploiement par région et d'identifier les priorités régionales préalables à la mise en œuvre du DSQ.

Cette phase a été complétée par le dépôt, dans chacune des régions, d'un rapport de qualification accompagné d'une analyse des risques du projet basée sur les informations collectées. Ces données servent de base aux travaux de planification pour les équipes régionales en place.

Des activités de planification en cours

À la suite de ces activités, la plupart des régions ont mis en place une équipe de projet régionale dédiée à la mise en œuvre du DSQ. Les régions s'affairent présentement à négocier des ententes contractuelles de gestion avec l'équipe du DSQ en vue de débiter les travaux de la phase de planification de la mise en œuvre du DSQ. Il y aura, dès l'automne 2008, un processus de validation et d'approbation des plans d'action régionaux desquels découleront des priorités régionales pour la prochaine année, en préparation à la mise en œuvre du DSQ.

Des rendez-vous avec les régions

Réunissant plus de 150 gestionnaires, pilotes régionaux, médecins, infirmières, architectes, analystes, conseillers et intervenants issus des 18 régions du Québec, un premier rendez-vous des régions s'est déroulé les 13 et 14 mars 2008 à Montréal. Cette rencontre a permis aux participants de faire évoluer leur réflexion, d'acquiescer de nouveaux outils de gestion de projet et de gestion du changement et de s'approprier davantage le projet DSQ. Plusieurs ont salué le fait que cette activité a été l'occasion de partager leurs expériences et d'entamer une collaboration interrégionale.

Fidèle à l'orientation selon laquelle les régions sont les maîtres d'œuvre du déploiement du DSQ sur leur territoire, l'équipe provinciale du DSQ lancera, dès le début d'octobre 2008, une table de coordination provinciale des chargés de projet régionaux. Il s'agit là d'une initiative des acteurs du terrain, désireux de partager et d'échanger entre eux sur les étapes menant au déploiement du DSQ dans les régions. L'objectif de cette instance est de permettre la mise en commun des informations et des expertises provinciales et régionales et de maintenir une compréhension commune des orientations et des activités du DSQ, tout en consolidant la collaboration interrégionale. Il s'agit également d'outiller les équipes régionales dans les activités et la gestion globale du projet.



BLOC 1 LE DSQ, UNE RÉALITÉ QUI S’AFFIRME

Des scénarios de déploiement à l'étude

Les travaux de développement et d'intégration réalisés au cours de la dernière année ont permis de mieux saisir les enjeux liés au déploiement de cette solution novatrice et unique qu'est le DSQ. Il importe donc de modéliser le plan de déploiement en fonction de l'expérience vécue dans le cadre du projet pilote et des différentes réalités régionales constatées au cours de la dernière année. À cet effet, des travaux sont en cours au sein de l'équipe du DSQ afin de mettre à jour la stratégie globale de déploiement. Il est prévu que le déploiement du DSQ en région se fera de manière progressive à compter de 2009 et se poursuivra jusqu'en 2011. Les résultats de ces travaux devraient être connus d'ici la fin de l'automne 2008.

Dans un souci de générer des bénéfices associés au DSQ le plus rapidement possible, plusieurs scénarios sont évalués afin d'accélérer le déploiement de certaines de ses composantes.

Une approche de déploiement par domaine de données cliniques est actuellement à l'étude. Au lieu de déployer une solution DSQ complète, région par région, cette approche privilégierait le déploiement de certaines composantes dans plusieurs régions à la fois. Le domaine Médicaments pourrait être en tête de liste dans le cadre de ce scénario en raison des gains qu'il procurerait aux régions qui pourraient en bénéficier et du niveau d'avancement de cette solution.

Il est aussi envisagé de rendre disponibles à certaines régions la Couche d'accès à l'information sur la santé et les registres du DSQ. Ces composantes pourraient être réutilisées à d'autres fins en attendant la venue de l'outil de visualisation des données cliniques. La Couche d'accès à l'information sur la santé, plate-forme d'intégration et d'échange offrant un niveau élevé de service (24-7), de fiabilité et de sécurité, pourrait répondre à d'autres besoins d'échange d'informations entre des établissements, dont des initiatives régionales de partage des données relatives au traitement des clientèles vulnérables et des maladies chroniques, ou encore de partage de données clinico-administratives comme l'information sur les rendez-vous.

DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ENGAGÉS

Parce qu'il est souhaité que le DSQ soit à l'image de ceux qui l'utiliseront, des comités composés d'intervenants du milieu de la santé de diverses disciplines sont engagés activement dans sa réalisation.

Comité des partenaires

Le Comité des partenaires est responsable de formuler des recommandations sur les orientations pour le développement et la mise en œuvre du DSQ. Il assure également un suivi de la mise en place du DSQ et, au besoin, donne des avis sur les correctifs requis.

Ce comité s'avère la seule tribune consultative réunissant, sur une base statutaire, l'ensemble des partenaires. Il agit donc comme un important véhicule de rétroaction, d'échange et de validation pour l'équipe du DSQ.

Comité consultatif clinique provincial

Le Comité consultatif clinique est composé de représentants des utilisateurs des milieux cliniques (médecins, infirmières, pharmaciens, etc.), des ordres professionnels du domaine de la santé, des associations et fédérations des professionnels des milieux cliniques, des usagers du système de santé ainsi que des milieux d'enseignement clinique. Son mandat consiste à donner des avis sur les grandes orientations des systèmes, sur les besoins d'affaires et d'information clinique et sur des questions d'intérêt, tels que le cadre réglementaire, la gestion du consentement, la gestion du changement et la stratégie de réalisation.

Dans la dernière année, les travaux du comité consultatif clinique se sont principalement centrés sur l'analyse du cadre juridique et la

proposition de modifications à celui-ci de façon à faciliter l'appropriation du DSQ par les différents professionnels de la santé. Ce comité rapporte également les préoccupations des divers professionnels de la santé et du public en lien au DSQ.

À compter de l'automne 2008, ce comité démarrera des tables de travail afin de répondre aux besoins spécifiques sur des thématiques particulières liées au DSQ, comme la responsabilité professionnelle et d'autres aspects juridiques.

Comité RSVP interdisciplinaire

Le Réseau de soutien et de validation par les pairs (RSVP) a pour mission d'accélérer l'appropriation et l'intégration des technologies de l'information dans les processus de travail cliniques afin d'améliorer l'accès aux services de santé, la qualité et la productivité des services. Il fournit ainsi une structure visant à promouvoir le DSQ et à soutenir les cliniciens dans l'intégration et l'utilisation du DSQ dans leur milieu de pratique.

Lancé initialement en août 2007, avec 18 médecins omnipraticiens en provenance de chaque région du Québec, auxquels s'est ajouté un médecin spécialiste, ce comité s'est élargi au cours des mois de mars et avril 2008 en intégrant 29 nouveaux membres pharmaciens, infirmières et spécialistes. Le DSQ peut dorénavant compter sur 49 ambassadeurs, médecins, pharmaciens et infirmières de toutes les régions du Québec, dont le rôle est de mobiliser leurs collègues et de les soutenir dans l'adoption du DSQ.



BLOC 1 LE DSQ, UNE RÉALITÉ QUI S’AFFIRME

Depuis son lancement, les activités entourant ce comité ont surtout servi à informer les membres sur le DSQ, à les outiller en vue de leur nouveau rôle par diverses formations et ateliers de travail, à identifier les bénéfices du DSQ et à échanger entre eux. Les membres du RSVP sont donc fins prêts pour débiter, à l’automne 2008, l’élaboration de leur plan d’action régional.

Comité utilisateur clinique

Le Comité utilisateur clinique est composé de représentants des utilisateurs des milieux cliniques (médecins, infirmières, pharmaciens, etc.). Son mandat est de donner des avis sur les processus et les fonctionnalités des systèmes développés ayant des besoins d’information clinique communs et des clientèles communes.

Au printemps 2008, ce comité a procédé à des essais du visualiseur du DSQ pour le volet de la consultation du profil pharmacologique. Premier constat : le système répond positivement à l’ensemble des attentes des membres. La phase de rodage du projet pilote permet d’identifier des ajustements en lien avec ce dernier volet. D’autres étapes d’essais sont à prévoir au cours de l’automne 2008 en lien avec la consultation des résultats de laboratoire.

Comité utilisateur clinico-administratif

Le Comité utilisateur clinico-administratif regroupe des intervenants administratifs provenant de différents milieux de pratique clinique (archivistes médicales, secrétaires médicales, etc.). Le rôle de ce comité, lancé au début de novembre 2007, est de valider les processus et les outils administratifs du DSQ.

Depuis sa création, ce comité s’est plus particulièrement attardé à l’application de la saisie du refus de participer au DSQ et à tous les processus qui y sont associés. Les membres se sont également investis au plan des processus liés au volet Infrastructure à clé publique et à l’impact de ces derniers sur leurs rôles. Enfin, des ateliers ont eu lieu afin d’identifier les bénéfices du DSQ en ce qui concerne les processus clinico-administratifs.

DES ACTIVITÉS DE PROMOTION ET D'INFORMATION AUPRÈS DE DIVERS PUBLICS

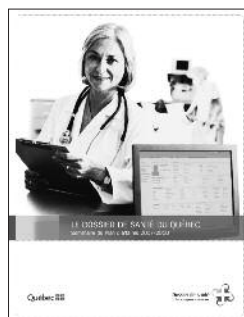
De nombreuses activités de communication et de promotion ont ponctué le développement du DSQ au cours des derniers mois. Après une période de planification et de préparation, le DSQ a fait ses premiers pas dans le réseau de la santé et des services sociaux et y a acquis une plus grande visibilité de même que sur la scène publique et dans les médias.

Des outils pour mieux travailler

Afin d'acquérir une meilleure connaissance des publics et de l'environnement dans lequel le DSQ est appelé à évoluer, une revue de la littérature, des groupes de discussion, des rencontres avec des comités représentatifs des professionnels de la santé, une tournée

des 18 régions du Québec et un sondage national ont été menés et continuent d'alimenter les messages et les contenus. Parallèlement, des moyens et des activités de communication ont été élaborés et des actions d'information et de sensibilisation ont débuté et se poursuivront tout au long du projet.

Un aperçu des outils disponibles



Plans d'affaires du Dossier de santé du Québec 2007-2010

Bulletin électronique d'information



Site internet



Intranet réseau

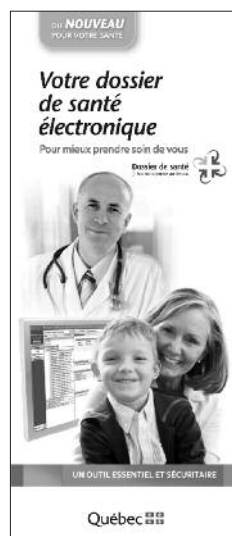


BLOC 1 LE DSQ, UNE RÉALITÉ QUI S’AFFIRME

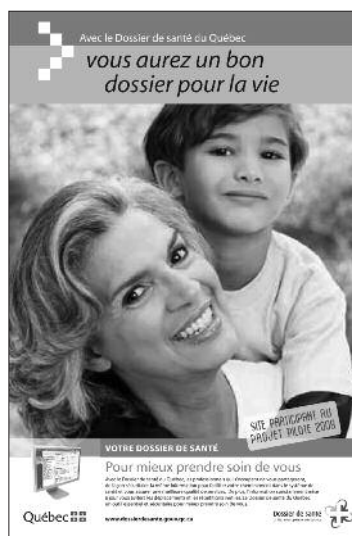
Se faire connaître

L'année 2008 a été marquée par une présence publique plus forte, notamment par le lancement du projet pilote dans la région de Québec qui commande des actions de grande visibilité auprès de la population concernée. Une campagne de promotion du DSQ, axée sur les relations publiques et sur la publicité, a débuté au printemps pour faciliter la participation de la population au projet pilote. Dans la même foulée, des activités de presse plus intenses se sont ajoutées à nos efforts pour faire connaître le DSQ auprès de la population. Le résultat à ce jour est positif et de nombreuses autres activités d'information sont prévues au cours des prochains mois. Soulignons également la publication de nombreux articles à caractère informatif sur le DSQ, destinés aux médecins, aux infirmières et aux pharmaciens dans des revues et magazines professionnels.

Le DSQ a également affirmé sa présence lors de très nombreux événements publics, sur différentes scènes, tant régionales, nationales qu'internationales. Le DSQ était présent aux principaux colloques, congrès et conférences des associations professionnelles du réseau de la santé pour s'adresser aux médecins, infirmières, pharmaciens, archivistes, gestionnaires, décideurs et partenaires intéressés par la venue d'un dossier de santé électronique au Québec. Plus d'une centaine de présentations ont ainsi été faites en 2007 et 2008 et l'agenda de l'année 2009 promet déjà d'être tout aussi rempli !



Dépliant



Affiche



Journaux



Présentoir



Publicités

Un soutien au travail de promotion

Auprès des professionnels de la santé

Les professionnels de la santé engagés dans notre réseau de soutien et de validation par les pairs (RSVP), médecins, infirmières et pharmaciens, ont pu bénéficier d'un soutien concret sous la forme d'une panoplie d'outils d'information et de promotion, utiles et nécessaires dans le cadre de leur travail de promotion et de sensibilisation dans leurs régions. Étroitement liés aux activités de gestion du changement qui définissent le travail de ces cliniciens « ambassadeurs du DSQ », les activités de formation et les outils de promotion produits pour les cliniciens visent à augmenter l'impact de leurs actions d'information auprès de leurs collègues et à donner des réponses crédibles, adaptées aux questionnements de leurs pairs dans leur région de pratique.

Auprès des régions

C'est au cours de l'année 2008 que s'est amorcé le travail de sensibilisation des régions, et plus particulièrement de la région de la Capitale-Nationale qui est maître d'œuvre du projet pilote. À cet effet, des activités de la direction de la promotion sont venues compléter le travail régional qui se faisait pour sensibiliser et informer le réseau des décideurs de la région, mais également la population ainsi que le milieu associatif et communautaire. Ce travail de collaboration avec l'équipe régionale de Québec est riche en enseignements et sera repris et adapté pour le déploiement dans les autres régions. Des boîtes à outils pour chacune des régions sont en préparation et seront distribuées aux équipes de communication pour soutenir leurs activités au sein du réseau, auprès des cliniciens, des acteurs concernés et de la population.

Auprès des projets

Enfin, le DSQ c'est aussi une série de projets qui se développent sous la bannière du DSQ et qui communiquent à différents publics spécialisés l'évolution de leur projet. Des outils ont été produits et mis à la disposition des membres de ces équipes de projets afin de leur transmettre une image et des messages cohérents et intégrés.



DES MODIFICATIONS LÉGISLATIVES MAJEURES ET NÉCESSAIRES

Le Dossier de santé du Québec est régi par un cadre juridique rigoureux. Ce dernier compte un ensemble de garanties juridiques pour atteindre un équilibre entre le respect du droit à la vie privée pour tous les citoyens et la circulation d'informations cliniques.

Un décret pour le projet pilote

Afin de fournir une assise juridique au projet pilote, le bureau des affaires juridiques du DSQ a complété, au printemps 2008, des travaux visant l'adoption d'un décret par le gouvernement. Ce décret précise les conditions et les modalités de mise en œuvre de ce projet expérimental et ses objectifs.

Les conditions de mise en œuvre déterminées par le gouvernement sont différentes de celles prévues par la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, chapitre 32), connue sous le nom de projet de loi n° 83. Ce décret fournit aux acteurs du projet la marge de manœuvre nécessaire pour tester certaines modalités et réaliser des apprentissages particuliers, tout en respectant les principes de droit à la vie privée enchâssés dans la loi. Le gouvernement pourrait, à la suite de ce projet expérimental, soumettre à l'Assemblée nationale des propositions de modifications législatives qui permettraient le déploiement harmonieux du DSQ sur tout le territoire du Québec.

Le projet de loi n° 70 : en avant pour le consentement implicite

Dans le plan d'affaires 2007-2010 du DSQ, il est mentionné que le cadre juridique exige que la population donne par écrit son consentement au partage des informations et des données cliniques qui pourront être consultées par les intervenants habilités selon le profil d'accès attribué. Le nombre de consentements obtenus auprès de la population est donc un levier essentiel à l'adhésion des cliniciens.

Par ailleurs, au moment de mettre en place les diverses stratégies d'obtention du consentement, les gestionnaires et les professionnels de la santé, incluant les médecins, ont exprimé leurs craintes quant à la lourdeur de la gestion de la collecte du consentement explicite pour l'ensemble de la population québécoise. La complexité des processus et la gestion en cause ont fait ressortir les coûts élevés des mesures qui devraient être déployées pour recueillir, conserver, renouveler, révoquer et gérer ce type de consentement.

Devant ces constats, le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Philippe Couillard, déposait, le 18 décembre 2007, le projet de loi n° 70 à l'Assemblée nationale afin d'introduire une approche de consentement implicite avec droit de refus en remplacement d'une approche de consentement explicite. Les partis d'opposition ainsi que les fédérations médicales ont applaudi cette décision adoptée par l'Assemblée nationale du Québec le 27 mai 2008.

Le projet de loi n° 51 : un registre des intervenants

Sans identification unique des intervenants en santé, ni source de référence unique, normalisée et accessible sur les données les décrivant, l'inscription, la mise à jour et la recherche des contacts professionnels dans un dossier de santé électronique exigeraient la saisie de plusieurs éléments de données (nom, prénom, adresse, téléphone, organisation, etc.) pour rendre intelligible l'information qui y est disponible.

Dans le cas des données relatives aux intervenants en santé, il n'existe pas de source unique, constante dans le temps ou entre les organisations. Chaque établissement, agence, ordre professionnel, organisme ou association du réseau de la santé structure ces données selon ses besoins. Les données pour un même intervenant se retrouvent donc dans de multiples référentiels, selon des codifications et des définitions différentes.

L'identification unique des intervenants, comme celle des usagers, s'avère donc essentielle. C'est ainsi que l'Assemblée nationale a adopté, le 5 décembre 2007, le projet de loi n° 51 (2008, chapitre 31), lequel instaure un « registre des intervenants du secteur de la santé et des services sociaux » qui permettra d'attribuer un numéro d'identification unique à de tels intervenants ainsi que de recueillir, maintenir à jour, normaliser et rendre accessibles, selon les besoins, les données les décrivant.



L'ÉVALUATION DES BÉNÉFICES DU DSQ

Un projet visant à identifier puis à mesurer les bénéfices qui découleront de la mise en œuvre du DSQ est en cours depuis septembre 2007.

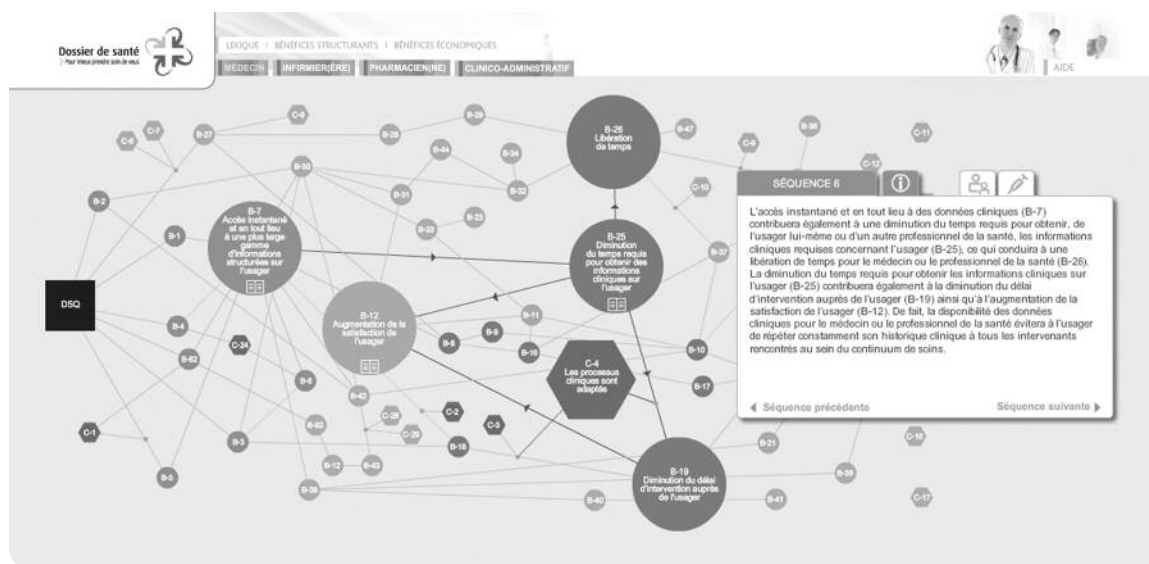
Les objectifs du projet d'évaluation des bénéfices du DSQ sont les suivants :

- 1 identifier l'ensemble des bénéfices potentiels du DSQ ;
- 2 mesurer concrètement un sous-ensemble de bénéfices du DSQ, qu'ils soient quantitatifs ou qualitatifs, et démontrer sur cette base la valeur de l'investissement réalisé au Québec ;
- 3 fournir une rétroaction sur la mesure des bénéfices aux établissements du réseau de façon à leur permettre d'optimiser les processus et les façons de faire périphériques au DSQ afin d'en tirer un maximum de bénéfices.

Synthèse des travaux réalisés à ce jour et de leurs retombées

Dès aujourd'hui, les travaux réalisés permettent d'anticiper les bénéfices éventuels du DSQ. Une revue rigoureuse de la littérature scientifique combinée à des ateliers de travail avec des professionnels du réseau a permis de recenser plusieurs avantages d'un dossier de santé électronique comme le DSQ.

Cette recension a permis d'illustrer l'ensemble des relations de cause à effet menant progressivement de la mise en œuvre du DSQ à la réalisation d'un bénéfice final, comme l'augmentation de la qualité des soins et services ou l'augmentation de l'accessibilité des soins et services de santé. Cette recension a aussi mis en lumière les conditions, les hypothèses, les contraintes ou les initiatives nécessaires à la concrétisation des bénéfices attendus. Soulignons, entre autres, la révision des orientations relatives à l'ordonnance électronique et de son plan de déploiement.



Afin d'illustrer la réalisation de ces bénéfices, un outil interactif de présentation (voir ci-haut) est maintenant disponible sur le site Internet du DSQ. Il présente les bénéfices potentiels du DSQ selon la perception des médecins, infirmières, pharmaciens et membres du personnel clinico-administratif.

À ce jour, ce projet a permis de bâtir un excellent outil de communication et de promotion du DSQ auprès des différentes clientèles cibles. Il assure également une solide base pour la définition du cadre de mesure des bénéfices du DSQ dont l'élaboration a débuté en juin 2008.

Des bénéfices pour les cliniciens et les usagers

De façon générale, le bénéfice le plus immédiat de l'utilisation du DSQ sera l'accès électronique instantané et en tout lieu à une gamme de données structurées sur l'utilisateur (profil pharmacologique, résultats d'analyses en laboratoire et d'examens d'imagerie diagnostique et profil d'immunisation), intégrées en un seul dossier et accessibles à tous les professionnels de la santé autorisés ainsi qu'à certaines catégories de membres du personnel clinico-administratif. Tous ces intervenants auront ainsi accès à des données plus complètes, plus exactes, permanentes et de meilleure qualité par rapport à celles aujourd'hui disséminées dans les dossiers papier conservés dans les différents lieux de pratique.



BLOC 2 DES INITIATIVES ET DES CONDITIONS FAVORABLES

Pour les médecins et les infirmières, le DSQ contribuera, entre autres, à :

- diminuer le temps consacré à la reconstitution de l'historique médical du patient ;
- réduire l'incertitude dans la prise de décisions cliniques, améliorant par le fait même la qualité des plans de traitement et de soins ;
- soutenir l'intervention à distance auprès de patients habitant hors des grands centres, réduisant par le fait même les déplacements des médecins ;
- diminuer le délai d'intervention auprès du patient ;
- améliorer la qualité des ordonnances – une fois l'ordonnance électronique disponible –, ce qui permettra de réduire significativement les échanges de clarification avec les pharmaciens (une réduction approximative de 52 % des appels¹¹).

Pour les pharmaciens, le DSQ contribuera notamment à :

- améliorer la qualité de l'évaluation clinique – grâce aux nouvelles données disponibles – et donc réduire les risques, pour le patient, d'effets secondaires et d'interactions thérapeutiques ;
- diminuer le temps consacré à la clarification d'informations cliniques avec le prescripteur (une réduction approximative de 60 % des appels¹²) – une fois l'ordonnance électronique disponible ;
- favoriser une intégration plus importante du pharmacien dans les processus cliniques.

Pour les usagers, le DSQ contribuera essentiellement à :

- éliminer la nécessité de répéter leur historique clinique à chacun des professionnels de la santé ;
- accroître la continuité des soins, d'un professionnel et d'un établissement à l'autre ;
- accroître la sécurité des soins, notamment grâce à la diminution du nombre d'ordonnances susceptibles d'engendrer des interactions thérapeutiques et des réactions indésirables (une réduction éventuelle de 18 %¹³) ;
- favoriser un respect accru du plan de soins et donc une guérison plus rapide ;
- réduire les démarches d'obtention d'extraits de leur dossier (résultats d'analyses en laboratoire ou d'examens d'imagerie diagnostique) en prévision d'un rendez-vous avec un spécialiste ;
- diminuer les déplacements requis, surtout pour les patients issus des régions éloignées.

Enfin, pour le personnel clinico-administratif, le DSQ contribuera, entre autres, à :

- simplifier le travail d'accueil et de pré-admission des patients ;
- réduire les demandes de divulgation, éliminant ainsi une portion significative du travail de recherche, d'impression, de copie et de transmission d'extraits des dossiers cliniques.

11. Étude de Ross et coll., 2005.

12. *Ibid.*

13. Étude de Tamblyn et coll., 2003.

LES ASPECTS FINANCIERS

La réalisation des différentes composantes constituant le DSQ est assurée par un ensemble de projets. Les phases d'études préliminaires et d'architecture (phases 0 et 1) de ces projets étant maintenant complétées, ceux-ci se retrouvent actuellement en phase de réalisation (phase 2).

Les aspects financiers de chacun des projets ont été précisés et l'évaluation globale de 562 millions de dollars pour les coûts du DSQ confirmée. Le tout a été approuvé le 31 mars 2008 par le Conseil du trésor. Les montants incluent des contingences variant entre 10 % et 15 % selon les projets, des frais de gestion et de gouverne, de même que les frais d'intérêts à court terme et les taxes applicables. Les dépenses effectuées au 31 mars 2008 totalisaient un peu plus de 108 millions de dollars.

Le tableau qui suit présente un sommaire de l'évaluation du budget global des projets totalisant 562 millions de dollars (coûts prévus), des dépenses effectuées au 31 mars 2008 et des remboursements obtenus d'Inforoute Santé du Canada (ISC) à cette même date.

COMPOSANTES ET SOUS-PROJETS	COÛTS PRÉVUS	DÉPENSES EFFECTUÉES AU 31 MARS 2008	AVANCES ET REMBOURSEMENTS D'ISC AU 31 MARS 2008
Couche d'accès à l'information sur la santé	35 M\$	12 497 375 \$	6 390 484 \$
Consentement (incluant le fichier des consentements et des certificats annulés)	12 M\$	3 010 220 \$	N/A
Dossier de santé électronique et laboratoires (incluant le visualiseur et les services de conservation)	147 M\$	11 416 873 \$	15 974 383 \$
Infrastructure à clé publique	38 M\$	3 441 157 \$	N/A
Imagerie médicale (systèmes d'archivage et de communications)	131 M\$	24 175 476 \$	14 204 210 \$
Index patients maître	27 M\$	17 490 350 \$	1 958 250 \$
Systèmes d'information sur les médicaments	59 M\$	21 562 255 \$	224 249 \$
Registre des intervenants et des usagers (incluant le service de localisation)	34 M\$	12 032 568 \$	1 234 241 \$
Réseau de services intégrés aux personnes âgées	4 M\$	400 000 \$	400 000 \$
Santé publique (système Panorama)	15 M\$	1 304 580 \$	1 580 775 \$
Télésanté	57 M\$	880 858 \$	3 835 019 \$
Évaluation des bénéfices	3 M\$	349 255 \$	491 400 \$
TOTAL	562 M\$	108 560 967 \$	46 293 011 \$



BLOC 2 DES INITIATIVES ET DES CONDITIONS FAVORABLES

La vigie du Vérificateur général

Depuis l'automne 2007, une équipe du Vérificateur général du Québec procède à des travaux de vigie afin de produire un avis sur la gestion du DSQ. L'objectif principal de cet exercice de vigie est d'assurer que le Ministère gère le DSQ de façon efficiente, efficace et responsable.

Plusieurs rencontres ont été tenues avec des représentants du Vérificateur afin, notamment, de leur présenter le DSQ et d'échanger sur les mécanismes de gestion et de contrôle en place. De même, l'équipe du DSQ collabore de manière continue afin de lui fournir toute l'information et les données nécessaires à la vigie. Le rapport du Vérificateur général du Québec qui, somme toute, s'est avéré positif, a été déposé à l'Assemblée nationale en mars 2008. À la suite de ce rapport, un sommaire des recommandations avec un plan d'actions a été soumis par le bureau du DSQ. Les travaux de vigie se poursuivent.

État de situation sur les contrats avec nos fournisseurs

Un total de 309 millions de dollars a été octroyé en contrats à divers fournisseurs depuis le début des travaux du DSQ. La réalisation des travaux s'effectue en collaboration avec les organismes du réseau de la santé et des services sociaux et avec le concours de plusieurs fournisseurs privés. Un total de 128 contrats sont déjà terminés, dont 107 avec des fournisseurs privés et 21 avec des organismes du réseau. Un ensemble de 169 autres contrats sont actuellement signés et en cours, dont 108 avec des fournisseurs privés.

Les contrats majeurs sont ceux de Bell Xwave pour le visualiseur du Dossier de santé électronique et les services régionaux de conservation, d'Agfa Healthcare pour l'imagerie diagnostique des RUIS Laval et Sherbrooke, de LGS-IBM pour le système de dossier médicaments, de la firme McKesson pour l'imagerie diagnostique des RUIS de Montréal et de McGill et de DMR Conseil pour la Couche d'accès à l'information sur la santé.

État des ententes gouvernementales avec Inforoute Santé du Canada

La réalisation des phases 0 et 1 a nécessité la signature de 27 ententes avec Inforoute Santé du Canada, ententes totalisant quelque 10,6 millions de dollars.

En ce qui a trait aux phases 2 des projets, 21 autres ententes ont été signées et deux ententes sont en préparation, totalisant 287,2 millions de dollars additionnels. Des travaux en collaboration avec ISC sont en cours pour atteindre l'enveloppe de financement prévue de 303 millions de dollars.

D'AUTRES ACTEURS MINISTÉRIELS S'IMPLIQUENT

Le DSQ s'inscrit comme l'un des piliers du plan d'informatisation du ministère de la Santé et des Services sociaux. À ce titre, d'autres acteurs ministériels s'impliquent au sein de différents dossiers les concernant afin de faciliter le déploiement du DSQ.

Un cadre de financement des investissements connexes et des coûts récurrents

Dans le cadre du déploiement du DSQ et dans le but d'assurer une préparation adéquate des régions à recevoir les infrastructures du DSQ, le MSSS a investi des efforts significatifs au cours de la dernière année afin d'évaluer les investissements connexes requis à la stratégie d'informatisation clinique du réseau dans laquelle s'inscrit le DSQ. Cet exercice a permis d'identifier, pour un ensemble de domaines, des investissements requis pour les prochaines années de l'ordre de 250 millions de dollars. Un cadre de gestion est en cours d'élaboration afin de déterminer le partage des rôles et des responsabilités entre les différents intervenants impliqués ainsi que les modalités de partage des coûts entre le MSSS et les régions.

Des discussions avec les associations professionnelles du domaine de la santé

Afin de s'assurer que les conditions de mise en œuvre du projet pilote, et éventuellement du DSQ, soient optimales, des discussions ont été entamées au cours des derniers mois par la Direction générale du personnel réseau et ministériel du MSSS avec les différentes associations de professionnels de la santé impliqués dans le projet.

Parallèlement à ces travaux, l'équipe du DSQ participe à plusieurs tables de travail ministérielles afin d'aborder les différentes facettes du DSQ, que ce soit le cadre juridique, la gestion du changement ou l'introduction des technologies dans les activités cliniques. Des discussions auront lieu au cours des prochains mois sur d'autres enjeux, tels que les conditions de participation des professionnels de la santé au projet du DSQ.



BLOC 2 DES INITIATIVES ET DES CONDITIONS FAVORABLES

Soutien opérationnel du DSQ

Une fois déployé, le DSQ doit s'appuyer sur un modèle d'organisation et d'opération performant pour remplir pleinement sa mission.

Une équipe du DSQ, appuyée par des gestionnaires et par un comité aviseur composé de représentants des partenaires institutionnels, comme la Régie de l'assurance maladie du Québec et la Sogique, a été chargée de proposer des scénarios d'organisation pour opérer le système une fois sa mise en œuvre complétée.

Le défi de l'opération du DSQ est de taille : intégrer les activités et les responsabilités de l'ensemble des partenaires et des fournisseurs qui développent et qui gèreront les composantes du DSQ, s'assurer que chacun puisse remplir son rôle parfaitement et coordonner les responsabilités de ces acteurs qui demeureront engagés dans l'opération du DSQ après son déploiement.

Au total, cinq scénarios ont été élaborés, avec des modèles de gestion allant du plus centralisé au plus décentralisé. Le scénario recommandé consiste à centraliser les responsabilités de support de premier niveau, de suivi des niveaux de service, de relations avec les fournisseurs et de formation entre les mains d'un opérateur externe afin d'assurer la cohésion des opérations et l'atteinte des niveaux de services visés pour l'ensemble des utilisateurs. Dans ce scénario, les fournisseurs du DSQ sont toujours responsables de l'exploitation et du support des applications du DSQ, tandis que les partenaires, tels la RAMQ, la Sogique, l'Institut national de santé publique

du Québec (INSPQ), les technocentres régionaux et les établissements, sont responsables de l'hébergement des systèmes, de la gestion des données cliniques et de leur intégrité.

Il a été également recommandé de sélectionner une firme privée spécialisée pour assurer le soutien opérationnel du DSQ. Le processus de sélection de l'opérateur démarrera dès que les approbations officielles seront obtenues des autorités ministérielles. Un comité de sélection sera mis sur place à cet effet au courant de l'automne 2008. Pendant la durée du projet pilote dans la région de la Capitale-Nationale, le soutien opérationnel du DSQ est confié à un opérateur intérimaire en attendant la mise en place d'un opérateur permanent.

Quant à la gestion du DSQ (gouvernance, gestion des contrats, détermination des orientations stratégiques), il est prévu qu'elle soit du domaine public gouvernemental. Des travaux préliminaires sont en cours en vue d'identifier le scénario optimal de gestion du DSQ.

Un suivi actif de la Commission d'accès à l'information

Au printemps 2008, la Commission d'accès à l'information et le Bureau du Dossier de santé du Québec ont mis en place une structure d'accompagnement du projet du Dossier de santé du Québec. Cette structure permet des échanges fructueux afin d'assurer une prise en charge adéquate des mesures de protection des renseignements personnels dans le cadre de la mise en œuvre du projet expérimental du DSQ, qui se déroule actuellement dans la région de la Capitale-Nationale.

LES PRIORITÉS POUR LA PROCHAINE ANNÉE

L'année 2007-2008 a permis de franchir des étapes-clés dans la concrétisation du DSQ, qui apparaît de plus en plus comme un incontournable dans l'amélioration de la qualité des soins et services de santé au Québec.

De fait, la mise en place du projet pilote dans la région de la Capitale-Nationale, l'adoption du projet de loi n° 70 sur le consentement implicite avec droit de refus ainsi que du projet n° 51 sur l'instauration du registre des intervenants par l'Assemblée nationale et l'implication croissante des professionnels de la santé dans le DSQ sont quelques exemples qui ont permis de reconnaître l'importance et la pertinence du DSQ.

Les réalisations de la prochaine année s'appuieront sur les priorités suivantes :

Priorité 1 : stabiliser une première version du DSQ

La réalisation du projet pilote permettra de stabiliser une première version du DSQ. L'hiver 2008-2009 sera marqué par une phase de pilotage de la solution DSQ dans quelques sites sélectionnés de la Capitale-Nationale. Cette phase permettra aux cliniciens d'utiliser le DSQ dans le cadre de leur travail quotidien et d'expérimenter ainsi la valeur clinique. Il sera important de tirer des leçons de ce projet pilote en vue du déploiement à plus large échelle à compter de 2009. À cet effet, des travaux en cours permettront de confirmer la stratégie de déploiement régionale et les travaux à réaliser autant au sein des régions que de l'équipe du DSQ afin d'en assurer la concrétisation.

Priorité 2 : favoriser la préparation des régions et les conditions d'adhésion des professionnels de la santé

Que ce soit par le rehaussement des postes de travail, la démonstration des bénéfices du DSQ, les ententes avec les fédérations professionnelles, la table des chargés de projet ou toute autre initiative, il apparaît prioritaire et essentiel au succès du DSQ de favoriser la préparation des régions et la mise en place des conditions d'adhésion des professionnels de la santé à l'utilisation du DSQ dans leur pratique clinique.

Priorité 3 : amorcer l'interopérabilité de la solution DSQ entre deux régions

Une des caractéristiques distinctives du DSQ est sa capacité d'échanger des données entre les différentes régions du Québec, appelée l'interopérabilité. Il apparaît donc fort important de s'assurer que la solution DSQ puisse fonctionner de bout en bout de façon interopérable, permettant ainsi d'échanger des données entre au moins deux régions distinctes.

Priorité 4 : poursuivre le déploiement des PACS et des RID

Le projet d'imagerie diagnostique poursuivra le déploiement des PACS et des RID servant à l'archivage des images numérisées des examens de radiologie et de médecine nucléaire à travers l'ensemble du territoire québécois. Il est prévu que d'ici la fin de 2009, la vaste majorité des régions du Québec sera desservie par cette technologie.



ANNEXE 1

LISTE DES PRINCIPAUX ACTEURS

Organismes et ordres professionnels

- Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES)
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS)
- Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP)
- Collège des médecins du Québec (CMQ)
- Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ)
- Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)
- Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)
- Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ)
- Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU)

Partenaires institutionnels

- Dix-huit agences de la santé et des services sociaux
- Établissements du réseau de la santé et des services sociaux et les cliniques médicales
- Centre de services partagés du Québec (CSPQ)
- Corporation d'hébergement du Québec (CHQ)
- Inforoute Santé du Canada (ISC)
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
- Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)
- Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) des universités McGill, Laval, Montréal et Sherbrooke
- Société de gestion informatique (SOGIQUE)

Partenaires de développement économique

- Ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation (MDEIE)
- Société générale de financement du Québec (SGF)

Autres ministères québécois

- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS)
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS)
- Ministère de la Famille et des Aînés (MFA)
- Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC).

LISTE DES COMITÉS DU DOSSIER DE SANTÉ DU QUÉBEC

Comité des partenaires

M. Michel Baron, président-directeur général, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

M. Maurice Boisvert, sous-ministre associé au Bureau du Dossier de santé du Québec, MSSS

D^r Michel Bureau, directeur général, Services de santé et médecine universitaire, MSSS

M. Jacques Cotton, sous-ministre adjoint, Direction générale de la coordination, du financement, de l'équipement et des ressources informationnelles, MSSS

M. Marc Dionne, président-directeur général par intérim, Institut national de santé publique du Québec

M. Michel Fontaine, président-directeur général, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

M. Raymond Fortin, adjoint exécutif, Bureau du Dossier de santé du Québec, MSSS

M. Denis Garon, sous-ministre associé, ministère des Services gouvernementaux

M. Marc Giroux, président-directeur général, Régie de l'assurance maladie du Québec

M. Jules Larouche, vice-président aux finances, à l'administration et au service à la clientèle, Corporation d'hébergement du Québec

M. Bernard Lefrançois, sous-ministre adjoint, Direction générale des technologies de l'information, MSSS

M. David Levine, président-directeur général, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

M. Philippe Moss, directeur des services financiers et d'affaires, Bureau du Dossier de santé du Québec, MSSS

D^r Alain Poirier, sous-ministre adjoint et directeur national de la santé publique, MSSS

D^r André Simard, directeur des projets, Bureau du Dossier de santé du Québec, MSSS

M. Guy Trudel, directeur général par intérim, Direction générale des systèmes et des technologies de l'information, Régie de l'assurance maladie du Québec

M. Marcel Villeneuve, directeur de l'optimisation organisationnelle et de la planification stratégique, Bureau du Dossier de santé du Québec, MSSS

Comité consultatif clinique

M^{me} Chantal Archambault, Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP)

M. Horacio Arruda, Direction générale de la santé publique, MSSS

D^r Marc Billard, Collège des médecins du Québec

D^r Pierre W. Blanchard, Direction générale des services de santé et médecine universitaire, MSSS



ANNEXE 2

M. Maurice Boisvert, sous-ministre associé au Bureau du Dossier de santé du Québec, MSSS

M^{me} France Boucher, Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec

M. Michel Caron, Ordre des pharmaciens du Québec

M^{me} Johanne Desrochers, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

M^{me} Hélène Gagnier Foisy, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

D^r Pierre Gaudreault, Fédération des médecins spécialistes du Québec

M. Gérald Germain, Regroupement provincial des comités des usagers

D^r Gilles Hudon, Fédération des médecins spécialistes du Québec

M. Daniel Jacques, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

M^{me} Thérèse Laforest, Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec

M^c Georges Ledoux, Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

M. Luc Mathieu, Association québécoise des infirmières et infirmiers en systèmes et technologies de l'information

D^r Michèle Pelletier, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

M. André Poirier, Regroupement provincial des comités des usagers

D^r Claude Poirier, Table de coordination des réseaux universitaires intégrés de santé, président du Réseau de soutien et de validation par les pairs

D^r Claude Saucier, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

M^{me} Lina Sévigny, Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques, Direction générale des services de santé et médecine universitaire, MSSS

D^r André Simard, directeur des projets, Bureau du Dossier de santé du Québec, MSSS

M^{me} France Thibault, Association québécoise des archivistes médicales

Réseau de soutien et de validation par les pairs (RSVP)

Les médecins membres du RSVP

Omnipraticiens

D^{re} Nathalie Boulanger, Nunavik

D^r André Brizard, Estrie

D^r Gilles Brousseau, Ouataouais

D^r Benoît Bureau, Abitibi-Témiscamingue

D^r Benoît Choquet, Saguenay-Lac-Saint-Jean

D^r Roger Dubé, Côte-Nord

D^{re} Julie Dutil, Nord-du-Québec

D^r Jean-Guy Emond, Capitale-Nationale

D^r Didier Fay, Montérégie

D^r Barry Fine, Terres-Cries-de-la-Baie-James

D^r Christian Fortin, Montréal

D^r Benoît Gervais, Mauricie et Centre-du-Québec

D^r Michel Hérish, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

D^r Eric Miron, Laval

D^r Éric Paradis, Bas-Saint-Laurent

D^r Jean-François Rancourt, Chaudière-Appalaches

D^r François Villeneuve, Lanaudière

Spécialistes

D^r Christian Carrier, Mauricie
et Centre-du-Québec

D^r Francis Laberge, Capitale-Nationale

D^r Stephen Rosenthal, Montréal

Les pharmaciens membres du RSVP

M^{me} Julie Bélanger, Bas-Saint-Laurent,
Côte-Nord et Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

M^{me} Mireille Despins, Mauricie
et Centre-du-Québec et Montérégie

M^{me} Marie-Claude Hardy,
Abitibi–Témiscamingue, Montréal et Laval

M. Daniel Kirouac, Capitale-Nationale

M^{me} Line Méthot, Lanaudière et Laurentides

M. Marc-André Paradis,
Abitibi–Témiscamingue, Chaudière–Appalaches,
Montérégie et Outaouais

M^{me} Suzie Rousseau, Estrie et
Saguenay–Lac-Saint-Jean

M. Jean Thiffault, Abitibi–Témiscamingue,
Montréal et Laval

Les infirmiers membres du RSVP

M^{me} Mélanie Blais, Lanaudière

M^{me} Annie Chouinard, Estrie

M^{me} France Dagenais, Laurentides

M^{me} Cindy Diamond, Mauricie
et Centre-du-Québec

M^{me} Marie-Claude Dion,
Saguenay–Lac-Saint-Jean

M^{me} Lucille Dufour, Montréal

M^{me} Maryse Duguay,
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

M. Cyr Dumas, Bas-Saint-Laurent

M. Jérôme Gauvin-Lepage, Laval

M^{me} Line Harvey, Nord-du-Québec

M. David Lacombe, Chaudière–Appalaches

M^{me} Céline Laforest, Nunavik et
Terres-Cries-de-la-Baie-James

M^{me} Chantal Lessard, Capitale-Nationale

M^{me} Josée Monfette, Montérégie

M^{me} Diane Massé, Outaouais

M^{me} Jocelyne Paquette, Montérégie

M^{me} Lise Pouliot, Montréal

M^{me} Claude Simard, Capitale-Nationale

M^{me} Manon Talbot, Côte-Nord

M^{me} Diane Trottier, Abitibi–Témiscamingue



ANNEXE 2

Comité utilisateur clinique

M^{me} Raymonde Bouchard, infirmière de liaison, Estrie

D^r André Brizard, médecin omnipraticien, Estrie

D^r Gaëtan Carrier, médecin biochimiste, Montérégie

D^{re} Lynne Goudezeune, médecin omnipraticien, Laval

D^r Yves Lambert, médecin omnipraticien, Montérégie

M^{me} Chantal Lessard, infirmière de GME, Capitale-Nationale

M^{me} Colette Khoury, pharmacienne institutionnelle, Montréal

M^{me} Claude Simard, infirmière au triage, Capitale-Nationale

M. Jean Thiffault, pharmacien communautaire, Montréal

Comité utilisateur clinico-administratif

M^{me} Marie-France Audet, technicienne en pharmacie, Laval

M^{me} Sylvie Bisson, directrice administrative, Montréal

M^{me} Andrée de la Chevrotière, archiviste spécialiste en systèmes d'informations, Laval

M^{me} Suzanne Courchesne, chef du service des archives médicales, Montréal

M. Martin Forgues, chef du service d'accueil-admission, Capitale-Nationale

M^{me} Sylvie Hébert, archiviste, Saguenay–Lac-Saint-Jean

M. Robert Houle, responsable administratif, Montérégie

M^{me} Sandra Lévesque, chef du service des archives, Mauricie et Centre-du-Québec

M. Pierre Morrisette, chef des services d'accueil et d'archives médicales, Lanaudière

M^{me} Lucie Nadeau, chef archives, accueil et téléphonie, Laurentides

M^{me} Claire Samson, technicienne administrative, Chaudière–Appalaches

M^{me} Claire Sarrazin, chef des services d'archives médicales et dictée centrale, Lanaudière

M^{me} Élane Vachon, chef des services d'archives médicales, Montérégie

