



Plan stratégique régional des ressources informationnelles – 2006-2009

Présenté par

**l'Agence de développement de réseaux locaux de services de
santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches**

**Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux**

Québec 
Chaudière-
Appalaches



Plan stratégique régional des ressources informationnelles – 2006-2009

Présenté par

**l'Agence de développement de réseaux locaux de services de
santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches**

Adopté par le conseil d'administration
le 14 décembre 2005

© Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
de Chaudière-Appalaches, 2005

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source. Toute
reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

ISBN 2-89548-317-5 (version imprimée)

ISBN 2-89548-318-3 (version pdf)

Dépôt légal –Bibliothèque nationale du Canada, 2005
Bibliothèque nationale du Québec

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et
désigne tant les femmes que les hommes.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION.....	5
2. MISE EN CONTEXTE	5
2.1. Visée stratégique du plan de transformation du réseau de la santé et des services sociaux	5
2.2. Objectifs de la démarche.....	7
2.3. Résultats du Plan stratégique régional des ressources informationnelles 2005-2006.....	8
2.4. Constats stratégiques sur notre réseau de la santé et des services sociaux .	
.....	10
2.4.1. Sur le plan des ressources informationnelles.....	10
2.4.2. Sur le plan clinique	10
3. RAPPEL DES ORIENTATIONS DU RÉSEAU.....	11
3.1. Priorités du ministère de la Santé et des Services sociaux en matière d'organisation des services	11
3.1.1. Contexte de la réforme	11
3.2. Priorités du ministère de la Santé et des Services sociaux en matière des ressources informationnelles	12
3.2.1. Cadre de responsabilité des ressources informationnelles – volet régional ..	13
3.2.2. Cadre de responsabilité des ressources informationnelles – volet local.....	14
3.3. Rappel de l'architecture globale des ressources informationnelles	14
4. SOMMAIRE DE LA DÉMARCHE.....	16
4.1. Processus de consultation et de validation	16
4.1.1. Présentation des principales étapes qui ont conduit à l'élaboration du présent document	16
4.2. Activités de consultation	17
4.3. Principes directeurs retenus	18
5. BILAN ET CONSTATS	18
5.1. Caractéristiques socio-démographiques.....	18
5.2. Portrait régional des actifs informationnels.....	19
5.2.1. Profil des applications	19
5.2.2. Infrastructures technologiques.....	19
5.2.3. Infrastructure logicielle.....	20
5.3. Profils cliniques.....	20
5.4. Nos forces.....	21
5.5. Nos faiblesses.....	21

5.6.	Défis processus-applications-données	22
5.7.	Les autres défis.....	23
5.8.	Les objectifs spécifiques	23
5.9.	Architecture régionale cible.....	23
6.	PLAN D’ACTION	24
6.1.	Volet 1 - Projets liés aux applications cliniques	24
6.2.	Volet 1 - Projet lié à une application nationale	24
6.3.	Volet 1 - Projets liés à l’infrastructure nationale d’échange	24
6.4.	Volet 1 - Projets prioritaires liés à la vision d’ensemble	25
6.5.	Volet 2 - Projets à réaliser à moyen terme (2007-2009)	25
6.6.	Les facteurs critiques de succès.....	25
6.6.1.	Facteurs de risque	26
6.7.	Les approches et le plan de financement	26
6.8.	Échéancier du Plan stratégique régional des ressources informationnelles 2006-2009	28
	LISTE DES ANNEXES	29
	ANNEXE 1 – RESPONSABLES DES RI.....	30
	ANNEXE 2 – LES PROJETS RETENUS	31
	ANNEXE 3 - ARCHITECTURE RÉGIONALE CIBLE.....	45
	ANNEXE 4 – GRILLE DE SÉLECTION DE PROJETS.....	53

1. INTRODUCTION

Avec son plan national d'informatisation, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a exigé des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux qu'une planification régionale des ressources informationnelles soit réalisée. Cette planification s'échelonne en deux grandes phases de réalisation.

Pour la région de la Chaudière-Appalaches, la première phase a été complétée en décembre 2004 et la priorité des actions consistait à supporter la mise en place des réseaux locaux de service de santé et de services sociaux (RLS) et l'intégration de leurs actifs informationnels. Le document définit les réalisations relatives aux actions prioritaires à poser en ce qui a trait à la mise en œuvre des RLS, conformément aux exigences et orientations du Ministère. Cette démarche de planification couvre l'année financière 2005-2006.

La deuxième phase porte sur la planification stratégique triennale pour les exercices financiers 2006-2009.

Ce document fait donc suite au Plan stratégique régional des ressources informationnelles de décembre 2004 et tient compte des facteurs humains, financiers et organisationnels en lien avec les ressources informationnelles.

2. MISE EN CONTEXTE

2.1. Visée stratégique du plan de transformation du réseau de la santé et des services sociaux

Le présent document s'inscrit dans la foulée des efforts consentis au cours des dernières années pour supporter une mise en œuvre efficace d'un réseau intégré de services devant assurer le continuum de soins auprès des clientèles de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. Cela rejoint la réforme du ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Philippe Couillard, qui s'appuie sur l'intégration des services et la continuité de leur prestation, de manière à offrir à la population une meilleure prise en charge.

En effet, selon le Ministre, « l'avantage pour la personne, c'est de savoir qu'il y aura une organisation dans son milieu de vie qui sera responsable de lui offrir les meilleurs services afin qu'elle n'ait plus à se débrouiller par elle-même dans cette complexité que représente notre réseau. »

La création des RLS et des centres de santé et de services sociaux (CSSS) vise à répondre aux besoins de complémentarité des services offerts aux usagers et de faciliter le cheminement de ces usagers entre les services de première ligne (services médicaux et sociaux généraux), de

deuxième ligne (services médicaux et sociaux spécialisés) et de troisième ligne (services médicaux et sociaux surspécialisés).

Pour ce faire, des ententes de service avec des centres hospitaliers universitaires ou avec des partenaires de son réseau local de services (cliniques médicales, groupes de médecine de famille (GMF), centres jeunesse (CJ), centres de réadaptation (CR), organismes communautaires et d'économie sociale) sont à conclure pour combler l'ensemble des besoins de la clientèle.

La naissance de cette nouvelle forme d'établissement amène pour les technologies de l'information deux défis importants. Le premier touche la fusion des fonctions administratives qui nécessitera des efforts de consolidation des actifs informationnels. Le second est lié à la prestation de services cliniques, ce qui exigera des travaux de standardisation et d'harmonisation pour permettre l'échange d'information électronique. Ces activités seront le cœur de ce Plan stratégique régional des ressources informationnelles (PSRRI) – 2006-2009.

La réussite de ces réalisations nécessitera l'implication de tous les intervenants, la mise en réseau de tous les partenaires ainsi qu'une démarche structurée de la gestion du changement.

La figure qui suit nous offre une représentation du réseautage requis par la mise en place des CSSS.



2.2. Objectifs de la démarche

Les technologies de l'information sont de plus en plus considérées comme étant des leviers stratégiques incontournables dans la transformation du réseau. Pour la région de la Chaudière-Appalaches, une démarche régionale existe depuis 1999, supportée par un Plan directeur régional des ressources informationnelles (PDRRI) qui a été actualisé en juin 2003. Ce dernier avait alors fait l'objet d'une consultation majeure auprès de l'ensemble des établissements de la région.

Compte tenu toutefois de l'adoption, en décembre 2003, de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (L.R.Q. chapitre A-8.1), et de la publication subséquente par le ministère de la Santé et des Services sociaux de son Plan d'informatisation du réseau, l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches a entrepris une actualisation des ses orientations, et ce, en conformité avec les exigences du Ministère.

Dans cette perspective, l'Agence a déposé en décembre 2004 ses orientations pour la première phase de son Plan stratégique régional des ressources informationnelles identifiant, notamment, les actions prioritaires à poser afin de favoriser la mise en œuvre des RLS.

Pour en arriver à ce résultat, nous avons complété les activités suivantes :

- ❑ inventaire des ressources informationnelles et bilan des acquis;
- ❑ processus de consultation;
- ❑ état de situation sur l'organisation régionale des services;
- ❑ diagnostique sur la situation actuelle;
- ❑ orientations stratégiques préconisées;
- ❑ plan d'action (à moyen et long terme);
- ❑ échéanciers et organisation du travail;
- ❑ rédaction et contrôle de la qualité.

2.3. Résultats du Plan stratégique régional des ressources informationnelles 2005-2006

À la suite des travaux réalisés dans le cadre du Plan stratégique régional des ressources informationnelles 2005-2006, nous pouvons tirer les constats suivants :

- ❑ la région de la Chaudière-Appalaches présente un degré de maturité technologique élevé et propice au déploiement des infrastructures d'échanges normalisés. Nous retrouvons une forte concentration de systèmes cliniques déployés, notamment dans les secteurs de la pharmacie, des laboratoires et de l'imagerie médicale;
- ❑ la vision régionale s'harmonise parfaitement bien au plan d'informatisation national;
- ❑ les besoins recueillis en télésanté cadrent avec les perspectives nationales.

La région a donc mis la priorité sur la réalisation de travaux structurants afin de valoriser les acquis des systèmes cliniques présents dans l'ensemble des établissements de la région.

Les orientations du Plan stratégique régional des ressources informationnelles 2005-2006 portaient sur les projets suivants :

- ❑ Projets reliés au fonds d'investissement pour la mise en place des RLS :
 - mise en place des index CSSS;
 - rehaussement du système d'information clientèle en centre d'hébergement et de soins de longue durée (SICHELD).
- ❑ Projets prioritaires sur le plan clinique et clinico-administratif :
 - décentralisation des mécanismes d'accès pour les personnes âgées;
 - finalisation du déploiement du Programme intégration jeunesse (PIJ);
 - finalisation du déploiement du Système d'information sur les ressources de type familial (SIRTF);
 - finalisation du déploiement du Système d'information et de gestion des départements d'urgence (SIGDU).
- ❑ Projets de plan d'informatisation local :
 - plan directeur des ressources informationnelles dans chaque CSSS.
- ❑ Autres projets structurants :
 - architecture détaillée et migration au Réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS) IIG;
 - architecture globale des systèmes sur le plan régional;
 - architecture détaillée du dépôt régional des informations cliniques;
 - élaboration et adoption d'un cadre régional de gestion intégrée des ressources informationnelles;
 - poursuite des travaux de sécurisation des actifs informationnels.

Actuellement, la région de la Chaudière-Appalaches respecte assez bien dans l'ensemble le calendrier de réalisation proposé pour 2005-2006 pour la majorité des travaux planifiés et en cours de réalisation dans le cadre du Plan stratégique régional des ressources informationnelles 2005-2006.

Le présent document complète la seconde phase du Plan stratégique régional des ressources informationnelles et offre une perspective de planification régionale triennale pour les exercices financiers 2006-2009. Les travaux entourant cet exercice de planification sont principalement fondés sur une architecture régionale cible considérée comme une étape importante qui permettra aux technologies de l'information de supporter la mise en place des projets cliniques des CSSS.

2.4. Constats stratégiques sur notre réseau de la santé et des services sociaux

2.4.1. Sur le plan des ressources informationnelles

Plusieurs éléments distinctifs permettent de qualifier l'état de situation des ressources informationnelles en Chaudière-Appalaches :

- ❑ la région s'est inscrite depuis plusieurs années dans différents processus de planification favorisant l'avancement clinique de la région, par la venue imminente de structures de partage d'information entre les intervenants;
- ❑ le niveau de maturité atteint par la région en ce qui a trait aux ressources informationnelles est tout à fait propice à l'établissement de structures de partage de l'information. C'est dans cette perspective que la région a préconisé et mis en priorité dans la première phase de sa planification stratégique la mise en œuvre de l'architecture provinciale de partage d'information clinique;
- ❑ les systèmes d'information en support aux principales activités cliniques des établissements sont largement déployés. C'est le cas notamment pour les services de radiologie, de laboratoires et de la pharmacie;
- ❑ la nécessité de mettre en commun les structures de gestion des ressources informationnelles a fait l'objet d'une forte cohésion régionale;
- ❑ l'établissement d'une architecture régionale vient supporter la vision future des ressources informationnelles de notre réseau de la santé et des services sociaux.

2.4.2. Sur le plan clinique

Plusieurs éléments distinctifs peuvent qualifier l'état de situation sur le plan clinique en Chaudière-Appalaches :

- ❑ la région a atteint un niveau de maturité clinique fort appréciable;
- ❑ l'organisation des projets cliniques des établissements s'avère fortement encadrée régionalement, ce qui favorise la cohésion, mais qui a également largement favorisé l'élaboration de l'architecture d'affaires et l'identification des besoins à plus long terme;
- ❑ le degré d'avancement des travaux entourant l'élaboration régionale des projets cliniques est tout à fait adéquat et conforme aux orientations du Ministère en cette matière;
- ❑ la région a inscrit dix groupes de médecine de famille (GMF) au sein de son réseau et présente un nombre important de cliniques privées, de même que d'autres partenaires communautaires pour qui les attentes en matière de partage d'information sont très élevées.

Notons que depuis l'instauration des GMF dans notre région, très peu d'outils informatiques leur ont été fournis, créant ainsi un certain niveau d'insatisfaction auprès de ces derniers.

De multiples efforts ont finalement été consentis par la région afin de s'assurer d'un arrimage étroit et d'une forte cohésion entre les besoins d'affaires de la région et les réalités régionales et nationales d'informatisation du réseau.

3. RAPPEL DES ORIENTATIONS DU RÉSEAU

3.1. Priorités du ministère de la Santé et des Services sociaux en matière d'organisation des services

3.1.1. Contexte de la réforme

Avec l'entrée en vigueur de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (L.R.Q. chapitre A-8.1), la région de la Chaudière-Appalaches s'est entièrement remodelée avec la création de cinq centres de santé et de services sociaux (CSSS) et de quatre établissements à vocation régionale.

La mise en place des RLS vise à rapprocher les services de la population et faciliter le cheminement des usagers dans le réseau. Cette réorganisation du travail nécessite une mise à niveau importante des technologies de l'information par la consolidation des actifs informationnels et le développement d'échange électronique d'information supportant le projet clinique des CSSS.

Voici un bilan sommaire des objectifs devant être poursuivis par les agences et les CSSS pour lesquels les technologies de l'information devront être mises à contribution.

Les agences doivent assurer, dans les réseaux locaux de services,

- ❑ l'offre d'une large gamme de services de 1^{re} ligne;
- ❑ l'accès aux services spécialisés par voie d'ententes;
- ❑ l'élaboration des mécanismes de référence et de suivi des clientèles;
- ❑ l'instauration des protocoles cliniques et organisationnels;
- ❑ l'implication des professionnels du territoire concerné;
- ❑ l'implication des intervenants de l'intersectoriel;
- ❑ la participation des ressources humaines.

Les CSSS doivent assurer, quant à eux,

- ❑ la promotion de la santé et du bien-être;
- ❑ le rapprochement des services à la population;
- ❑ l'offre et l'accessibilité à une gamme de services plus grande et mieux coordonnée;

- ❑ la facilitation du cheminement de toute personne dans le réseau de services;
- ❑ l'assurance d'une meilleure prise en charge.

À travers la série d'activités requises pour la réalisation de la réforme actuelle qui conduira à la mise en œuvre des nouveaux plans d'organisation, certains éléments reliés aux technologies de l'information devront être actualisés, notamment le RTSS et la répartition des serveurs.

3.2. Priorités du ministère de la Santé et des Services sociaux en matière des ressources informationnelles

De manière générale, nous constatons que le ministère de la Santé et des Services sociaux met tout en œuvre pour garantir la transformation du réseau en s'attaquant notamment aux aspects de l'organisation des soins, des pratiques, des modes de gestion, tout en exerçant parallèlement des pressions majeures dans la rationalisation et la réorganisation des services.

Par ailleurs, il apparaît également que les plans d'informatisation régionaux et nationaux doivent s'appuyer largement sur la capacité des instances locales à contribuer à leur mise en œuvre.

Dans cet esprit, nous comprenons que les raisons suivantes ont motivé l'élaboration du plan national d'informatisation du réseau :

- ❑ l'émergence du gouvernement en ligne;
- ❑ les recommandations du Vérificateur général;
- ❑ les manifestations d'intérêt de la part des cliniciens;
- ❑ le projet de transformation du réseau;
- ❑ le projet d'Inforoute Santé du Canada.

Nous comprenons aussi que les éléments de vision suivants sous-tendent le plan national d'informatisation du réseau :

- ❑ le citoyen doit être pris en charge dans une optique de continuum de services;
- ❑ l'information doit être bien organisée, complète et intègre;
- ❑ la disponibilité de l'information doit être assurée sur le lieu de l'action et conduire l'action en tout temps;
- ❑ le respect des lois et règlements liés à la confidentialité et à la sécurité doit être garanti.

Dans cette perspective, nous dégageons les constats suivants :

- ❑ il est nécessaire de développer une action concertée pour l'informatisation du réseau et la livraison de services par voie électronique;
- ❑ il faut se doter d'une structure de repérage unique des usagers du réseau;
- ❑ il faut développer l'habileté à constituer un dossier usager d'ensemble basé sur des données fiables et sécuritaires.

Par conséquent, nous concluons que les besoins suivants sont inhérents à cette vision :

- ❑ un dossier usager décloisonné des missions et des programmes;
- ❑ une vision uniformisée pour l'intervenant;
- ❑ la transparence pour l'utilisateur;
- ❑ l'habileté à développer des échanges avec les autres partenaires publics et privés;
- ❑ le respect des règles de sécurité qui entourent la disponibilité, l'intégrité, la confidentialité et l'accessibilité;
- ❑ le déploiement d'outils cliniques standardisés en support à la pratique professionnelle.

Finalement, nous comprenons que les règles d'encadrement de cette démarche d'informatisation sont sujettes à la mise en oeuvre du cadre de gestion proposé par le Ministère.

3.2.1. Cadre de responsabilité des ressources informationnelles – volet régional

- ❑ Assurer la mise en oeuvre des orientations technologiques et stratégiques du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- ❑ Informer et consulter les établissements et les représenter auprès des instances nationales;
- ❑ Planifier, organiser et contrôler la mise en oeuvre des projets régionaux;
- ❑ Déterminer les orientations régionales et assumer leur arrimage avec celles du Ministère;
- ❑ Organiser la gestion de l'information (incluant la normalisation des données);
- ❑ Planifier, organiser et contrôler la mise en oeuvre des déploiements des projets à portée nationale;
- ❑ Assurer la gestion des données d'intérêt régional;
- ❑ Opérer des infrastructures technologiques communes au plan national et régional.

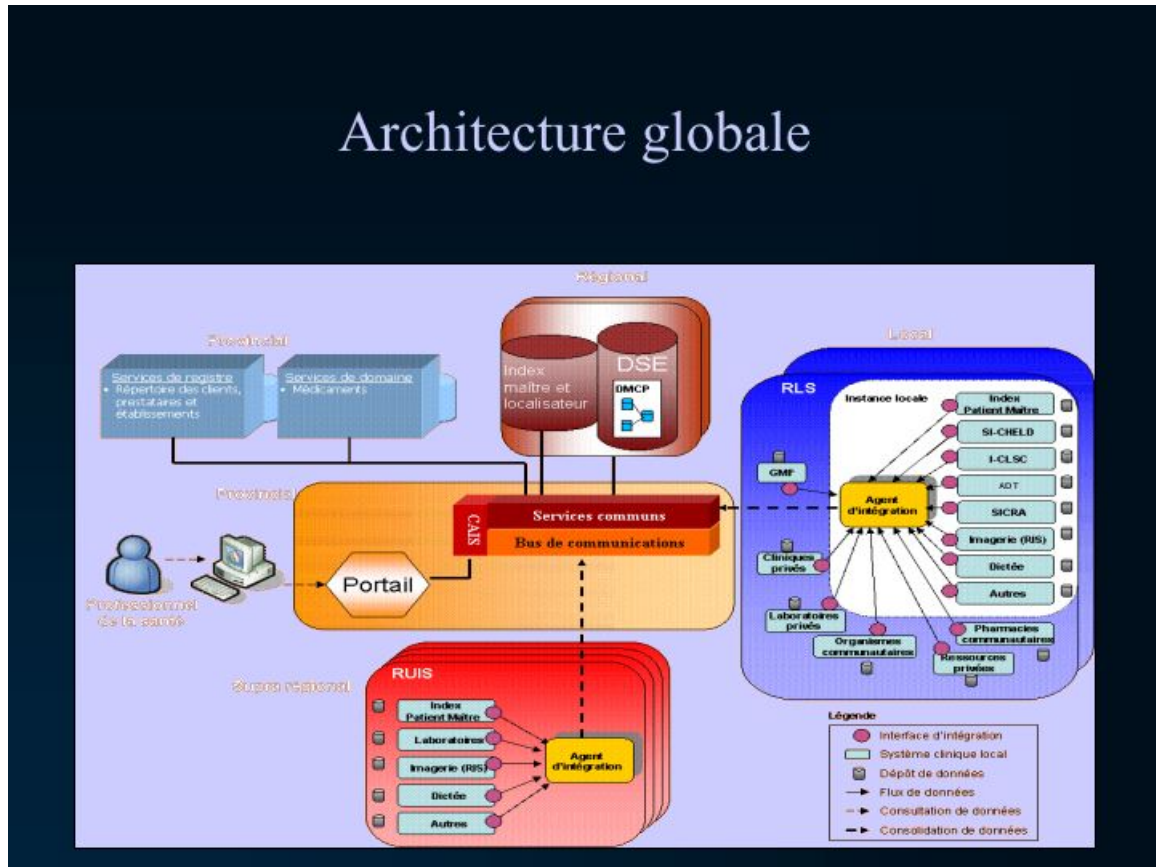
3.2.2. Cadre de responsabilité des ressources informationnelles – volet local

- ❑ Implanter et exploiter les systèmes;
- ❑ Formuler les besoins pour tout le cycle de vie du système;
- ❑ Gérer le changement dans l'organisation;
- ❑ S'assurer de la validité et de la qualité des données (cadre normatif);
- ❑ Assurer la compatibilité des approches et des procédures des échanges d'information;
- ❑ Alimenter les banques de données régionales et nationales.

3.3. Rappel de l'architecture globale des ressources informationnelles

L'objectif de l'architecture des services communs d'infrastructure présentée par le Ministère est d'organiser les services et les technologies nécessaires à l'échange d'information sécurisée d'une part, et à l'accès intégré aux ressources informationnelles d'autre part, en support au modèle de collaboration. Le diagramme qui suit présente la vue conceptuelle de l'architecture des principaux services communs d'infrastructure, en lien avec le volet national du service d'infrastructure d'échange et d'intégration constituant le bus de communication et les services communs (CAIS).

Architecture globale



L'infrastructure proposée permet le transport sécuritaire d'information entre les applications, la transformation de l'information si nécessaire pour des fins de normalisation et la prise en charge de la livraison du message transmis assurant ainsi sa livraison. Elle permet également le développement de processus par l'entremise d'outils de chorégraphie supportant les processus d'affaires de type administratif ou clinique.

Cette architecture permet donc la diffusion d'information interapplications dans un établissement ou entre établissements, la gestion de la sécurité (authentification, signature et chiffrement), l'appariement des identifiants de dossiers dans les échanges d'information interétablissements, la consultation d'un système de gestion du consentement pour autoriser les transferts d'information interentités lorsque nécessaire.

Par conséquent, il est important de noter la volonté de l'Agence de préparer son plan stratégique régional dans un arrimage étroit aux projets futurs du Ministère, et ce, par la perspective de la création de liens d'échanges électroniques supportés par les services communs proposés.

4. SOMMAIRE DE LA DÉMARCHE

4.1. Processus de consultation et de validation

Dans le cadre de sa démarche, l'Agence a retenu les services d'une firme externe pour la réalisation des activités de consultation et de validation auprès des établissements. Dans cette section, nous vous présentons sommairement les étapes qui nous ont amené à l'élaboration du Plan stratégique régional des ressources informationnelles (PSRRI) 2006-2009.

Dans la région de la Chaudière-Appalaches, tous les établissements ont été rencontrés individuellement, dans un premier temps, afin de dresser un bilan. Par la suite, des rencontres globales ont permis de valider les biens livrables proposés. Des consultations auprès du Comité de gestion du réseau régional (CGRR) ont aussi fait partie des activités de validation.

4.1.1. *Présentation des principales étapes qui ont conduit à l'élaboration du présent document*

□ Bilan et constats sur les ressources informationnelles (RI)

Cette étape a permis de mettre en relief les éléments caractérisant la situation actuelle et à faire des constats et le bilan des acquis afin d'actualiser les orientations établies dans la phase I. En fonction d'un diagnostic de la situation actuelle, les orientations régionales sont mises à jour, en lien avec les orientations nationales ainsi que sur des éléments de veille.

□ Architecture régionale cible

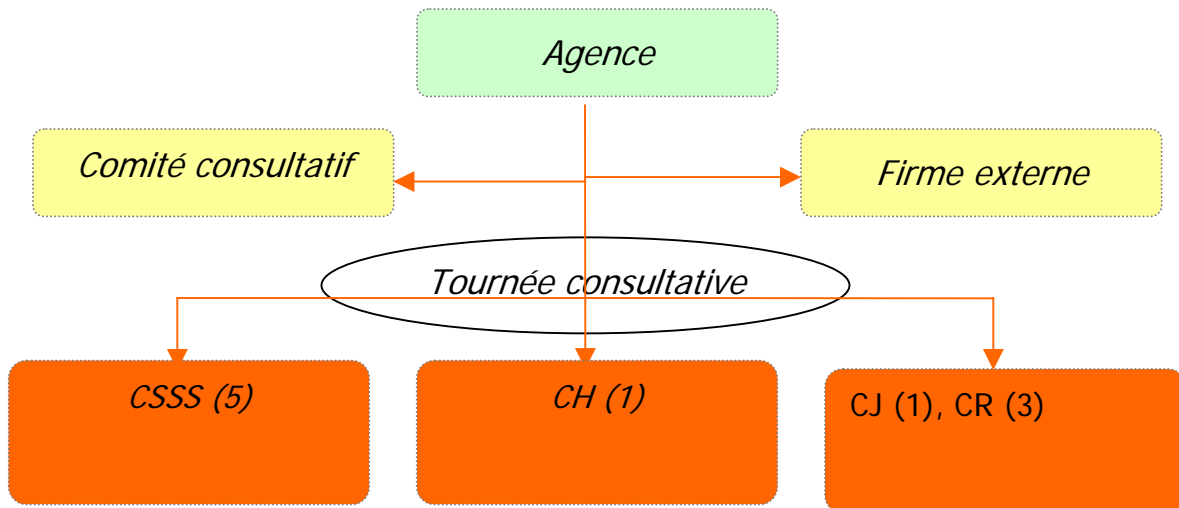
Les besoins identifiés lors de la tournée régionale sont présentés dans une architecture d'affaires et de systèmes, ce qui permet de préciser la cible pour l'architecture globale. Cette architecture a été présentée lors de rencontres régionales et servira de balise dans l'évolution et le développement des technologies de l'information (TI).

□ Plan d'action (à moyen et long terme)

Cette étape a permis de broser un tableau des projets soumis par les intervenants, de procéder à leur qualification et d'établir leur priorité de mise en œuvre en fonction d'une grille d'évaluation des projets. Elle a permis également de quantifier ces projets sur l'ensemble des éléments de coûts et de planifier un calendrier de réalisation de ceux-ci. Les projets retenus sont présentés à l'annexe 2.

4.2. Activités de consultation

La figure qui suit présente le processus de consultation qui a été privilégié dans le cadre de la réalisation du PSRRI – 2006-2009.



La démarche de consultation impliquait la tenue de différentes rencontres avec le comité consultatif, le technocentre régional et les établissements de la région.

❑ Le comité consultatif

Les rencontres réalisées auprès du comité consultatif ont permis d'orienter les travaux, de valider les livrables en cours de réalisation et d'approuver le livrable final.

❑ Le technocentre régional

Dans le cadre de cette démarche, deux rencontres ont été effectuées avec le technocentre régional dans le but de valider l'architecture régionale des systèmes.

❑ Les établissements

Deux tournées consultatives ont également été réalisées pour recueillir les besoins en technologies de l'information des responsables des programmes ainsi que des responsables des ressources informationnelles des établissements de la région.

L'objectif des tournées consiste à

- s'assurer d'une compréhension et d'une vision commune des orientations à préconiser;
- identifier correctement les besoins de chacun;
- ajuster et élaborer l'architecture cible.

4.3. Principes directeurs retenus

Le PSRRI - 2006-2009 a été élaboré en s'appuyant sur les principes directeurs suivants :

- ❑ favoriser la mise en place des systèmes d'information cliniques permettant de consolider les services de base qui alimenteront les échanges d'information;
- ❑ favoriser, lorsque pertinent, l'optimisation des investissements réalisés antérieurement en matière de déploiement des systèmes d'information;
- ❑ assurer en tout temps la protection des acquis relatifs aux actifs informationnels des établissements;
- ❑ mettre en oeuvre une architecture technologique régionale favorisant les échanges d'information normalisés;
- ❑ assurer le déploiement de systèmes d'information cliniques et administratifs contribuant à la mise en place des RLS;
- ❑ intensifier le développement des services de télésanté;
- ❑ assurer la disponibilité et l'accessibilité d'une information clinique pertinente en temps réel aux utilisateurs concernés lorsque requis;
- ❑ assurer le déploiement et le maintien des systèmes en fonction de notre capacité de payer;
- ❑ tenir compte de la capacité des organisations à assumer les changements liés à l'actualisation des divers projets d'informatisation;
- ❑ supporter la pratique professionnelle et faciliter le partage d'information clinique par le déploiement d'outils cliniques standardisés et conviviaux.

5. BILAN ET CONSTATS

5.1. Caractéristiques socio-démographiques

La région de la Chaudière-Appalaches se classe au 7^e rang des régions les plus peuplées du Québec (18 régions) avec environ 395 000 habitants, ce qui représente un peu plus de 5 % de la population du Québec.

La région compte présentement cinq centres de santé et de services sociaux (CSSS) et cinq établissements régionaux à savoir un centre hospitalier régional, un centre de réadaptation en déficience intellectuelle, un centre de réadaptation en déficience physique, un centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie et un centre jeunesse. Nous y retrouvons aussi six établissements privés, dont cinq CHSLD privés conventionnés et un CHSLD privé.

Avec un budget de 593 M\$, la région supporte aussi plus de 322 organismes communautaires et 12 compagnies ambulancières. Parmi les autres partenaires, nous retrouvons 87 cliniques médicales, 10 groupes de médecine de famille (GMF), 1264 places en ressources de type familial, 301 places en ressources intermédiaires, 260 résidences privées et 8 entreprises d'économie sociale.

Les données sur l'état de santé indiquent que la région se caractérise par les problématiques suivantes : taux élevé de mortalité par accidents de véhicules à moteur, conduite avec facultés affaiblies et taux élevé de suicide. Par ailleurs, tout comme dans l'ensemble du Québec, la population des aînés de la région connaîtra une importante augmentation au cours des prochaines années.

Les activités de prise en charge et du partage d'information deviendront critiques pour maintenir le mieux possible l'état de santé de la population vieillissante.

5.2. Portrait régional des actifs informationnels

5.2.1. Profil des applications

Lors de l'inventaire des applications, plus de 50 applications et plus de 20 fournisseurs différents ont été répertoriés.

5.2.2. Infrastructures technologiques

Les éléments suivants résument la situation des infrastructures technologiques :

- ❑ l'architecture du réseau informatique local des établissements est à optimiser;
- ❑ l'architecture du RTSS est à revoir;
- ❑ un rehaussement du parc technologique est à prévoir et de nouvelles approches devront être considérées afin d'en optimiser l'investissement et d'en prolonger la durée de vie;
- ❑ une procédure de continuité est à développer.

5.2.3. Infrastructure logicielle

Les éléments suivants résument la situation de l'infrastructure logicielle :

- ❑ l'essentiel des fonctions cliniques et administratives de base est présent au sein des établissements, bien que certaines soient à mettre à jour;
- ❑ il existe une multitude d'applications et de fournisseurs, car il existe plus de 50 applications pour 20 fournisseurs;
- ❑ cette multitude d'applications laisse entrevoir un processus d'intégration complexe à intervenir.

5.3. Profils cliniques

Pour l'Agence de santé et services sociaux Chaudière-Appalaches, le dossier « projet clinique des établissements » progresse adéquatement. Les projets cliniques ont été amorcés par la réalisation du portrait de la population par territoire pour chaque CSSS. Pour chacun des programmes services, les balises régionales ont été établies à partir des plans d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux, des orientations ministérielles et de certains autres documents ayant permis l'analyse de l'offre de service actuelle dans la région. Ces balises régionales campent l'offre de service attendue en 1^{re}, 2^e et 3^e ligne, s'il y a lieu, de même que les priorités régionales. Elles sont complétées par un plan d'action sur 5 ans, convenu avec le comité d'experts et entériné par le comité consultatif.

Pour chacun des programmes services, l'Agence a procédé à la mise en place des comités d'experts regroupant des cadres et intervenants terrain représentant les CSSS, les établissements régionaux et des organismes communautaires de la région. Ces comités d'experts travaillent à partir d'une grille conçue par l'Agence et qui fait état de l'offre de service actuelle, des améliorations souhaitées et des développements prévus. Dans tous les travaux, les médecins ont pu être impliqués, grâce à des liens tissés avec la Commission médicale régionale (CMR) et le Département régional de médecine générale (DRMG). Les établissements sont très satisfaits des résultats obtenus et de la façon dont le processus a été mené.

À travers toutes ces démarches, les projets cliniques mettent en évidence que le travail en réseau nécessite de créer ou de consolider des partenariats entre les différents acteurs tant sectoriels qu'intersectoriels, d'établir des mécanismes de références et des corridors de services clairs, rapides et efficaces, et de préciser les collaborations attendues de chacun. Il exige une véritable concertation de l'ensemble des partenaires dont la coordination sera assumée par le CSSS.

De plus, un des concepts à la base de l'actuelle transformation du réseau est celui de la hiérarchisation des services qui prône que l'utilisateur doit pouvoir compter sur le service le plus « simple » lui permettant de répondre à ses besoins. Il doit donc pouvoir profiter de services généraux pour satisfaire un besoin ponctuel, et de services spécifiques offerts en 1^{re} ligne pour solutionner des problèmes plus complexes, mais qui ne nécessitent pas d'expertise spécialisée. Dans une optique de continuum, la clientèle ayant une problématique nécessitant des services de 2^e et 3^e ligne devra pouvoir accéder aux services requis dans des délais acceptables, convenus entre les différents partenaires. Au besoin, elle devra être accompagnée dans ses démarches et supportée par la 1^{re} ligne pendant sa période d'attente.

Dans le modèle projeté, les services devraient être accessibles principalement sur référence et par le biais de mécanismes d'accès dont la responsabilité et les modalités de fonctionnement devront être revues dans la région. La révision de l'offre de service devra aussi conduire à l'identification et à la mise en place de mécanismes de référence simples, rapides et efficaces de même que de trajectoires de service claires et convenues avec l'ensemble des partenaires.

En regard des technologies de l'information, ces besoins traduisent la nécessité d'accélérer le développement de l'infrastructure d'échange d'information électronique pour permettre aux intervenants d'obtenir la bonne information au bon moment. Dans ce sens, le projet d'index permettra d'assurer le repérage du client. Les projets liés au plan de services et aux outils cliniques standardisés d'évaluation permettront de constituer des dossiers partageables minimaux afin d'optimiser la prise en charge et le suivi d'un client.

5.4. Nos forces

Les éléments suivants résument sommairement les forces de la région :

- ❑ Vision régionale commune et partagée du plan d'informatisation du réseau;
- ❑ Perspective claire de l'état de situation des ressources informationnelles du réseau de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches;
- ❑ Ordre de priorité des établissements relativement connu pour la prochaine année;
- ❑ Forte cohésion entre les différents acteurs de la région.

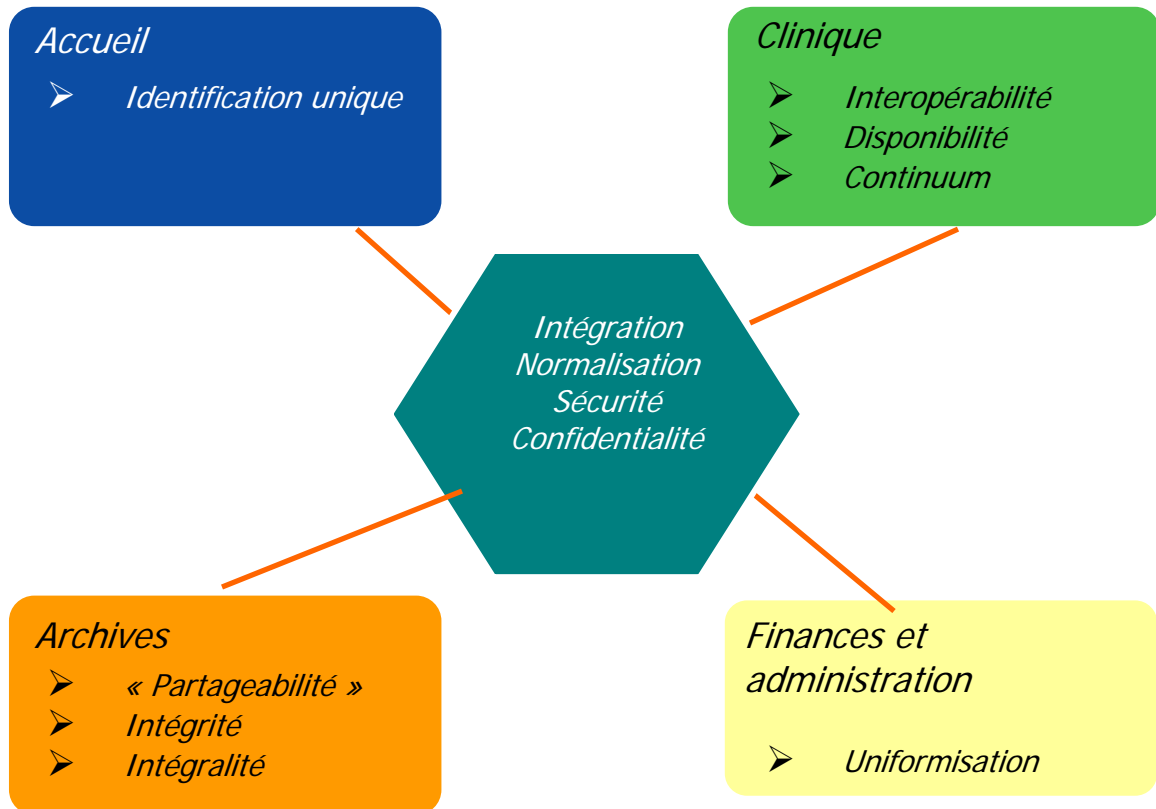
5.5. Nos faiblesses

Les éléments suivants résument sommairement les faiblesses de la région :

- ❑ Vision peu développée de l'architecture d'affaires;
- ❑ Phase transitoire inévitable pour rentabiliser davantage les acquis informatiques de la région;
- ❑ Aucune garantie de financement des initiatives régionales ou locales.

5.6. Défis processus-applications-données

De manière globale, la figure qui suit permet de qualifier ce qui représente les plus grands défis immédiats des instances :



Cette figure nous montre que l'identification unique revêt une importance de premier plan pour la gestion de la clientèle de l'instance locale.

En lien avec le principe d'identification unique, il apparaît que l'instance doit se donner les moyens pour associer l'information clinique aux usagers de son réseau. Pour ce faire, elle doit assurer l'interopérabilité et la disponibilité de ses systèmes cliniques, et même développer les moyens et outils qui supporteront le continuum de soins de sa clientèle pour son instance et, ensuite, avec les partenaires de son réseau local de services.

Par la suite, l'instance doit être en mesure de garantir sa capacité de partager l'information contenue au dossier de l'utilisateur et d'en assurer l'intégralité et l'intégrité.

5.7. Les autres défis

Les autres défis suivants ont été identifiés :

- ❑ garder au cœur de nos préoccupations ce que nous appellerons les systèmes de mission, c'est-à-dire les systèmes cliniques et clinico-administratifs;
- ❑ établir clairement notre vision des approches en support aux systèmes de mission;
- ❑ définir une position évolutive claire de nos systèmes d'information;
- ❑ mettre une emphase particulière sur les projets régionaux ou nationaux matures qui favoriseraient une systématisation à court terme;
- ❑ assurer une représentativité importante sur les dossiers d'intérêts régionaux ou nationaux en cours de développement.

5.8. Les objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques suivants ont été retenus :

- ❑ se doter d'une architecture réseau et de télécommunications flexible, efficiente, efficace et sécuritaire;
- ❑ développer une structure de repérage unique des usagers en vue de l'implantation du dossier santé électronique;
- ❑ consolider, intégrer et normaliser les approches, données et applications au sein du RLS;
- ❑ harmoniser et déployer les applications diagnostiques et des outils cliniques standardisés au sein du RLS;
- ❑ se doter d'un système financier efficace;
- ❑ se doter d'un système de gestion des ressources humaines efficace.

5.9. Architecture régionale cible

L'architecture régionale cible est présentée en deux volets : une architecture d'affaires qui permet de positionner les projets ainsi qu'une architecture de systèmes qui permet de positionner les composantes des systèmes. Le défi était de présenter ces deux architectures dans un formalisme simple et représentatif.

Dans le cadre de la démarche d'architecture, plus de 50 systèmes ont été positionnés. Compte tenu du volume de cette architecture, le document intitulé « ADRLSSSS-CA - Architecture (C-020c) » est disponible auprès de l'Agence. Ce document présente, pour chaque système, la localisation du système, la localisation des données et les interfaces des utilisateurs. Cet outil visuel permet de bien décrire et de simuler les étapes afin de qualifier le positionnement d'un projet, soit local, régional et même provincial. Cependant, un sommaire de l'architecture régionale est présenté à l'annexe 3.

6. PLAN D'ACTION

En continuité des projets ciblés dans le PSRRI - 2005-2006, cette section présente les projets retenus lors de la démarche de planification stratégique régionale des ressources informationnelles. Pour les exercices financiers 2006-2009, 29 projets ont été ciblés. Dans un premier volet, vous trouverez ci-après une liste de 13 projets catégorisés selon quatre axes d'intervention. Pour chacun de ces projets, le Comité d'orientation stratégique régional des ressources informationnelles (CORIR) devra s'assurer de leur réalisation conformément aux besoins des établissements concernés. Les projets faisant partie du volet 2, sujets à l'avancement des activités provinciales, seront suivis par le CORIR. Lors de l'actualisation annuelle du PSRRI - 2006-2009, les projets seront reconsidérés et mis en oeuvre dès que requis, selon la capacité de réalisation des établissements. Une description détaillée des projets du volet 1 se trouve en annexe 2.

6.1. Volet 1 - Projets liés aux applications cliniques

- ❑ Centrale de rendez-vous (RLS et régional) – projet 6;
- ❑ Dossier patient numérisé – projet 7;
- ❑ Normalisation des systèmes cliniques – projet 11;
- ❑ Plan de soins (RLS) – projet 13;
- ❑ Suivi systématique des clientèles (régional) – projet 13;
- ❑ Plan de services (régional) – projet 13;

6.2. Volet 1 - Projet lié à une application nationale

- ❑ Régionalisation du Système intégré d'information sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance (SIIATH) – projet 5

6.3. Volet 1 - Projets liés à l'infrastructure nationale d'échange

- ❑ Index Établissement v1 – projet 1;
- ❑ Mise à niveau des ADT locaux – projet 2;
- ❑ Optimisation des serveurs Lotus Notes – projet 4;
- ❑ RTSS IIG – projet 3;

6.4. Volet 1 - Projets prioritaires liés à la vision d'ensemble

- ❑ Bureau de projets – projet 10;
- ❑ Cadre global de sécurité – projet 8;
- ❑ Infocentre – section entrepôt de données MED-ÉCHO (Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière) – projet 12;
- ❑ Optimisation des RI – projet 9.

6.5. Volet 2 - Projets à réaliser à moyen terme (2007-2009)

- ❑ Gestion du consentement;
- ❑ Picture Archiving and Communication System (PACS) – à long terme;
- ❑ Outil d'évaluation multi-clients (OEMC);
- ❑ Système d'information clientèle en déficience physique (SIC-DP);
- ❑ Dépôt de conservation régional;
- ❑ Agent d'intégration;
- ❑ Service de triage (RLS);
- ❑ Service clientèle en ligne (RLS);
- ❑ Codification en ambulatoire;
- ❑ Dossier usager informatisé;
- ❑ Requêtes et résultats génériques (régional);
- ❑ Prescripteur et avertisseur pharmacologique;
- ❑ Téléconsultation et téléenseignement;
- ❑ Intranet des établissements;
- ❑ Tableau de bord des établissements;
- ❑ Index CSSS v2.

6.6. Les facteurs critiques de succès

Les facteurs critiques de succès devant être pris en compte à l'intérieur des processus de gestion des projets sont :

- ❑ se doter d'une structure adéquate de gestion des projets;
- ❑ se doter de moyens adéquats de concertation locale;

- ❑ partager une vision commune des processus entre les intervenants;
- ❑ développer et mettre en place des mécanismes de gestion du changement et de formation continue;
- ❑ développer et mettre en place des moyens de communication efficaces;
- ❑ mener une action concertée pour se doter d'une vision d'ensemble et la maintenir par la suite.

6.6.1. Facteurs de risque

Les éléments suivants identifient ce qui composent les facteurs de risque propres à être pris en compte à l'intérieur des processus de gestion des projets :

- ❑ la multiplicité des fournisseurs;
- ❑ l'envergure et la complexité de certains projets;
- ❑ l'interaction et la dépendance de certains projets locaux avec les projets régionaux;
- ❑ la sécurité des actifs informationnels et la gestion du consentement;
- ❑ la capacité limitée d'appropriation des technologies;
- ❑ l'accès à de l'expertise pertinente.

6.7. Les approches et le plan de financement

Il est important que le financement soit adéquat en raison de l'ampleur des travaux à effectuer, de la vétusté de bon nombre d'équipements supportant les systèmes actuels et des efforts humains à consacrer pour intégrer et apparier les contenus. Des investissements importants pour harmoniser et consolider tous les systèmes sont à prévoir.

Nous considérons que le niveau de financement des initiatives de projets est un élément déterminant de leur succès. Sans cet appui, le réalisme de ces initiatives demeure relatif.

Le niveau de financement des frais récurrents est aussi un élément déterminant du succès. Sans cet appui, la capacité d'assumer la récurrence de ces initiatives demeure relative.

Voici les tableaux qui reflètent les investissements et les dépenses reliées aux technologies de l'information pour la région de la Chaudière-Appalaches au cours des cinq dernières années :

	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	% Variation
Valeur des équipements	18 672 336 \$	20 395 104 \$	21 249 155 \$	22 761 640 \$	25 124 973 \$	64 %

Le tableau ci-dessous présente le niveau d'investissement requis pour la mise en oeuvre des projets prioritaires. Pour chacun de ces projets, le tableau présente les montants nécessaires fixes (achat, formation et installation) et les montants récurrents.

Projets	Période				Total
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	
Application clinique					
Centrale de rendez-vous (RLS et régional)		50 000 \$			50 000 \$
Dossier patient numérisé		25 000 \$	3 000 000 \$	3 000 000 \$	6 025 000 \$
Normalisation des systèmes cliniques	75 000 \$				75 000 \$
Plan de soins (RLS)		8 200 \$			8 200 \$
Suivi systématique des clientèles (régional)		8 500 \$			8 500 \$
Plan de services (régional)		8 300 \$			8 300 \$
Application nationale					
Régionalisation du SIIATH	70 000 \$				70 000 \$
Infrastructure nationale d'échange					
Index Établissement v1	590 000 \$				590 000 \$
Mise à niveau des ADT locaux (CH)	400 000 \$				400 000 \$
Optimisation des serveurs Lotus Notes	50 000 \$				50 000 \$
RTSS IIG	25 000 \$	600 000 \$			625 000 \$
Vision d'ensemble					
Bureau de projets		25 000 \$	25 000 \$		50 000 \$
Cadre global de sécurité	74 266 \$	2 828 837 \$			2 903 103 \$
Infocentre – section entrepôt de données MED-ÉCHO		25 000 \$	135 000 \$		160 000 \$
Optimisation des RI	50 000 \$	200 000 \$			250 000 \$
Total	1 334 266 \$	3 778 837 \$	3 160 000 \$	3 000 000 \$	11 273 103 \$

Le tableau suivant présente les dépenses liées au centre d'activité 7340 (informatique) dans les établissements :

	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	% Variation
Masse salariale	1 672 147 \$	2 209 215 \$	2 514 495 \$	2 754 299 \$	2 724 303 \$	63 %
Autres charges	3 304 532 \$	3 131 871 \$	2 490 077 \$	2 594 787 \$	2 761 882 \$	-16 %

Le tableau suivant présente le niveau d'investissement régional :

	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
% d'investissement en technologies de l'information	2,19 %	1,82 %	2,02 %	1,72 %	1,78 %

6.8. Échéancier du Plan stratégique régional des ressources informationnelles 2006-2009

Dans le tableau suivant, les cases vertes indiquent les projets en cours de réalisation et les cases rouges indiquent les projets à l'étape d'étude de faisabilité.

Il représente une projection des coûts avec les éléments connus à l'automne 2005. Pour plusieurs projets qui sont en phase d'analyse préliminaire et d'étude de faisabilité, l'actualisation du projet pourra se faire à la suite de la présentation et de l'adoption des recommandations.

Projets	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Application clinique				
Centrale de rendez-vous (RLS et régional)				
Dossier patient numérisé				
Normalisation des systèmes cliniques				
Plan de soins (RLS)				
Suivi systématique des clientèles (régional)				
Plan de services (régional)				
Application nationale				
Régionalisation du SIIATH				
Infrastructure nationale d'échange				
Index Établissement v1				
Mise à niveau des ADT locaux (CH)				
Optimisation des serveurs Lotus Notes				
RTSS IIG				
Vision d'ensemble				
Bureau de projets				
Cadre global de sécurité				
Infocentre – section entrepôt de données MED-ÉCHO				
Optimisation des RI				

Le Bureau de projets, qui a pour mission de normaliser la gestion des projets et de mettre en place divers mécanismes afin d'obtenir un suivi efficace des projets, permettra d'actualiser les coûts annuellement.

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 – Responsables des RI
- Annexe 2 – Les projets retenus
- Annexe 3 – Architecture régionale cible
- Annexe 4 – Grille de sélection de projets

ANNEXE 1 - RESPONSABLES DES RI

Personne	Établissement	Titre	Coordonnées
Pierre Desbiens	ADRLSSSS-CA	Coordonnateur des technologies et systèmes d'information	837-1999, poste 6601 Pierre_Desbiens@ssss.gouv.qc.ca
Stéphane Langlois	ADRLSSSS-CA	Directeur des ress. fin., mat. et inf. par intérim	386-3510 Stéphane_Langlois@ssss.gouv.qc.ca
Michel Boissonneault	CSSS de la région de Thetford	Chef du service informatique	338-7777, poste 4324 Michel.Boissonneault@ssss.gouv.qc.ca
François Laviolette	CSSS de la région de Thetford	Directeur des services techniques	338-7777, poste 7712 francois.laviolette@ssss.gouv.qc.ca
Guy Lemay	CSSS de Beauce	Chef du service informatique	228-2031, poste 7405 Guy.Lemay.csssbeauce@ssss.gouv.qc.ca
Brigitte Poulin	CSSS de Beauce	Directrice des ressources informationnelles	228-2031, poste 7336 brigitte_poulin@ssss.gouv.qc.ca
Luc Tremblay	Hôtel-Dieu de Lévis	Chef du service informatique	835-7110 Luc_Tremblay@ssss.gouv.qc.ca
Robert Amyot	Hôtel-Dieu de Lévis	Directeur général adjoint	835-7165 Robert_Amyot@ssss.gouv.qc.ca
Denis Tremblay	CSSS du Grand Littoral	Directeur du budget et des ressources informationnelles	380-2059 denis.tremblay@ssss.gouv.qc.ca
Michelle Collard	CSSS du Grand Littoral	Directrice générale	380-8991 michelle_collard@ssss.gouv.qc.ca
Marcel Cardinal	Les Centres jeunesse Chaudière-Appalaches	Chef des ressources informationnelles	837-1930 marcel.cardinal@ssss.gouv.qc.ca
Bruno Courchesne	Les Centres jeunesse Chaudière-Appalaches	Directeur des ress. fin., mat. et informationnelles	837-9331, poste 210 Bruno_Courchesne@ssss.gouv.qc.ca
Jean Côté	CSSS de Montmagny-L'Islet	Chef du service informatique	248-0630, poste 4567 Jean.Cote.csssml@ssss.gouv.qc.ca
François Parent	CSSS de Montmagny-L'Islet	Directeur des ress. hum. et informationnelles	248-0630, poste 5557 francois.parent.csssml@ssss.gouv.qc.ca
Jacques Villemure	CSSS des Etchemins	Directeur des ressources humaines, financières et informationnelles	625-3101, poste 2225 jacques.villemure@ssss.gouv.qc.ca
France L.-Théberge	CSSS des Etchemins	Directrice générale	625-3101, poste 2249 francelaplantetheberge@ssss.gouv.qc.ca
Daniel Bélanger	Centre de réadaptation en déficience physique Chaudière-Appalaches	Chef des services administratifs	834-5888, poste 4015 daniel.belanger@ssss.gouv.qc.ca
Louise Lavergne	CRDP Chaudière-Appalaches	Directrice générale	834-3218, poste 4036 louiselavergne@ssss.gouv.qc.ca
Michel Bouchard	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle	Responsable de la gestion des ressources informationnelles	833-3218, poste 402 michel.bouchard@ssss.gouv.qc.ca
Dominique Paquette	CRDI Chaudière-Appalaches	Directrice générale	833-3218, poste 401 dominique.paquette@ssss.gouv.qc.ca

ANNEXE 2 - LES PROJETS RETENUS

Cette annexe présente, à l'aide de fiches descriptives, les projets retenus dans le cadre du PSRRI – 2006-2009 .

	Projets	Étape de réalisation
1	Index Établissement v1	Mise en œuvre (2005-2006)
2	Mise à niveau des ADT locaux (CH)	Mise en œuvre (2005-2006)
3	RTSS IIG	Mise en œuvre (2005-2006)
4	Optimisation des serveurs Lotus Notes	Mise en œuvre (2005-2006)
5	Régionalisation du SIATH	Mise en œuvre (2005-2006)
6	Centrale de rendez-vous (RLS et régional)	Analyse préliminaire (2005-2006)
7	Dossier patient numérisé	Mise en œuvre (2005-2008)
8	Cadre global de sécurité	Mise en œuvre (2005-2007)
9	Optimisation des RI	Mise en œuvre (2005-2008)
10	Bureau de projets	Mise en œuvre (2005-2006)
11	Normalisation des systèmes cliniques	Analyse préliminaire (2005-2006)
12	Infocentre – section entrepôt de données MED-ÉCHO	Analyse préliminaire et mise en œuvre (2005-2006)
13	Plan de soins (RLS) Suivi systématique des clientèles (régional) Plan de services (régional)	Étude de faisabilité

Projet	Projet		Description
	1	Index Établissement v1	

Projet	Enjeu / objectifs	
	Dans le cadre des activités de consolidation des actifs informationnels réalisées à la suite de la création des CSSS, ce projet vise, dans un premier temps, à doter chaque CSSS d'un index usager multivocationnel pour regrouper l'information administrative concernant les usagers et, dans un deuxième temps, à permettre le partage d'information clinique à l'intérieur du CSSS.	

Risques	Risque ou éléments importants	
	Implantation d'un actif provincial qui n'est pas entièrement conforme aux besoins des établissements	
	Plusieurs régions vont déployer le même actif; un plan provincial est donc en cours de réalisation	
	Plusieurs interfaces seront à réajuster pour le bon fonctionnement des applications en place	

Étapes	Phases	
	1	Plan de déploiement – réalisation entre janvier et juin 2006
	2	Installation des équipements et logiciel – en cours de réalisation
	3	Implantation et formation – entre janvier et juin 2006
	4	Chargement des données et épuration
	5	Formation et application – entre janvier et juin 2006
	6	Mesure des impacts – entre janvier et juin 2006
	7	Arrimage avec les index locaux – entre janvier et juin 2006

Coûts		
Coûts fixes	Les coûts des équipements et applications seront absorbés par le provincial	
	Les coûts des interfaces et d'implantation (enveloppe régionale disponible)	500 000 \$
	Chargé de projet	90 000 \$
Coûts récurrents	À déterminer	

Projet	Projet	Description
	2	Mise à niveau des ADT locaux (CH)

Procéder à la mise à jour des ADT dans les établissements.

Projet	Enjeu / objectifs
	Rehausser les applications admission, départ et transfert (ADT) des établissements, à la suite d'un communiqué de fournisseur qui ne supportera plus certaines versions. Pour la région, cela nécessitera la mise à niveau dans la majorité des centres hospitaliers. Une négociation provinciale est en cours afin d'obtenir une proposition de prix acceptable.

Étapes	Phases		
	1	Mesure des impacts et plan de réalisation	Janvier à juin 2006
	2	Remplacement des équipements, s'il y a lieu	Automne 2006
	3	Installation des équipements et logiciel	
	4	Implantation – Formation	
	5	Conversion des données	
	6	Formation – application	
	7	Arrimage avec index établissement	

Risques	Risque ou éléments importants
	Plusieurs interfaces point à point existent dans les établissements

	Description	Coûts	
Coûts fixes	Achat	En lien avec le dossier Index régional et la négociation provinciale en cours, des fonds régionaux pourraient être disponibles.	400 000 \$
	Formation		
	Installation		
	Autres		
Coûts récurrents	Entretien		
	Mise à jour		
	Autres		

Projet	Projet		Description
	3	RTSS IIG	

Projet	Enjeu / objectifs		
	Dans le but d'optimiser les liens de télécommunication existants et de réduire les coûts récurrents, la région procédera à la reconfiguration des liens pour l'ensemble des établissements, et ce, à l'intérieur de l'enveloppe budgétaire actuelle.		

Étapes	Phase		Date début
	1	Proposition de consolidation logique	En cours
	2	Approbation par le GTQ de la proposition	
	3	Réaliser les ajustements	
	4	Optimiser la configuration du RTSS	
	5	Arrimer les travaux avec le guide d'optimisation provincial	
	6		
	7		

Risques	Risque ou éléments importants		
	Assurer la disponibilité des liens critiques		
	Minimiser les interruptions de service		

	Description		Coûts
	Coûts fixes	Achat	
Formation			
Installation		Frais de 5 000 \$ par lien modifié, 120 liens dans la région	600 000 \$
Autres		Coordination	25 000 \$
Coûts récurrents	Entretien	L'enveloppe budgétaire régionale récurrente consacrée présentement au RTSS est de 1 132 000 \$. Elle sera réajustée à la suite de la mise en œuvre du RTSS IIG.	
	Mise à jour		
	Autres		

Projet	Projet		Description
	4	Optimisation des serveurs Lotus Notes	

Projet	Enjeu / objectifs	
	Le Ministère a annoncé que l'infrastructure Lotus Notes sera migrée à la version 6.5.4. En lien avec cette migration, il évalue des scénarios de consolidation afin d'optimiser l'utilisation des serveurs Lotus Notes. Un scénario de consolidation régionale progressive des serveurs Lotus Notes est pressenti. Un plan d'optimisation permettra de valider régionalement ce scénario.	

Étapes	Phase		Date début
	1	Plan de migration provincial	Juillet 2005
	2	Plan de migration régional – local – poste client	Juillet 2005 - décembre 2006
	3	Plan de consolidation	Janvier – mars 2006
	4	Plan de relève	Mars - juin 2006
	5	Optimiser l'utilisation de serveur en tout temps	
	6		
	7		

Risques	Risque ou éléments importants	
	Assurer la disponibilité des liens critiques	
	Minimiser les interruptions de service	

	Description		Coûts
	Coûts fixes	Achat	La migration à la version 6.5.4 est en grande partie financée provincialement.
Formation			
Installation		Pour les éléments de consolidation, les coûts seront financés à même les budgets des établissements.	
Autres		Élaboration et réalisation du plan de consolidation.	50 000 \$
Coûts récurrents	Entretien		
	Mise à jour		
	Autres		

Projet	Projet	Description
5	Régionalisation du SIIATH	Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance.

Projet	Enjeu / objectifs
	Dans le cadre du projet SIIATH, le pilote provincial a annoncé une rationalisation et une optimisation pour cette application. Pour la partie sommaire transfusionnel, l'application sera consolidée régionalement.

Étapes	Phase	Date début	
	1	Déploiement	Décembre 2005 – janvier 2006
	2	Optimiser en tout temps les serveurs	
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		

Risques	Risque ou éléments importants
	Assurer la disponibilité des liens critiques
	Minimiser les interruptions de service

	Description	Coûts
Coûts fixes	Achat	70 000 \$
	Formation	
	Installation	
	Autres	
Coûts récurrents	Entretien	Coût éliminé pour le serveur établissement et à déterminer pour le serveur régional
	Mise à jour	
	Autres	

Projet	Projet	Description
	6 Centrale de rendez-vous (RLS et régional)	Effectuer une étude préliminaire.

Projet	Enjeu / objectifs
	Pour faire suite à la mise en place des RLS, l'Agence a demandé aux RLS de regrouper leurs services de rendez-vous à compter du 1 ^{er} avril 2006. Pour ce faire, une étude préliminaire pour la consolidation des applications de rendez-vous devra être effectuée.

Étapes	Phase	Date début
	1	Estimer l'état de situation actuel des services de rendez-vous
2	Proposer une architecture de consolidation	Janvier 2006
3	Faire approuver l'architecture	Février 2006
4	Effectuer une étude préliminaire et faire une recommandation	Janvier 2006 - avril 2006
5	Approuver les recommandations	Avril 2006

Risques	Risque ou éléments importants
	Assurer la disponibilité des liens critiques
	Minimiser les interruptions de service

Coûts fixes	Description	Coûts
	Support à la rédaction et logistique des rencontres	50 000 \$

Projet	Projet		Description
	7	Dossier patient numérisé	

Projet	Enjeu / objectifs	
	Pour faire suite au projet pilote du CHAU Hôtel-Dieu de Lévis, effectuer une étude de faisabilité afin d'évaluer les impacts de la numérisation des dossiers patient dans les autres centres hospitaliers.	

Étapes	Phase		Date début
	1	Bilan du projet pilote	Janvier 2006
	2	Effectuer une étude de faisabilité	Janvier 2006 – mars 2006
	3	Faire des recommandations	Avril 2006
	4	Adopter une recommandation	Juin 2006

Risques	Risque ou éléments importants	

Coûts fixes	Description	Coûts
	Support à la rédaction et logistique des rencontres	25 000 \$
	Estimation des coûts de réalisation de la numérisation dans les autres établissements	6 000 000 \$

Projet	Projet	Description
	8	Cadre global de sécurité Procéder à la finalisation du cadre global de sécurité.

Projet	Enjeu / objectifs
	À la suite des activités du Cadre global de gestion des actifs informationnels – Volet sécurité, la région est en phase de finalisation des mesures requises.

Étapes	Phase		Date début
	1	Classification des actifs informationnels	Janvier 2006
	2	Évaluation des risques et menaces	Mars 2006
	3	Élaboration, adoption et diffusion des normes et règles de sécurité	Mars 2006
	4	Élaboration et mise en place des procédures informatisées de sécurisation des actifs	Mars 2006
	5	Élaboration d'un plan de relève	Mars 2006
	6	Élaboration d'une politique de sécurité RLS	Janvier 2006
	7	Élaboration, adoption et mise en œuvre du plan directeur de sécurité informatique	Mars 2007
	8	Programme de sensibilisation et de formation	Processus continu

Risques	Risque ou éléments importants
	Maintenir la mobilisation des ressources

		Description	Coûts
Coûts fixes *	Étape 1	Classification des actifs informationnels – 2005-2006	74 266 \$
	Étape 2	Évaluation des risques et menaces	487 045 \$
	Étapes 3 et 4	Élaboration, adoption et diffusion des normes et règles de sécurité Élaboration et mise en place des procédures informatisées de sécurisation des actifs	1 645 823 \$
	Étape 5	Élaboration d'un plan de relève	322 193 \$
	Étape 6 et 7	Élaboration d'une politique de sécurité RLS Élaboration, adoption et mise en œuvre du plan directeur de sécurité informatique	148 160 \$
	Étape 8	Programme de sensibilisation et de formation	225 616 \$
	* Il est à noter que les coûts annoncés proviennent de l'évaluation d'une firme externe. À la suite des travaux du coordonnateur régional en sécurité et de l'engagement des responsables de la sécurité des établissements, il a été possible de réduire ces coûts considérablement. Les coûts récurrents restent à déterminer.		

Projet	Projet		Description
	9	Optimisation des RI	

Projet	Enjeu / objectifs	
	Pour faire suite à la diffusion du cadre de gestion intégré du ministère de la Santé et des Services sociaux, adapter le contenu aux réalités de la région de la Chaudière-Appalaches afin d'assurer la cohérence et l'optimisation des RI.	

Risques	Risque ou éléments importants	
	Mise en place de structures permanentes et reconnues	
	Maintenir la mobilisation des ressources	

Étapes	Phase		Date début
	1	Diffusion du cadre de gestion du MSSS	Réalisé
	2	Évaluer la situation actuelle	Réalisé
	3	Élaborer une étude régionale d'optimisation	Janvier 2006
	4	Proposer et recommander l'organisation des RI	Novembre 2006
	5	Adopter un cadre de gestion régional	Décembre 2006
	6	Mettre en place le cadre de gestion	À partir de janvier 2006
	7	Assurer le suivi (Mesure des impacts)	À partir de juin 2006

	Description	Coûts
Coûts fixes	Support à la rédaction et logistique des rencontres	50 000 \$
	Réalisation des activités d'optimisation	200 000 \$
Coûts récurrents	La valeur ajoutée de l'optimisation des RI est de permettre de maintenir la qualité de service malgré les augmentations constantes de volumes. Cette optimisation s'effectuera par la consolidation et la rationalisation des ressources informationnelles.	

Projet	Projet		Description
	10	Bureau de projets	Avec l'aide d'un groupe de travail régional, le Bureau de projets a pour mission de normaliser la gestion des projets et de mettre en place divers mécanismes afin d'obtenir un suivi efficace des projets.

Projet	Enjeu / objectifs	
	En suivi de l'adoption du Plan stratégique régional des ressources informationnelles 2005-2006 et du PSRRI - 2006-2009, mettre en place des mécanismes de suivi de projet.	

Étapes	Phase		Date début
	1	Répertorier et documenter les projets ciblés	Janvier 2006
	2	Classification des projets	Janvier 2006 – février 2006
	3	Élaboration, adoption et mise en place d'outils de gestion de projet	Janvier 2006 – mars 2006
	4	Élaboration, adoption et diffusion des normes et règles de suivi de projet	Mars 2006 - juin 2006
	5	Diffuser l'avancement des projets (Mesure des impacts)	Automne 2006
	6	Supporter les gestionnaires de projet - Méthodologie	À partir de janvier 2006
	7		

Risques	Risque ou éléments importants	
	Maintenir la mobilisation des ressources	
	Assurer la collaboration des responsables de projets	
	Le financement de la mise en place du bureau de projets s'effectuera à même les enveloppes budgétaires allouées à chacun des projets.	

		Description	Coûts
Coûts fixes	Achat	Équipement et logiciels de gestion de projet	25 000 \$
	Formation	Application - Méthodologie	10 000 \$
	Installation		
	Autres	Support à la rédaction et logistique des rencontres	15 000 \$
Coûts récurrents	Entretien	Équipements et logiciels	3 000 \$
	Mise à jour	Formation	2 000 \$
	Autres		

Projet	Projet		Description
	11	Normalisation des systèmes cliniques	Dans le cadre de la mise en place des RLS, ces derniers doivent se doter d'une structure régionale générique de partage d'information.

Projet	Enjeu / objectifs	
	Le projet consiste à réaliser une analyse préliminaire qui portera sur la capacité actuelle des principaux systèmes clientèles à collaborer à l'échange normalisé d'information. Ce projet s'inscrit dans les projets prioritaires provinciaux et, à cet effet, l'Agence a déposé en septembre 2005 une demande de support financier pour la réalisation de l'analyse préliminaire.	

Étapes	Phase		Date début
	1	Sélectionner les systèmes cliniques à évaluer	À déterminer
	2	Cartographier les systèmes (Structure d'information, mécanisme de messagerie et d'accès à l'information)	
	3	Établir les cibles régionales et provinciales de normalisation de l'information et d'intégration des processus d'accès et de collaboration	
	4	Identifier les écarts	
	5	Documenter et évaluer différentes stratégies de normalisation et d'intégration	
	6	Recommander la stratégie optimale	
	7		

Risques	Risque ou éléments importants	
	Assurer la collaboration des responsables des systèmes cliniques et de leurs utilisateurs	

Coûts fixes	Description		Coûts
	Analyse préliminaire		75 000 \$

Projet	Projet		Description
	12	Infocentre – section entrepôt de données MED-ÉCHO	Mise en place d'un entrepôt régional pour les données provenant de MED-ÉCHO.

Projet	Enjeu / objectifs	
	Pour faire suite à l'utilisation et la mise en place d'un outil unique de codification MED-ÉCHO et d'une banque de données régionalisée, l'infocentre permettra la diffusion de données.	

Étapes	Phase		Date début
	1	Acquérir et mettre en place l'infrastructure pour la base de données	Janvier - mars 2006
	2	Identifier les besoins de gestion	Janvier - mars 2006
	3	Structurer et rendre l'information disponible dans les établissements	Janvier – juin 2006
	4	Partager l'information entre les différents établissements de la région	Automne 2006
	5	Formation	Automne 2006
	6	Diffusion	Automne 2006
	7		

Risques	Risque ou éléments importants	
	Assurer la sécurité des données nominatives	

		Description	Coûts
Coûts fixes	Achat	Équipements et logiciels	75 000 \$
	Formation	Application et entrepôt de données	10 000 \$
	Installation	Équipements et logiciels	25 000 \$
	Autres	Développement	50 000 \$
Coûts récurrents	Entretien	Équipements et logiciels	12 000 \$
	Mise à jour		
	Autres	Développement	5 000 \$

Projet	Projet		Description
	13	Plan de soins (RLS) Suivi systématique des clientèles (régional) Plan de service (régional)	Effectuer une étude de faisabilité. Cette étude permettra de bien identifier les besoins et de définir les orientations régionales.

Projet	Enjeu / objectifs
	Afin d'améliorer la prise en charge et le suivi d'un usager, voir à la mise en place de plan de soins adapté selon les types de soins donnés par un établissement.

Étapes	Phase		Date début
	1	Mettre en place un groupe de responsables des établissements	Janvier 2006
	2	Faire une cueillette et analyse des besoins	Février 2006
	3	Étude de faisabilité	Mars – juin 2006
	4	Élaborer une proposition et une recommandation (Mesure des impacts)	Septembre 2006
	5	Adoption de la proposition	Octobre 2006
	6		
	7		

Risques	Risque ou éléments importants
	Assurer la collaboration des responsables des systèmes cliniques et de leurs utilisateurs

Coûts fixes	Description	Coûts
	Support à la rédaction et logistique des rencontres	25 000 \$

ANNEXE 3 - ARCHITECTURE RÉGIONALE CIBLE

L'architecture régionale cible est présentée en deux volets : une architecture d'affaires qui permettra de positionner les projets ainsi qu'une architecture de systèmes qui permettra de positionner les composantes des systèmes. Le défi était de présenter ces deux architectures dans un formalisme simple et représentatif.

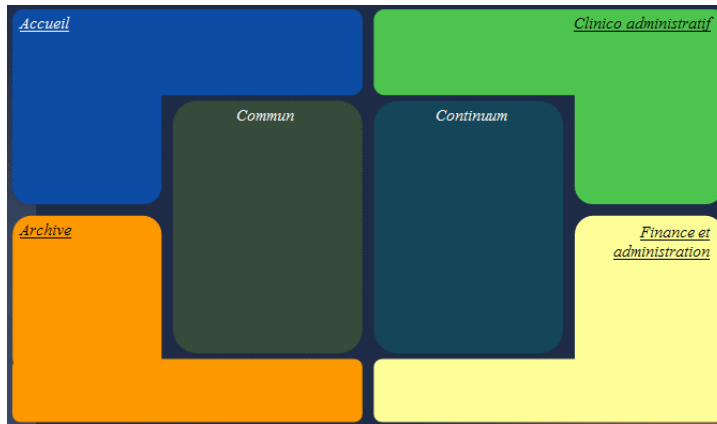
Architecture d'affaires

L'architecture d'affaires cible est présentée à la page 47.

Afin de bien comprendre son formalisme, voici quelques concepts de base.

Que se soit pour présenter les systèmes actuels ou pour présenter les projets jugés prioritaires, un formalisme a été développé.

Le but du formalisme était de réussir à présenter d'une façon simple les projets tout en permettant de les catégoriser.



L'architecture d'affaires permettra donc de positionner les besoins sur 6 axes de services : Accueil, Clinique et clinico-administratif, Archives, Finances et administration, Commun ainsi que les services de continuum.

Voici de plus près chacun de ces services :

Accueil

Cette section présente tous les projets couvrant un processus d'accueil. Exemple : Index et ADT.

Clinique et clinico-administratif

Comme il est très difficile de séparer les deux, nous avons inclus dans cette section tous les projets touchant les aspects cliniques et clinico-administratifs. Exemple : I-CLSC et SICHELD.

Archives

Cette section contient les projets qui sont en lien direct avec les archives. Exemple : Clinibase et Dossier patient.

Finances et administration

Cette section présente les projets touchant les aspects financiers et administratifs. Exemple : Paie/Ressources humaines et liste de rappel.

Commun

Cette section présente les projets qui sont communs à l'ensemble des activités. Les projets dits communs sont, soit des infrastructures, soit des applications. Exemple : RTSS, Notes et Info-Santé.

Continuum

Cette section présente les projets qui apportent un certain continuum entre divers instances ou services. Exemple : DSIE et CLSC du futur.

Architecture de systèmes

Tous les systèmes actuels et les projets retenus dans le cadre du PSRRI – 2006-2009 sont présentés à l'aide d'une architecture de systèmes.

L'architecture de systèmes élaborée dans cette démarche repose sur deux grands principes de base : l'utilisation d'un formalisme simple et l'élaboration de principes directeurs pour la régionalisation des systèmes.

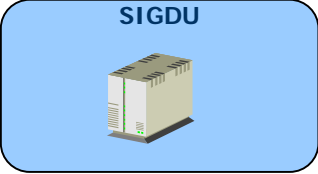
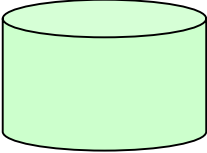
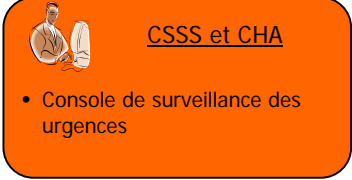
Formalisme

Afin de présenter l'architecture des systèmes, nous avons développé un formalisme simple et compréhensible.

Voici quelques principes de notre approche :

- ❑ Le formalisme doit être très visuel;
- ❑ Le schéma de fond, c'est-à-dire le formalisme qui permet de catégoriser les services selon les paliers, soit provincial, régional ou local, est celui utilisé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Cette architecture présente donc les systèmes actuels et ceux retenus en démontrant la localisation du système, des données et des utilisateurs.

Système	Données	Utilisateurs
		 CSSS et CHA <ul style="list-style-type: none">• Console de surveillance des urgences

Accueil

Priorité 1:

- 1 P Index Établissements V1
- 2 LR Mise à niveau des ADT locaux (CH)
- 6 R Centrale de rendez-vous (RLS et régional)

Priorité 2:

- 20 R Service de triage (RLS)
- 21 P Service clientèle en ligne (RLS)

Priorité 3:

- 29 P Index Établissements v2

Commun - infrastructure

Priorité 1:

- 3 P RTSS IIG
- 4 RL Optimisation des serveurs Lotus Notes
- 8 P Cadre global de sécurité
- 9 RL Optimisation des RI
- 10 R Bureau de projets
- 19 P Agent d'intégration

Commun - application

Archives

Priorité 1:

- 7 L Dossier patient numérisé

Priorité 2:

- 18 P Dépôt de conservation régional
- 22 R Codification en ambulatoire
- 23 R Dossier patient informatisé (dépôt Établissements)

Clinique et clinico-administratif

Priorité 1:

- 5 P Régionalisation du SIIATH
- 11 R Normalisation des systèmes cliniques

Priorité 2:

- 17 P SIC-DP

Continuum

Priorité 1:

- 13 R Plan de soins (RLS)
- R Suivi systématique des clientèles (régional)
- R Plan de services

Priorité 2:

- 14 P Gestion du consentement
- 15 P PACS (long terme)
- 16 P OEMC
- 24 R Requêtes et résultats génériques (régional)
- 25 P Pharmacie (prescripteur et aviseur)
- 26 R Téléconsultation et Téléenseignement

Finances et administration

Priorité 1:

- 12 R Infocentre Entrepôt de données MEDECHO

Priorité 2:

- 27 R Intranet Établissements
- 28 R Indicateur de gestion et tableau de bord (Établissements)

Principes directeurs pour la localisation des systèmes

Lors de la démarche d'architecture, l'identification de la localisation des systèmes est toujours délicate. Devraient-ils aller au régional ou rester au local?

Afin d'encadrer nos réflexions, nous avons développé certains principes directeurs. La figure de la page suivante présente notre outil de positionnement. Voici la démarche utilisée :

- ❑ Dans un premier temps, nous vérifions les cas où il y a décision provinciale ou obligation légale (loi 83) de positionner un système au niveau régional ou provincial.
- ❑ Ensuite, pour chacun des critères suivants : besoins communs, bénéfiques, performance, critique, on positionne le système dans la matrice;
- ❑ On additionne le pointage obtenu et si le pointage est supérieur à 2,01, le système devrait être positionné au régional.
- ❑ Cependant, si on répond « très faible » à l'un ou l'autre des critères, le système doit être automatiquement positionnement au local;
- ❑ Il va de soi que l'outil est conçu pour aider et accompagner la réflexion et, en aucun cas, il est défini comme un verdict final.

Local		????	Régional		
Très faible 0 à 1	Faible 1.01 à 2	Moyen 2.01 à 3	Élevé 3.01 à 4	Très élevé 4.01 à 5	
Le besoin est local	Le besoin est commun à quelques établissements	Le besoin est commun à un groupe d'établissements	Le besoin est commun à une mission	Le besoin est commun à tous les établissements	
On n'y retrouve pas de bénéfices	Peu de bénéfices financiers, et les bénéfices intangibles sont très difficiles à évaluer	Les bénéfices semblent bons mais difficiles à identifier	Les bénéfices financiers ou intangibles sont élevés	Les bénéfices sont très grands et clairement identifiables	
Le système opère difficilement	Le système fonctionne, mais la performance est sous les attentes et peut causer de la non-satisfaction	La performance est à la limite de l'acceptable	Légère baisse de la performance, mais reste très bonne	Le système est tout aussi performant ou plus performant	
Le système est très critique. La sécurité (gestion de la continuité et disponibilité) est supérieure au niveau local	Le système est moyennement critique. La sécurité (gestion de la continuité et disponibilité) n'est pas adaptée au niveau régional	Le système est critique, le local et le régional possèdent tous les deux un bon mécanisme de sécurité (gestion de la continuité et disponibilité)	Le système est moyennement critique. et le régional possède un bon mécanisme de sécurité (gestion de la continuité et disponibilité).	Le système est critique et la sécurité (gestion de la continuité et disponibilité) est supérieure au niveau régional	

Commun?

Avons-nous un besoin commun ou une infrastructure commune?

Bénéfices?

Avons-nous des bénéfices financiers ou d'un autre ordre?

Performance?

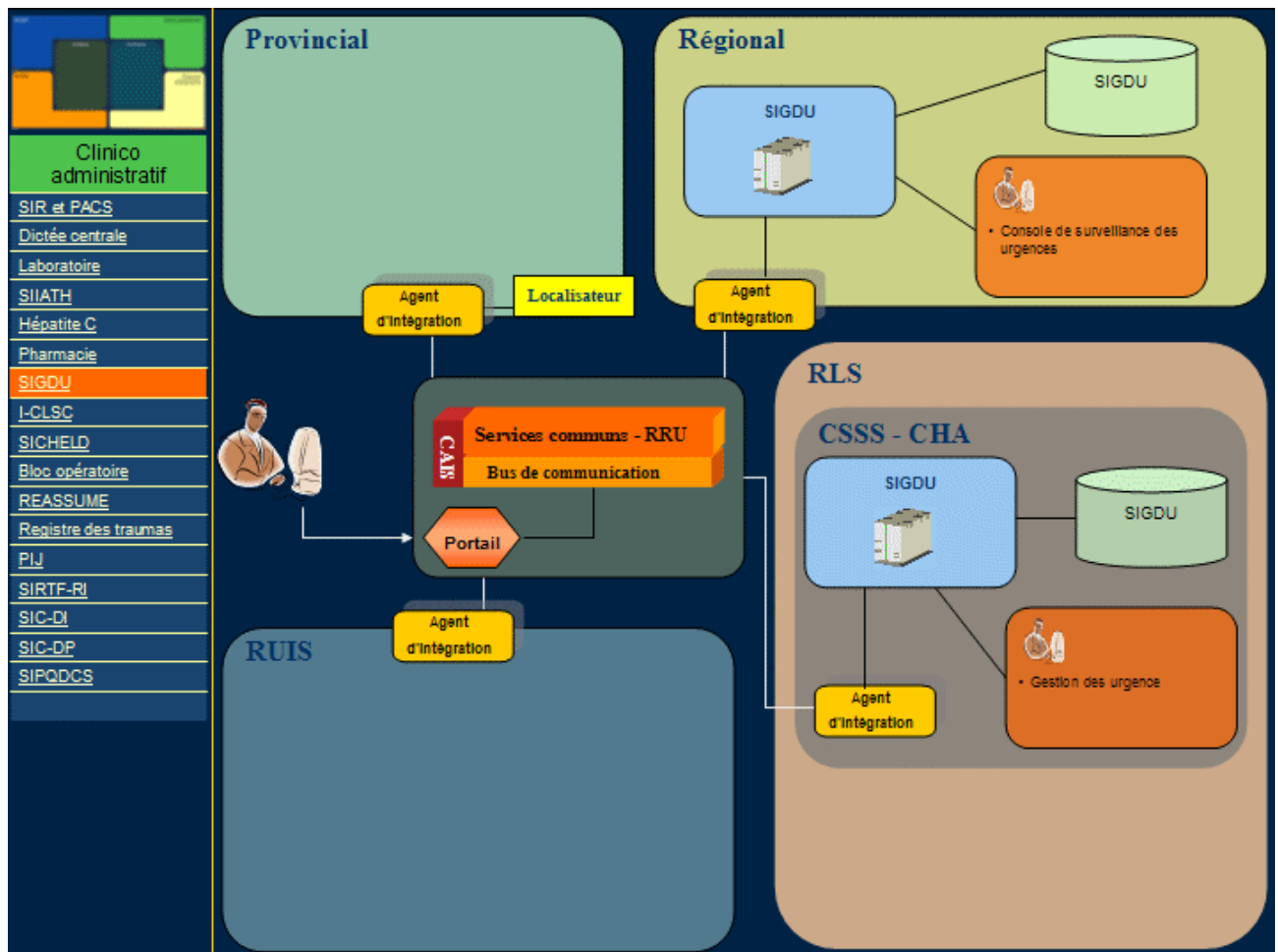
Est-ce que la solution est acceptable du point de vue performance? (rapidité d'accès, etc.)

Critique?

Est-ce que le système est critique? Si oui, avons-nous une bonne gestion de la continuité et de la disponibilité?

Dans le cadre de la démarche d'architecture, plus de 50 systèmes ont été positionnés. Compte tenu du volume de cette architecture, nous avons présenté le détail de l'architecture dans un document intitulé «ADRLSSSS CA - Architecture (C-020c)» et disponible à l'Agence. Ce document présente pour chaque système la localisation du système, la localisation des données et les interfaces des utilisateurs.

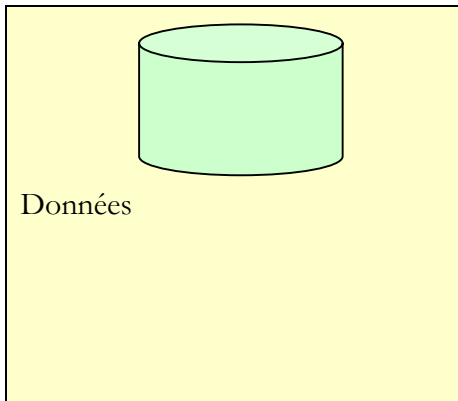
Exemple d'architecture de système



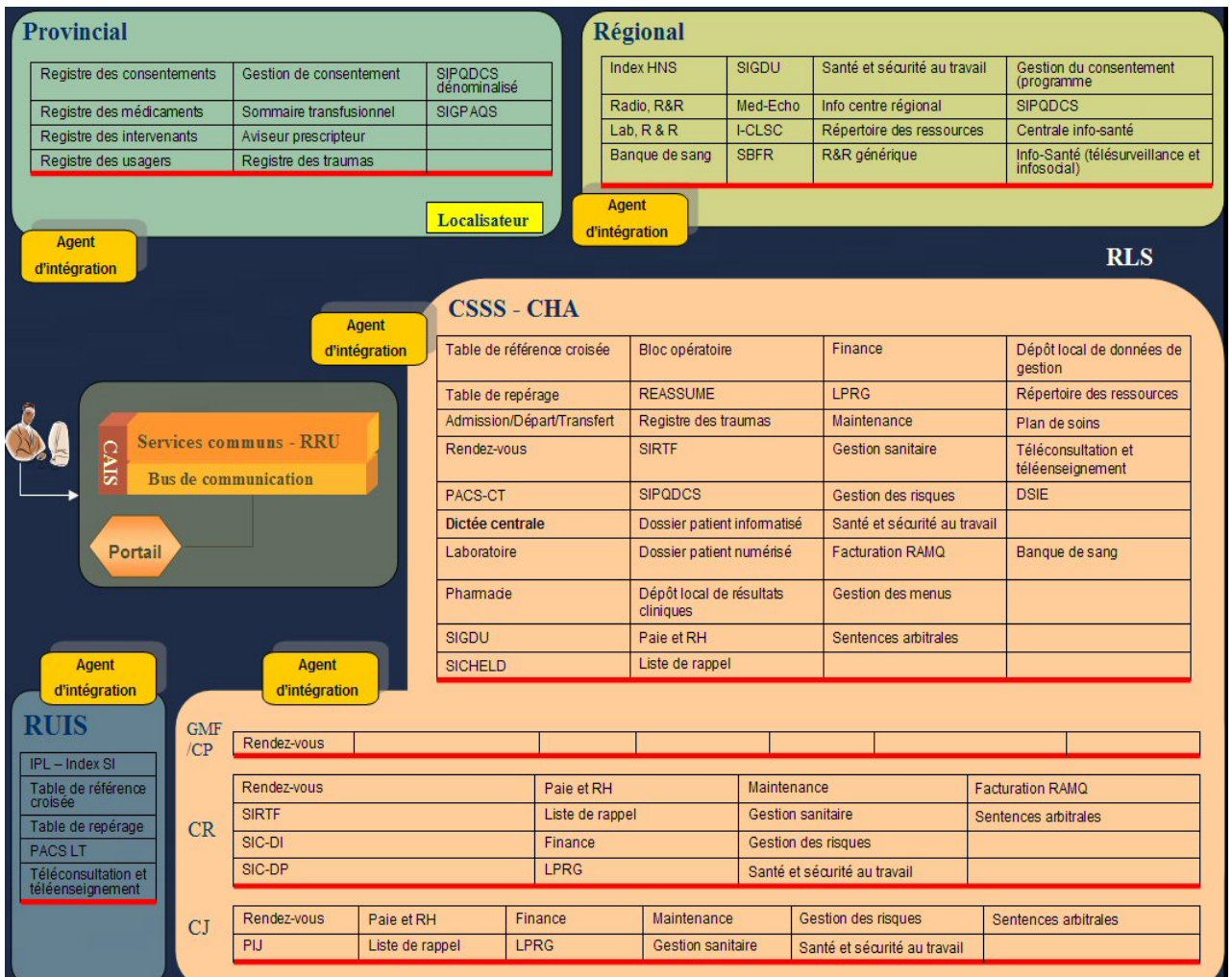
- ❑ On présente le Système d'information et de gestion des départements d'urgence (SIGDU);
- ❑ Le SIGDU est situé dans les CSSS ou au CHAU HDL;
- ❑ Cependant, le Régional possède un module pour la surveillance;
- ❑ Les données sont situées au Local et au Régional;

Les utilisateurs sont Locaux pour le module de gestion et Régional pour la console de surveillance.


Les sommaires du positionnement des systèmes/données et des interfaces sont présentés dans les deux figures suivantes :



Cette figure présente le positionnement des données pour l'ensemble des systèmes. Elle nous permet donc de visualiser facilement où seront entreposées les données. Attention pour visualiser quels systèmes seront accessibles par chacun des paliers. Veuillez vous référer à la figure suivante pour obtenir plus de précisions sur le positionnement des systèmes ou vous référer au document intitulé «ADRLSSSS CA - Architecture (C-020c)».



Utilisateurs

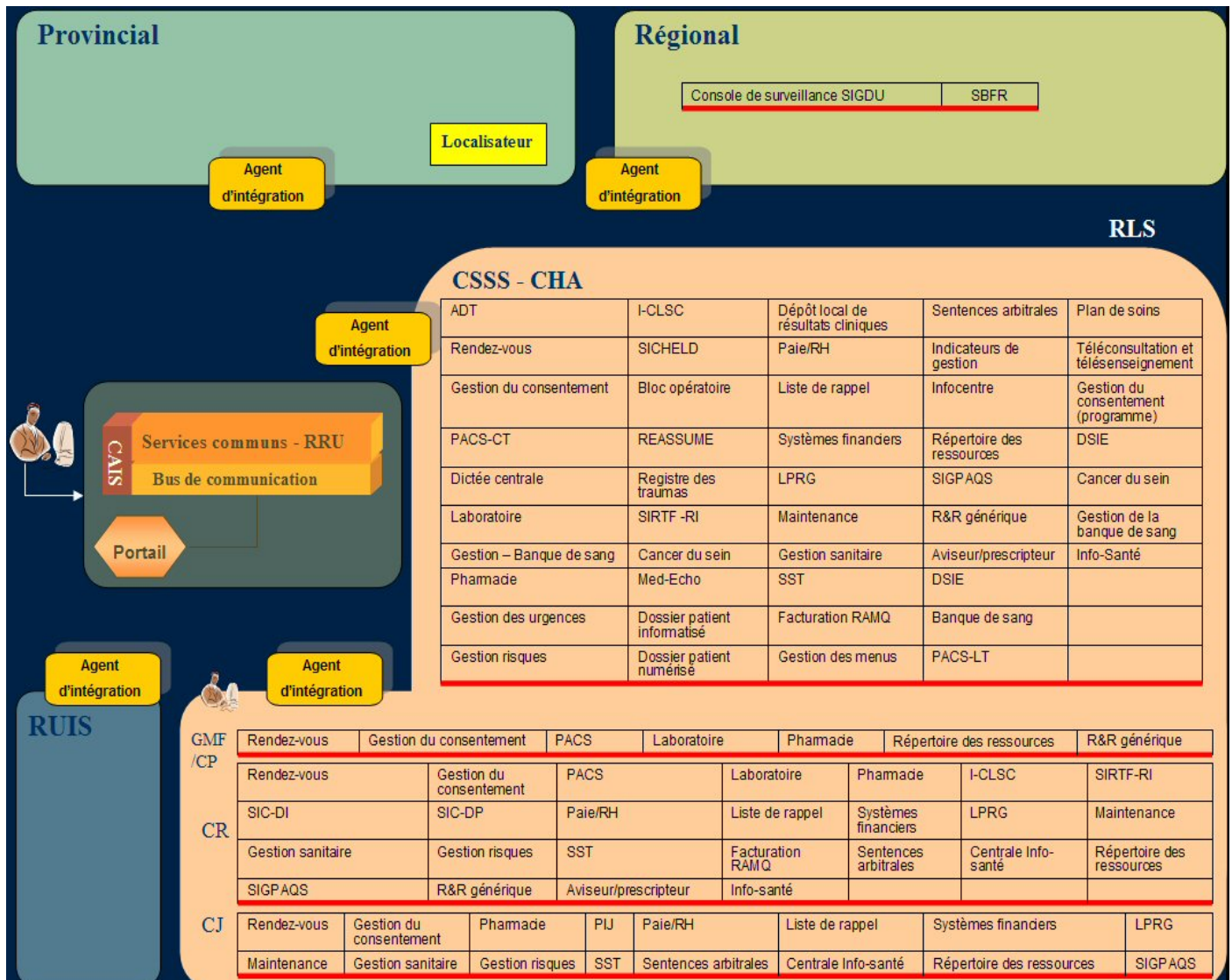


CSSS et CHA

- Console de surveillance des urgences

Cette figure présente les interfaces utilisateur de chacun des paliers. Elle nous permet donc de visualiser facilement, pour chacun des paliers, quels seront les systèmes accessibles. Pour obtenir plus de précision sur le positionnement des systèmes, veuillez vous référer au document intitulé « ADRLSSSS CA - Architecture (C-020c) ».

Sommaire des interfaces utilisateur



ANNEXE 4 – GRILLE DE SÉLECTION DE PROJETS

Les besoins régionaux en matière de technologies de l'information qui doivent être comblés au cours des prochaines années ont été recensés par le biais d'une collecte d'information réalisée auprès des instances nationales, régionales et locales. Ces besoins doivent maintenant être regroupés en projets et les projets doivent à leur tour être placés par ordre de priorité suivant différents critères. Toutefois, compte tenu de l'emphase mise sur les projets jugés « incontournables » s'inscrivant à l'intérieur du contrat de performance, nous ne soumettrons pas ces derniers au processus de classement proprement dit.

Finalement, les projets visant le remplacement d'équipements et les projets entièrement financés par le ministère de la Santé et des Services sociaux ne seront pas considérés à l'intérieur du PSRRI – 2006-2009.

A) Critères d'admissibilité

Pour être admissible, les projets devant être jugés prioritaires régionalement doivent nécessairement s'inscrire à l'intérieur d'une à plusieurs des quatre axes d'intervention qui ont été proposés par le Ministère, mais également sur le contrat de performance du Ministère.

Par conséquent, chaque projet doit d'abord être évalué sur la base de son admissibilité selon les critères suivants :

En regard des orientations du PSRRI – 2006-2009, le projet doit s'inscrire à l'intérieur des critères suivants :	Cochez
1. Le renforcement des services de première ligne à proximité des lieux	
2. L'accent sur la qualité, la continuité et la coordination des interventions	
3. La hiérarchisation des services (de base, spécialisés, surspécialisés)	
4. L'imputabilité au travers de la gestion par résultat	
5. Le cahier des charges et son contrat de performance	

B) Niveau d'éligibilité (55%)

Afin de mesurer leur niveau d'éligibilité et de priorité à accorder dans le cadre du PSRRI – 2006-2009, les projets doivent être analysés sous l'angle de leur contribution aux priorités ministérielles en support aux axes d'intervention, selon les paramètres suivants :

En regard des orientations du PSRRI – 2006-2009, le projet doit :	Cote
	5-4-3-2-1-0
1. Permettre l'arrimage des systèmes dans une vision d'ensemble <ul style="list-style-type: none">➤ Infrastructure partagée➤ Mise en commun➤ Harmonisation des processus➤ Normalisation et standardisation➤ Intégration des services, des technologies et des fonctions	

En regard des orientations du PSRRI – 2006-2009, le projet doit :	Cote
	5-4-3-2-1-0
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Impact en lien avec la gestion du changement ➤ Autres : _____. 	
2. Favoriser l'utilisation de l'infrastructure nationale d'accès et d'échange d'information pour permettre l'interaction entre les intervenants <ul style="list-style-type: none"> ➤ Intégration des services interétablissements et/ou intra-établissement ➤ Intégration des services avec le secteur privé ➤ Intégration des services avec tous autres partenaires ➤ Autres : _____. 	
3. Favoriser le déploiement progressif de la télésanté <ul style="list-style-type: none"> ➤ Santé par les télécommunications ➤ Échanges entre intervenants et établissements ➤ Autres : _____. 	
4. Avoir une portée régionale en support à la planification stratégique régionale <p style="text-align: right;">Total : B</p>	
TOTAL PONDÉRÉ: (x / 20) x 55	

C) Mesures de faisabilité (45%)

Afin de permettre un positionnement adéquat des projets dans le temps, il faudra mettre en relation notre capacité de livraison avec les mesures de faisabilité suivantes :

C1. Évaluation du niveau de risque du projet (15 points max.)	Cote
	5-4-3-2-1-0
1. Envergure restreinte <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre de départements et d'établissements touchés ➤ Nombre de personnes touchées ➤ Nombre de poste de travail à installer ➤ Nombre des interfaces ➤ Nombre de fournisseurs impliqués ➤ Aspect ergonomique ➤ Autres : _____. 	
2. Complexité restreinte <ul style="list-style-type: none"> ➤ Limitation des risques ➤ Technologique ➤ Applicative ➤ Implantation ➤ Formation ➤ Gestion du changement ➤ Complexité des interfaces ➤ Multiplicité des fournisseurs impliqués ➤ Autres : _____. 	
3. Délai de livraison court <ul style="list-style-type: none"> ➤ < 6 mois (5) ➤ 6 à 12 mois (4) 	

C1. Évaluation du niveau de risque du projet (15 points max.)	Cote
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 12 à 18 mois (3) ➤ 18 à 24 mois (2) ➤ > 24 mois (0) 	5-4-3-2-1-0
<p>4. Adhésion élevée de l'ensemble des clientèles</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre restreint de partenaires dans le projet ➤ Minimum d'efforts requis pour la concertation de chaque groupe de partenaire ➤ Autres : _____. 	
<p>5. Technologies éprouvées et accessibilité aux compétences</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombre d'établissements qui utilisent la technologie ➤ Maturité du produit ➤ Stabilité, possibilité d'intervenir sans coupure de service ➤ Disponibilité des ressources connaissant la technologie ➤ Formation continue disponible ➤ Documentation technique adéquate disponible ➤ Autres : _____. 	
<p>6. Pérennité de la solution, respect de normes et standards</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Stabilité des fournisseurs ➤ Budget d'évolution attribué à la solution ➤ Comité des utilisateurs ➤ Harmonisation avec les cadres normatifs ➤ Architecture ouverte ➤ Cycle de vie utile ➤ Autres : _____. 	
Total : C1	
TOTAL PONDÉRÉ: (x / 30) x 15	

C2. Évaluation coûts / bénéfiques (15 points max.)	Cote
<p>1. Coûts restreints :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Acquisition ➤ Développement ➤ Implantation ➤ Support ➤ Conversion de données ➤ Interface disponible ➤ Nombre de jours/personne restreint de formation requis ➤ Utilisation de l'infrastructure existante (Serveur, PC, ...) ➤ Niveau de support nécessaire (Tolérance aux pannes) Logiciel Matériel ➤ Autres : _____. 	5-4-3-2-1-0
<p>2. Bénéfices tangibles et récupérables</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Réduction de personnel ➤ Réduction de matériel et fourniture ➤ Réduction de coût de non-réalisation (dépenses évitées) 	

C2. Évaluation coûts / bénéfiques (15 points max.)	Cote
	5-4-3-2-1-0
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Économie d'échelle ➤ Économie globale de gestion (lien inter-projets) ➤ Augmentation du niveau d'efficacité et d'efficacités ➤ Autres : _____. 	
3. Bénéfices intangibles élevés <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diminution des délais d'intervention ➤ Prise en charge plus rapide du client ➤ Continuum de soins ➤ Diminution des requêtes, consultation en double ➤ Récupération d'espace ➤ Autres : _____. 	
Total : C2	
TOTAL PONDÉRÉ: (x / 15) x 15	

C3. Financement par le promoteur (15 points max.)	Cote
	5-4-3-2-1-0
1. Niveau de financement du projet (Non récurrent) <ul style="list-style-type: none"> ➤ > 50 % (5 pts) ➤ 40 % - 49 % (4 pts) ➤ 30 % - 39 % (3 pts) ➤ 20 % - 29 % (2 pts) ➤ 10 % - 19 % (1 pt) ➤ <9 % (0 pt) 	
2. Financement des coûts récurrents par le promoteur <ul style="list-style-type: none"> ➤ Oui (5 pts) ➤ Non (0 pt) 	
Total : C3	
TOTAL PONDÉRÉ: (x / 10) x 15	

Total pondéré (C1+C2+C3) :	/ 45
-----------------------------------	-------------

Grand total pondéré (B+C) :	/ 100
------------------------------------	--------------

En fonction de cette analyse, les projets seront inscrits sur la liste de priorités selon le pointage suivant :

Priorité 1 : Résultat se situant entre 80 et 100 %

Priorité 2 : Résultat se situant entre 60 et 80 %

Priorité 3 : Résultat inférieur à 60 %