

**PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL DES
RESSOURCES INFORMATIONNELLES
DE LA MONTÉRÉGIE**

**AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX
DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
DE LA MONTÉRÉGIE**

NOVEMBRE 2005

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

Québec
Montréal



Auteure

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie

Secrétariat et mise en pages

Madeleine Pierre
France St-Laurent

Conception et réalisation de la page couverture

René Larivière

Responsable de l'édition

Jean-François Lapierre

Cette publication est disponible sur le site Internet de l'Agence à l'adresse : www.rrsss16.gouv.qc.ca

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

► Sommaire

Le présent document expose la stratégie retenue par le réseau montréalais en matière de ressources informationnelles. Il vise à faciliter l'atteinte des objectifs de la réforme du ministère de la Santé et des Services sociaux qui consistent à rapprocher les services de la population, assurer à la population une large gamme de services et assurer l'intégration et la continuité des services.

Les objectifs spécifiques retenus par l'agence de la Montréalie consistent à améliorer l'impact du projet clinique par une utilisation judicieuse des ressources informationnelles (RI). Ainsi, les RI contribuent à accroître l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. La mise en place d'une gouvernance dédiée, relevant du comité de coordination stratégique de la Montréalie, aidera à amener le niveau d'investissements en ressources informationnelles de la région au-dessus de la moyenne provinciale et à progresser vers l'atteinte des résultats mesurables dans ce dossier.

Pour atteindre ces objectifs, l'action proposée se subdivise en deux phases : la phase I établit une stratégie à court terme. Sur les quatre projets proposés, seulement celui de l'implantation des index des CSSS a été accepté. Ceci a, en dépit de nos efforts et malgré notre volonté, accru l'écart observé en matière d'investissements en ressources informationnelles dans notre région par rapport aux autres régions de la province.

La phase II assoit trois stratégies globales qui favorisent l'approche populationnelle, la gestion des activités par programme ainsi que l'organisation en mode réseau. Pour ce faire, le plan stratégique veut d'abord permettre à chacun des CSSS de bien fonctionner en tant qu'établissement nouvellement intégré. À cet égard, nous avons déjà réalisé d'importants investissements au niveau des systèmes d'information administratifs. Le plan veut également encourager l'émergence des RLS, bien ancrés à leur CSSS, en soutenant les échanges et les collaborations nécessaires entre les partenaires. Enfin, il a pour but la mise en place de systèmes d'aide à la décision visant l'amélioration continue de la performance du système de santé et de services sociaux montréalais.

Afin d'optimiser nos investissements, le plan propose la mise en commun d'infrastructures technologiques sur une base régionale. Les différents domaines d'affaires ont été étudiés, soit l'administratif, le clinico-administratif, le clinique et la télésanté. Les critères qui ont permis d'apprécier les différents projets s'articulent autour de la pertinence du projet au regard des objectifs du cadre de référence du projet clinique et de la faisabilité organisationnelle. Les projets retenus ont été identifiés et priorisés par les représentants des différents établissements. Les projets retenus sont présentés au chapitre 13. C'est en s'appuyant sur des facteurs critiques de succès, dont principalement l'appui des hautes directions, l'obtention d'un financement adéquat, un partage clair des rôles et responsabilités, ainsi que la maximisation des bénéfices tangibles, que nous aurons à relever le défi de mettre en place les différents projets au cours des trois années à venir.

Les efforts de la région se feront en concordance avec le plan d'informatisation du Ministère et s'efforceront de tirer profit, à chaque fois que ce sera possible, de ce qui aura été fait ailleurs. Le présent document représente la première étape d'un processus qu'il nous faudra poursuivre en collaboration étroite avec tous les acteurs du réseau montréalais. Ainsi, sur une base continue, nous apporterons les ajustements requis aux travaux en cours de manière à atteindre les objectifs visés.

Glossaire des abréviations utilisées dans ce document

ADRLSSS	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
AD	Active Directory - Service de répertoire de Microsoft
ADT	Admission - Départ - Transfert
CAP	Comptes à payer
CAR	Comptes à recevoir
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CGGAI	Cadre de gestion global des actifs informationnels
CLSC	Centre local de services communautaires
CR	Centre de réadaptation
CRAT	Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres personnes toxicomanes
CRDI	Centre de réadaptation pour déficience intellectuelle
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DAFIT	Direction associée des finances, des immobilisations et des technologies
DAHM	Direction des affaires hospitalières et médicales
DAMU	Direction des affaires médicales et universitaires (anciennement DAHM)
DCI	Dossier clinique intégré
DGIC	Direction de la gestion de l'information et des connaissances
DNS	Domain Name Server
DPE	Dossier patient électronique
DSE	Dossier santé électronique
DSEiQ	Dossier santé électronique interopérable du Québec
DSIE	Demande de service inter-établissements
GL	Grand Livre
GMF	Groupe de médecine familiale
GRH	Gestion des ressources humaines
IRISSS	Inventaire des ressources informationnelles de la santé et des services sociaux
ISC	Inforoute Santé Canada
LIS	Laboratory Information System
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PACS	Picture Archiving and Communication System
PDI	Plan directeur informatique
RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec
RI	Ressources informationnelles
RIS	Radiology Information System
RLS	Réseaux locaux de services
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RTSS	Réseau de télécommunication sociosanitaire
RTSS 2G	Réseau de télécommunication sociosanitaire, deuxième génération
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SICHELD	Système intégré d'information infirmière pour la clientèle en hébergement longue durée
SIGDU	Systèmes d'information et de gestion des départements d'urgence
SIGP	Système d'information sur la gestion des plaintes
SIGPACQ	Système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services
SINAPSSSS	Système d'information pour l'aide à la planification sociosanitaire
SIR	Système des informations de radiologie
TCN	Technocentre national
TCR	Technocentre régional
TI	Technologies de l'information

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	VIII
LISTE DES TABLEAUX.....	VIII
PHASE I.....	3
1. INTRODUCTION	3
2. SOMMAIRE DE LA DÉMARCHÉ	5
2.1 DÉMARCHES PROVINCIALES	5
2.2 DÉMARCHES RÉGIONALES	6
2.3 AUTRES DÉMARCHES CONCURRENTES	7
2.4 PROCESSUS DE VALIDATION DU PSRRI.....	8
2.5 PRINCIPAUX OBJECTIFS DU PSRRI DE LA MONTÉRÉGIE	9
2.6 ORGANIGRAMME DU PROJET	11
3. RAPPEL DES ORIENTATIONS DU RÉSEAU ET ARCHITECTURE RÉGIONALE CIBLE.....	13
3.1 ORIENTATIONS DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES	13
4. CONTEXTE RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX.....	19
4.1 LA POPULATION DE LA MONTÉRÉGIE.....	19
4.2 L'IMPLANTATION DES RLS EN MONTÉRÉGIE	20
5. ÉTAT DES ACTIFS INFORMATIONNELS DE LA RÉGION	25
5.1 INVENTAIRE DES APPLICATIONS.....	25
5.2 INVENTAIRE DES INFRASTRUCTURES	28
5.3 ORGANISATION DES RESSOURCES EN RI	29
6. CONSTAT PRÉLIMINAIRE ET BESOINS PRIORITAIRES	31
6.1 CONSTATS PRÉLIMINAIRES GÉNÉRAUX	31
6.1.1 Diagnostic général : Points forts CSSS et établissements régionaux, Agence et TCR.....	31
6.1.2 Diagnostic général : Points faibles CSSS et établissements régionaux, Agence et TCR.....	32
6.2 BESOINS PRIORITAIRES	32
7. PLAN D'ACTION À COURT TERME (PHASE 1).....	35
7.1 LA DÉFINITION DES MÉCANISMES DE LA DÉMARCHÉ	35
7.2 LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	35
7.2.1 Les orientations fonctionnelles	35
7.2.2 Les orientations organisationnelles	36
7.2.3 Les orientations technologiques	36

7.3	LES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	36
7.4	PROJETS RÉGIONAUX POUR LA MISE EN PLACE DES RLS ET PROJETS PRIORITAIRES À POURSUIVRE.....	38
7.5	ÉCHÉANCIER DES PROJETS DE LA PHASE I	39
PHASE II		43
8.	VISION STRATÉGIQUE RÉGIONALE	43
8.1	LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE	44
8.2	L'ORGANISATION EN MODE RÉSEAU	44
8.3	L'APPROCHE DE GESTION PAR PROGRAMME.....	45
9.	LES AXES DE DÉVELOPPEMENT.....	49
9.1	PREMIER AXE.....	49
9.2	SECOND AXE	49
9.3	TROISIÈME AXE.....	49
10.	BILAN ET CONSTATS	51
10.1	ANALYSE DES APPLICATIONS	51
10.1.1	Applications administratives.....	51
10.1.2	Applications clinico-administratives	53
10.1.3	Applications cliniques.....	55
10.2	LES INFRASTRUCTURES	57
10.2.1	Matériel	57
10.2.2	Réseautique interne et communications	58
10.2.3	Utilisation du RTSS	59
10.2.4	Télésanté.....	59
10.3	LES UTILISATEURS DES RI OU DES SERVICES RI	60
10.4	LA SÉCURITÉ.....	61
10.5	L'ORGANISATION DES RESSOURCES EN RI	62
10.6	PROJETS EN COURS ET À VENIR	63
11.	DÉMARCHE DE CONSULTATION	65
11.1	PRÉREQUIS.....	65
11.2	HYPOTHÈSES DE TRAVAIL	65
11.3	FACTEURS CRITIQUES DE SUCCÈS	66
11.4	CRITÈRES DE SÉLECTION	66
11.4.1	Pertinence au regard des objectifs du cadre de référence du projet clinique	66
11.4.2	Faisabilité organisationnelle.....	66
11.5	PROJETS ÉTUDIÉS	67
11.6	MÉTHODE DE CLASSIFICATION	68
11.7	EFFORT COLLECTIF POUR ÉTABLIR LES PRIORITÉS	68
12.	ARCHITECTURES CIBLES DE LA MONTÉRÉGIE	71
12.1	ARCHITECTURE ORGANISATIONNELLE	71
12.2	ARCHITECTURE TECHNOLOGIQUE.....	72
12.3	ARCHITECTURE D'INTÉGRATION	73

13.	PLANIFICATION RÉGIONALE	75
13.1	DESCRIPTION DES PROJETS RETENUS.....	75
13.2	ORDONNANCEMENT DES PROJETS	80
13.3	GOUVERNANCE DES PROJETS SÉLECTIONNÉS	81
13.3.1	Comité de coordination stratégique de la Montérégie - CCSM	81
13.3.2	Comité régional des RI	82
13.3.3	Comité directeur de projet.....	82
13.3.4	Comité régional des utilisateurs	83
13.3.5	Chargé de projet régional.....	83
13.3.6	Comité ad hoc	84
13.3.7	Chargé de projet local.....	84
13.4	L'ARRIMAGE AVEC LE PLAN PROVINCIAL	85
13.4	ESTIMATION FINANCIÈRE.....	85
	BIBLIOGRAPHIE.....	89
	ANNEXE 1 ARCHITECTURE D'ENSEMBLE DU MSSS	93
	ANNEXE 2 FICHES DES PROJETS RETENUS	97
	ANNEXE 3 FICHES DES PROJETS NON RETENUS	123
	ANNEXE 4 RÉSULTATS DE LA CONSULTATION RÉGIONALE	129

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Organigramme du projet.....	11
Figure 2 : Architecture cible du MSSS	16
Figure 3 : Structure d'un RLS	20
Figure 4 : Les différentes approches	44
Figure 5 : Vue macroscopique du processus de gestion de la connaissance.....	47
Figure 6 : Résultat de la consultation régionale (voir Tableau 28)	69
Figure 7 : Architecture organisationnelle	71
Figure 8 : Architecture technologique	72
Figure 9 : Les différentes normes	72
Figure 10 : Architecture fonctionnelle	73
Figure 11 : Architecture multiniveau	74
Figure 12 : Organigramme de gouvernance des projets régionaux	81

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les six axes d'intervention priorités par Inforoute Santé Canada	8
Tableau 2 : Particularité de la région montréalaise par rapport à l'ensemble du Québec	19
Tableau 3 : Distribution des sites sur le territoire montréalais.....	20
Tableau 4 : Les RLS de la Montérégie	21
Tableau 5 : Les CSSS de la Montérégie.....	21
Tableau 6 : Les établissements régionaux en Montérégie	22
Tableau 7 : Statistiques d'employés et de médecins des CSSS de la Montérégie	23
Tableau 8 : Statistiques d'incidence du budget sur l'offre locale de lits.....	23
Tableau 9 : Statistiques générales des actifs informationnels.....	25
Tableau 10 : Applications administratives par fournisseur	26
Tableau 11 : Applications clinico-administratives par fournisseur	27
Tableau 12 : Applications cliniques par fournisseur	28
Tableau 13 : Inventaire des actifs matériels des ressources informationnelles par CSSS	29
Tableau 14 : Aperçu de la couverture des ressources humaines en RI par établissement	30
Tableau 15 : Le bilan : situation d'ensemble : informatisation du réseau sociosanitaire	31
Tableau 16 : Principaux objectifs opérationnels	37
Tableau 17 : Projets régionaux pour la mise en place des RLS.....	38
Tableau 18 : Échéancier des projets régionaux pour la mise en place des RLS	39
Tableau 19 : Distribution des principaux systèmes clinico-administratifs en Montérégie.....	53
Tableau 20 : Distribution des systèmes cliniques.....	55
Tableau 21 : Systèmes d'exploitation des serveurs en Montérégie	58
Tableau 22 : Équipements de réseautique interne par CSSS.....	58
Tableau 23 : Vitesse de connexion avec le RTSS par CSSS.....	59
Tableau 24 : Utilisateurs des RI par CSSS.....	60
Tableau 25 : Éléments de sécurité	61
Tableau 26 : Résultats d'un échantillonnage de courriels	62
Tableau 27 : Projets déclarés des CSSS en cours ou à venir.....	63
Tableau 28 : Liste des projets étudiés lors de la consultation régionale	67
Tableau 29 : Ordonnancement des projets priorités	80
Tableau 30 : Montage financier des projets priorités	87

PHASE I

PHASE I

La phase I a pour but d'établir le contexte spécifique de la région, de dresser un état des actifs informationnels et de définir les priorités à court terme, de façon à identifier les projets à poursuivre dans le cadre de la mise en place des réseaux locaux de services (RLS).

1. Introduction

Au cours de l'année 2004, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec a procédé à une réforme du réseau de la santé dont l'étape majeure a été la création des réseaux locaux de services (RLS) ainsi que des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS). Au cours de la même année, le MSSS a précisé le rôle important qu'occupent les ressources informationnelles à l'intérieur de sa vision en rendant public son plan d'informatisation du réseau. Au cœur de ce plan se retrouve la volonté du Ministre de rendre disponible l'information sur la santé des personnes à tous les intervenants du milieu pour améliorer l'offre et l'organisation des soins, tant sur le plan clinique qu'administratif.

Par cette planification, le MSSS désire améliorer l'offre de services et la rendre cohérente entre les régions. Les tactiques employées incluent la planification et l'uniformisation des technologies de l'information dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) ainsi que des ententes multilatérales sur les éléments communs et porteurs. Ainsi, le MSSS assure les grandes orientations de l'informatisation et du développement des technologies de l'information. À cet égard, il a confié aux Agences le rôle de support au développement des RLS par la participation aux projets provinciaux ainsi que via l'innovation locale et régionale.

Fort de ce contexte, ce document présente la planification stratégique des ressources informationnelles (RI) de la Montérégie. Celle-ci est élaborée en deux phases. La **phase I**, appuyée sur la situation des actifs informationnels régionaux, établit la stratégie régionale pour favoriser la mise en place des RLS. Une première série de projets prioritaires, à réaliser à court terme, est identifiée dans les sections 2 à 7, soit :

- La section 2 présente le sommaire de la démarche de réalisation du PSRRI;
- La section 3 reprend les grandes orientations du réseau en matière de ressources informationnelles ainsi que de l'architecture cible générique régionale;
- La section 4 brosse un portrait du contexte montérégien en matière de services de santé et de services sociaux;
- La section 5 présente la perspective des RI de la Montérégie concernant les applications, les infrastructures, la sécurité et l'organisation des ressources humaines;
- La section 6 exprime des constats généraux sur le portrait régional et identifie les besoins prioritaires pour la mise en place des RLS;
- Enfin, la section 7 présente le plan d'action régional de la phase I supportant la mise en place des RLS. Elle précise les principes directeurs stratégiques (orientations et cibles) qui permettront l'atteinte des objectifs régionaux en matière de ressources informationnelles.

La **phase II** du PSRRI met l'emphase sur les architectures cibles et projets à plus long terme (2 à 3 ans), en conformité avec l'architecture d'entreprise gouvernementale du réseau sociosanitaire. Une vision intégrant mieux tous les établissements de la région émergera dans ce rapport final en précisant la planification des projets à court et moyen terme, tout en définissant les projets à long terme. Cette phase complète le présent document avec quatre sections :

- La section 8 présente un bilan plus complet des actifs informationnels et analyse les forces et faiblesses des ressources informationnelles en regard de leurs capacités actuelles à rencontrer les priorités d'affaires.
- On présente, à la section 9, l'architecture cible régionale (et les sous-architectures) qui permettront de réaliser les projets de la phase I (court terme) et ceux de la phase II (long terme). Cette architecture cible est élaborée en tenant compte de l'architecture régionale type fournie par le Ministère.
- La section 10 nous présente les priorités régionales relatives aux investissements en ressources informationnelles pour réaliser l'informatisation du réseau et identifier les projets qui en découlent.
- Enfin, la section 11 fournit le plan stratégique triennal, l'ordonnancement des projets et les coûts qui y sont associés.

La Montérégie étant la deuxième région en importance au Québec au niveau de la population, l'Agence se doit de relever ce défi avec brio. Afin de faciliter l'atteinte des objectifs, il faudra tenir compte de quatre principes fondamentaux de la gestion des changements, soit :

- **Les organisations sont humaines** : la gestion du changement doit tenir compte de la culture organisationnelle de même que de la capacité d'adaptation de chaque individu;
- **L'action doit être ciblée et cohérente** : l'étalement d'un projet doit être axé autour de petits succès, bien étalés dans le temps, de façon à susciter et à maintenir l'enthousiasme des participants;
- **Un leadership rassembleur** : le porteur de la vision d'un projet doit être visible, accessible et motivateur. Il est supporté par une forte cohésion de la part de la haute direction des différentes organisations impliquées;
- **Une gouvernance structurée** : tous les acteurs doivent savoir ce qu'on attend d'eux et à qui ils sont redevables. De même, les responsables du projet doivent gérer les différents risques du projet.

2. SOMMAIRE DE LA DÉMARCHE

Au niveau des ressources informationnelles du RSSS, le rythme s'est accéléré au cours des dernières années. Les développements technologiques, plusieurs projets porteurs ainsi que la planification d'implantation des RLS y ont contribué. Le PSRRI de la Montérégie permet de s'assurer de l'alignement stratégique des RI. Il est l'aboutissement des démarches provinciales et régionales.

2.1 Démarches provinciales

Le gouvernement du Québec

- En 2001-2002, le Gouvernement du Québec reçoit des recommandations du Vérificateur général du Québec portant spécifiquement sur l'absence de gouvernance structurée dans les projets relatifs aux ressources informationnelles dans le ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Il expose son plan d'action gouvernemental avec comme principale orientation "le gouvernement en ligne".

Le ministère de la Santé et des Services sociaux

- En 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux abolit les régies régionales et procède à la mise en place des Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux;
- En mars 2004, il publie le plan provincial d'informatisation du MSSS;
- En juin 2004, le ministre désigne les territoires des RLS de la Montérégie, sur la base des recommandations de l'Agence;
- En octobre 2004, le sous-ministre en titre émet une directive concernant les orientations préconisées pour les ressources informationnelles :
 - La gestion des ressources informationnelles doit se faire de façon optimale,
 - Les nouveaux déploiements de systèmes administratifs dans les établissements se réalisent dorénavant sur des bases régionales plutôt que locales,
 - Les acquisitions d'infrastructures matérielles, logicielles et des services de support doivent être effectuées en commun,
 - Chaque agence doit exercer un leadership pour une gestion optimale des investissements en systèmes administratifs en favorisant :
 - les achats regroupés,
 - le partage des infrastructures technologiques et logicielles,
 - Les établissements qui voudront procéder à des changements de systèmes de manière autonome devront faire la démonstration du bien-fondé d'une telle approche en comparaison avec une démarche commune.
- En mai 2005, le Ministère publie son plan stratégique 2005-2010¹ et réaffirme sa volonté de baliser les ressources informationnelles dans sa quête d'amélioration de la qualité des services en insistant sur l'optimisation de l'utilisation des ressources qui soutiennent la dispensation des services. Quatre objectifs y sont décrits :

¹ Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux, MSSS, 11 mai 2005, 43 pages

- Assurer la gouvernance des RI du Ministère et de son réseau;
- Implanter les systèmes d'information et les infrastructures technologiques ministérielles, provinciales et régionales en soutien à l'intégration des services et à la circulation de l'information clinique;
- Informer la population sur les moyens mis en œuvre pour assurer l'accessibilité, la qualité et la sécurité dans la circulation de l'information clinique;
- Réaliser et mettre en œuvre des cadres de gestion conduisant à la certification des applications et à l'utilisation de normes et standards;

La RAMQ et la SOGIQUE

- En 2004, la RAMQ se voit confier le mandat de mettre en place les services d'identification, d'authentification et de consentement, de concert avec le Conseil du trésor qui est responsable de la mise en place des services du gouvernement en ligne²;
- Du même coup, le MSSS confie à la SOGIQUE la responsabilité de mettre en commun certaines infrastructures du réseau, de coordonner les activités du Technocentre national et d'accompagner la mise en œuvre de projets de services communs confiés aux Agences ou aux RLS.

Après avoir procédé à la diffusion de sa vision du réseau de la santé et des services sociaux, le MSSS a vite identifié le besoin d'une vision d'ensemble cohérente et structurée de la gestion des ressources informationnelles et a sollicité tous ses partenaires de la santé (établissements, Agences, Ministère, RAMQ, RUIS, etc.) pour participer à ce grand projet.

2.2 Démarches régionales

L'Agence

- En 2002, alors qu'elle était connue sous le nom légal de « Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie », l'Agence de la Montérégie a réalisé un plan directeur régional des ressources informationnelles;
- A l'hiver 2004, elle initie la démarche du « Cadre global de gestion des actifs informationnels – volet sécurité », une initiative montérégienne qui s'est étendue au niveau provincial;
- Au cours de la même période, elle organise des rencontres de groupes de professionnels cliniques afin de préciser leurs attentes;
- Au courant de l'année 2004, elle participe à l'élaboration de l'architecture du dossier santé électronique interopérable québécois, le DSEiQ;
- En juin 2004, elle organise son premier colloque régional portant sur la création des RLS sous le thème : *Assumer ensemble notre responsabilité populationnelle*;
- En octobre 2004, elle lance simultanément :
 - Un exercice de plan directeur régional des systèmes administratifs (PDRSA) visant les volets financiers pour palier aux besoins pressant des nouveaux CSSS qui doivent produire des états financiers consolidés au 31 mars 2005. Cet exercice mena l'Agence à produire un plan stratégique régional des

² Plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux, présentation générale, MSSS, mars 2004, p 28.

- systèmes administratifs arrimé sur le guide de la planification stratégique du MSSS et a permis de sensibiliser les CSSS à l'homogénéisation de leurs systèmes administratifs dans un premier temps, et à la mise en commun de ces actifs, dans un deuxième temps;
- Un second exercice d'élaboration de la vision stratégique et de planification des systèmes d'information clinique et clinico-administratif, visant l'accompagnement des CSSS dans la mise en place des services intégrés à la population dont ils sont responsables;
 - En avril 2005, le « Plan directeur régional des systèmes administratif » est approuvé par l'Agence de la Montérégie;
- Ce dernier exercice mènera l'Agence à concevoir son plan d'affaires montérégien visant l'uniformisation des outils de travail³, qu'elle présente au comité de consultation stratégique du réseau montérégien (CCSRM) qui regroupe les dirigeants des établissements, et le Comité de direction de l'Agence. Le plan d'affaires est approuvé par ces deux groupes;
 - En novembre 2004, appuyée par le plan d'affaires montérégien, elle dépose quatre fiches projets au MSSS dans le cadre du fonds d'investissement pour la mise en place des réseaux locaux de services (RLS), visant l'interopérabilité des systèmes d'information, dans un contexte où les échanges et la circulation des informations cliniques est de plus en plus nécessaire à la prestation des services de soins à la population;
 - En novembre 2004, elle organise son deuxième colloque régional portant sur la création des RLS avec pour thème : *Chantiers régionaux sur les continuums d'intervention* où elle valide auprès des cliniciens et des gestionnaires du réseau les zones d'inadéquation au regard des continuums d'intervention;
 - En janvier 2005, elle présente sa vision aux responsables informatiques de la région;
 - En février 2005, elle effectue un sondage chez le personnel clinique des CSSS et de l'Hôpital Charles LeMoine pour connaître leur utilisation et leurs besoins futurs en matière de télésanté;
 - En mai 2005, elle dépose son rapport d'analyse des besoins régionaux en télésanté;
 - En juin 2005, elle organise son troisième colloque régional portant sur la création des RLS et elle présente devant quelques 300 cliniciens son *Projet clinique montérégien*.

2.3 Autres démarches concurrentes

Le gouvernement fédéral

- En 2001, le gouvernement fédéral met sur pied Inforoute Santé Canada dotée d'un fonds de 1.1 milliards ayant pour mission « de favoriser et d'accélérer, à l'échelle pancanadienne, l'élaboration et l'adoption de systèmes d'information électroniques

³ Le plan d'affaires Montérégien : *UN PATIENT... un dossier*, novembre 2004, 15 pages, document électronique déposé au MSSS dans le cadre des demandes de fonds d'investissement pour la mise en place des RLS.

sur la santé, de normes et de technologies de communication compatibles pour le bénéfice tangible des canadiens »⁴;

- En 2004, six axes d'intervention sont priorisés par Inforoute Santé Canada. Ils sont présentés au tableau qui suit :

Tableau 1 : Les six axes d'intervention priorisés par Inforoute Santé Canada

Volet	Précisions	Potentiel pour les projets régionaux de la Montérégie
L'infrastructure	Cherche à faciliter l'interopérabilité des systèmes et la réutilisation des composantes communes afin de réduire les coûts de mise en œuvre	DSEiQ Dépôt de connaissances cliniques régionales
Les répertoires	Servent à identifier individuellement les prestataires de soins de santé, les patients et les établissements	DSEiQ Dépôt de connaissances cliniques régionales
Les SI sur les médicaments	Permettent aux médecins de consulter, en ligne, les ordonnances d'un patient, de commander une ordonnance par voie électronique et de recevoir automatiquement un avis d'interaction entre médicaments	Télépharmacie Télésanté Dépôt de connaissances cliniques régionales
Les systèmes d'imagerie diagnostique	Permettent aux prestataires de soins de visualiser, en ligne, les clichés diagnostiques et les rapports de tests d'un patient, peu importe où ils se trouvent et où les tests ont été effectués	Archivage PACS régional
Les SI de laboratoires	Permettent aux prestataires autorisés de visionner, en ligne, et de manière sécuritaire les rapports de tests des patients, peu importe où les tests ont été effectués.	Résultats de laboratoire régional
La Télésanté	Utilise les télécommunications et la technologie de l'information pour assurer les services de santé à courte et grande distance, notamment dans les régions éloignées et rurales	Télésanté Télésurveillance

- Depuis 2002, Inforoute Santé du Canada a investi 15 millions de dollars dans 17 projets au pays;
- En janvier 2004, le gouvernement du Québec débute sa participation officielle avec les projets DSEiQ et les répertoires de la RAMQ.

2.4 Processus de validation du PSRRI

Il existe plusieurs contraintes inhérentes à l'élaboration du présent rapport, notamment le processus de fusion en cours dans les CSSS et l'impératif qu'il soit en appui au projet clinique montréalais toujours en émergence. L'Agence a donc privilégié l'utilisation de comités existants, lorsque pertinents, et la formation de comités ad hoc, lorsque requis, afin de valider l'élaboration de son plan. Les différentes instances de validation sont les suivantes :

⁴ Tiré du site internet d'inforoute: <http://www.infoway-inforoute.ca/aboutinfoway/vision.php?lang=fr>, informations prises en mars 2005.

Instances de l'Agence

- Comité aviseur des systèmes cliniques – Agence;
- Comité aviseur des systèmes administratifs – Agence;
- Professionnels RI – Agence;

Instances locales

- Groupe régional sur les projets cliniques – CSSS;
- Table de concertation sur les systèmes administratifs – CSSS;
- Comité stratégique des ressources informationnelles;

Instances décisionnelles

- Comité de coordination stratégique de la Montérégie;
- Comité de direction;
- Conseil d'administration;
- Dépôt au MSSS pour approbation finale.

2.5 Principaux objectifs du PSRRI de la Montérégie

Les principaux objectifs ministériels de l'élaboration du plan stratégique régional des ressources informationnelles⁵ sont :

- Alignement stratégique
 - S'assurer que la planification régionale des RI soit arrimée avec les orientations du MSSS, ainsi qu'avec la planification provinciale;
 - Réviser l'organisation des services des RI en fonction de la restructuration des services sociaux et de santé offerts dans la région;
- Optimisation des investissements
 - Intégrer la planification stratégique à l'intérieur des plans d'investissements annuels de façon à faciliter la gouvernance des investissements sur le plan régional et sur le plan provincial;
 - Obtenir un portrait régional complet des diverses composantes de RI et en assurer le suivi;
 - Développer une dynamique régionale et une dynamique interrégionale qui favoriseront la collaboration des différents acteurs pour la mise en commun, le partage et l'optimisation des ressources informationnelles;
 - Identifier, définir, évaluer et prioriser les projets de ressources informationnelles pour les trois prochaines années, notamment les projets découlant de la mise en place des RLS ainsi que des projets régionaux;
 - Bâtir un ou des projets prioritaires à financement partagé dans le cadre de la mise en place des RLS.
- Assurer la gouvernance
 - Introduire les bases d'une planification stratégique pouvant être révisée annuellement;
 - Permettre de procéder à une reddition de comptes annuelle aux gestionnaires régionaux et au Ministère;

⁵ Selon le guide d'élaboration du plan stratégique régional des ressources informationnelles, MSSS, 14 septembre 2004, 13 pages.

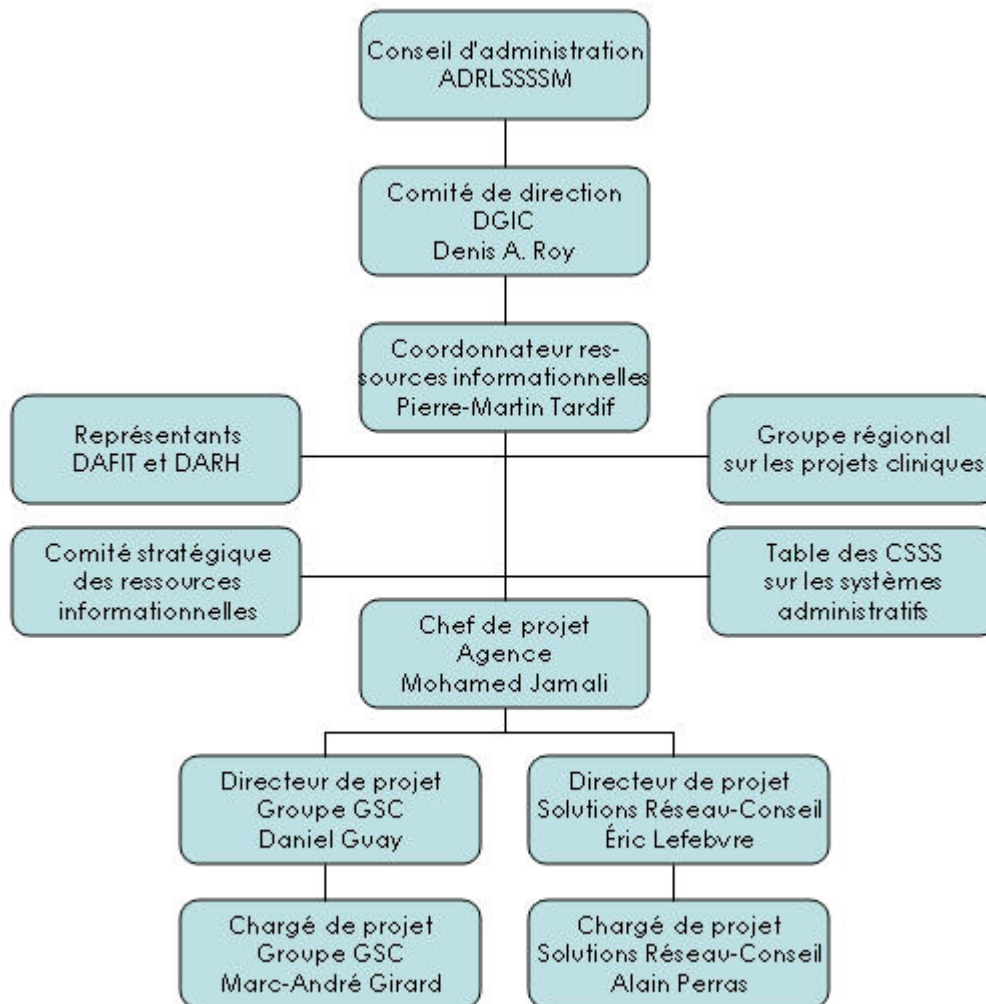
- Présenter les projets prioritaires à court terme pour la mise en place des RLS et des services associés ainsi que les projets prioritaires en cours qui doivent faire l'objet d'une décision sur l'opportunité de les poursuivre ou non;
- Définir une stratégie régionale de mise en œuvre des ressources informationnelles et des systèmes et services communs partageables, incluant le financement et les coûts en ressources humaines.

Les principaux objectifs régionaux sont :

- Améliorer l'impact du projet clinique montréalais par l'utilisation judicieuse des ressources informationnelles afin de mieux prévenir, guérir et soutenir la population.
- Soutenir l'accessibilité, la continuité et la qualité des services de notre système public de santé et de services sociaux;
- Mettre en place une gouvernance dédiée aux ressources informationnelles relevant du CCSM;
- Amener le niveau d'investissements en ressources informationnelles de la Montérégie au-dessus de la moyenne provinciale.

2.6 Organigramme du projet

Figure 1 : Organigramme du projet



- Le projet de réalisation du PSRRI est sous la responsabilité du chef de projet de l'Agence, épaulé par deux équipes externes.
- Les équipes externes réalisent les travaux d'élaboration du plan.
- Le Comité directeur donne les grandes orientations d'affaires et approuve les recommandations du mandataire du projet.
- Le mandataire du projet a pour responsabilité d'approuver et d'orienter la réalisation des travaux d'élaboration du plan.
- Les gestionnaires de la DGIC et de la SG-DSAC représentent les besoins et les contraintes de l'Agence en matière de systèmes administratifs.
- Le groupe régional et la Table des CSSS ont pour but de présenter les besoins et les contraintes des CSSS dans leurs expertises respectives et de partager leur adhésion aux orientations régionales et gouvernementales.
- Le comité stratégique des RI assure la cohésion de l'ensemble et donne son avis.

3. RAPPEL DES ORIENTATIONS DU RÉSEAU ET ARCHITECTURE RÉGIONALE CIBLE

Cette section résume l'architecture régionale cible sur laquelle les composantes du PSRRI de la Montérégie devront s'arrimer.

3.1 Orientations des ressources informationnelles

Le but premier des RI est de faciliter l'actualisation de la vision d'affaires de l'organisation grâce à une utilisation stratégique des technologies. Le Ministère a ainsi d'abord identifié une architecture cible nationale⁶ en tenant compte des acquis, de sa vision et de ses objectifs. Dans l'élaboration de cette architecture cible, le Ministère a aussi tenu compte de l'orientation générale du gouvernement du Québec et de l'environnement extérieur. Cette architecture orientée *services* s'inspire :

- des actifs informationnels existants;
- des grandes tendances en RI⁷;
- de l'architecture d'affaires du Gouvernement du Québec (le gouvernement en ligne);
- de l'investissement du gouvernement fédéral (Projet Inforoute Santé).

La philosophie des continuums de soins et de services, de même que la mise en place des RLS qui en découle, ont bouleversé l'univers des ressources informationnelles du réseau sociosanitaire. L'information doit dorénavant accompagner l'utilisateur, afin d'être disponible au bon intervenant, au bon moment et selon la forme désirée. Les RI doivent alors permettre aux RLS de gérer leur responsabilité populationnelle, soient les besoins de santé, les besoins exprimés ou non, la mobilité des clientèles, la qualité d'accès, etc. L'utilisation de technologies telles que l'Internet, les télécommunications hautes vitesses et les réseaux sans fil, de même que l'apport de l'industrie privée et des autres organismes publics, vont contribuer au maintien ou à l'émergence :

- d'un dossier santé électronique interopérable québécois;
- de services nationaux d'identification et de gestion du consentement;
- d'un accès à un réseau performant;
- de la sécurité et la confidentialité des informations nominatives;
- de la localisation des données sensibles;
- des échanges, des structures et des données normalisés;
- de la mise en place des services communs et d'infrastructures regroupées;
- de la gestion électronique des processus;
- de la certification étendue de solutions;
- d'une capacité d'appréciation de la performance dans une approche systémique et populationnelle autant à l'échelle locale, régionale que provinciale.

Ces différentes cibles sont décrites dans les sections qui suivent.

⁶ Voir annexe 1 pour la vision nationale des RI

⁷ En s'inspirant notamment de la vision de Gartner Group et des travaux d'Inforoute Canada, ces tendances incluent : l'entreprise de santé en temps réel, des services axés sur l'utilisateur, le contrôle des coûts par l'impartition, la sécurité pour assurer la confidentialité, la mesure de la performance des TI, le support de la technologie web, la technologie sans fil, la gestion de la relation client et les normes devant baliser l'achat de logiciels.

Le dossier santé électronique interopérable québécois

Véritable assise du déploiement de la nouvelle architecture régionale et provinciale, le dossier santé électronique interopérable québécois (DSEiQ) devrait comprendre un ensemble d'informations sociodémographiques, le profil pharmacologique, différents résultats cliniques, les épisodes de soins et services ainsi que les données d'immunisation.

Les services nationaux d'identification et la gestion du consentement

La constitution du DSEiQ implique que le citoyen assuré puisse être identifié de façon unique partout où il se présente pour obtenir des services. Sans s'y restreindre, les services nationaux supporteront l'appariement des numéros de dossiers locaux, par un nettoyage préalable des index et par la validation de la disponibilité de l'assurance à la source. Hors d'un CSSS, la gestion du consentement est la pierre d'assise à la circulation de l'information. Ce dernier doit être manifeste, libre, éclairé, donné à des fins spécifiques pour une durée limitée et révoable en tout temps.

L'accès à un réseau performant

La nouvelle vision pose le défi technologique de lier des utilisateurs intérieurs et extérieurs au RTSS en toute sécurité et robustesse. Les points d'entrée seront multiples et les technologies d'accès diversifiées. La performance et la stabilité du RTSS est une condition de succès. Cette orientation interpelle également la capacité d'exploiter les informations et les connaissances disponibles afin de soutenir l'exercice d'une responsabilité populationnelle aux niveaux local, régional et suprarégional.

La sécurité et la confidentialité

Le consentement éclairé de l'usager repose sur un lien de confiance. L'étendue anticipée du réseau (des dizaines de milliers d'intervenants de l'extérieur ou de l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux) commande la mise en place de mécanismes de protection techniques et organisationnels. C'est une préoccupation de première importance.

La localisation des données sensibles

Pour le moment, seule l'autorité clinique des CSSS ou de la santé publique est responsable de la conservation des données. Donc, sans changement du cadre législatif, elle demeure la seule autorité habilitée à gérer les données quelle que soit leur forme. Ainsi, « *les réseaux locaux de services et les Agences seront dépositaires des informations confidentielles et responsables de la sécurité des informations numériques* »⁸.

Conscient qu'il s'agit d'une portée trop limitée, le Ministère a intégré dans son projet de Loi 83, des éléments sur la circulation de certaines informations à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux. Les RLS devraient obtenir légalement plus de flexibilité

⁸ Les grandes orientations pour l'informatisation du réseau, MSSS, juillet 2004, p 16.

quant à la localisation de ces données sensibles⁹. On ignore pour le moment quand la loi sera adoptée, mais elle demeure essentielle à la création des services de conservation régionaux.

Les données et les échanges normalisés

La vision des RLS implique que les données doivent être partagées par plusieurs systèmes. De plus, certaines de ces données devront être consolidées au niveau régional, puis éventuellement au niveau provincial. La normalisation de ces échanges devra inclure le format des messages, mais surtout la représentation des données. Cette représentation permettra d'aller au-delà de la simple manipulation des messages et du stockage des données, en les rendant interprétables.

Les services communs et les infrastructures regroupées

Par services communs, on entend, d'une part, les services centralisés offerts uniformément à travers le réseau de la santé et des services sociaux, comme les services d'identification et d'authentification et, d'autre part, les services regroupés ou partagés sur une base régionale, comme les systèmes d'imagerie médicale. Ils s'inspirent notamment de la vision d'Inforoute Santé Canada pour l'élaboration de ses programmes de dossier de santé électronique.

Par la nature et la portée des systèmes d'information, les infrastructures seront mises en place par des investissements conjoints. Dans ce contexte d'optimisation du coût total de possession (TCO) et pour réduire les risques, le Ministère encourage fortement cette pratique.

La gestion électronique des processus

En autant que les objectifs nationaux soient rencontrés, le Ministère laisse aux instances régionales la gestion électronique des processus. La décision d'intégrer ou non certains modules, de même que l'origine de ces modules, sont des décisions propres à chaque territoire pourvu que l'ensemble permette l'interconnexion des processus des organisations des RLS dudit territoire.

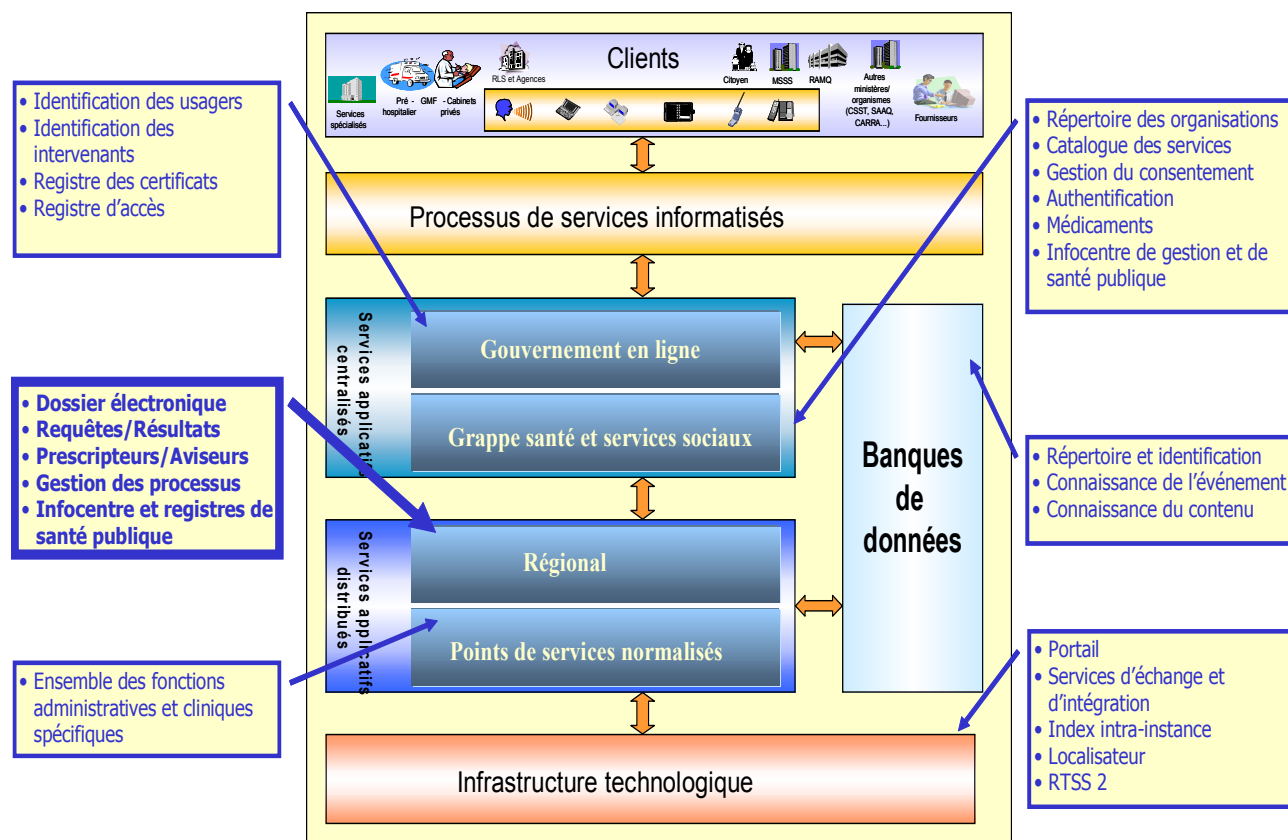
La certification étendue de solutions

Afin d'assurer la cohérence des choix effectués, les solutions retenues, ainsi que tout actif informationnel faisant partie de l'architecture du plan d'informatisation du réseau, doivent être certifiés. Il appartient aux agences de vérifier la certification de ces différentes solutions. De plus, le Ministère a défini une architecture cible¹⁰ afin d'en faciliter l'adaptation au contexte régional. Il est donc important de rappeler cette architecture cible puisqu'elle servira de toile de fond à la réalité montréalaise.

⁹ La circulation des renseignements de santé dans le réseau de la santé et des services sociaux, telle que proposée par le projet de Loi 83, MSSS, février 2005, page 7.

¹⁰ L'architecture est définie en détails dans le document « Architecture globale VI - Les grandes orientations pour l'informatisation du réseau », MSSS, août 2004, pp. 19 à 26. Les définitions des différents éléments contenus ici sont un résumé extrait de ce document.

Figure 2 : Architecture cible du MSSS



Le niveau **Clients** regroupe tous les types d'utilisateurs touchés par l'informatisation, soit de l'utilisateur jusqu'à l'intervenant impliqué dans la réalisation de la prestation de ces soins et services. Ces utilisateurs reçoivent et transmettent les informations grâce à des moyens de communication variés tels que le téléphone, l'assistant numérique personnel, le micro-ordinateur, etc.

Le **processus de services informatisés** permet de définir et d'utiliser les processus d'affaires administratifs, clinico-administratifs et cliniques. On y accède via un portail qui permet au citoyen d'interagir avec les services applicatifs qui lui sont offerts. Les services d'échange et d'intégration permettent l'interopérabilité des systèmes. Ils incluent les normes reliées aux structures d'information et de la messagerie requises pour échanger les données.

Les **services applicatifs** incluent les services centralisés et distribués. Les premiers sont offerts sur une base nationale ou régionale. Cette convergence est nécessaire pour desservir, de façon économique, plusieurs solutions informatiques. On retrouve dans cette catégorie les services de registres, d'identification, d'authentification et de consentement. Le niveau services applicatifs distribués est sous la responsabilité des établissements. Il comprend toutes les applications de cueillette de l'information et joue un rôle important pour compléter les processus de services du réseau. Ces solutions doivent être conformes aux normes et standards reconnus par l'industrie et par le réseau afin d'en assurer l'intégration.

Les **banques de données** incluent :

- les dépôts de données cliniques et clinico-administratifs contiennent les informations nécessaires à la prestation de soins et de services et à leur gestion;
- le dépôt de santé électronique permet de regrouper des informations provenant de plusieurs systèmes ou dossiers répartis dans plusieurs sites, dans un mode de partage;
- les entrepôts de données servent, quant à eux, à la production de statistiques et d'indicateurs de gestion pour permettre l'analyse, la planification, le contrôle, la reddition de comptes, l'enseignement et la recherche.

L'infrastructure technologique du modèle est garante de l'intégrité et de la confidentialité des données. Cette infrastructure devra être conçue pour supporter efficacement le fonctionnement des solutions informatiques. Elle supporte et favorise le modèle collaboratif retenu par le Ministère. Le RTSS en assume le volet réseautique. À cet égard, l'évolution du RTSS vers le modèle RTSS 2G devrait aider grandement les agences puisqu'elle est justement initiée par les besoins spécifiques des ces dernières, des RLS et de leurs établissements.

4. CONTEXTE RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

4.1 La population de la Montérégie¹¹

Avec 1 324 799 personnes recensées en 2001, la Montérégie constitue la deuxième région la plus importante du Québec avec 18 % de sa population. Cette population est relativement jeune. On y dénombrait environ 300 000 jeunes de moins de 18 ans, soit 23 % du total, comparativement à 21 % pour l'ensemble du Québec. En ce qui a trait aux personnes âgées de 65 ans et plus, la région affichait une proportion inférieure à celle du Québec, soit 11 % versus 13 % au niveau provincial. Sa population a connu une forte croissance, nettement supérieure à la moyenne de la province. Ainsi en 20 ans à peine, de 1981 à 2001, la population de la région s'est accrue de 23 %. Incidemment, près du tiers de cet accroissement (30 %) représente des personnes de 65 ans et plus, une des plus fortes progressions de la province. Enfin, la région est la troisième au Québec pour son ratio d'immigrants.

En 2001, l'Institut national de santé publique du Québec a publié un bilan de santé du Québec et de ses régions. Cette même analyse a été répliquée à l'échelle de la Montérégie et les grands constats sont présentés au tableau 2. Les problèmes de santé y sont diligemment répertoriés et les préoccupations qui s'en dégagent ont déjà été incluses dans les orientations nationales et régionales. La situation socio-économique et sanitaire de la Montérégie est généralement meilleure que celle de l'ensemble du Québec. Comme les grandes orientations du MSSS reflètent la réalité provinciale, la loi créant les agences demande, entre autres, à celles-ci d'appliquer des corrections afin de mieux servir la population dont elle est responsable. Dans cette optique, le tableau qui suit présente les particularités de la Montérégie par rapport au Québec.

Tableau 2 : Particularité de la région montréalaise par rapport à l'ensemble du Québec

Facteurs positifs	Zones de préoccupation
• Un taux de mortalité évitable relativement plus bas (que l'ensemble du Québec) ; • Un taux de suicide significativement plus bas ; • Un taux de mortalité des personnes de moins de 65 ans inférieur; • Un taux de mortalité infantile et périnatale inférieur; • Une durée moyenne d'attente pour se faire héberger dans un centre de soins de longue durée relativement bas (30 jours versus 60 jours pour la moyenne québécoise); • Un taux d'emploi plus élevé ; • Un taux de prise en charge par les centres jeunesse de criminalité et de violence conjugale significativement inférieur.	• Des séjours excessifs à l'urgence plus fréquents; • Les maladies de l'appareil circulatoire, plus particulièrement les cardiopathies ischémiques, sont plus prévalentes avec des taux de mortalité plus élevés; • Un taux de mortalité des personnes de plus de 65 ans supérieur à la moyenne; • Les personnes âgées de la Montérégie ont une plus grande longévité que la moyenne québécoise ; • Un pourcentage élevé d'hospitalisations à l'extérieur de la région (25 % des hospitalisations se font dans la région de Montréal-centre); • Un taux des principales interventions dites pertinentes significativement faible ; • Un ratio plus faible de médecins spécialistes par 100 000 de population (53 contre 78 pour la moyenne québécoise).

¹¹ Le portrait de santé : Le Québec et ses régions, édition 2001, Institut national de santé publique du Québec, Les Publications du Québec, 453 p, 2001.

4.2 L'implantation des RLS en Montérégie

Avant l'implantation des RLS, l'Agence de la Montérégie comptait, pour remplir sa mission, 67 sites en santé et services sociaux prodiguant des soins et services de santé sur son territoire.

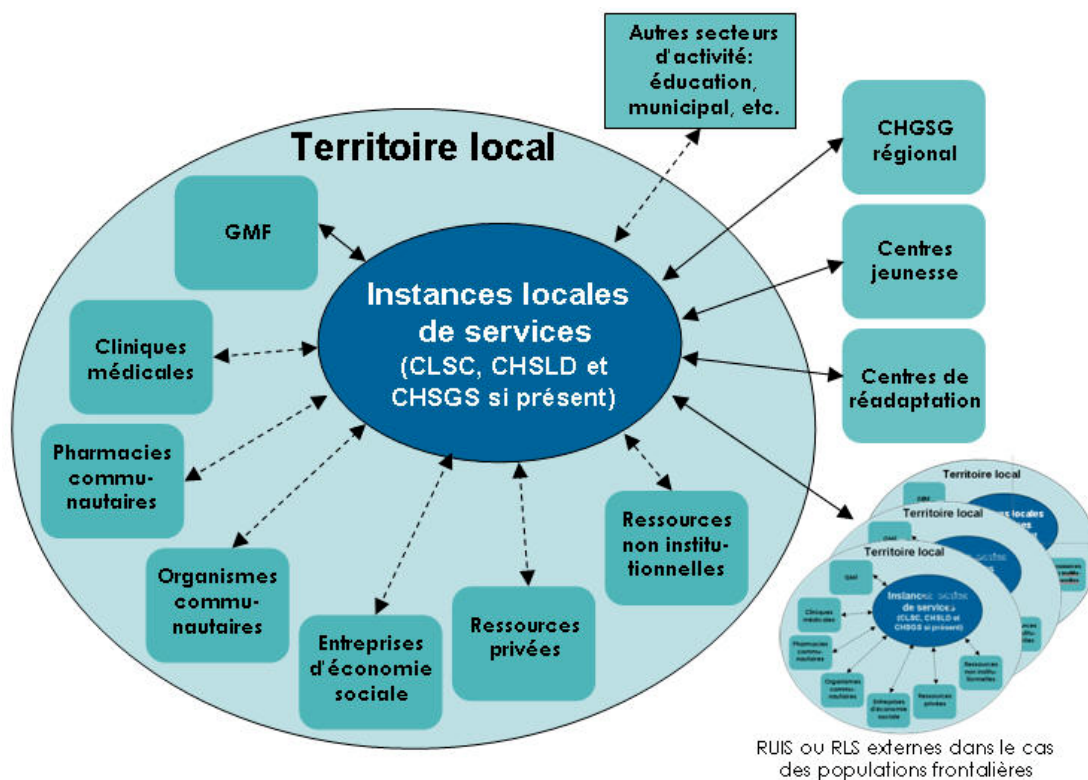
Tableau 3 : Distribution des sites sur le territoire montérégien

Mission	Publics	Privés	Total
Services communautaires et sociaux (CLSC)	13		
Multiple missions (communautaire, sociale et soins longue durée) (CLSC/CHSLD)	6		19
Centre jeunesse	1		1
Services hospitaliers (CH et CHSGS)	10		10
Services de soins de longue durée (CHSLD)	10	20	30
Centres de réadaptation (CR)	5	2	7
TOTAL	45	22	67

Source: site web de l'Agence de la Montérégie, 2005

En 2004, le Ministère créait les RLS selon la structure qui suit :

Figure 3 : Structure d'un RLS



En Montérégie, 11 réseaux locaux ont été institués avec chacun un Centre de santé et de services sociaux (CSSS) comme élément central de prestation de soins et de services.

Tableau 4 : Les RLS de la Montérégie¹²

RLS	CSSS	OC	Clin. Méd.	GMF	Total	%
RLS du Havre	1	31	14	1	47	7 %
RLS de La Pommeraie	1	35	8	4	48	7 %
RLS de la Haute-Yamaska	1	32	12	6	51	7 %
RLS Champagnat de la Vallée des Forts et du Richelieu	1	54	26		81	12 %
RLS Kateri, Châteauguay et Jardin du Québec	1	45	21		67	10 %
RLS des Maskoutains, de la MRC d'Acton et des Patriotes	1	69	26		96	14 %
RLS Samuel-de-Champlain et Saint-Hubert	1	42	32	1	76	11 %
RLS Seigneurie de Beauharnois	1	39	8	2	50	7 %
RLS de Huntingdon	1	13	5	1	20	3 %
RLS du Vieux-Longueuil et de LaJemmerais	1	82	41	1	125	18 %
RLS de la Presqu'île	1	23	13	4	41	6 %
Total	11	465	206	20	702	100 %

La commande urgente était la création des CSSS dans un premier temps. Cet exercice a touché 37 des 45 établissements publics de la Montérégie.

Tableau 5 : Les CSSS de la Montérégie

RLS	CSSS	Mission	Entité
1 RLS du Havre	Sorel-Tracy	CLSC	CLSC du Havre
		CHSLD	CHSLD du Bas-Richelieu
		CHSGS	Hôtel-Dieu de Sorel
2 RLS la Pommeraie	la Pommeraie	CLSC / CHSLD	CLSC et CHSLD la Pommeraie
		CHSGS	Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins
3 RLS de la Haute-Yamaska	de la Haute-Yamaska	CHSGS / CHSLD	Centre Hospitalier de Granby
		CLSC / CHSLD	CLSC-CHSLD de la Haute-Yamaska
4 RLS de Champagnat de la Vallée des Forts et du Richelieu	Haut-Richelieu/Rouville	CLSC / CHSLD	CLSC et CHSLD Champ. de la Vallée des Forts
		CHSLD	Centre Rouville
		CLSC	CLSC du Richelieu
		CHSGS / CHSLD	Hôpital du Haut-Richelieu
5 RLS de Kateri, Châteauguay et Jardin du Québec	Jardins-Roussillon	CLSC	CLSC Kateri
		CLSC	CLSC Châteauguay
		CHSLD	CHSLD Trèfle D'Or
		CLSC	CLSC Jardin du Québec
		CHSGS	Centre hospitalier Anna-Laberge
6 RLS des Maskoutains, de la MRC d'Acton et des Patriotes	Richelieu-Yamaska	CLSC / CHSLD	CLSC-CHSLD de la MRC d'Acton
		CLSC / CHSLD	CLSC-CHSLD des Maskoutains
		CLSC / CHSLD	CLSC-CHSLD des Patriotes
		CHSGS / CHSLD	Réseau Santé Richelieu – Yamaska
7 RLS de Samuel-de-Champlain et Saint-Hubert	Champlain	CLSC	CLSC Samuel de Champlain
		CHSLD	CHSLD de la MRC de Champlain
		CLSC	CLSC St-Hubert

¹² Site web de l'Agence : avril 2005.

	RLS	CSSS	Mission	Entité
8	RLS de la Seigneurie de Beauharnois	du Suroît	CLSC	CLSC Seigneurie de Beauharnois
			CHSLD	Centres du Haut St-Laurent (CHSLD)
			CHSGS	Centre Hospitalier Régional du Suroît
9	RLS de Huntingdon	du Haut St-Laurent	CHSLD	Centre Hospitalier du Comté de Huntingdon
			CHSGS	Hôpital Barrie Memorial
			CLSC	CLSC Huntingdon
10	RLS du Vieux-Longueuil et de LaJemmerais	Pierre-Boucher	CHSGS	Centre Hospitalier Pierre-Boucher
			CLSC	CLSC des Seigneuries
			CLSC	CLSC Simonne-Monet-Chartrand
			CHSLD	CHSLD du Littoral
			CHSLD	CHSLD de Longueuil
			CLSC	CLSC Longueuil-Ouest
11	RLS de la Presqu'île	Vaudreuil-Soulanges	CLSC	CLSC la Presqu'île
			CHSLD	CHSLD des Trois-Rives

La Montérégie compte également huit établissements à vocation régionale (tableau 6), l'Agence ainsi que le TCR.

Tableau 6 : Les établissements régionaux en Montérégie

Établissements régionaux
Hôpital Charles LeMoine
Centre jeunesse de la Montérégie
Centre montréalais de réadaptation
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Montérégie-Est
Pavillon Foster
Institut Nazareth et Louis-Braille
Service de réadaptation du Sud-ouest et du Renfort
CRAT le Virage

Il n'y a pas d'implantation de RUIS propre à la région, mais plutôt des partenariats avec trois RUIS nationaux (McGill, Montréal, et Sherbrooke). De plus, la réorganisation régionale a permis de confirmer la mission universitaire de l'Hôpital Charles LeMoine, de le désigner comme partenaire privilégié du CSSS Champlain et de l'identifier comme établissement à vocation régionale.

L'ensemble de ces établissements:

- emploie près de 16 236 personnes (en Effectif Temps Plein) dont 1 074 omnipraticiens (en Effectif Temps Plein, soit 6.62% du total provincial);
- dispose d'un budget total de près d'un milliard et demi de dollars (1 449 M\$);
- dispense des services de soins dans 119 points de services disséminés sur le territoire montréalais;
- tient une réserve de 7 008 lits, soit 5 166 (77%) de longue durée et 1 842 (23%) de courte durée.

Le tableau 7 présente la classification régionale des CSSS après la redistribution par ordre de population croissante. En Montérégie, la couverture médicale est supérieure à 0.9 médecin par tranche de 1000 habitants lorsque la population desservie par le CSSS est sous les 100 000 habitants. La moyenne régionale est légèrement sous la moyenne québécoise.

Tableau 7 : Statistiques d'employés et de médecins des CSSS de la Montérégie¹³

Établissement	Employés (en ETP)	Nombre d'omni-praticiens (en ETP)	%	Population	Omni. / 1 000 h
CSSS du Haut-St-Laurent	258,1	14,9	5,77%	24 808	0,6
CSSS la Pommeraie	805,5	58,9	7,31%	50 467	1,2
CSSS Sorel-Tracy	1 118,9	44,6	3,99%	50 773	0,9
CSSS du Suroît	1 223,9	60,6	4,95%	54 979	1,1
CSSS de la Haute-Yamaska	1195,6	75,8	6,34%	84 248	0,9
CSSS Vaudreuil-Soulanges	487,7	47,3	9,70%	104 620	0,5
CSSS Haut-Richelieu / Rouville	1921,9	127,8	6,65%	154 032	0,8
CSSS Jardins-Roussillon	1473,7	125,0	8,48%	178 891	0,7
CSSS Richelieu-Yamaska	2 431,7	151,6	6,23%	192 754	0,8
CSSS Champlain	678,3	108,4	15,98%	194 659	0,6
CSSS Pierre-Boucher	2636,7	214,8	8,15%	234 468	0,9
Hôpital Charles LeMoyne (1)	2004,3	44,8	2,24%		
Total	16 236,3	1 074,5		1 324 699	
Moyenne			6,62%		0,8

(1) L'Hôpital Charles LeMoyne dessert l'ensemble de la population montréalaise et par conséquent, son indice d'omnipraticiens par tranche de 1000 habitants n'est pas comparable avec les autres établissements

Le tableau 8 met en perspective le nombre de lits par 1000 habitants par rapport au budget.

Tableau 8 : Statistiques d'incidence du budget sur l'offre locale de lits¹⁴

Établissement	Lits dressés				Budget	Lits/1 000 hab.	\$ / hab.
	Courte durée	Longue durée	Total	%			
CSSS du Haut-St-Laurent	42	124	166	2 %	16 011 508 \$	6,7	645 \$
CSSS la Pommeraie	79	260	339	5 %	53 390 195 \$	6,7	1 058 \$
CSSS Sorel-Tracy	134	294	428	6 %	71 368 773 \$	8,4	1 406 \$
CSSS du Suroît	175	301	476	7 %	89 536 206 \$	8,7	1 629 \$
CSSS Richelieu-Yamaska	202	846	1048	15 %	156 047 675 \$	5,5	810 \$
CSSS Vaudreuil-Soulanges	0	344	344	5 %	32 960 387 \$	3,3	315 \$
CSSS Haut-Richelieu/Rouville	267	580	847	12 %	141 228 817 \$	5,5	917 \$
CSSS Jardins-Roussillon	201	542	743	11 %	104 194 906 \$	4,2	582 \$
CSSS de la Haute-Yamaska	112	321	433	6 %	76 380 006 \$	5,1	907 \$
CSSS Champlain	0	669	669	10 %	44 990 932 \$	3,4	231 \$
CSSS Pierre-Boucher	295	885	1180	17 %	163 453 369 \$	5,0	697 \$
Hôpital Charles LeMoyne	335	0	335	5 %	135 246 290 \$	n/a	n/a
Autres établissements régionaux	n/a	n/a	n/a	n/a	364 353 936 \$	n/a	n/a
Total	1842	5166	7008	100 %	1 449 163 000 \$		
Moyenne						5,3	1 094 \$

¹³ Source : document produit par l'Agence, avril 2004 « modèle d'organisation des réseaux locaux de services de santé et des services sociaux : proposition relative au découpage territorial et à la composition des instances locales ».

¹⁴ Source : document produit par l'Agence, avril 2004 « modèle d'organisation des réseaux locaux de services de santé et des services sociaux : proposition relative au découpage territorial et à la composition des instances locales ».

5. ÉTAT DES ACTIFS INFORMATIONNELS DE LA RÉGION

Nous survolons l'inventaire des équipements et applications de l'ensemble des 11 CSSS de la Montérégie ainsi que des établissements régionaux. La phase II analysera davantage ces observations. Les éléments de synthèse choisis se veulent représentatifs de la région et nécessaires à la compréhension de l'élaboration de stratégies. La synthèse des informations fournit néanmoins de bons indicateurs quant à l'ampleur des ressources informationnelles des établissements du réseau de santé et de services sociaux de la Montérégie.

Tableau 9 : Statistiques générales des actifs informationnels

	Total de la région	Notes
Coûts directs et salaires bruts ¹⁵	17 183 820 \$	
Développement informatique ¹⁶	1 344 345 \$	
Total	18 528 165 \$	1.28 % du budget total (*)
Équipements		
Nombre d'imprimantes	2 552	env. 14 % de désuet
Nombre de postes de travail	8 986	env. 33 % de désuet
Nombre de serveurs	682	env. 21 % de désuet
Applications (en nombre)		
Administratives	747	55 % en nombre, 61 % en \$
Clinico-administratives	238	18 % en nombre, 9 % en \$
Cliniques	174	13 % en nombre, 25 % en \$
Autres	190	14 % en nombre, 5 % en \$
Total applications	1 350	

(*) Sur le budget total de 1 449 763 000 \$

Actuellement, on constate que bon an mal an, en Montérégie, les coûts récurrents des systèmes d'informations accaparent 1,28 % du budget total d'opération des établissements de la région. Le Ministère a noté que « selon Gartner, (...) le niveau de dépenses au Québec, de son budget en technologies de l'information, est de 1.5 % ». ¹⁷ **La différence de 0,22 % représente, sur le budget total, un montant de 3,2 M \$ annuellement pour la région.**

5.1 Inventaire des applications

Nos CSSS utilisent plus de 1 350 versions d'applications différentes ¹⁸ afin de supporter l'offre des services de santé et de services sociaux à sa population. Comme la simple énumération pourrait devenir très lourde, nous les avons regroupées en catégories :

- Les applications administratives;
- Les applications clinico-administratives;

¹⁵ Source: AS-471 2003-2004, P650, Centre d'activités 7340 (Informatique), L17-C4

¹⁶ Source: AS-471 2003-2004, P400, L22-C2 (Développement informatique)

¹⁷ Plan d'informatisation du MSSS, présentation générale, mars 2004, MSSS, page 11

¹⁸ Toutes les données de la présente section sont tirées de l'IRISS, inventaire effectué entre octobre 2004 et janvier 2005 auprès des établissements du Réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

- Les applications cliniques;
- Les autres applications (bureautique, gestion du parc informatique, etc.).

Les applications administratives

Sans s'y restreindre, les applications administratives sont des applications de gestion qui touchent les fonctions :

- de production des états financiers;
- du suivi comptable (G/L, budget, CAR et CAP);
- de la gestion des approvisionnements;
- de la paie;
- de la gestion des ressources humaines;
- de la gestion de l'entretien.

Leur présence étant requise aux fins de la reddition de comptes, ces applications sont présentes dans tous les CSSS depuis longtemps. Puisque les fonctions supportées changent peu et qu'il n'y a pas de mises à jour majeures obligatoires, on retrouve ces applications déclinées en plusieurs versions sur toutes les plates-formes possibles.

Tableau 10 : Applications administratives par fournisseur

Établissement	Budget	Grand livre	CAP	CAR	Appro	GRH	Paie	Entretien
CSSS Haut-St-Laurent	BSA	LGI	MSH			LAG	MSH	
CSSS la Pommeraie	BSA	MSH	MSH	MSH	BSA		MSH	
CSSS de Sorel-Tracy	LGI	MSH	MSH	MSH		LAG	MSH	GES
CSSS du Suroît	MAI	HP	HP	MAI	BSA MAI	MSH	MSH	MAI
CSSS Richelieu -Yamaska	LGI	LGI	LGI	LGI	LGI	LGI	LGI	GES
CSSS Vaudreuil-Soulanges	BSA	BSA	LGI	BSA	LGI		LGI	BSA MSH
CSSS Haut-Richelieu/Rouville	LGI	LGI	LGI	LGI	LGI	BSA	LGI	MSH
CSSS Jardins-Roussillon	BSA	SAP	BSA	SAP	BSA	SAP	LGI	LGI
CSSS de la Haute-Yamaska	LGI	LGI	LGI	LGI	MSH	LGI	MAI	BSA MSH
CSSS Champlain	BSA	LGI	BSA	LGI	MSH	BSA	LGI	MSH
CSSS Pierre-Boucher	BSA	LGI	BSA	LGI	LGI	MSH	BSA	MSH
								ARCH
								ADSK

Légende : BSA-Bell Solution d'Affaires, LGI-Logibec, MSH-Médiasolution, ARCH-Archidata, ADSK-Autodesk, MAI-maison, LAG-Lagibert

Les applications clinico-administratives

Sont regroupées sous cette appellation, les applications qui contiennent ou peuvent contenir des données nominatives sur les personnes qui reçoivent des services et des soins de santé. La distribution des applications selon les sites dépend de la mission. Ainsi, la plupart des CSSS utilisent I-CLSC et SICHELD. D'autres applications sont utilisées par des CSSS disposant de services hospitaliers, dont :

- L'index-patient et l'ADT (Admission-Départ-Transfert);
- La gestion des urgences;
- La gestion des rendez-vous;
- La gestion des plaintes;
- Les applications de dictée et de transcription médicale;
- Med-Écho (archives);
- La gestion des activités professionnelles (GAP).

On dénombre quelques 212 versions d'applications installées, en incluant les applications "maison" développées à l'interne et les dédoublements de fonctions. Nous présentons les principales au tableau 11.

Tableau 11 : Applications clinico-administratives par fournisseur

Établissement	Index	Urgence	Rendez-vous	Dictée	Med-Écho	GAP
CSSS du Haut-St-Laurent	LGI	LGI	LGI		3M	SOG
CSSS la Pommeraie	MSH		MSH	LAN	3M	
CSSS de Sorel-Tracy	LGI	LGI	LGI	DIC	LGI	SOG
CSSS du Suroît	MAI		MAI	LAN	MAI	SOG
CSSS Richelieu-Yamaska	LGI	LGI	LGI	Autre	LGI	SOG
CSSS Vaudreuil-Soulanges	LGI		LGI			SOG
CSSS Haut-Richelieu/Rouville	MAI		LGI	Soft	LGI	LGI
CSSS Jardins-Roussillon	Misys		Misys	LAN	LGI	SOG
CSSS de la Haute-Yamaska	MSH		MSH	LAN	3M	LGI
CSSS Champlain	LGI		LGI			
CSSS Pierre-Boucher	LGI	LGI	LGI	LAN	LGI	LGI
Hôpital Charles LeMoine (*)	LGI	LGI	LGI	DIC	3M	SOG

(*) Bien que certains autres établissements régionaux disposent d'applications index, nous n'avons retenu que l'Hôpital Charles LeMoine pour simplification.

Légende : SOG-SOGIQUE, LGI-Logibec, MSH-Médiosolution, DIC-Dictaphone, LAN-Lanier, MAI-maison, LAG-Lagibert

Ces applications sont généralement plus à jour et font l'objet d'un développement plus soutenu de la part des fournisseurs. Elles sont cependant plus gourmandes en ressources que les applications administratives au niveau des serveurs et des postes de travail.

Les applications cliniques

Les applications cliniques sont généralement réservées à l'usage des établissements de type centre hospitalier. Il s'agit, la plupart du temps, d'applications plus coûteuses faisant appel à des technologies plus récentes et plus complexes. Elles sont aussi renouvelées ou mises à jour plus fréquemment pour profiter d'additions de modules ou de nouvelles

normes. La robustesse est un facteur clé car l'interruption de fonctionnement d'une application clinique peut affecter directement les services de soins de santé à la population et entraîner des conséquences graves pour le patient. Elles exigent souvent des serveurs spéciaux dédiés, des postes de travail affectés à des tâches spécifiques et des périphériques à usage unique. Enfin, le soutien des fournisseurs est souvent un élément clé dans le choix de solutions. Elles comprennent :

- Les logiciels de laboratoires (LIS);
- Les logiciels de pharmacie;
- Les logiciels de radiologie (RIS) et d'imagerie médicale (PACS);
- La gestion des activités du bloc opératoire;
- Les dossiers patients informatisés (DPI);
- La nutrition clinique;
- La gestion de banques de sang;
- Les applications de télésanté;
- La gestion des instruments chirurgicaux.

Il y a 138 installations d'applications de ce type dans les établissements du territoire montréalais. Ici aussi, les mêmes applications peuvent remplir plusieurs sous-fonctions. Pour les besoins du présent document, on s'attardera davantage à la présence et à la provenance du système de radiologie plutôt qu'à la composition de ses modules. Le portrait des applications cliniques de la Montérégie est présenté au tableau 12.

Tableau 12 : Applications cliniques par fournisseur

Établissement	Labo	Pharm.	Radio.	Opéra.	DPE/DPI	Nutrition
CSSS du Haut-St-Laurent	BSA	CGSI	Autre			
CSSS la Pommeraiie	MSH	MSH	MSH	CHCA		MGA
CSSS de Sorel-Tracy	BSA	LGI	Soft	CHCA		NTK
CSSS du Suroît	BSA	MAI	Autre	Autre		MGA
CSSS Richelieu-Yamaska	BSA	LGI	MSH	CHCA		NTK
CSSS Vaudreuil-Soulanges		LGI				
CSSS Haut-Richelieu/Rouville	OMT	LGI	Soft	CHCA	PKJ	NTK
CSSS Jardins-Roussillon	Misys	CGSI	Misys	CHCA	Misys	MGA
CSSS de la Haute-Yamaska	MSH	LGI	MSH	CHCA		MGA
CSSS Champlain		LGI				
CSSS Pierre-Boucher	BSA	OMT	MSH	MAI	PKJ	Autres
CH Charles LeMoine (*)	MSH	LGI	Soft	CHCA	PKJ CHCA	NTK

(*) Les autres établissements régionaux ne possèdent pas d'applications cliniques.

Légende : BSA-Bell Solutions d'Affaires, LGI-Logibec, PKJ-Purkinje, MSH-Médiasolution, MGA-MicroGesta, NTK-Nutritek, MAI-maison, OMT-Omnitech

5.2 Inventaire des infrastructures

Pour faire fonctionner les applications, les établissements de la Montérégie disposent d'environ 682 serveurs, 8 986 postes de travail et 2 552 imprimantes. Ces équipements sont répartis selon le tableau 13.

Tableau 13 : Inventaire des actifs matériels des ressources informationnelles par CSSS

Établissement	Nombre serveurs	Nombre stations travail	Nbre imprimantes	Ratio PC / impri.	Ratio employés / PC	Valeur relative du parc ^(A)		Désuétude ^(B)	
						en \$	en % du total	PC	Impri-mantes
CSSS du Haut-St-Laurent	16	143	67	2,1	2,4	475 000 \$	2 %	31 %	0 %
CSSS la Pommeraiie	17	480	194	2,5	2,3	1 181 000 \$	5 %	27 %	21 %
CSSS de Sorel-Tracy	37	509	153	3,3	2,9	1 363 000 \$	6 %	48 %	7 %
CSSS du Suroît	41	568	247	2,3	3,3	1 632 500 \$	7 %	21 %	5 %
CSSS Richelieu-Yamaska	84	1156	306	3,8	2,6	3 033 000 \$	13 %	41 %	25 %
CSSS Vaudreuil-Soulanges	14	244	80	3,1	2,0	626 000 \$	3 %	45 %	1 %
CSSS Haut-Richelieu/Rouville	68	814	108	7,5	3,6	2 063 000 \$	9 %	31 %	20 %
CSSS Jardins-Roussillon	55	928	222	4,2	2,2	2 275 000 \$	9 %	27 %	6 %
CSSS de la Haute-Yamaska	20	300	138	2,2	5,3	857 000 \$	4 %	53 %	12 %
CSSS Champlain	17	334	116	2,9	2,7	845 000 \$	4 %	43 %	39 %
CSSS Pierre-Boucher	99	1125	347	3,2	3,4	3 198 000 \$	13 %	45 %	11 %
Établissements régionaux(*)	228	2538	596	4,2	n/d	6 578 500 \$	27 %	31 %	13 %
Total	696	9139	2574			24 127 000 \$	100 %		

(*) Certains établissements régionaux ne sont pas inclus dans ces chiffres (CRAT Le Virage, Pavillon Foster et le Centre montréalais de réadaptation).

(A) : Valeur estimée aux fins de comparaisons entre CSSS. Le résultat est obtenu en attribuant une valeur fixe de 10 000 \$ par serveur, de 1 500 \$ par poste de travail et de 1 500 \$ par imprimante. Ces estimations incluent les logiciels et l'installation.

(B) : La désuétude des postes est reliée à la puissance du processeur. Tous les postes ayant un processeur Pentium II ou moins sont considérés comme désuets. Ce qui ne veut cependant pas dire qu'ils soient irrécupérables pour l'établissement. Certaines technologies, comme Citrix ou Terminal Server permettent en effet de prolonger la vie active de tels équipements.

Principaux constats :

- Plus de la moitié des équipements des établissements de la Montérégie se retrouvent à l'intérieur de 2 CSSS et des établissements régionaux
- 31 % de tous les serveurs se retrouvent à l'intérieur des 8 établissements régionaux
- La moyenne régionale est de 3,5 postes de travail pour une imprimante
- La moyenne régionale est de 2,2 employés (tous types d'emplois confondus) par poste de travail;
- 1 CSSS affiche un taux de 5,3 employés par poste de travail
- 6 CSSS ont un nombre important de postes de travail désuets
- La valeur de remplacement de tous les équipements désuets (serveurs, PC et imprimantes) du territoire est estimée à environ 6,7 millions \$.

5.3 Organisation des ressources en RI

En unité ETP, 151 ressources sont affectées au bon fonctionnement des RI sur le territoire montréalais. La stratégie est différente d'un établissement à l'autre. Alors que certains établissements adoptent l'impartition totale à l'externe, d'autres privilégient l'embauche de ressources à l'interne. Les établissements disposant d'un plus petit parc informatique sont

plus enclins à la première stratégie alors qu'à l'inverse, les établissements disposant d'une plus grande diversité technologique ont tendance à compléter leurs ressources internes par de l'expertise externe. La plupart des établissements utilisent un mélange de ces deux stratégies. Le tableau 14 nous fournit le nombre de ressources affectées aux ressources informationnelles et leur provenance.

Tableau 14 : Aperçu de la couverture des ressources humaines en RI par établissement

Établissement	Ressources internes	Ressources externes	Total ressources	% du total régional	% ress externes sur total	Postes de travail pour 1 ressource
CSSS du Haut-St-Laurent	0,8	0,9	1,7	1,1 %	52,9 %	84,1
CSSS la Pommeraie	2	2	4	2,6 %	50,0 %	120,0
CSSS Sorel-Tracy	4,4	1,2	5,6	3,7 %	21,4 %	90,9
CSSS du Suroît	8	0	8	5,3 %	0,0 %	71,0
CSSS Richelieu-Yamaska	0	7,4	7,4	4,9 %	100,0 %	156,2
CSSS Vaudreuil-Soulanges	1,7	0,5	2,2	1,5 %	22,7 %	110,9
CSSS Haut-Richelieu/Rouville	5	9,6	14,6	9,7 %	65,8 %	55,8
CSSS Jardins-Roussillon	5	7	12	7,9 %	58,3 %	77,3
CSSS de la Haute-Yamaska	5	2,8	7,8	5,2 %	35,9 %	38,5
CSSS Champlain	4,25	1,4	5,65	3,7 %	24,8 %	59,1
CSSS Pierre-Boucher	16	6,65	22,65	15,0 %	29,4 %	49,7
Technocentre	15	1	16	10,6 %	6,3 %	n/a
Agence	12	0	12	7,9 %	0,0 %	n/a
Autres établissements régionaux (*)	29,2	3,75	32,95	20,9 %	10,6 %	n/a
Total	108,35	44,2	152,55	100,0 %		
Moyenne					29,0 %	59,5

(*) Certains établissements régionaux ne sont pas inclus dans ces chiffres (CRAT Le Virage, Pavillon Foster et le Centre montréalais de réadaptation).

Les ressources internes de la région sont composées de 54 % de gestionnaires et d'analystes contre 46 % affectées au support ou comme techniciens. Dans les ressources externes, 39 % occupent des postes de gestionnaires ou d'analystes et 61 % des postes de support ou de techniciens.

6. CONSTAT PRÉLIMINAIRE ET BESOINS PRIORITAIRES

6.1 Constats préliminaires généraux

La création des CSSS vise à accroître la complémentarité au niveau des soins à la population en améliorant l'offre de services. Au niveau des ressources informationnelles, l'intégration reste à faire. Le principal motif est qu'on tente actuellement de mettre en commun des systèmes d'information qui ne sont ni comparables en terme de puissance et d'infrastructures, ni compatibles en terme de technologies. Les systèmes ont été développés de façon spécifique à la mission et à la dynamique de l'établissement. Or, ces missions commandent des besoins différents. Ainsi, les CLSC de la Montérégie ont tous l'application Intégration CLSC qui supporte le cœur de leurs activités. Cette solution existe grâce à la normalisation des processus d'affaires via un cadre normatif ministériel. La notion d'accueil central y est possible. Pour faire le même travail, les CHSGS ont plutôt un ensemble d'applications avec plusieurs points d'entrée possibles pour l'utilisateur. Le simple fait de fusionner les deux missions explique le défi et la nécessité d'élaborer une stratégie au niveau des ressources informationnelles. Au niveau applicatif, le Ministère a fait un constat, en mars 2004, sur l'informatisation et l'intégration du réseau provincial. Nous présentons ci-dessous un tableau comparatif de la situation d'ensemble de l'informatisation du réseau sociosanitaire provincial par rapport à celle de la Montérégie.

Tableau 15 : Le bilan : situation d'ensemble : informatisation du réseau sociosanitaire¹⁹

Réseau de la santé et des services sociaux			Montérégie		
Volet administratif	Volet clinico-administratif	Volet clinique	Volet administratif	Volet clinico-administratif	Volet clinique
 ÉLEVÉ  MOYEN	 MOYEN  FAIBLE	 FAIBLE  FAIBLE	 ÉLEVÉ  FAIBLE	 MOYEN  FAIBLE	 MOYEN  FAIBLE
 Niveau d'informatisation			 Degré d'intégration		

6.1.1 Diagnostic général : Points forts CSSS et établissements régionaux, Agence et TCR

- Tous les CSSS et les établissements régionaux ont les mêmes besoins généraux, soient :
 - intégrer les ressources informationnelles de ses sites;
 - créer des canaux de communication performants;
 - assurer le développement des systèmes d'information dans une perspective de continuum de soins.

¹⁹ Plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux, présentation générale, MSSS, mars 2004, p 8.

- Tous les CSSS et les établissements régionaux disposent :
 - d'une connexion normalisée au réseau de télécommunication sociosanitaire (RTSS) de la Montérégie. Stratégiquement importante, cette particularité deviendra l'épine dorsale d'un système de ressources informationnelles global pour l'ensemble des sites;
 - de Lotus Notes comme outil de messagerie.
- La grande majorité des CSSS et des établissements régionaux ont suivi les normes du Ministère pour le développement ou l'acquisition de leurs solutions d'affaires. Cet état de fait favorisera l'intégration technologique;
- Les applications actuelles sont stables, maîtrisées par les utilisateurs et les processus de travail s'y sont adaptés;
- L'introduction de la demande de service inter-établissements (DSIE) a démontré la possibilité d'échanger de l'information pour le continuum de services. Cette application a aussi fait évoluer les perceptions et fait comprendre l'existence du « lien inter-établissements ». Il s'agit d'une assise solide pour la Montérégie.

6.1.2 Diagnostic général : Points faibles CSSS et établissements régionaux, Agence et TCR

- Il existe peu d'infrastructures régionales qui facilitent l'interopérabilité des applications entre CSSS et établissements régionaux;
- Quelques CSSS possèdent certains équipements et technologies dont la désuétude (NT, commutateur 10 Mbps, etc.) peut poser un frein au développement et à l'implantation de solutions régionales;
- Le niveau de sécurité des RI varie d'un établissement à l'autre;
- La performance des connexions au réseau RTSS ne répond pas aux besoins des points de service éloignés. Bien que fonctionnels pour l'échange de courriels, ces liens deviennent le maillon faible de la chaîne pour le partage d'informations plus complexes ainsi que pour le personnel clinique mobile (GMF, SAD);
- Certains sites sont plus informatisés que d'autres. Ils ont une organisation des RI structurée au service des utilisateurs et l'organisation du travail s'y est ajustée. D'autres sites ont plutôt développé un amalgame fonctionnel de composantes RI dont la croissance nécessitera plus d'efforts;
- Certains sites ont incorporé les ressources humaines dans leurs modèles d'affaires alors que d'autres maintiennent un service de support minimal répondant aux besoins de base des usagers.

6.2 Besoins prioritaires

Les besoins prioritaires des établissements de la région, du TCR et de l'Agence en ressources informationnelles devraient comprendre :

- Le partage de données cliniques;
- La facilitation des interactions entre les intervenants;
- La prise en charge efficace et efficiente des usagers;
- L'accès à de l'information locale, régionale ou provinciale;
- Les infrastructures régionales.

Partage de données cliniques

Les besoins au partage de données cliniques devraient inclure :

- Un identifiant unique pour un usager au niveau du CSSS et de la région;
- Un accès simple et rapide au dossier de l'utilisateur pour l'intervenant, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur d'un CSSS;
- Un accès électronique, pour les médecins, aux résultats de laboratoire, et de radiologie, aux rapports de consultation et aux prescriptions et consommations de médicaments;
- L'outil d'évaluation multi-clientèles (OEMC) électronique, afin de supporter les équipes pluridisciplinaires;

Interactions entre les intervenants

Les interactions entre les professionnels et les cliniciens demandent :

- De supporter les équipes multidisciplinaires;
- De soutenir les communautés de pratique spécialisées pour les intervenants, via des visioconférences, des sites Web, des bases documentaires, etc.

Prise en charge efficace et efficiente des patients

À ce niveau, nous avons identifié les besoins suivants :

- Compléter la mise en place des systèmes d'urgences (SIGDU);
- Mettre à niveau et uniformiser les systèmes d'information clientèle pour les missions communautaire et de longue durée;
- Permettre la prise en charge à distance de certaines fonctions de services cliniques, telle la pharmacie;
- Implanter un service 24/7 de centrale Info-santé;

Accès à de l'information locale, régionale ou provinciale

À ce niveau, nous avons identifié les besoins suivants :

- Accéder rapide aux outils de support à la prise de décision;
- Développer des indicateurs régionaux fiables;
- Optimiser et mettre en commun des systèmes d'information;

Infrastructures régionales

À ce niveau, nous avons identifié les besoins suivants :

- Courtier d'intégration de niveau entreprise;
- Conformité de nos processus aux meilleures pratiques, dont ITIL;
- S'assurer du suivi du Cadre global de gestion des ressources informationnelles – volet sécurité;
- Supporter la gestion du changement.

7. PLAN D'ACTION À COURT TERME (PHASE 1)

Le plan d'action à court terme a été défini en 2004, selon les orientations stratégiques de l'Agence afin d'optimiser une partie des systèmes d'information de la Montérégie. De façon générale, l'utilisation des systèmes d'information et des technologies de l'information doit contribuer à améliorer le continuum de services cliniques, le rapport qualité/coût des services, la performance, la productivité et l'efficacité des ressources. Les outils recherchés doivent supporter la prise de décision et faciliter les échanges d'information.

Une démarche systémique encadre l'élaboration des orientations et des cibles stratégiques qui, à leur tour, vont guider la conception et l'actualisation du plan d'action visant l'optimisation des ressources informationnelles. L'Agence a contribué à réunir et cerner les informations pertinentes relatives aux cibles stratégiques à atteindre en rapport avec les orientations organisationnelles, fonctionnelles et technologiques devant baliser la gestion des ressources informationnelles du réseau sociosanitaire de la Montérégie.

7.1 La définition des mécanismes de la démarche

La stratégie est un ensemble de choix réfléchis sur la base des grandes options fondamentales prises par la Direction en fonction de sa mission et de sa vision. Elle sert à guider l'élaboration des orientations et des moyens à employer. Une orientation est une direction balisée que l'on doit respecter pour atteindre une ou plusieurs cibles. La cible est la concrétisation d'un objectif visé. Elle est mesurable via un ou des indicateurs. La cible d'un projet est établie lors de sa définition.

7.2 Les orientations stratégiques

Les orientations constituent les balises permettant de passer de la situation actuelle à la situation visée. Elles sont issues de l'environnement contextuel présent. Le Ministère a émis les grandes orientations pour l'informatisation du réseau²⁰ qui définissent assez précisément le cadre de travail et la marge de manœuvre régionale. Pour fins de simplification, nous les avons regroupées en trois domaines :

- Les orientations fonctionnelles;
- Les orientations organisationnelles;
- Les orientations technologiques.

7.2.1 Les orientations fonctionnelles

Sont réunies ici les orientations en matière de révision de processus, de données et d'informations, de systèmes d'information, de sécurité et de confidentialité entourant l'accès à l'information. À cet effet, l'Agence retient les orientations suivantes :

- Participer à l'amélioration de l'accès, de la continuité, de la qualité et de l'efficacité des services livrés à la population dans un processus de soins intégrés;
- Améliorer les échanges intervenants/patients et entre intervenants;
- Fournir de meilleurs outils pour la pratique des cliniciens et pour l'aide à la décision;
- Optimiser le temps d'intervention et la prise en charge des patients;
- Améliorer l'interdisciplinarité par le partage sécuritaire des informations cliniques.

²⁰ Architecture globale: Les grandes orientations du réseau, MSSS, V1.10 juillet 2004.

7.2.2 Les orientations organisationnelles

Sont identifiées ici les orientations en matière de support au développement des projets prioritaires de l'Agence, du Cadre de gestion des ressources technologiques et de la formation des utilisateurs :

- Tenir compte du facteur humain à titre d'acteur principal lors de la mise en place des systèmes d'information et des technologies de l'information (gestion du changement) dans la perspective de l'utilisateur final;
- Soutenir l'amélioration de l'efficience et de l'efficacité de la prestation des services, dans une perspective de continuum d'interventions par la révision des façons de faire lors de l'implantation des nouveaux systèmes d'information ou des nouvelles technologies de l'information;
- Mettre en place un cadre de gestion des ressources informationnelles basé sur les meilleures pratiques de gestion dans le domaine de la santé et des services sociaux. Ce cadre doit :
 - être adapté à la réalité des territoires locaux de la région montréalaise;
 - favoriser une optimisation régionale des actifs informationnels;
 - être en conformité avec les orientations stratégiques du ministère de la Santé et des Services sociaux.

7.2.3 Les orientations technologiques

Sont abordées ici les principales composantes technologiques et les composantes du réseau de télécommunication constituant le parc informatique régional. Dans ce domaine, l'Agence désire :

- Améliorer les performances du RTSS, de façon à ce qu'elles répondent aux besoins actuels et futurs;
- Assurer la compatibilité des applications et des équipements du territoire dans un contexte de normalisation et, dans certains cas, de régionalisation progressive;
- Optimiser l'utilisation des infrastructures et des actifs informationnels tels que l'implantation du système de paie en mode régional, le SICHELD régional, etc.;
- Soutenir le fonctionnement en réseau des CSSS avec leurs partenaires des RLS.

7.3 Les objectifs opérationnels

Nous avons identifié quatre objectifs opérationnels au niveau des ressources informationnelles. Ils sont identifiés ci-dessous et expliqués plus en détails à la section suivante.

Tableau 16 : Principaux objectifs opérationnels

Objectif	Description	Moyens
Assurer l'interopérabilité des systèmes	L'interopérabilité permet l'échange d'information entre différents systèmes, soit par l'ajout d'un système intermédiaire ou par la normalisation des systèmes en place	• Index-patient maître des CSSS (implantation de 11 index) • SICHELD (implantation régionale de 38 SICHELD) • SIGDU (implantation de 5 SIGDU)
Assurer la couverture de l'information clinique	La couverture de l'information clinique par les systèmes d'information nous assure l'accès des données cliniques de base aux différents intervenants.	• SICHELD (implantation régionale & rehaussement de 38 SICHELD) • SIGDU (implantation de 5 SIGDU)
Optimiser l'utilisation des ressources informationnelles	L'optimisation nous permet de dégager des ressources financières pour d'autres projets.	• Paie régionale (implantation d'un système régional de gestion de la paie) • SICHELD (implantation régionale de 38 SICHELD)
Corriger le niveau d'investissement relatif aux ressources informationnelles	L'optimisation nous permet de dégager des ressources financières pour d'autres projets.	• Aller chercher notre cote part du financement global • Maintenir les acquis • Promouvoir un financement accru aux niveaux local et régional

Assurer l'interopérabilité des systèmes

L'interopérabilité est aussi un objectif du Ministère dont l'exécution est confiée aux agences. La mise en place des RLS met en évidence la nécessité d'utiliser un identifiant unique et un dossier commun pour la clientèle. Les données doivent s'échanger d'abord sur le plan local, puis sur le plan régional et éventuellement à un niveau suprarégional. La fragmentation des applications collectrices actuelles fournit des données en silos classées parfois par clientèles spécifiques, par problématiques, par besoins cliniques ou encore par besoins de gestion. Bien encadré, l'interopérabilité des systèmes permet :

- De constituer et d'assurer le partage d'un dossier santé électronique,
- D'assurer la continuité des soins et des services pour le client,
- D'optimiser l'utilisation des ressources humaines et informationnelles,
- D'éviter les multiples saisies de données (perte de temps et potentiel d'erreurs).

Couverture de l'information clinique

Afin d'atteindre cet objectif, il faut cependant s'assurer de la facilité d'utilisation et de la performance des outils de consultation. Si la donnée est disponible, elle doit être accessible facilement, rapidement et de façon sécuritaire. L'accessibilité, de même que la sécurité de cet accès, doivent donc être transparentes pour l'intervenant clinique. L'inverse doit être aussi vrai : si la donnée n'est pas disponible, l'intervenant doit en être informé.

Optimiser l'utilisation des ressources informationnelles

Étant donné les coûts associés aux ressources informationnelles, il est important d'en assurer l'optimisation. On demande de plus en plus d'efforts aux utilisateurs du réseau de la santé; il est normal d'en exiger plus aussi des ressources informationnelles. Il faut trouver un moyen de faire mieux avec les acquis et de s'assurer que les nouveaux éléments procurent une valeur ajoutée à l'ensemble. L'instance régionale doit soutenir et optimiser l'utilisation des ressources informationnelles pour répondre à la demande d'efficacité et de performance du réseau et contribuer à améliorer l'offre de services à sa population.

Corriger le niveau d'investissement

La correction du ratio des investissements dans les technologies de l'information par rapport budget total d'opération de 1.28% à 1,5% (moyenne nationale actuelle) se fera via des projets porteurs. Ceci représente une augmentation des budgets au niveau régional et au niveau local d'environ 3,2 millions de dollars annuellement.

7.4 Projets régionaux pour la mise en place des RLS et projets prioritaires à poursuivre

Les projets ci-dessous sont tous rattachés à un objectif spécifique et sont considérés prioritaires par l'Agence pour l'atteinte des objectifs fixés. La fiche détaillée de chaque projet est disponible en annexe. Voici la liste des projets à très court terme dont nous estimons la poursuite viable :

Tableau 17 : Projets régionaux pour la mise en place des RLS

	Projet	Description du projet	Coûts estimés	Durée estimée	Cible
1	Index-patient maître local	Compléter le déploiement d'un index unique pour chacun des CSSS	3 600 000 \$	18 mois	Implantation de 11 index-patients maîtres
2	Urgences : SIGDU	Compléter l'implantation de la gestion des urgences dans les 5 urgences non pourvues	540 000 \$	18 mois	Implantation de 5 SIGDU
3	Centralisation longue durée : SICHELD	Centraliser l'application SICHELD au niveau régional	300 000 \$	18 mois	Implantation régionale & rehaussement des 18 SICHELD
4	La paie régionale	Déployer un système de gestion de la rémunération au niveau régional	1 401 625 \$	12 mois	Implantation régionale d'un système de gestion de la paie

7.5 Échéancier des projets de la phase I

L'échéancier des 4 projets retenus est présenté au tableau 18.

Tableau 18 : Échéancier des projets régionaux pour la mise en place des RLS

No projet	Projet	2005-06				2006-07				2007-08				2008-09	
		Trimestre				Trimestre				Trimestre				Trimestre	
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
1	Implantation d'un index-patient maître local – CSSS			●	→										→
2	Informatisation régionale des Urgences : SIGDU				●					●					
3	Optimisation régionale SICHELD				●						●				
4	Implantation régionale d'un système de paie								●						●

Malheureusement, seul le premier projet, l'index patient maître local pour les CSSS, a été retenu pour un financement conjoint MSSS – région de la Montérégie. Cet état de situation devra être rapidement corrigé dès la période 2006-2007, afin de pallier au manque d'investissements au niveau des ressources informationnelles. Ces nouveaux investissements se feront d'une façon très ciblée, qui a fait l'objet de la démarche de la phase II du présent document.

PHASE II

PHASE II

La phase II a pour objectif d'établir la planification stratégique en élaborant le bilan et les constats ainsi que l'architecture cible. Les priorités de la région et les projets qui en découlent sont identifiés.

8. VISION STRATÉGIQUE RÉGIONALE

Le développement des ressources informationnelles dans le réseau montréalais doit se réaliser en harmonie avec l'évolution des systèmes de santé, et plus particulièrement avec les nouvelles conditions de gouvernance mises de l'avant aux plans local, régional et national.

Dans un souci d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services à la population, le gouvernement québécois adoptait en 2003, le projet de Loi 25 créant les Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Le défi des Agences était alors de mettre en place les conditions d'exercice d'une nouvelle responsabilité populationnelle à l'échelle locale et régionale. C'est ainsi qu'on été désignées, en Montérégie, onze instances locales (les CSSS) issues d'une intégration administrative des missions CLSC, CHSLD et CHSCD (lorsque pertinent). Simultanément, la configuration territoriale de chacun des CSSS était déterminée, permettant ainsi de circonscrire la portée de leur responsabilité populationnelle.

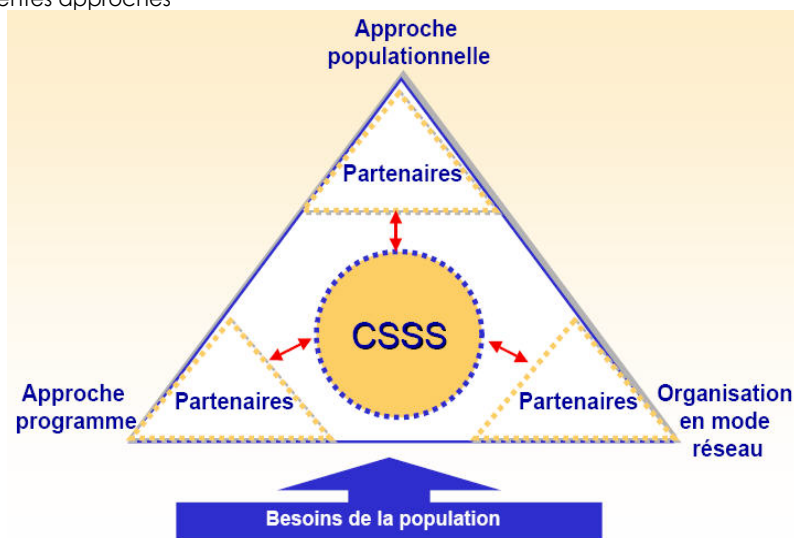
Cette première étape du renouvellement de la gouvernance régionale, caractérisée par la création des 11 CSSS, pose les jalons d'un réseautage plus large qui convie tous les partenaires locaux à collaborer activement à l'élaboration et la mise en œuvre du projet local d'intervention au bénéfice de la population du territoire. Ce second palier de réseautage est désigné par la création des réseaux locaux de services (RLS).

En Montérégie, la démarche de renouvellement de la gouvernance régionale s'actualise autour de trois ancrages fondamentaux qui rejoignent les intentions de la Loi constituant les RLS et qui ont été partagés avec les partenaires du réseau montréalais. Ces ancrages sont les suivants :

- l'approche populationnelle,
- l'organisation en mode réseau,
- l'approche de gestion par programme.

Pour réaliser pleinement sa responsabilité populationnelle, l'ensemble des ressources du réseau, qu'elles soient humaines, financières, matérielles ou informationnelles, doivent être mobilisées de manière à actualiser ces trois ancrages qui constituent les fondements de la vision stratégique régionale.

Figure 4 : Les différentes approches



Nous présentons dans ce qui suit, une brève définition de chacun des ces ancrages.

8.1 La responsabilité populationnelle

La responsabilité populationnelle signifie que les intervenants qui offrent des services à la population d'un territoire local seront amenés à partager collectivement une responsabilité envers cette population. Ceci se fera en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible tout en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux. Il faudra favoriser la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population et des communautés qui la composent.

Ce concept sous-tend une bonne connaissance des besoins à combler. La gestion du réseau, aux plans local et régional, devra donc de plus en plus accorder préséance aux notions de besoins de santé de la population à desservir et aux résultats obtenus par le système local de santé et de services sociaux en termes d'impact sur la santé et le bien-être. La gestion optimale des informations et des connaissances, appuyée par un univers technologique adapté, constitue un outil essentiel à l'exercice de la responsabilité populationnelle.

8.2 L'organisation en mode réseau

Au Québec comme dans l'ensemble du Canada, le renouvellement de la gouvernance est associé au processus de régionalisation. Or, on sait que la régionalisation constitue un levier puissant pour aligner les ressources sur les besoins, intégrer les services, améliorer la qualité et les pratiques fondées sur les données probantes, renforcer l'action sur les déterminants, améliorer l'imputabilité et accroître la participation citoyenne.

Pour optimiser les retombées positives de la régionalisation, il convient de développer des mécanismes favorisant le fonctionnement en réseau. Parmi ces mesures, soulignons:

- La présence d'une infrastructure (des établissements ou organismes) ayant chacun pour mission d'offrir des services sociaux ou de santé requis par la population.

- La constitution de programmes d'interventions centrés sur des problématiques spécifiques jugées importantes.
- La coordination de tous ces efforts de manière à optimiser l'utilisation des ressources en place afin d'augmenter le potentiel d'impact sur la santé et le bien-être de la population dont nous sommes collectivement responsable.

L'organisation en mode réseau implique que les acteurs concernés, qu'ils soient en lien direct avec la population ou les clientèles-cibles ou en soutien à l'exercice de cette prise en charge, aient une vision commune de leurs actions tout en reconnaissant leur contribution propre. Il faut également que converge dans un tout cohérent l'ensemble des orientations stratégiques sectorielles et les priorités d'action qui en découlent pour faciliter l'atteinte des résultats collectivement visés. Le développement des ressources informationnelles, par sa contribution particulièrement au fonctionnement en mode réseau, doit s'inscrire en support au réseautage.

8.3 L'approche de gestion par programme

La logique de gestion qui a jusqu'ici caractérisé la plupart des organisations du réseau est essentiellement une « logique d'établissement ». Elle est axée sur une logique de gestion axée sur la réalisation d'une mission propre, sur la gestion des ressources qui lui sont dédiées et sur une organisation des activités qui se doit d'être performante. Elle permet de répondre aux impératifs d'un processus de reddition de compte principalement orienté vers la gestion efficiente des ressources attribuées. Cette logique de gestion présente des forces certaines mais contribue toutefois à générer, entre les organisations, des situations de compétition et de cloisonnement qui entravent l'intégration des interventions.

La constitution des CSSS devrait atténuer cette logique « d'établissement ». Toutefois, ces ajustements d'ordre structurel ne pourront à eux seuls modifier cette perspective bien installée de fonctionnement en silos. Ainsi, l'un des ancrages proposés pour le renouvellement de la gouvernance régionale et locale mise sur une pratique de gestion par programme.

La notion de programme réfère globalement à

un ensemble organisé, cohérent et intégré d'activités et de services réalisés simultanément ou successivement, avec les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires, dans le but d'atteindre des objectifs déterminés, en rapport avec des problèmes de santé ou sociaux précis, et ce, pour une population définie.

En Montérégie, l'approche de gestion par programme se concrétise à travers la notion de continuum d'intervention qui englobe une gamme diversifiée d'interventions reconnues comme pertinentes et efficaces contribuant à :

- prévenir la survenue de problèmes de santé et de problèmes sociaux;
- guérir ou réduire la gravité des problèmes, grâce à une gamme étendue d'interventions spécifiques;
- soutenir efficacement les personnes aux prises avec un problème persistant, de même que leurs proches, dans leur démarche d'adaptation, de réadaptation ou de réinsertion sociale.

Dans l'ensemble, une approche de gestion par programme favorise :

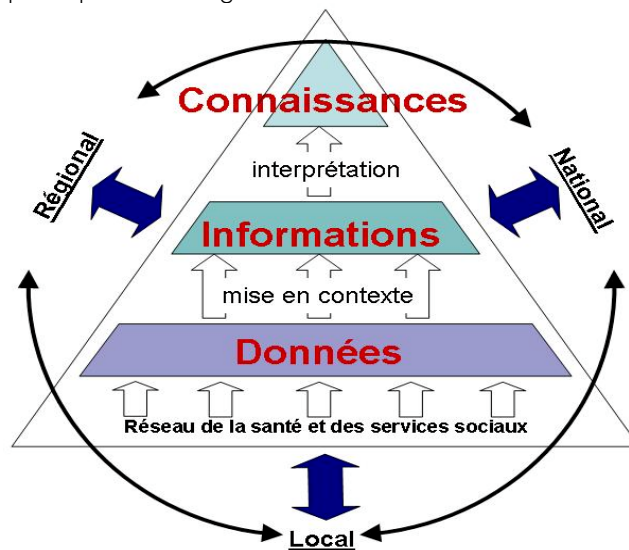
- l'adoption d'une perspective populationnelle, dans la mesure où elle intègre des préoccupations de promotion de la santé, de prévention, d'intervention directe et de soutien.
- une intervention interdisciplinaire mieux coordonnée susceptible de générer une plus grande continuité et une meilleure qualité des actions posées;
- le renforcement de l'intégration des interventions dans les continuums de soins et, en conséquence, la mise en place et le bon fonctionnement des réseaux de services intégrés ;
- la décentralisation de la prise de décision, facilitant ainsi la responsabilisation et la mobilisation des intervenants rattachés hiérarchiquement ou fonctionnellement à un programme;
- une plus grande intégration des activités cliniques et administratives, les diverses ressources engagées dans la conduite d'un programme travaillant sous la coordination hiérarchique ou fonctionnelle d'un même gestionnaire de programme;
- une gestion centrée sur les résultats.

L'adoption d'une approche de gestion par continuum d'intervention atténue les limites organisationnelles de l'action. Elle suscite une mobilisation plus souple et dynamique des ressources déployées dans l'offre de services, incluant les ressources informationnelles.

Les trois ancrages présentés définissent la vision stratégique à la base du développement des RLS et du projet clinique en Montérégie. Ils conditionnent l'action des intervenants cliniques ou administratifs et, par conséquent, invitent un alignement particulier des ressources mises à leur disposition pour concrétiser cette vision.

À cet égard, les ressources informationnelles doivent pouvoir s'ajuster aux exigences d'un fonctionnement intégré par continuum d'intervention en assurant une circulation optimale des informations requises à l'émergence du projet clinique. Elles doivent également couvrir les informations requises au monitoring du système. Enfin, elles doivent soutenir la production, l'organisation et la diffusion des informations et des connaissances utiles à l'évaluation de la performance générale du système, afin d'apprécier l'impact sur la santé et le bien-être de la population auprès de laquelle ce dernier agit.

Figure 5 : Vue macroscopique du processus de gestion de la connaissance



9. LES AXES DE DÉVELOPPEMENT

S'appuyant sur la vision stratégique régionale précédemment exposée, la présente planification propose trois axes de développement des ressources informationnelles.

9.1 Premier axe

PERMETTRE À CHACUN DES CSSS DE BIEN FONCTIONNER EN TANT QU'ÉTABLISSEMENT NOUVELLEMENT INTÉGRÉ

Pour mener à bien cet axe de développement, il est proposé de :

- Compléter le portefeuille régional d'applications
- Mettre à jour les systèmes en place en actualisant, à la dernière version, tous les systèmes d'information clientèle des programmes de soins de longue durée du territoire.
- Favoriser l'intégration des systèmes au sein des CSSS par l'utilisation de solutions appropriées

9.2 Second axe

PERMETTRE L'ÉMERGENCE DES RLS ANCRÉS À PARTIR DES CSSS, EN SUPPORTANT LES ÉCHANGES ET LES COLLABORATIONS NÉCESSAIRES AVEC LES PARTENAIRES LOCAUX ET RÉGIONAUX.

Cet axe introduit la nécessité de faciliter la mise en réseau des CSSS et leurs partenaires locaux et régionaux, en conformité avec les principes de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services.

Pour mener à bien cet axe de développement, il est proposé de :

- Assurer l'informatisation des sites de dispensation des services médicaux, dont les GMF.
- Faciliter l'accès aux informations pertinentes favorisant l'intégration, dont principalement les normes, qui orienteront les établissements lors de leurs acquisitions.
- Rendre rapidement disponible les services communs incontournables, tels la couche d'accès à l'information de la santé, le système de gestion du consentement et le répertoire des intervenants.
- S'assurer d'avoir une infrastructure de télécommunications adéquate.

9.3 Troisième axe

METTRE EN PLACE LES SOLUTIONS TECHNOLOGIQUES REQUISES POUR VALORISER L'INFORMATION DISPONIBLE À DES FINS D'AIDE À LA DÉCISION CLINIQUE ET ADMINISTRATIVE.

Cet axe prend appui sur la préoccupation d'apprécier la performance du système dans une perspective d'amélioration continue et de soutien à la prise de décision. Il interpelle un

univers très large de gestion et de transfert de l'information et des connaissances au bénéfice de meilleures pratiques cliniques ou de gestion.

Pour illustrer cet alignement, nous proposons une vue systémique de la gestion des connaissances prenant forme à l'intérieur du SINAPSSSS, c'est-à-dire le « Système d'Information pour l'Amélioration de la Performance du Système de Santé et de Services Sociaux ». Le SINAPSSSS doit permettre d'actualiser les trois fonctions principales de gestion des connaissances, à savoir, capitaliser, transférer et renouveler les connaissances et ce, en respectant les objets d'étude proposés par le cadre d'appréciation de la performance.

Le développement des technologies de l'information doit progressivement s'adapter à cette vision et offrir des moyens susceptibles d'améliorer les décisions sur la base de données probantes.

Pour mener à bien cet axe de développement, les actions suivantes sont proposées :

- Assurer une organisation intégrée des ressources informationnelles dédiées à la prise de décision.
- Soutenir la production et la diffusion d'informations valides, pertinentes et de qualité.
- Déterminer et mettre en place les systèmes d'information adaptés aux besoins de diffusion et d'échange des connaissances (ex. : veille informationnelle, communauté de pratiques, infrastructure web, etc.).
- Assurer un soutien efficace aux utilisateurs des produits informationnels en termes d'accès et d'analyse des données dans le respect de règles de protection des renseignements personnels.

10. BILAN ET CONSTATS

En s'appuyant sur le portrait élaboré à la phase I, cette section analysera les forces et les faiblesses des ressources informationnelles en regard de leurs capacités actuelles à rencontrer les priorités d'affaires.

10.1 Analyse des applications

De la simple suite bureautique à l'application de radiologie intégrée, la Montérégie compte 1 350 versions d'applications différentes pour l'assister dans la réalisation de ses multiples missions de prestation de soins de santé et de services sociaux à sa population. Ces versions d'applications ne sont pas toutes comparables entre elles autant en terme de coûts qu'en terme d'implantation, de formation et d'impact sur l'organisation. Pour ces raisons, elles doivent être analysées séparément.

10.1.1 Applications administratives

Les applications administratives ont été analysées à priori²¹ pour répondre à une commande du Ministère. Ce volet ayant déjà été dûment approuvé par les instances appropriées, le texte présenté ici est extrait de ce rapport qui se trouve à l'annexe 4.

Pour l'ensemble de la région de la Montérégie, on dénombre un total de 992 versions d'applications administratives. Trois fournisseurs importants dominent avec leurs solutions dans les systèmes présentant un potentiel de partage et de mise en commun, soit le suivi comptable (budget, grand livre, comptes à recevoir, comptes à payer), la gestion des approvisionnements, la paie, la gestion des ressources humaines et la gestion des immobilisations.

L'Agence prône des objectifs à court terme en regard aux systèmes administratifs, soit :

- Optimiser les investissements informatiques de la région;
- Élaborer une architecture cible des systèmes administratifs et des infrastructures technologiques régionales et locales :
 - Qui facilite les échanges de ressources inter-établissements au niveau régional;
 - Qui permet d'optimiser les infrastructures, les applications et les processus administratifs.
- Arrimer efficacement les infrastructures technologiques régionales au plan d'informatisation du réseau sociosanitaire québécois et ce, avec les autres infrastructures technologiques de la région;
- Mobiliser les intervenants autour d'une vision commune et développer une culture de gestion et d'utilisation efficiente des ressources informationnelles liées à l'administration des services de la région.

²¹ PSRSA: Plan stratégique régional des systèmes administratifs de la Montérégie Bilan, orientations, architecture et planification, ADRLSSSM, avril 2005, 66 pages.

L'intérêt premier du Ministère porte sur l'organisation des systèmes cliniques. Cependant, en ce qui concerne les systèmes administratifs, le sous-ministre en titre a émis, en octobre 2004, une directive qui précise les orientations dans le domaine des systèmes administratifs. Les orientations sont les suivantes :

- La gestion des ressources financières, humaines et informationnelles doit se faire de façon optimale;
- Les nouveaux déploiements de systèmes de nature administrative dans les établissements se réalisent dorénavant sur des bases régionales plutôt que locales;
- Les acquisitions d'infrastructures matérielles, logicielles et des services de support doivent être effectuées en commun;
- Chaque agence doit exercer un leadership en matière de gestion optimale des investissements en systèmes administratifs en favorisant :
 - Les achats regroupés,
 - Le partage des infrastructures technologiques et logicielles;
- Les établissements qui voudront procéder à des changements de systèmes de manière autonome devront faire la démonstration du bien-fondé d'une telle approche en comparaison avec une démarche commune.

Globalement, les établissements de la Montérégie se sont dotés, au cours des années, d'un ensemble de systèmes administratifs afin de rencontrer leurs besoins. Outre les fonctions administratives de base, on retrouve un portefeuille d'applications pour supporter des besoins allant de la gestion des stationnements, en passant par la gestion des locaux et des campagnes de donation.

- De façon générale, on retrouve au sein d'un même CSSS, un parc d'applications administratives très diversifié.
- La très grande majorité des CSSS possèdent des applications commerciales. Le CSSS du Suroît est le principal établissement où l'on retrouve une majorité d'applications développées et maintenues par les ressources de l'établissement;
- On retrouve deux CSSS où une majorité d'applications proviennent de Logibec ou de Médiosolution, alors que les autres CSSS possèdent un portefeuille diversifié d'applications de divers fournisseurs;
- On remarque l'implantation d'un système intégré de gestion qui inclut plusieurs fonctions administratives au CSSS Jardins-Roussillon, mais cette expérience ne s'est pas répandue ailleurs en Montérégie.

À la suite de ces constats, l'Agence a choisi de privilégier deux voies :

- Une homogénéisation des applications administratives par CSSS :
 - Il y a trois fournisseurs principaux qui sont présents dans l'ensemble de la région. Une homogénéisation des fournisseurs à l'intérieur d'un même CSSS permettrait de réduire les coûts généraux d'opération et de support des systèmes administratifs.
- La mise en commun de certaines infrastructures technologiques sur une base régionale.

10.1.2 Applications clinico-administratives

La présente section présente le bilan des applications clinico-administratives de même que les principaux constats pour chacune de ces mêmes applications. Le tableau suivant présente donc le niveau d'informatisation pour les principales applications de catégories clinico-administratives.

Tableau 19 : Distribution des principaux systèmes clinico-administratifs en Montérégie

Établissement	Index-patient				Dictée & transcription	SIGDU	Med-Écho	Gestion Activités Professionnelles
	ICLSC	Sicheld	ADT	Total				
CSSS du Haut-St-Laurent	1	1	1	3		1	1	1
CSSS la Pommeraiie	1	1	1	3	1		1	
CSSS Sorel-Tracy	1	1	1	3	1	1	1	2
CSSS du Suroît	1	1	1	3	1		1	1
CSSS Richelieu-Yamaska	3	3	1	7	1	1	1	2
CSSS Vaudreuil-Soulanges	1	1		2				1
CSSS Haut-Richelieu/Rouville	2	3	1	6	1		1	1
CSSS Jardins-Roussillon	3	1	1	5	1		1	1
CSSS de la Haute-Yamaska	1	2	1	4	1		1	1
CSSS Champlain	2	1	1	3				
CSSS Pierre-Boucher	3	2	1	6	1	1	1	1
Hôpital Charles Lemoyne (*)			1	1	1	1	1	
Total	19	17	12	46	9	5	10	11

(*) Bien que certains autres établissements régionaux disposent d'applications index propres à leur mission, nous n'avons retenu que l'Hôpital Charles LeMoyne pour fins de comparaison.

L'index-patient

Parmi les applications clinico-administratives, l'index-patient est une application centrale. C'est, en effet, une des pièces maîtresses de l'informatisation des processus d'affaires reliés à la prestation des soins de santé à la population montérégienne.

- Il existe un index-patient spécifique à chacune des trois missions d'un CSSS;
- Tous les CSSS, et au moins un établissement régional, possèdent un index-patient;
- Tous les CH ont une application index-patient;
- Les établissements à missions multiples ont plus d'un index patient qui, dans la plupart des cas, ne sont pas intégrés ou interfacés;
- Il y a 2 applications maison et 3 fournisseurs se partagent les 44 installations résiduelles de la région.

La dictée centrale et transcription médicale

Au niveau de l'application dictée centrale, on peut noter que deux CSSS ont procédé récemment à une acquisition (CSSS Haut-Richelieu/Rouville, en novembre 2004, et CSSS du Suroît, en janvier 2005) confirmant l'utilité pour les intervenants de ce type d'application dans leur prestation de services de soins.

- 9 centres hospitaliers sur les 10 disposent d'une application dictée centrale et transcription médicale;
- 1 CSSS dispose d'une application développée maison;
- 4 fournisseurs sont présents en Montérégie pour cette application.

La gestion des urgences (SIGDU)

Il y a dix départements d'urgence dans les établissements de la Montérégie. Seulement 50 % des services d'urgence utilisent un système de gestion des urgences répondant au cadre normatif du MSSS. Ces derniers systèmes supportent la gestion du service et fournissent des indicateurs, tandis que les autres départements disposent d'applications plus rudimentaires de type « registre des urgences » utilisées à des fins statistiques et de reddition de compte.

Med-Écho

Les systèmes d'information Med-Écho sont en emploi dans les services des archives des établissements du territoire montréalais. Ces applications permettent la saisie d'informations détaillées et normalisées sur l'ensemble des séjours et le suivi de la circulation des dossiers. Le MSSS a énoncé, plus tôt cette année, des orientations visant l'adoption de la codification CIM-10 et l'Agence vient de procéder au choix d'une solution régionale. Ainsi, d'ici décembre 2005, les établissements concernés auront migré vers une version certifiée de Med-Écho. On constate donc que :

- Tous les CH utilisent un système de compilation des données Med-Écho;
- 1 CSSS dispose d'une application développée maison;
- 2 fournisseurs sont présents en Montérégie pour cette application.

La gestion des activités professionnelles

Le GAP a été conçu pour servir les secteurs professionnels, dont la réadaptation et l'inhalothérapie, afin de compiler des statistiques de gestion des activités professionnelles. Les principaux constats à ce niveau sont :

- Elles sont utilisées par les CH et certains CLSC;
- 11 établissements dans 9 CSSS utilisent cette application;
- Il y a 2 fournisseurs présents en Montérégie pour combler ce besoin.

Constats sur les applications clinico-administratives :

- La plupart des fonctions sont adéquatement couvertes et les applications SIGDU sont en cours d'implantation;
- Il y a plusieurs applications de même type dans un même CSSS, cela peut entraîner des duplications de données (par exemple, dans les index-patients et les fonctions de rendez-vous non-interfacés entre eux);
- Actuellement, les données de base issues des applications clinico-administratives ne sont pas toutes comparables d'un établissement à l'autre. Il existe des processus de collecte différents et des systèmes d'informations aux normes différentes (par exemple, plusieurs versions de SICHELD sur le territoire).
- A partir des données fournies par les établissements, il faut constater que peu d'établissements ont mis en place un véritable dépôt de données cliniques utilisant ces applications;
- De plus, on note que la très grande majorité des CSSS et des établissements régionaux possède des applications commerciales. Seuls les CSSS du Suroît et du Haut-Richelieu/Rouville possèdent des applications développées et maintenues par les ressources de l'établissement.

10.1.3 Applications cliniques

Cette section présente le bilan des applications cliniques, de même que les principaux constats pour chacune de ces mêmes applications. Le tableau suivant démontre le niveau d'informatisation pour les principales applications de catégorie clinique.

Tableau 20 : Distribution des systèmes cliniques

Établissement	Laboratoire	Radiologie	PACS	Pharmacie	Activités opératoires	Nutrition
CSSS du Haut-St-Laurent	1	1	1	2		
CSSS la Pommeraie	1	1	1	1	1	1
CSSS Sorel-Tracy	1	1	1	1	1	3
CSSS du Suroît	1	1	1	1	1	1
CSSS Richelieu-Yamaska	1	1	1	2	1	2
CSSS Vaudreuil-Soulanges				1		
CSSS Haut-Richelieu/Rouville	1	1	1	2	1	2
CSSS Jardins-Roussillon	1	1	1	2	1	3
CSSS de la Haute-Yamaska	1	1	1	2	1	1
CSSS Champlain				1		
CSSS Pierre-Boucher	1	1	1	2	1	1
Hôpital Charles LeMoine	1	1	1	1	1	1
Total	10	10	10	18	9	15

Les systèmes d'information de laboratoires

Les systèmes d'information de laboratoires peuvent comporter plusieurs modules, tels que biochimie, pathologie, cytologie, etc. Ces applications ont une pénétration de 100 % en Montérégie

- Tous les services de laboratoire des CH ont un système informatisé de gestion des laboratoires;
- 4 fournisseurs sont présents sur le territoire montérégien.

Les systèmes d'information de radiologie

Les systèmes d'information de radiologie ont aussi une pénétration de 100 % en Montérégie. Ces systèmes sont un pré-requis à l'implantation des systèmes d'imagerie médicale :

- Les 10 CH ont tous un système de gestion de la radiologie;
- 4 fournisseurs sont présents sur le territoire montérégien.

Les systèmes d'imagerie médicale (PACS)

L'informatisation du département de l'imagerie médicale est de nature plus complexe. La base de données principale est la même que celle des systèmes radiologiques :

- Les 10 CH ont tous un système d'imagerie médicale (PACS);
- 3 fournisseurs sont présents sur le territoire montérégien.

Les systèmes d'information de pharmacie

Ce système d'information clinique est le seul à obtenir une pénétration dans les établissements à mission de soins de longue durée. La Montérégie a dix-huit (18) services de pharmacie informatisés sur son territoire :

- Tous les services de pharmacie des 10 CH sont informatisés;
- 8 CHSLD utilisent une application de pharmacie;
- 4 fournisseurs sont présents sur le territoire montérégien et il existe une application maison;
- Plusieurs établissements complètent leur système de pharmacie avec l'aide des modules d'aide à la décision et d'aviseurs provenant de Vigilance Santé, notamment.

Les systèmes d'information de gestion des activités opératoires

Au regard des systèmes d'information de gestion des activités opératoires, on note une certaine homogénéité de leur distribution. Il ressort que :

- Il y a 10 blocs opératoires dans les établissements de la Montérégie;
- 9 CH utilisent un système informatique pour la gestion des activités opératoires;
- 7 CH utilisent le même système.

Les logiciels de nutrition et de diététique

Les logiciels de nutrition comportent plusieurs modules, allant de la composition des menus, de l'inventaire des aliments jusqu'à l'intégration des caisses enregistreuses. De plus, chacun des fabricants continue d'entretenir plusieurs versions de son produit. Le constat régional apporte que :

- 9 CH et 6 CHSLD utilisent une application de nutrition clinique;
- On dénombre 5 fournisseurs.

Constats sur les applications cliniques :

- Les CH de la Montérégie ont une bonne couverture dans les applications cliniques;
- Pour les applications cliniques, aucun fournisseur ne se démarque nettement dans sa catégorie en Montérégie;
- Il n'y a qu'une seule application maison, soit la pharmacie du CSSS du Suroît;
- En général, il n'y a qu'un seul exemplaire de chaque application par CSSS, ce qui facilite la mise en place d'un dossier patient informatisé;
- Peu de CSSS sont en mesure de mettre en contexte les données produites et disposent donc de peu d'information (par exemple, sauf dans 2 CSSS, il n'existe pas de dossier clinique informatisé);
- La région ne dispose pas d'entrepôt régional de données cliniques et peu de CSSS ont des applications supportant une exploitation intégrée de leurs données au niveau local.

10.2 Les infrastructures

Les infrastructures technologiques sont essentielles et constituent les éléments de base à la circulation de l'information. En Montérégie, la valeur relative de l'infrastructure technologique est évaluée à environ 24 millions de dollars.

10.2.1 Matériel

La Montérégie peut compter sur, au minimum, 682 serveurs pour assurer le fonctionnement de ses applications. 23 % de ces serveurs fonctionnent avec le système d'exploitation Microsoft Windows version NT4. Ils devront être rehaussés à court terme afin de respecter les minima de sécurité, puisque Microsoft ne supporte plus les mises à jour depuis janvier 2005.

La répartition des serveurs et des systèmes d'exploitation est présentée au tableau 21.

Tableau 21 : Systèmes d'exploitation des serveurs en Montérégie

Système d'exploitation	Nombre de serveurs	%
Windows NT	157	23,0 %
Windows 95	3	0,4 %
Windows 98	1	0,1 %
Windows 2000	303	44,4 %
Windows 2003	74	10,9 %
Windows XP	3	0,4 %
Solaris	64	9,4 %
Unix	24	3,5 %
Novell	7	1,0 %
Linux	3	0,4 %
Autres	43	6,3 %
Total	682	100,0 %

79,3 %

Avec 79 % des serveurs, Windows est présentement le système d'exploitation dominant en Montérégie. Plusieurs des autres serveurs sont des serveurs spécialisés, dédiés à une tâche spécifique et souvent unique, commandant un système d'exploitation qui lui est propre. C'est le cas des serveurs Solaris et Linux. Enfin, certains serveurs seront remplacés dans un proche avenir après leur cycle de vie utile. Il est actuellement difficile, voire impossible, de s'assurer que tous les systèmes d'exploitation de ces serveurs soient à niveau.

10.2.2 Réseautique interne et communications

Les établissements de la Montérégie possèdent plus de 550 équipements de réseautique interne et de communication. Sont inclus, dans cette catégorie, les concentrateurs, les aiguilleurs, les passerelles, les commutateurs, les multiplexeurs, les modems, les bastions, etc. Le tableau 22 illustre la localisation de ces équipements.

Tableau 22 : Équipements de réseautique interne par CSSS

Établissement	Équipement de réseautique
CSSS du Haut-St-Laurent	21
CSSS la Pommeraie	23
CSSS Sorel-Tracy	52
CSSS du Suroît	66
CSSS Richelieu-Yamaska	85
CSSS Vaudreuil-Soulanges	5
CSSS Haut-Richelieu/Rouville	24
CSSS Jardins-Roussillon	13
CSSS de la Haute-Yamaska	16
CSSS Champlain	30
CSSS Pierre-Boucher	37
Établissements régionaux	178
Total	550

Chaque CSSS a une distribution territoriale propre de ses installations, la dernière fusion ayant généré plusieurs réaménagements de postes de travail. Les équipes informatiques sur place ont dû évaluer à nouveau leurs réseaux et redéployer les équipements en conséquence. La situation a donc évolué depuis la prise initiale de l'inventaire. Certains équipements sont considérés comme étant désuets, mais sont souvent réaffectés à des tâches moins stratégiques.

10.2.3 Utilisation du RTSS

Il y a 254 segments du RTSS de déployés en Montérégie. De ce nombre, 64 % des connexions ont une bande passante en-dessous de 512 kbps. Les 45 sites de la Montérégie et leurs points de services ont un lien avec le RTSS. Le nombre de liens avec les établissements régionaux représentent 53 % des liens de la région, essentiellement à cause de la distribution des nombreux points de service sur le territoire. Parmi les utilisations du RTSS, il y a la visioconférence. La Montérégie possède cinq sites de visioconférence. Trois de ces sites utilisent, de façon plus soutenue, cette technologie tandis que les deux autres l'utilisent peu. Il manquerait sept installations pour couvrir l'ensemble de la région.

Tableau 23 : Vitesse de connexion avec le RTSS par CSSS

ÉTABLISSEMENT	Nombre de liens RTSS				Total	% de liens de moins que 512 kbps
	1544 kbps	512 kbps	256 kbps	< 256 kbps		
CSSS du Haut-St-Laurent	2	0	2	1	5	60%
CSSS la Pommeraie	5	4	0		9	0%
CSSS Sorel-Tracy	3	2	1		6	17%
CSSS du Suroît	4	4	1	6	15	47%
CSSS Richelieu-Yamaska	3	3	6	11	23	74%
CSSS Vaudreuil-Soulanges	2	4	2	0	8	25%
CSSS Haut-Richelieu/Rouville	4	1	3	6	14	64%
CSSS Jardins-Roussillon	5	4	2	3	14	36%
CSSS de la Haute-Yamaska	2	1	3	2	8	63%
CSSS Champlain	4	1	1	1	7	29%
CSSS Pierre-Boucher	4	3	3	1	11	36%
Établissements régionaux	7	19	15	93	134	81%
Total	45	46	39	124	254	
Moyenne						64%

10.2.4 Télésanté

Identifiée comme une orientation importante pour le Ministère, le dossier de la télésanté est suivi de près en Montérégie par la direction des affaires médicales et universitaires. L'Agence souhaite concentrer ses efforts sur les volets suivants :

- La télésurveillance En l'incluant dans la perspective du continuum de soins pour une clientèle stable et légère.

- Les visiocomités Notamment, le Comité régional des tumeurs pour les équipes d'oncologues et de chirurgiens, afin de favoriser les échanges.
- La téléconsultation Notamment, la télépsychiatrie, la télépathologie, la télénéphrologie et la téléradiologie. L'objectif est de permettre l'accès à des cliniciens de différentes spécialités.

En Montérégie, il existe un projet de télésanté actif au Centre hospitalier Anna-Laberge. Ce projet a été entrepris avant l'implantation des CSSS. Bien que novateur, le projet dessert une clientèle spécifique et locale. Les objectifs cliniques de cette initiative ont été atteints, mais nous disposons de peu de documentation sur les économies réalisées. En revanche, les autorités cliniques de l'Agence, de même que celles de certains CSSS, participent à des tables de télésanté dans les trois RUIS qui desservent la Montérégie (CHUM, McGill et Sherbrooke) et suivent de près les projets.

La DAMU assure le lien entre les projets des CSSS (ou du CH régional) et le RUIS concerné par le projet. Ainsi, l'Agence et son comité intersectoriel se sont dotés de processus de gestion²² qui leur permettent de remplir leurs rôles, c'est-à-dire :

- Recevoir et évaluer les projets en télésanté en Montérégie;
- Faire le suivi des projets en cours et post-implantation;
- Supporter et collaborer avec les établissements des RLS dans leur projet de télésanté;
- Collaborer avec les 3 RUIS des régions limitrophes (Estrie et les deux de Montréal) et participer aux tables de télésanté.

10.3 Les utilisateurs des RI ou des services RI

Suivant l'inventaire effectué à l'automne 2004, il y aurait 29 801 utilisateurs des RI en Montérégie, tous systèmes confondus. Cette indication doit cependant être interprétée en considérant que :

- une même personne peut être utilisateur d'une multitude d'applications et ainsi compter plusieurs fois;
- Les utilisateurs d'applications qui disposent d'un pilote et d'un accès contrôlé (ou de licences) sont en nombre précis et vérifiable (comme I-CLSC ou Lotus Notes) alors que les utilisateurs des autres applications sont plutôt comptés par poste de travail où l'application est installée (ce qui ne tient pas compte des postes partagés).
- Enfin, c'est rarement le pilote qui a complété cette portion de l'inventaire et la vue d'ensemble des utilisateurs s'en ressent. Par exemple, il est peu probable qu'une application de laboratoire n'ait que 2 usagers.

L'exercice fournit néanmoins une indication du nombre d'usagers et témoigne de l'activité globale et de l'utilisation des RI. Dans le tableau suivant qui en montre la répartition par CSSS, nous avons inclus le nombre de postes de travail :

Tableau 24 : Utilisateurs des RI par CSSS

²² Orientations : télésanté en Montérégie – Version 9, ADRLSSS Montérégie, 25 pages

Établissement	Nombre d'utilisateurs
CSSS du Haut-St-Laurent	303
CSSS la Pommeraie	918
CSSS Sorel-Tracy	3475
CSSS du Suroît	1865
CSSS Richelieu-Yamaska	1375
CSSS Vaudreuil-Soulanges	1478
CSSS Haut-Richelieu/Rouville	2216
CSSS Jardins-Roussillon	4128
CSSS de la Haute-Yamaska	1091
CSSS Champlain	1198
CSSS Pierre-Boucher	1383
Établissements régionaux	10371
Total	29801

Le nombre d'utilisateurs nous fournit aussi un indice quant à l'effort éventuel de formation lors du changement d'un système ou d'une application. Cet élément est à inclure dans la gestion du changement.

10.4 La sécurité

Lors d'une rencontre régionale des ressources informationnelles tenue en janvier 2005, l'Agence faisait le point sur la mise en place du volet sécurité du Cadre de gestion global des actifs informationnels (CGGAI)²³. Il ressort de cette rencontre que :

Tableau 25 : Éléments de sécurité

Sujet	Remarques et constats	Suivi
Logiciels antivirus	Installés sur la presque totalité des postes et serveurs de la Montérégie	OK
Entreposage des copies de sécurité	Procédure à revoir pour certains, surtout au niveau des CSSS	
Tests de recouvrement	Procédure à revoir pour certains, surtout au niveau des CSSS	
Accès sécurisés aux locaux spécialisés	Certains sites sont à risque; la mise en commun physique des équipements par CSSS devrait permettre de réduire considérablement les risques	
Politique de sécurité	En cours de réalisation pour plusieurs établissements En général, le personnel des établissements n'est pas formé	
Inventaires matériels et logiciels	Long et fastidieux pour les établissements qui doivent effectuer le travail manuellement	
Journalisation	Généralement, il n'y a aucun mécanisme de gestion des journaux d'accès. Par ailleurs, plusieurs logiciels ne permettent pas la journalisation des accès	

La Montérégie participe activement, avec les régions de Montréal et des Laurentides, à la documentation de processus. À ce jour, trois procédures ont ainsi été élaborées. De plus, l'équipe du TCR a effectué récemment des vérifications portant sur le trafic des courriels transitant par Domino (Lotus Notes) dans la région. Durant la semaine du 14 décembre 2004, les messages ont été comptabilisés. Le résultat est présenté au tableau 26.

²³ État de situation – Mise en place du CGGAI, volet sécurité, ADRLSSSSM, janvier 2005, document électronique, 19 pages

Tableau 26 : Résultats d'un échantillonnage de courriels

Courriel en entrée	710 379	courriels
Courriel en sortie	202 145	courriels
Total	912 524	courriels
Nombre de virus	118 773	13 %
Nombre de courriels avec contenu interdit	167 621	18 %

Si cette semaine était représentative du trafic habituel, on peut estimer grossièrement le trafic annuel dans la Montérégie à 47 millions de courriels, dont 78 % en entrée. De ce total, on estimerait à 6 millions le nombre de courriels infectés.

De plus, il y a eu en Montérégie :

- 3 incidents majeurs impliquant les GMF en 2004, générant des déboursés d'environ 10 000 \$ en dommages réels et 400 000 \$ en dommages potentiels;
- 1 établissement qui avait un lien avec un fournisseur autre que le GTQ;
- plusieurs nouvelles attaques de phishing, qui consiste généralement à usurper la signature d'un site Web pour obtenir des informations confidentielles;
- une énorme croissance des pourriels. Les plaintes acheminées au TCR sont actuellement d'une par jour, soit 14 fois plus importantes qu'il y a à peine un an.

Les besoins technologiques et financiers sont déjà élevés pour assurer le maintien du niveau de sécurité actuel. Les coûts totaux associés à la sécurité augmentent exponentiellement à chaque hausse de niveau de sécurité. La mise à niveau du RTSS amènera certaines améliorations, surtout au niveau de la protection de la périphérie du réseau.

10.5 L'organisation des ressources en RI

Incluant le TCR et l'Agence, il y a 151 ressources (équivalent temps complet) internes et externes en Montérégie, soit près de 15 % des ressources humaines en TI du réseau de la santé et services sociaux du Québec. La majorité de ces ressources (82 %) sont locales et s'occupent d'une variété de tâches, dont :

- Gestion des RI;
- Support technique aux utilisateurs;
- Formation;
- Réparation d'équipements;
- Gestion des réseaux.

Vu le caractère critique de plusieurs ressources informationnelles locales, la gestion et l'organisation du travail sont orientées vers des services 24/7.

Au niveau régional, il existe une combinaison d'applications critiques et moins critiques. Les ressources de l'Agence effectuent des tâches semblables aux ressources locales, alors que celles du TCR s'occupent, en plus, de la gestion du RTSS, de l'administration de Lotus Notes, du support de 2^e niveau, de l'analyse des plans directeurs informatiques (PDI) et du déploiement des systèmes régionaux (DSIE, ADS, GMF, etc.).

Macroscopiquement, il y a plusieurs façons d'organiser et d'optimiser l'intervention de l'ensemble de ces ressources. Cependant, la mise en place des RLS a déjà causé une mise en commun locale qu'il serait sage de ne pas bouleverser. Certaines actions sont prioritaires avant de penser à une stratégie régionale, soient :

- Mettre en place un processus de gestion du changement, tant au niveau local que régional;
- Élaborer un cadre de gestion de RI renouvelé et adapté à la nouvelle réalité du réseau de la santé;
- Redistribuer ces ressources autour des grandes fonctions support, gestion et développement;
- Réduire, s'il y a lieu, le nombre de fournisseurs en impartition dans les sites pour le ramener à un niveau gérable.

Une réflexion sur ces ressources doit être entreprise compte tenu des résultats obtenus et des nouveaux besoins qui se développeront inévitablement. Doit-on pousser plus loin la mise en commun de ces ressources? Doit-on privilégier l'approche de l'utilisation partagée de ressources ultra-spécialisées tel un administrateur de bases de données Oracle? Doit-on encourager la formation d'une ressource par CSSS dédiée à l'intégration des systèmes locaux avec le DSEiQ régional? Nous veillerons à effectuer une concertation régionale sur la répartition des ressources au cours des années à venir.

10.6 Projets en cours et à venir

L'inventaire de l'automne 2004 nous indique au moins 199 projets en cours et à venir de la part des 11 CSSS et des établissements régionaux.

Les informations de cette section sont vraisemblablement incomplètes, ce qui nous porte à croire que le nombre de ces projets est probablement sous-évalué. On estime que l'investissement total anticipé est de 16 millions de dollars pour les 5 prochaines années. Grosso modo, les 199 projets recensés peuvent être classés dans trois catégories :

Tableau 27 : Projets déclarés des CSSS en cours ou à venir

Les projets d'entretien régulier de systèmes	Remplacement d'équipement; Déploiement de nouveaux PC; Migration de systèmes vers des versions plus récentes, etc.	environ 60 %
Les projets d'implantation de nouveaux systèmes pour le CSSS mais connus et utilisés ailleurs	DSIE Gestion des menus Ajout de modules, etc.	environ 30 %
Les projets novateurs (souvent uniques) répondant à des besoins spécifiques pour lesquels il existe peu de connaissances documentées dans le réseau	Numérisation massive de dossiers; Installation de systèmes de codes à barres pour bracelets, etc.	environ 10 %

Le statut de ces projets peut évoluer rapidement. Puisque les projets retenus font l'objet d'une inclusion dans les PDI, nous croyons cette source plus pertinente. On retient tout de même l'étendue des besoins.

Toutefois, les projets recensés ne sont pas clairement alignés sur une stratégie locale ou régionale particulière, ni sur les impératifs de développer des réseaux locaux de services ou de favoriser l'émergence d'un projet clinique et organisationnel renouvelé. C'est là que réside le défi de la présente planification stratégique.

11. DÉMARCHE DE CONSULTATION

11.1 Prérequis

De plus, pour mener à terme la vision régionale, l'Agence croit que des conditions favorables à la réussite de son PSRRI doivent être énumérées et supportées par tous.

Conditions légales

- Certains projets doivent attendre l'adoption de la Loi 83 pour se réaliser; par exemple, les index-patients et le DSEiQ.

Conditions organisationnelles

- Une gestion de projets cohérente, structurée à tous les paliers d'intervention (local, régional et provincial);
- Une stratégie de gestion du changement adaptée à la réalité du terrain, assortie de moyens d'actions efficaces et financée à la hauteur des besoins;
- Une gestion des risques qui tient compte de la complexité inhérente à une organisation des services qui s'étalent sur 24 heures, 7 jours par semaine;
- Le respect du Cadre global de gestion des actifs informationnels – volet sécurité.

Conditions technologiques

- Un rehaussement du RTSS actuel;
- Un remplacement de certaines technologies désuètes encore en utilisation (DOS, NT, commutateur 10 Mbps, etc.).

Conditions financières

- Une garantie d'un financement adéquat;
- La recherche de financements complémentaires, afin de bonifier les démarches qui seront entreprises.

11.2 Hypothèses de travail

Les principales hypothèses de travail identifiées par l'Agence sont que :

- L'Agence dégage du temps et des ressources afin d'assumer pleinement un leadership actif et rassembleur;
- Il existe un partenariat réel, volontaire et bénéfique entre le niveau local et le niveau régional;
- Il existe une discipline connue et acceptée de tous les intervenants en matière d'acquisition des actifs RI.

11.3 Facteurs critiques de succès

Pour être réalisable harmonieusement, la planification stratégique régionale doit s'appuyer sur les facteurs critiques de succès suivants :

- Appui des hautes directions des différentes instances décisionnelles de la Montérégie;
- Un leadership fort, appuyé par les dirigeants des CSSS et des établissements régionaux;
- Implication des utilisateurs finaux dans la réalisation des différents projets régionaux;
- Favoriser les projets à fort impact;
- Découpage en activités qui amènent rapidement des bénéfices;
- Plan de communication solide;
- Partage adéquat des bénéfices entre les différents acteurs régionaux;
- Un consensus et un appui régional au niveau des orientations stratégiques et des cibles stratégiques;
- Maximiser l'utilisation des actifs informationnels en place;
- Respecter la vision du MSSS tout en permettant l'innovation locale.

11.4 Critères de sélection

Le critère de sélection qui nous permet de choisir des projets qui auront de l'impact sur la santé de la population et qui aideront le réseau de la Montérégie à rencontrer ses objectifs annuels est la pertinence du projet au regard des objectifs du cadre de référence du projet clinique. Par la suite, bien qu'un projet puisse sembler très porteur, il ne faut pas perdre de vue l'opérationnalisation de ce dernier. C'est ainsi que le second critère de sélection est la faisabilité organisationnelle du projet. En extension au second critère, il y a un facteur objectif non négligeable que sont les coûts de réalisation. Ces différents critères sont expliqués davantage aux sections qui suivent.

11.4.1 Pertinence au regard des objectifs du cadre de référence du projet clinique

La pertinence au regard des objectifs de cadre de référence du projet clinique correspond à la contribution du projet à l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et/ou de la qualité des services de santé et des services sociaux aux niveaux local et régional.

11.4.2 Faisabilité organisationnelle

La faisabilité organisationnelle correspond, d'une part, à la disponibilité des ressources humaines et matérielles nécessaires à la réussite du projet (excluant les ressources financières) et d'autre part, à la réceptivité des milieux concernés à l'endroit du projet.

11.5 Projets étudiés

La liste des projets étudiés est présentée en détail aux annexes 2 et 3. La liste est présentée au tableau 28.

Tableau 28 : Liste des projets étudiés lors de la consultation régionale

Numéro	Ensemble	Nom	Axe 1	Axe 2	Axe 3
1.1	Infrastructures	Régionalisation de la paie	X		
1.2	Infrastructures	Commerce électronique	X		
1.3	Projet clinique	Mobilité du personnel clinique aux soins à domicile	X		
1.4	Infrastructures	Téléphonie IP	X	x	
1.5	DSEiQ	Index usager maître CSSS régional	X	x	
1.6	Télésanté	Gestion de la pharmacie à distance	X	x	
1.7	Projet clinique	Support à l'implantation de dossiers patients informatisés	X	x	
1.8	Projet clinique	Le projet d'informatisation des services de l'urgence	X		x
1.9	Infrastructures	Formation à distance	X		x
1.10	Infrastructures	Implantation du cadre global de gestion des actifs informationnels - volet sécurité	X	x	x
1.11	Projet clinique	Intégration des systèmes d'information clinico-administratifs	X	x	x
1.12	DSEiQ	Optimisation et mise à jour des systèmes SICHELD	X	x	x
1.13	DSEiQ	Optimisation et mise à jour des systèmes I-CLSC	X	x	x
2.14	Télésanté	Téléconférence reliant les différents milieux d'un RLS		X	
2.15	Projet clinique	Déploiement élargi de DSIE version Web		X	
2.16	DSEiQ	Intégration des laboratoires au DSEiQ	x	X	
2.17	Infrastructures	Migration des infrastructures vers la forêt régionale d'Active Directory et les nouveaux serveurs DNS	x	X	
2.18	Infrastructures	Amélioration transitoire du RTSS vers le RETEM	x	X	
2.19	Télésanté	Support à la mise en place des projets en télésanté des RUIS	x	X	
2.20	Projet clinique	Informatisation de la première ligne	x	X	
2.21	DSEiQ	Portail applicatif des intervenants	x	X	
2.22	Infrastructures	Mise en conformité de la salle de serveurs régionale	x	X	x
2.23	Projet clinique	Registre régional du cancer	x	X	x
3.24	Projet clinique	Entrepôt régional I-CLSC			X
3.25	Projet clinique	Entrepôt régional Med-Echo			X
3.26	Projet clinique	Entrepôt régional SICHELD			X
3.27	Projet clinique	Entrepôt régional SIGDU			X
3.28	Projet clinique	SINAPSSSS			X
3.29	Infrastructures	Implantation des meilleures pratiques ITIL	x		X

11.6 Méthode de classification

La classification des différents projets (annexes 2 et 3) s'est effectuée en deux temps. La première catégorisation regroupe les trois axes stratégiques que sont :

- **Axe 1** : de faciliter le fonctionnement des nouveaux CSSS;
- **Axe 2** : de permettre l'émergence des RLS;
- **Axe 3** : de supporter la gestion de la performance par l'amélioration continue.

Une seconde classification, davantage au niveau fonctionnel, a permis de classer les projets selon les quatre grandes familles qui suivent :

- S'il favorise la mise en place du « **projet clinique** » montréalais;
- S'il favorise la mise en place du dossier de santé électronique interopérable québécois « **DSEiQ** »;
- S'il est porteur des aspects de « **télésanté** »;
- S'il représente un « **infrastructure** »;

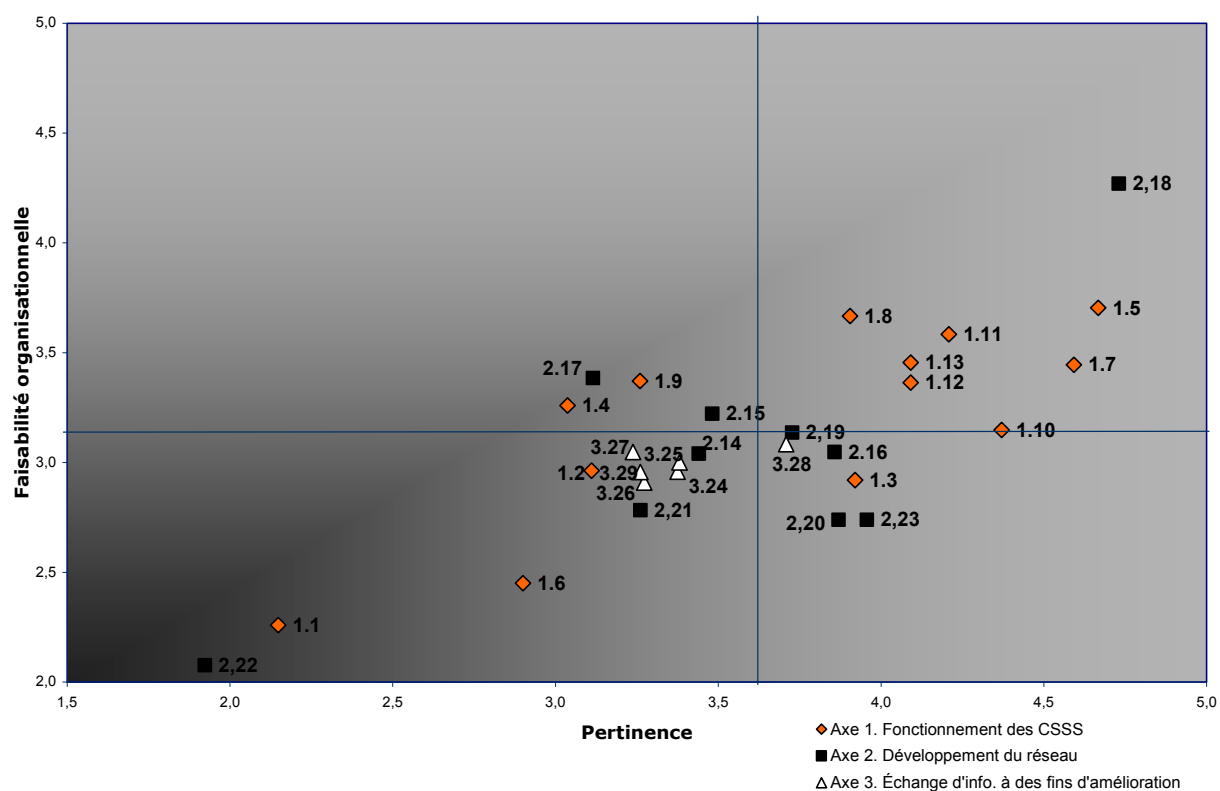
Une estimation à haut niveau des moyens budgétaires pour mettre en place, sur trois ans, une partie du projet présenté a été effectuée. Le but principal est de connaître l'ordre de grandeur financier du projet. Bien que représentant une grande part du budget disponible, certains projets sont financés par Inforoute Santé Canada à la hauteur de 75 %. Il est encore trop tôt pour connaître le financement ministériel, bien que les règles usuelles sont de 50 % du MSSS et 50 % de l'Agence. Enfin, les coûts récurrents des différents projets sont à la charge des établissements, puisque le MSSS attribue rarement un nouveau budget d'opérations au niveau provincial et régional à cet égard.

11.7 Effort collectif pour établir les priorités

Une rencontre régionale a été organisée le 3 octobre 2005. Cette dernière a permis de consulter l'ensemble des décideurs en ressources informationnelles de la région. De plus, comme il s'agit d'avoir de l'impact au niveau clinique, nous avons également veillé à inclure les responsables régionaux du projet clinique montréalais. Une grille d'évaluation a été complétée pour chaque projet, selon les deux critères de sélection (pertinence et faisabilité). Les résultats de la consultation sont présentés à l'annexe 4. La représentation graphique de la consultation est présentée à la figure 6.

Figure 6 : Résultat de la consultation régionale (voir Tableau 28)

**Résultats de la consultation sur le
plan stratégique régional des ressources informationnelles
(ADRLSSSS Montérégie)**



12. ARCHITECTURES CIBLES DE LA MONTÉRÉGIE

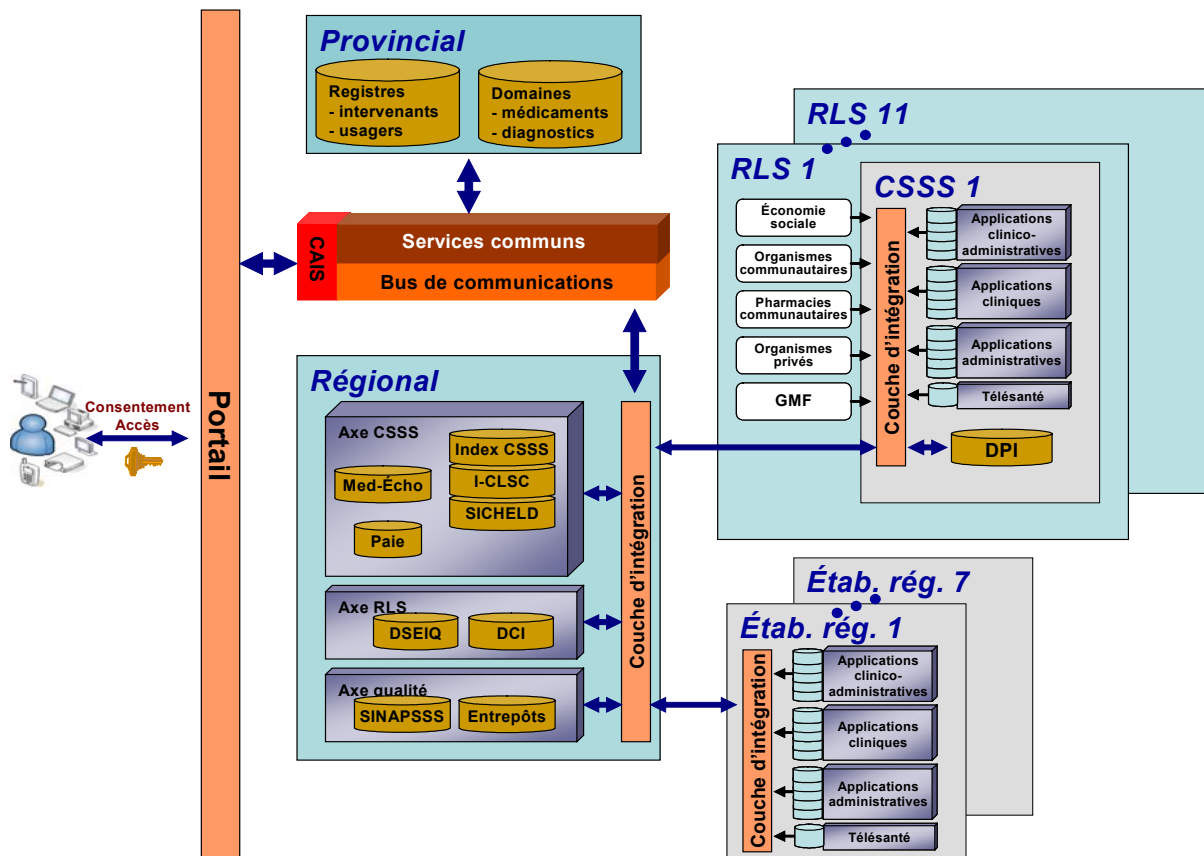
En prenant appui sur l'architecture cible du MSSS, la Montérégie devra implanter une architecture régionale tenant compte de sa réalité propre, de ses besoins spécifiques et de la vision qui anime le projet montérégien de développement des RLS. Les efforts de l'Agence, en appui à la stratégie de réalisation du plan d'informatisation du Ministère, porteront sur :

- La mise en place des composantes;
- L'adoption de normes relativement à l'information et aux technologies;
- Le développement des services communs.

12.1 Architecture organisationnelle

L'architecture organisationnelle explique l'intégration des systèmes d'information des trois paliers de gouverne. Au niveau provincial, la complexité des interactions et la nécessité de la haute disponibilité des services communs demandent la mise en place du bus de communication et de la couche d'accès de l'information en santé (CAIS). Ces moyens de communication correspondent à des systèmes de niveau entreprise. Aux niveaux local et régional, la couche d'intégration permet d'assurer une garantie de livraison des messages entre les différents systèmes d'information. De façon à faciliter les accès distants, nous décrivons l'architecture d'intégration à la section 12.4.

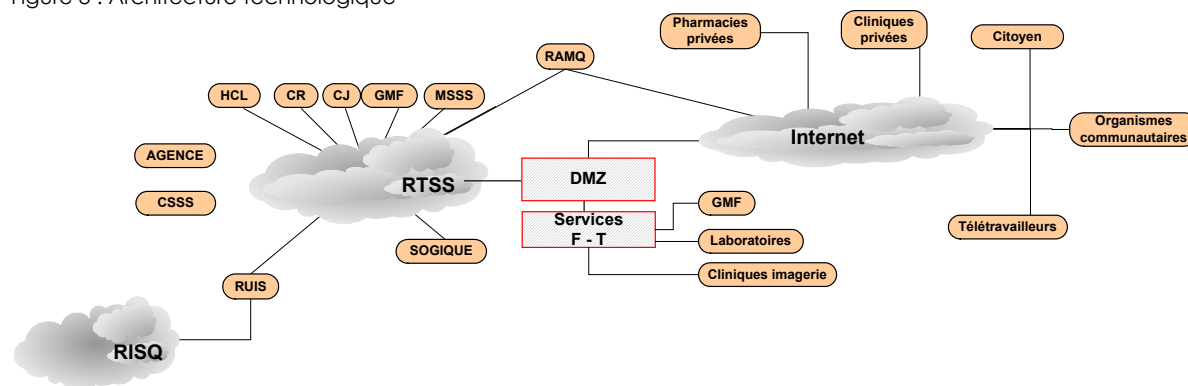
Figure 7 : Architecture organisationnelle



12.2 Architecture technologique

Notre architecture technologique respecte la structure actuelle du RTSS ainsi que des réseaux partenaires. De plus, l'accès distant par Internet, en télétravail ou à titre de travailleur autonome, s'effectue via la zone démilitarisée (DMZ). La qualité de service du RTSS sera très importante au succès des solutions provinciales, régionales et locales (RLS). Il faudra étudier particulièrement les problèmes techniques, qui n'incluent pas seulement des accès lents, mais aussi des déconnexions intermittentes.

Figure 8 : Architecture technologique



Nous favorisons les différentes normes d'interopérabilité. Elles sont nombreuses et évoluent sans cesse, telle que les normes HL7 CDA, v 3.0 et CCOW. La figure qui suit donne un aperçu des principales normes actuelles :

Figure 9 : Les différentes normes

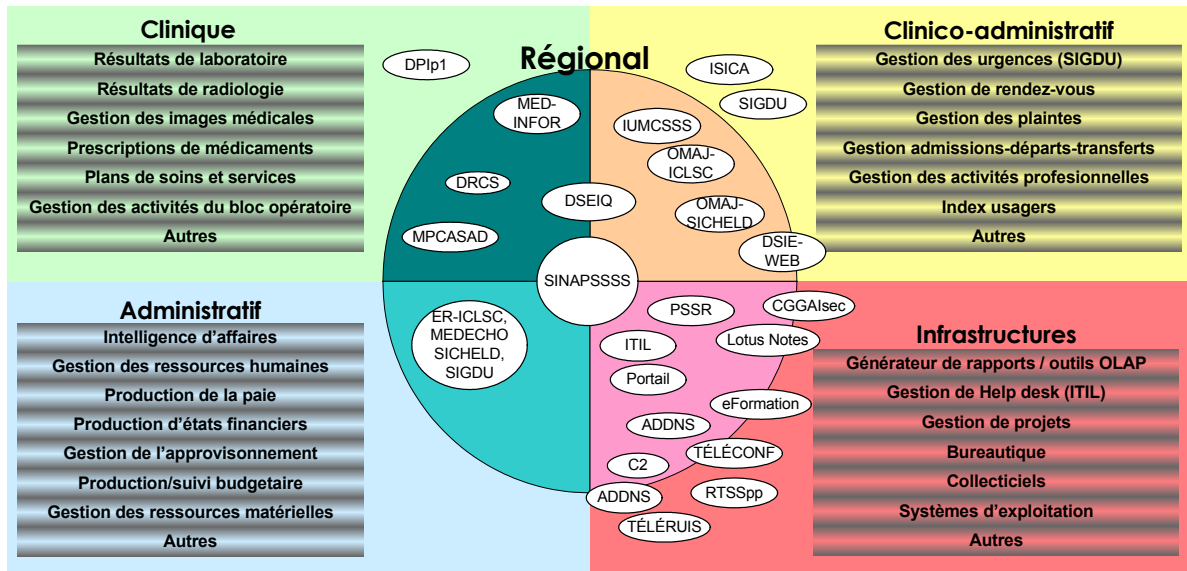
Présentation	Interface riche : Win32, .NET Interface téléportée : ICA, RDP Mobile : WAP, WML Portails : JSR 168, WSRP Web : HTML, CSS, Javascript
Intégration	Contexte : CCOW Données : XML, HL7 CDA EDI : ASC X12, ebXML Normatif : Profils IHE Messages : HL7 2.4/3.0, DICOM Répertoire : LDAP Transformation : XSLT Transport : HTTP, SMS, SMTP, SSL, TCP/IP
Métier	Cadres applicatifs : J2EE, .NET Orientation : SOA Processus : BPEL4WS Services Web : SOAP, WSDL, UDDI
Données	Appareils : IEEE 1073 Clinique : HL7 RIM, LOINC, NCPDP SCRIPT Codage : CIM-10-CA, SNOMED Documents : PDF/A Metadonnées : ISO11179, CWM
Infrastructures et services communs	Architecture : Orientation MSSS Gestion : CMMI, CobiT, ITIL, P+ Sécurité : CGGAI, ISO17799 Téléphonie IP : H.323 et SIP

Architecture fonctionnelle

La figure 10 présente l'architecture fonctionnelle des différents projets régionaux. Le niveau local a été divisé en quatre axes, soient administratif, clinico-administratif, clinique et infrastructures. Le niveau régional est présenté sous la forme d'un cercle au centre de la figure, lui-même divisé selon les quatre axes. Enfin, la distribution des projets a été effectuée selon leur degré d'appartenance local/régional et selon les quatre axes.

Figure 10 : Architecture fonctionnelle

Local



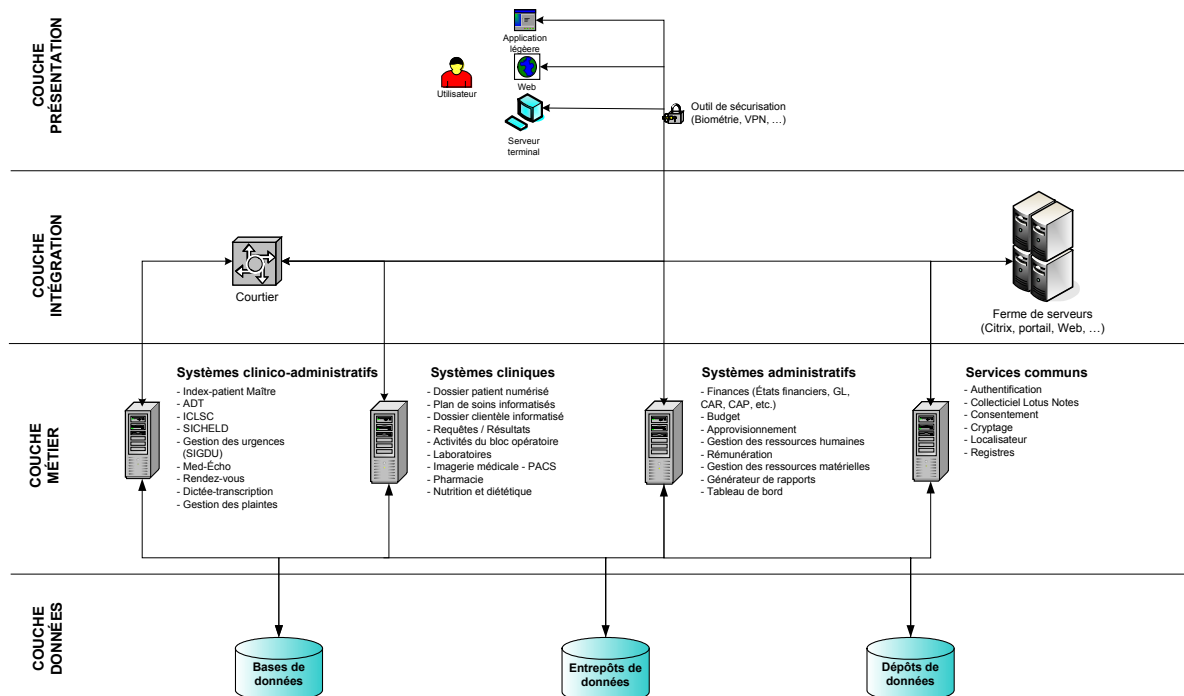
12.3 Architecture d'intégration

Nous favorisons l'approche d'architecture orientée service (SOA). Cette approche repose sur invocation de services normalisée, découplée et indépendante de la plate-forme. Elle favorise ainsi l'interopérabilité des systèmes d'information, grâce à l'utilisation de normes reposant la plupart sur le XML, soient :

- services Web (SOAP)
- description des services (WSDL)
- répertoire des services (UDDI)
- transport des messages (WS-ReliableMessaging, ...)
- description des processus (BPEL4WS, ...)
- sécurité (WS-Security, ...)

De plus, afin de maximiser la réutilisation des systèmes qui seront déployés, nous préférons les systèmes d'information développés selon une architecture multiniveau.

Figure 11 : Architecture multiniveau



13. PLANIFICATION RÉGIONALE

13.1 Description des projets retenus

Projet 1.3 - Mobilité du personnel clinique aux soins à domicile

Ce projet consiste à mettre en place un système d'information permettant de relier, lorsque possible en temps réel, les intervenants du soutien à domicile lors de leurs déplacements. Ce système facilitera le travail de l'intervenant et surtout, l'accès à l'information par le médecin traitant.

Les principaux bénéfices incluent :

- Meilleurs services rendus à l'utilisateur par un suivi plus serré;
- Temps de réponse à une demande ou à un changement d'un service beaucoup plus court;
- Couverture accrue et meilleure qualité des informations qui seront saisies à la source, une seule fois.

Projet 1.5 - Index patient maître CSSS

Il s'agit du projet provincial d'index patient maître pour les CSSS. L'Agence de la Montérégie s'est grandement impliquée dans la mise en œuvre de ce projet qui consiste à mettre en place un index maître regroupant les informations des index locaux de chaque CSSS afin d'obtenir un identifiant unique pour un même usager. Ce projet est un préalable à de nombreux autres.

Les principaux bénéfices incluent l'optimisation du temps d'intervention et de la prise en charge par la simplification de l'identification des usagers, tout en minimisant les impacts sur les processus de travail actuels et l'interopérabilité.

Projet 1.7 - Support à l'implantation des dossiers patients informatisés

L'Agence contribuera par l'apport de son expertise à l'implantation des dossiers patients informatisés (DPI) pour chaque établissement, lesquels visent à unifier la vue des intervenants sur les informations cliniques d'un usager. Le DPI prend plusieurs formes selon la mission de l'établissement et le fournisseur impliqué. L'emphasis sera mise sur l'intégration d'un continuum de soins et services.

Le DPI apporte une vue simplifiée et intégrée de l'information ainsi que la disponibilité accrue et la versatilité de l'exploitation de l'information. L'implantation demande la redéfinition de certains processus d'affaires vers un fonctionnement plus efficient.

Projet 1.8 - Informatisation des services de l'urgence

L'implantation des logiciels normalisés SIGDU facilite la gestion du service de l'urgence tout en rendant disponible des indicateurs clés. Il est issu d'une collaboration conjointe de

l'Agence, du MSSS et des établissements. Pour la Montérégie, ce projet est important puisqu'il permet de se doter d'une vision régionale des activités des urgences.

Les principaux bénéfices escomptés incluent :

- L'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services livrés à la population;
- L'amélioration des échanges intervenants/patients et aussi entre les intervenants;
- L'optimisation des infrastructures et des acquis informationnels.

Projet 1.9 - Formation à distance

Lorsque vient le temps de former le personnel, il n'est pas toujours aisé de trouver un lieu et un horaire commun à tous. Ainsi, la formation à distance permet à l'apprenant de se perfectionner ou d'acquérir de nouvelles connaissances selon ses disponibilités. Le suivi interactif qui est fait à l'apprenant lui permet de s'assurer de sa compréhension.

Les principaux bénéfices consistent en la réduction des frais de déplacement des utilisateurs, la disponibilité continue des capsules de formation et l'apprentissage au rythme de l'utilisateur.

Projet 1.10 - Implantation du CGGAI - volet sécurité

L'implantation du Cadre global de gestion des actifs informationnels – volet sécurité est une directive du Ministère s'imposant comme une obligation perpétuelle et incontournable des différents acteurs du réseau montréalais. Le Cadre global comporte 64 mesures de sécurité, dont 15 ont été identifiées comme prioritaires. Celles-ci favoriseront une gestion adéquate des actifs informationnels.

Projet 1.11 - Intégration des systèmes d'information clinico-administratifs

Après l'homogénéisation des systèmes administratifs, la prochaine étape pour permettre un fonctionnement intégré des CSSS s'oriente vers les systèmes clinico-administratifs. Ce projet implique donc minimalement la mise à jour, mais préférablement une intégration fonctionnelle axée vers le CSSS.

Projet 1.12 - Optimisation et mise à jour des systèmes SICHELD

Plusieurs systèmes d'information SICHELD montréalais doivent être mis à jour, ce qui inclut la plate-forme technologique, les fonctionnalités disponibles et les façons de faire. Ce projet permettra une optimisation des investissements, favorisée par un déploiement régional. De plus, au niveau des intervenants, il devrait y avoir une amélioration du travail. Cette amélioration proviendrait de la diminution du temps d'adaptation et de formation des nouveaux intervenants par la normalisation.

Projet 1.13 - Optimisation et mise à jour des systèmes I-CLSC

L'optimisation des systèmes I-CLSC s'effectuera à deux niveaux. Le premier consiste en une mise à jour des serveurs devenus désuets voir même en fin de vie utile. Le second favorisera la qualité des données saisies.

Projet 2.14 - Téléconférence reliant les différents milieux d'un RLS

Ce projet, qui sera réalisé en concordance avec la vision des RUIS de la Montérégie, favorise la mise en place des communautés de pratique via la téléconférence. Le principal bénéfice recherché est le taux de participation aux discussions qui sera favorisé conséquemment à une diminution des déplacements.

Projet 2.15 - Déploiement élargi de DSIE version Web

La demande de service inter-établissements (DSIE) constitue le principal outil disponible qui supporte la continuité des soins et services. Bien que la forme actuelle soit minimale et technologiquement difficile à déployer dans un RLS (hors RTSS), la nouvelle version Web améliorera grandement son déploiement. La région croit à la solution, dont une évolution vers des normes telles que le « continuity of care record (CCR) », principalement utilisé aux États-Unis) et le « clinical document architecture (CDA) ». Il faudra également s'assurer que les fournisseurs du réseau comprennent l'importance et l'impact de DSIE.

Ce projet permet une meilleure intégration des différentes applications, la normalisation des informations qui doivent s'échanger entre les différents intervenants ainsi que la conservation des différentes références pour consultation ultérieure.

Projet 2.16 - Intégration des laboratoires au DSEiQ

La Montérégie fait partie des trois régions pilotes pour l'implantation du dossier de santé électronique interopérable du Québec (DSEiQ). Le domaine des résultats des laboratoires semble particulièrement porteur puisqu'il devrait faciliter l'accès aux résultats afin d'éviter les duplications de tests.

Les principaux bénéfices sont la diminution du nombre de tests de laboratoire redondants, l'acheminement des informations aux intervenants au moment opportun, l'automatisation de certains processus de travail ainsi que la disponibilité d'un service de conservation régional facilitant les références entre intervenants.

Projet 2.17 - Migration vers la forêt régionale AD et DNS

Ce projet consiste à déployer, pour la région, une architecture AD/DNS en lien avec la structure nationale. Voici une brève description des termes AD et DNS :

- **AD (Active directory)** est un service d'annuaire qui renferme des informations relatives aux objets d'un réseau et met celles-ci à la disposition des utilisateurs et des administrateurs réseau.
- **DNS (Domain Name System)** est un service servant essentiellement à faire la résolution de noms entre une adresse IP et un nom d'hôte. L'AD et le DNS sont intimement liés.

En prévision de l'adoption de la technologie AD de Microsoft, SOGIQUE a formé un groupe de travail dont le mandat était le développement d'une architecture DNS basée sur la racine "rtss.qc.ca", répondant au besoin de publication de services intégrés au RTSS et capables de supporter l'architecture AD à venir. Le but visé était de faire en sorte que le

déploiement d'applications régionales et provinciales utilisées par des milliers de postes soit facilité et ainsi éviter des pertes de service dues à la résolution de noms.

Projet 2.18 - Amélioration transitoire du RTSS vers le RETEM

Ce projet consiste à rehausser, de façon transitoire, l'infrastructure actuelle du RTSS en améliorant la sécurité, la fiabilité, la stabilité et la performance. Il supporte les investissements initiaux de migration de la technologie ATM vers la technologie de type LANX.

Le principal bénéfice est d'augmenter la bande passante afin de permettre le déploiement des différentes solutions qui supportent les CSSS et leur RLS.

Projet 2.19 - Support à la mise en place des projets en télésanté des RUIS

Les différents efforts en télésanté relèvent des RUIS. Cependant, l'adaptation de ces projets à la réalité régionale sera l'un des facteurs clés de succès. Ce projet vient soutenir ces efforts. Le principal bénéfice escompté est la réussite des différents projets en Montérégie, qui est impliquée dans trois RUIS.

Projet 2.20 - Informatisation de la première ligne

Les omnipraticiens en clinique privée ont de nombreuses attentes vis-à-vis la réforme du réseau de la santé. À cet égard, la mise en place des GMF apporte une certaine informatisation de groupes ciblés. Ce projet se veut un déclencheur qui permettra une première vague d'informatisation étendue des cliniques médicales. Son déroulement s'effectuera par phases successives et sera supporté par un financement conjoint avec les médecins.

Les principaux bénéfices attendus sont :

- Diminution des tests de laboratoire en évitant certains doublons;
- Mise en place des infrastructures qui favoriseront l'utilisation du DSEiQ;
- Relier efficacement la première ligne montérégienne avec les différents acteurs pour les continuums d'intervention.

Projet 2.21 - Portail applicatif des intervenants

Le portail applicatif des intervenants fait partie intégrante du DSEiQ puisqu'il représente la couche d'accès aux informations cliniques. Ce projet a déjà fait l'objet d'une demande de participation auprès du MSSS. Ce dernier demande d'attendre à la prochaine vague de financement des RLS, prévue en 2006.

Les bénéfices prévus incluent la simplicité d'utilisation des différentes applications cliniques, le support de l'accès distant (important dans un contexte RLS) et la personnalisation de l'expérience d'utilisation.

Projet 2.22 - Mise en conformité de la salle des serveurs régionale

Ce projet résulte de la croissance des besoins des établissements dans l'utilisation d'applications hébergées par le TCR de la Montérégie. La nouvelle salle des serveurs sera en mesure de combler les besoins actuels et prévoir les besoins futurs. Elle respectera les normes de sécurité actuelles. Il s'agit d'un projet incontournable puisqu'il définit les emplacements physiques où seront installés les futurs serveurs, dont celui de l'index patient maître CSSS.

Projet 2.23 - Registre régional du cancer

Ce projet consiste à mettre en place un registre régional des tumeurs et des registres locaux dans les CSSS ayant une équipe d'oncologie pour documenter, de façon uniforme, la problématique de la lutte contre le cancer. Le registre régional des tumeurs sera développé et constitué à partir des registres locaux qui seront la principale source d'alimentation du registre régional. Éventuellement, ces données régionales seront acheminées au niveau provincial. Une collecte de données de qualité en oncologie demandera des efforts sérieux sur le terrain. Cet investissement local se justifie uniquement par une utilisation optimale de ces données à tous les paliers (local, régional et provincial) qui ont besoin d'informations pour remplir leurs obligations dans la lutte contre le cancer.

Projet 3.24 - Entrepôt régional I-CLSC

Projet 3.25 - Entrepôt régional Med-Echo

Projet 3.26 - Entrepôt régional SICHELD

Projet 3.27 - Entrepôt régional SIGDU

Ces différents projets se rapportent au déploiement d'un entrepôt régional, alimenté par les systèmes locaux, de façon à faciliter la prise de décisions cliniques et administratives. Les principaux bénéfices seraient :

- Amélioration continue des services à la population;
- Éléments comparables pour les établissements;
- Diminution du délai de rétroaction, donc accroissement de l'agilité organisationnelle.

Projet 3.28 - Système d'information pour l'aide à la planification sociosanitaire

Le système d'information pour l'aide à la planification sociosanitaire est un outil qui vise, en priorité, les champs suivants :

- Intégration et continuité de services : doter l'Agence et son réseau, d'instruments qui lui permettront d'accéder rapidement, efficacement et sans chevauchement à l'information dont ils ont pertinemment besoin afin de mieux planifier, gérer, évaluer et optimiser leurs activités.

- Organisation des services : mieux comprendre les besoins de la population et mieux cibler les clientèles afin de rendre les services les plus appropriés à la population.

Ce projet s'articule autour des axes suivants :

- Organisation intégrée des ressources informationnelles;
- Soutien à la prise de décisions cliniques et de gestion par la production et la diffusion d'informations pertinentes dans tous les secteurs d'activités;
- Soutien efficace des utilisateurs dans l'accès, le traitement et l'analyse de l'information;
- Application d'une approche d'expertise par continuum d'intervention selon les différents paliers de gouverne.

Projet 3.29 - Implantation des meilleures pratiques ITIL

Ce projet consiste à implanter les meilleures pratiques en technologies de l'information dans les services opérationnels de l'Agence. Par la suite, les connaissances acquises seront transférées vers les établissements de la Montérégie. L'implantation de la norme ITIL amènera sans contredit une satisfaction accrue des utilisateurs des systèmes régionaux, l'amélioration des performances des systèmes ainsi qu'un apprentissage organisationnel en continu.

13.2 Ordonnancement des projets

Le tableau 29 présente l'ordonnancement des projets priorisés pour les trois périodes annuelles 2005-2006, 2006-2007 et 2007-2008. Chaque période a été subdivisée en trois semestres : S1 (janvier à avril), S2 (mai à août) et S3 (septembre à décembre).

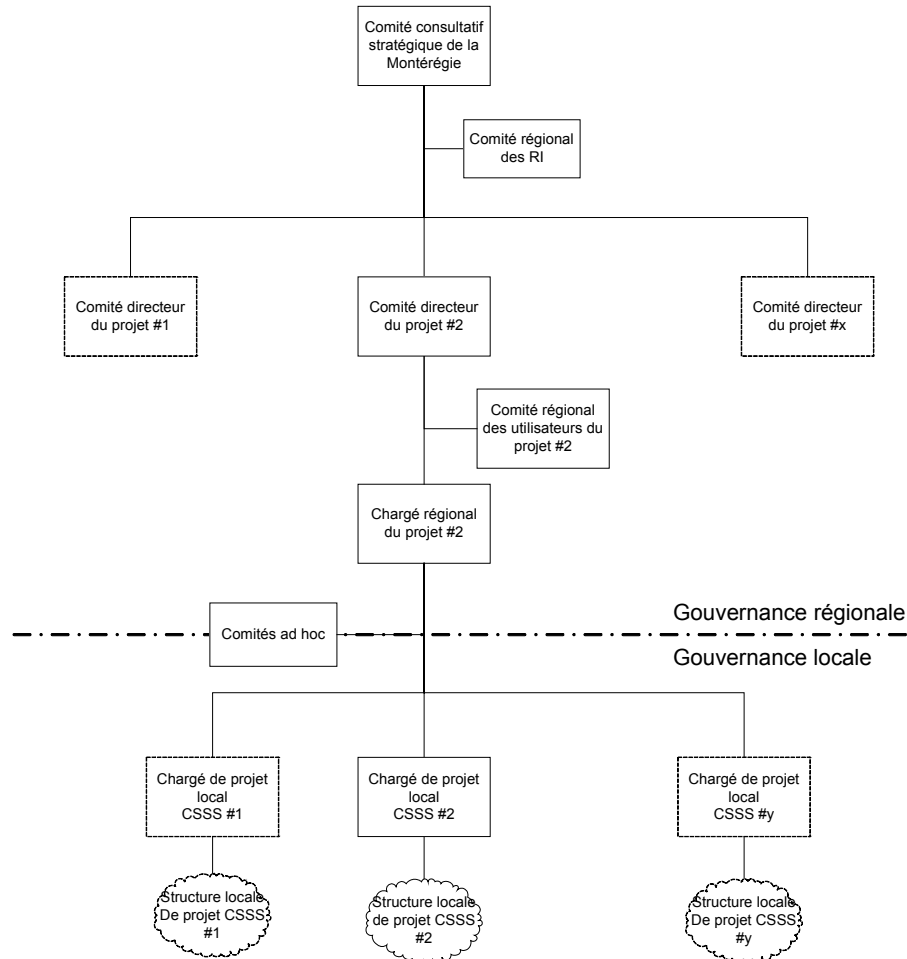
Tableau 29 : Ordonnancement des projets priorisés

No. Projet	2005-2006			2006-2007			2007-2008		
	S1	S2	S3	S1	S2	S3	S1	S2	S3
1.3 MPCASAD									
1.5 IUMCSSS									
1.7 DPip1									
1.8 SIGDU									
1.9 eFormation									
1.10 CGGAlsec									
1.11 ISICA									
1.12 OMAJ-SICHED									
1.13 OMAJ-ICLSC									
2.14 TÉLÉCONF									
2.15 DSIE-WEB									
2.16 DSEiQlabo									
2.17 ADDNS									
2.18 RTSSpp									
2.19 TÉLÉRUIS									
2.20 MED-INFOR									
2.21 PORTAIL									
2.22 PSSR									
2.23 DRCS									
3.24 ER-ICLSC									
3.25 ER-MEDECHO									
3.26 ER-SICHELD									
3.27 ER-SIGDU									
3.28 SINAPSSSS									
3.29 ITIL									

13.3 Gouvernance des projets sélectionnés

La gouvernance des projets est présentée à l'organigramme qui suit :

Figure 12 : Organigramme de gouvernance des projets régionaux



13.3.1 Comité de coordination stratégique de la Montérégie - CCSM

Objectifs

- Approuver les orientations proposées par le comité régional des RI;
- Partager les meilleures pratiques de gestion;
- Harmoniser les offres de services des RLS et des établissements régionaux;
- Faire le point sur le monitoring des projets locaux et régionaux;
- Suivre les résultats et les indicateurs de performance;
- Déterminer les groupes de travail et leur attribuer des mandats;
- Optimiser l'utilisation des ressources régionales.

Composition

- Président-directeur général de l'Agence;
- Directeurs généraux des CSSS (onze);
- Directeurs généraux des établissements régionaux (sept);
- Directeurs de l'Agence.

Rôle et responsabilités

- Donne et manifeste son appui au projet régional d'implantation des ressources informationnelles;
- Approuve la structure organisationnelle des projets proposés;
- Adopte les résolutions requises pour officialiser les démarches de déploiement des ressources informationnelles.

13.3.2 Comité régional des RI

Objectifs

- Permettre les échanges entre les décideurs en ressources informationnelles de la Montérégie;
- Faire un suivi des projets porteurs régionaux.

Composition

- Coordonnateur des ressources informationnelles de l'Agence de la Montérégie;
- Directeurs et coordonnateurs des ressources informationnelles de tous les établissements de la région.

Rôles et responsabilités

- Approuve l'échéancier général des mises en œuvre pour les 3 prochaines années;
- Désigne les membres des comités directeurs de projets pour chacun des projets;
- Obtient et maintient l'appui des hautes directions des établissements;
- Propose des orientations au CCSM;
- S'assure de la mise en place de la structure organisationnelle de gestion de projet;
- Se prononce sur les objectifs de normalisation des ressources informationnelles pour la région;
- S'assure du financement adéquat des projets;
- Veille au respect des orientations et objectifs du MSSS.

13.3.3 Comité directeur de projet

Il existe un comité directeur par projet régional.

Objectifs

- Choisir certaines orientations;
- Veiller à la bonne marche du projet.

Composition

- Chargé régional du projet;
- Responsables des unités administratives visées par le projet, à un maximum de 10 membres.

Rôles et responsabilités

- Approuve le budget, les changements et la répartition des paiements;
- Approuve le manuel d'organisation du projet et les livrables;
- Approuve les changements à la portée du projet;
- Approuve les recommandations d'approvisionnement;
- Décide des suites au projet;
- S'assure du maintien des orientations;
- Suit le déroulement du projet.

13.3.4 Comité régional des utilisateurs

Objectifs

- S'assurer de l'adhésion de ses pairs au projet tout en informant le comité des besoins, attentes, contraintes et problèmes qu'il aura identifiés.

Composition

- Quelques utilisateurs chevronnés appartenant aux unités administratives visées par le projet.

Rôles et responsabilités

- Approuver l'étude des besoins;
- Définir les besoins, les attentes, les contraintes et les problèmes liés aux différents domaines d'affaires soutenus;
- Élaborer des solutions afin de régler les points en suspens;
- Maintenir la visibilité du projet;
- Participer à l'avancement du projet;
- Proposer les stratégies de gestion du changement;
- S'assurer de la conformité de la solution en regard des besoins;
- Valider les biens livrables.

13.3.5 Chargé de projet régional

Objectifs

- Planifie, coordonne et organise le projet régional.

Rôles et responsabilités

- Avise le comité directeur de tout écart au projet;
- Prépare l'appel d'offres aux fournisseurs;
- Reçoit et évalue les offres de services;

- Négocie le protocole d'entente avec le fournisseur retenu;
- Prépare l'ordonnancement de mise en œuvre;
- Élabore l'échéancier détaillé du projet;
- Effectue le suivi budgétaire;
- S'assure de la documentation complète du projet;
- Suggère et obtient les nominations des chargés de projets de chacun des CSSS;
- Gère les relations avec les fournisseurs;
- Gère les risques du projet;
- Coordonne, dirige et fait le suivi des activités avec les chefs de projets locaux.

13.7.6 Comité ad hoc

Objectifs

- Créer un lieu d'échange et décisionnel circonscrit en fonction d'une problématique particulière.

Composition

- Quelques utilisateurs chevronnés appartenant aux unités administratives visées par le projet.

Rôles et responsabilités

- Au besoin, donne son avis et conseille sur le contenu des livrables du projet.

13.7.7 Chargé de projet local

Objectifs

- Planifie, coordonne et organise le projet local.

Composition

- Directeur et coordonnateur des ressources informationnelles de l'établissement.

Rôles et responsabilités

- Avise son comité directeur et le chargé de projet régional de tout écart au projet;
- Négocie, au besoin, son protocole d'entente avec le fournisseur retenu;
- Prépare l'ordonnancement de mise en œuvre;
- Élabore l'échéancier détaillé du projet local;
- Effectue le suivi budgétaire;
- S'assure de la documentation complète du projet;
- Gère les risques du projet local;
- Met en place la gouverne locale du projet;
- Prépare les rapports périodiques de suivi de projet;
- Maintient le plan à jour;
- Prépare le plan de communication;
- Prépare le plan de gestion du changement;

- Gère la révision des processus de travail;
- Gère les demandes de changement;
- Gère les points en suspens;
- Fait le suivi budgétaire avec le chef régional;
- Gère les ressources humaines sous la direction;
- Produit le post-mortem du projet;
- Se rapporte au regroupement régional des chargés de projet.

13.4 L'arrimage avec le plan provincial

Pendant les premières années en particulier, la planification stratégique doit avoir la capacité et la flexibilité de s'arrimer avec les grands travaux du Ministère. En effet, les éléments présentés dans les architectures cibles de la Montérégie (CAIS, Bus de communication) utilisent les infrastructures du plan provincial et respecte sa philosophie. Les services communs régionaux sont aussi élaborés dans ce sens. La Montérégie entend bien profiter des investissements importants dans les projets du DSEiQ et des registres de la RAMQ.

13.4 Estimation financière

Le montage financier repose sur trois années, ce qui inclut l'année en cours. Nous avons identifié les sources de financements de l'Agence, qui semblent adéquats. La contribution des établissements et des médecins (1^{ère} ligne médicale) s'arrime majoritairement aux coûts récurrents. Pour le MSSS, il s'agit d'investir des sommes en contrepartie, de façon à contribuer aux actions régionales qui permettent de mettre en place le plan d'informatisation du réseau.

Le montage est présenté au tableau 30. Chaque ligne du tableau correspond à un projet. Les trois premières colonnes présentent les résultats de la consultation, soit perti(nence), faisabilité et un total pondéré (70 % perti. + 30 % fais.). Les trois colonnes suivantes indiquent les axes stratégiques visés (A1, A2 et A3). La priorité des projets est numérotée de 1 à 24. Enfin le financement estimé est présenté dans les données qui suivent, ventilé selon deux variables, soient le temps (an 1, an 2 et an 3) et la source de financement.

Pour avoir le détail de chaque projet, vous référer à l'annexe 2.

Tableau 30 : Montage financier des projets priorités

No.	Nom	Perti.	Faisa.	Total	A1	A2	A3	Prio.	An 1	An 2	An 3	Total	Fédéral	MSSS	Agence	Établissements	Cliniques	Autres	Total	
2.18	RTSSpp	4,7	4,3	4,6	x	X		1	150 000 \$	150 000 \$	- \$	300 000,00 \$	- \$	- \$	200 000 \$	100 000 \$	- \$	- \$	300 000 \$	
1.5	IUMCSSS	4,7	3,7	4,4	X	x		2	80 000 \$	4 280 000 \$	460 000 \$	4 820 000,00 \$	2 880 000 \$	650 000 \$	790 000 \$	500 000 \$	- \$	- \$	4 820 000 \$	
1.7	DPlp1	4,6	3,4	4,2	X	x		3	1 400 000 \$	2 500 000 \$	2 500 000 \$	6 400 000,00 \$	1 400 000 \$	800 000 \$	2 100 000 \$	2 100 000 \$	- \$	- \$	6 400 000 \$	
1.11	ISICA	4,2	3,6	4,0	X	x	x	4	500 000 \$	1 050 000 \$	900 000 \$	2 450 000,00 \$	- \$	- \$	1 350 000 \$	1 100 000 \$	- \$	- \$	2 450 000 \$	
1.10	CGGAIssec	4,4	3,1	4,0	X	x	x	5	400 000 \$	600 000 \$	400 000 \$	1 400 000,00 \$	- \$	- \$	700 000 \$	700 000 \$	- \$	- \$	1 400 000 \$	
1.13	OMAJ-ICLSC	4,1	3,5	3,9	X	x	x	6	150 000 \$	- \$	- \$	150 000,00 \$	- \$	- \$	150 000 \$	- \$	- \$	- \$	150 000 \$	
1.12	OMAJ-SICHELD	4,1	3,4	3,9	X	x	x	7	30 000 \$	500 000 \$	- \$	530 000,00 \$	- \$	- \$	280 000 \$	250 000 \$	- \$	- \$	530 000 \$	
1.8	SIGDU	3,9	3,7	3,8	X		x	8	980 000 \$	90 000 \$	90 000 \$	1 160 000,00 \$	- \$	300 000 \$	80 000 \$	780 000 \$	- \$	- \$	1 160 000 \$	
2.16	DSEIqlabo	3,9	3,0	3,6	x	X		9	280 000 \$	800 000 \$	400 000 \$	1 480 000,00 \$	600 000 \$	400 000 \$	380 000 \$	100 000 \$	- \$	- \$	1 480 000 \$	
2.23	DRCS	4,0	2,7	3,6	x	X	x	10	- \$	- \$	90 000 \$	90 000,00 \$	- \$	- \$	90 000 \$	- \$	- \$	- \$	90 000 \$	
1.3	MPCASAD	3,9	2,9	3,6	X			11	200 000 \$	200 000 \$	275 000 \$	675 000,00 \$	- \$	- \$	500 000 \$	175 000 \$	- \$	- \$	675 000 \$	
2.20	MED-INFOR	3,9	2,7	3,5	x	X		12	1 100 000 \$	1 750 000 \$	3 050 000 \$	5 900 000,00 \$	- \$	300 000 \$	1 500 000 \$	1 300 000 \$	2 800 000 \$	- \$	5 900 000 \$	
2.19	TÉLÉRUIS	3,7	3,1	3,5	x	X		13	50 000 \$	80 000 \$	120 000 \$	250 000,00 \$	- \$	- \$	250 000 \$	- \$	- \$	- \$	250 000 \$	
3.28	SINAPSSSS	3,7	3,1	3,5			X	13	200 000 \$	1 050 000 \$	1 050 000 \$	2 300 000,00 \$	- \$	1 000 000 \$	1 200 000 \$	100 000 \$	- \$	- \$	2 300 000 \$	
2.15	DSIE-WEB	3,5	3,2	3,4		X		14	100 000 \$	400 000 \$	400 000 \$	900 000,00 \$	- \$	300 000 \$	350 000 \$	250 000 \$	- \$	- \$	900 000 \$	
1.9	eFormation	3,3	3,4	3,3	X		x	15	50 000 \$	30 000 \$	30 000 \$	110 000,00 \$	- \$	- \$	110 000 \$	- \$	- \$	- \$	110 000 \$	
2.14	TÉLÉCONF	3,4	3,0	3,3		X		18	35 000 \$	35 000 \$	- \$	70 000,00 \$	- \$	- \$	30 000 \$	30 000 \$	10 000 \$	- \$	70 000 \$	
3.24	ER-ICLSC	3,4	3,0	3,3			X	16	- \$	150 000 \$	30 000 \$	180 000,00 \$	- \$	- \$	180 000 \$	- \$	- \$	- \$	180 000 \$	
3.25	ER-MEDECHO	3,4	3,0	3,3			X	17	100 000 \$	20 000 \$	20 000 \$	140 000,00 \$	- \$	- \$	140 000 \$	- \$	- \$	- \$	140 000 \$	
3.29	ITIL	3,3	3,0	3,2	x		X	19	80 000 \$	150 000 \$	150 000 \$	380 000,00 \$	- \$	- \$	380 000 \$	- \$	- \$	- \$	380 000 \$	
2.17	ADDNS	3,1	3,4	3,2	x	X		20	140 000 \$	100 000 \$	10 000 \$	250 000,00 \$	- \$	- \$	150 000 \$	100 000 \$	- \$	- \$	250 000 \$	
3.26	ER-SICHELD	3,3	2,9	3,2			X	21	20 000 \$	100 000 \$	30 000 \$	150 000,00 \$	- \$	- \$	150 000 \$	- \$	- \$	- \$	150 000 \$	
3.21	PORTAIL	3,3	2,8	3,2	x	X		22	30 000 \$	600 000 \$	650 000 \$	1 280 000,00 \$	700 000 \$	250 000 \$	280 000 \$	50 000 \$	- \$	- \$	1 280 000 \$	
3.27	ER-SIGDU	3,2	3,0	3,1			X	23	100 000 \$	20 000 \$	20 000 \$	140 000,00 \$	- \$	- \$	140 000 \$	- \$	- \$	- \$	140 000 \$	
2.22	PSSR	1,9	2,1	2,0	x	X	x	24	500 000 \$	- \$	- \$	500 000,00 \$	- \$	- \$	500 000 \$	- \$	- \$	- \$	500 000 \$	
PONDÉRATION:		70%	30%	100%					TOTAL:	6 675 000,00 \$	14 655 000,00 \$	10 675 000,00 \$	32 005 000,00 \$	5 580 000,00 \$	4 000 000,00 \$	11 980 000,00 \$	7 635 000,00 \$	2 810 000,00 \$	0,00 \$	32 005 000,00 \$

BIBLIOGRAPHIE

Documents consultés pour la rédaction

Documents nationaux

1. Architecture de sécurité – Infrastructure technologique – Volet Échange, MSSS, 22 pages, document électronique.
2. Standard du Gouvernement du Québec pour les ressources informationnelles – Cadre commun d'interopérabilité – Volet 1 – Intégration des données et des processus d'affaires, 50 pages, version 1.0, 19 septembre 2003, document papier.
3. Standard du Gouvernement du Québec pour les ressources informationnelles – Cadre commun d'interopérabilité – Volet 2 – Échange et présentation des documents, 52 pages, version 1.0, 19 septembre 2003, document papier.
4. Standard du Gouvernement du Québec pour les ressources informationnelles – Cadre commun d'interopérabilité – Volet 3 – Interconnexion de systèmes de télécommunications et de systèmes informatiques, 53 pages, version 1.0, 19 septembre 2003, document papier.
5. Standard du Gouvernement du Québec pour les ressources informationnelles – Cadre commun d'interopérabilité – Volet 4 – Soutien de la langue française et internationalisation des documents, 23 pages, version 1.0, 19 septembre 2003, document papier.
6. Plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux – Présentation générale, MSSS, mars 2004, 39 pages, document papier
7. Plan d'organisation des ressources TI du réseau de la santé – Guide conseil sur l'optimisation des actifs informatiques, MSSS, septembre 2004, 26 pages, document papier.
8. Avant-projet sur l'infrastructure santé au Québec, MSSS, mai 2004, 75 pages, document papier.
9. Architecture globale V1 – Cahier 1: Les grandes orientations pour l'informatisation du réseau, MSSS, juillet 2004, 56 pages, document papier.
10. Le développement des ressources informationnelles du réseau, Pour des technologies de l'information au service de l'humain. MSSS, octobre 2004, 12 pages, document électronique.
11. La circulation des renseignements de santé dans le réseau de la santé et des services sociaux tel que proposé par le projet de loi 83, MSSS, février 2005, 17 pages, document électronique.
12. L'intégration des services de santé et des services sociaux : Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de santé et de services sociaux, MSSS, février 2004, 25 pages, document électronique.

13. Vision et stratégie de déploiement des systèmes PACS au Québec, MSSS, février 2005, 49 pages, document papier.

Documents régionaux

14. Orientations Télésanté en Montérégie, ADRLSSSM, mai 2005, 25 pages, document papier.

Autres documents

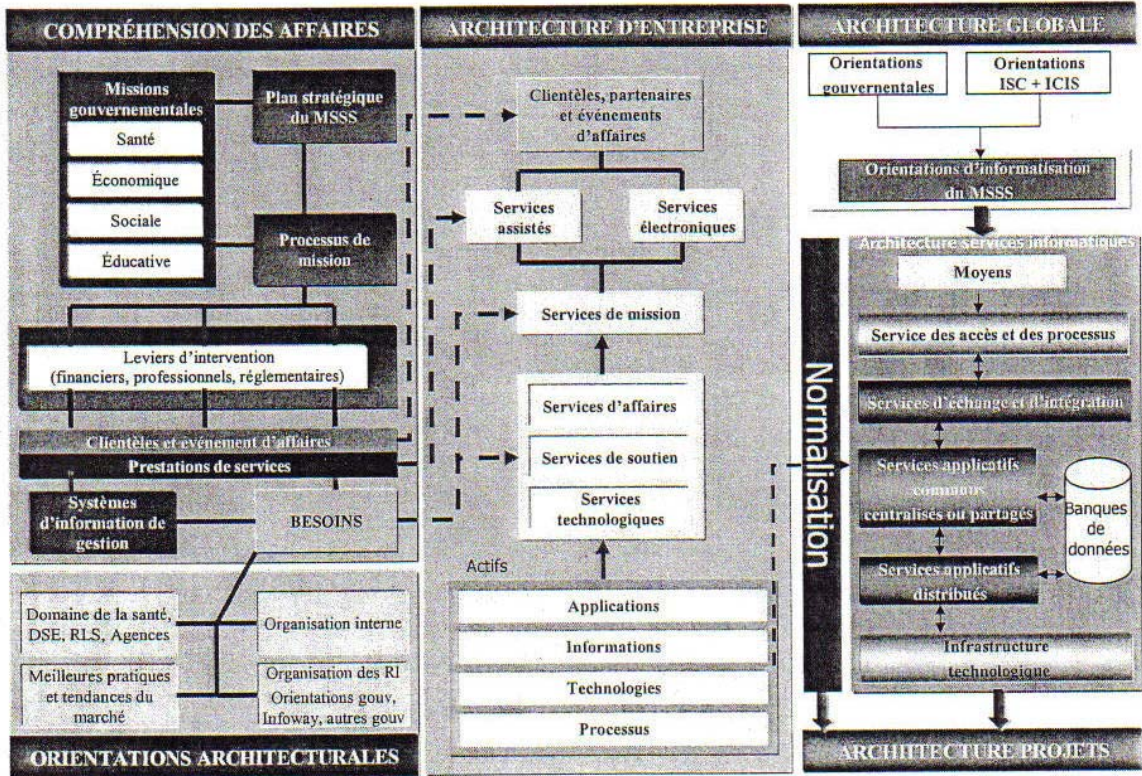
15. Guide d'implantation des centres de santé et de services sociaux –Volume 2 – Section 12 – L'intégration des ressources informationnelles, Association des CLSC et des CHSLD du Québec, AHQ, 24 pages, document papier.
16. The 2004 Gartner Computer-Based Patient Record System Generation Model, Gartner Group, 2004, 22 pages, document électronique.
17. Architecture Agility for Healthcare or Life Science RTE, Gartner Group, 2004, 6 pages, document électronique.
18. La gestion des connaissances au cœur de l'organisation réseau, Conférence de Réal Jacob donnée au colloque régional de l'ADRLSSS de la Montérégie, novembre 2004, 55 pages, document électronique.
19. L'évaluation de la gouvernance des ressources informationnelles, Vérificateur du Québec, avril 2003, 12 pages, document électronique.
20. La gestion des connaissances au cœur de l'organisation réseau, Réal Jacob, CEFRIO, novembre 2004, 55 pages, document électronique.
21. Favoriser l'émergence d'un leadership clinico-administratif, Léonard Aucoin, Info-veille santé, juin 2004, 12 pages, document électronique.
22. L'efficacité populationnelle : un objectif à atteindre dans les réseaux locaux, Raynald Pineault, UdeM, juin 2004, 17 pages, document électronique.

ANNEXES

ANNEXE 1

Architecture d'ensemble du MSSS

Architecture d'ensemble



ANNEXE 2

Fiches des projets retenus

Nom du projet	1.3 Mobilité du personnel clinique aux soins à domicile						
Identifiant du projet	MPCASAD	Ensemble	Projet clinique	Budget estimé	675 000 \$	Début	1 janv. 2006
Chargée de projet régional	Bruce Sexton	Pertinence (1-5)	3,9	Faisabilité (1-5)	2,9	Fin	1 avr. 2008
Catégorisation		Support CSSS	Majeur	Support RLS		Performance	
Portée dominante du projet	CSSS	Priorité finale	11	Go - no go		Version du	26 sept. 2005
Étape				Début	Fin	Efforts (%)	% budget
Projet pilote				1 janv. 2006	1 avr. 2008	35%	35%
Évaluation				1 nov. 2007	1 avr. 2008	10%	10%
Formation et gestion du changement				1 janv. 2006	1 avr. 2008	35%	40%
Gestion du projet				1 janv. 2006	1 déc. 2006	20%	15%
Global				1 janv. 2006	1 avr. 2008	100%	100%
Période de réalisation	Fédéral	MSSS	Agence	Établissements	Cliniques privées	Autres	Total
2005-2006			150 000 \$	50 000 \$			200 000 \$
2006-2007			150 000 \$	50 000 \$			200 000 \$
2007-2008			200 000 \$	75 000 \$			275 000 \$
Récurrance, par année							
TOTAL sur 3 ans	- \$	- \$	500 000 \$	175 000 \$	- \$	- \$	675 000 \$
Objectifs							
Amener la bonne information au bon intervenant à domicile au moment opportun							
Assurer la transition rapide de l'information entre les différents intervenants							
Faciliter le suivi médical							
Hypothèses, explications et commentaires							
La disponibilité d'une infrastructure de télécommunications sans fil adéquate							
Fonctionnement en mode connecté ou non							
Principaux bénéfices escomptés							
Meilleurs services rendus à l'utilisateur par un suivi plus serré							
Temps de réponse à une demande ou à un changement d'un service beaucoup plus court							
Couverture accrue et meilleure qualité des informations qui seront saisies à la source, une seule fois							

Nom du projet	1.5 Index usager maître CSSS régional						
Identifiant du projet	IUMCSSS	Ensemble	DSEiQ	Budget estimé	4 820 000 \$	Début	1 janv. 2005
Chargée de projet régional	Johanne Aubry	Pertinence (1-5)	4,7	Faisabilité (1-5)	3,7	Fin	1 déc. 2006
Catégorisation		Support CSSS	Majeur	Support RLS	Mineur	Performance	
Portée dominante du projet	CSSS	Priorité finale	2	Go - no go		Version du	26 sept. 2005
Étape				Début	Fin	Efforts (%)	% budget
Choix et acquisition de la solution				1 janv. 2005	1 nov. 2005	20%	30%
Déploiement				1 janv. 2006	1 juin 2006	20%	30%
Formation et gestion du changement				1 mai 2006	1 sept. 2006	40%	30%
Gestion du projet				1 mai 2005	1 déc. 2006	20%	10%
Global				1 janv. 2005	1 déc. 2006	100%	100%
Période de réalisation	Fédéral	MSSS	Agence	Établissements	Cliniques privées	Autres	Total
2005-2006	- \$		80 000 \$				80 000 \$
2006-2007	2 880 000 \$	650 000 \$	650 000 \$	100 000 \$			4 280 000 \$
2007-2008	- \$		60 000 \$	400 000 \$			460 000 \$
Récurrance, par année				400 000 \$			
TOTAL sur 3 ans	2 880 000 \$	650 000 \$	790 000 \$	500 000 \$	- \$	- \$	4 820 000 \$
Objectifs							
Les deux grands objectifs inscrits dans la loi sur les Agences de développement des RLS : 1-d'améliorer la santé et le bien-être de la population et 2- de mettre en place une offre de services intégrés, servant de fondement aux nouvelles responsabilités des CSSS. Ces objectifs devront se traduire dans un projet clinique et organisationnel. Le plan d'affaires proposé par la Montérégie est une action concrète servant de point de départ devant conduire et supporter l'actualisation du projet clinique qui est ciblé. Les fondements seront ainsi en place, prêts à accueillir la suite des systèmes d'information et des composantes du dossier clinique régional.							
L'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services livrés à la population;							
L'amélioration des échanges intervenants/usagers et aussi entre les intervenants							
L'optimisation des infrastructures							
Hypothèses, explications et commentaires							
La mise en place d'un identifiant unique pour le patient permettra d'éliminer une grande partie de la redondance dans les opérations, de réduire les risques d'erreurs liés à la manipulation des dossiers, de permettre l'échange et la circulation sécuritaire des informations cliniques disponibles (Laboratoire, Radiologie, Pharmacie, Rapports de consultation, etc.). Enfin, le projet qui a une portée régionale, se veut un support au projet clinique des CSSS et contribuera à la mise en place d'une offre de services intégrée dans la région Montérégienne.							
Les activités qui seront principalement touchées sont : la circulation des dossiers; l'enregistrement des données démographiques des patients; la localisation d'un patient dans les multiples systèmes d'index, la recherche d'informations dans les dossiers, le transfert des données à partir des systèmes sources informatisés, etc.							
Principaux bénéfices escomptés							
Optimisation du temps d'intervention et de la prise en charge par la simplification de l'identification des usagers.							
Minimiser les impacts de l'identification sur les processus de travail actuels.							
Faciliter l'interopérabilité.							

Nom du projet	1.7 Support à l'implantation de dossiers patients informatisés						
Identifiant du projet	DPIp1	Ensemble	Projet clinique	Budget estimé	6 400 000 \$	Début	1 avr. 2005
Chargée de projet régional	Bruce Sexton	Pertinence (1-5)	4,6	Faisabilité (1-5)	3,4	Fin	1 avr. 2008
Catégorisation		Support CSSS	Majeur	Support RLS	Mineur	Performance	
Portée dominante du projet	CSSS	Priorité finale	3	Go - no go		Version du	26 sept. 2005
Étape				Début	Fin	Efforts (%)	% budget
Choix et acquisition de la solution				1 avr. 2005	1 avr. 2007	20%	30%
Déploiement				1 avr. 2005	1 avr. 2008	20%	30%
Formation et gestion du changement				1 avr. 2005	1 avr. 2008	40%	30%
Gestion du projet				1 avr. 2005	1 avr. 2008	20%	10%
Global				1 avr. 2005	1 avr. 2008	100%	100%
Période de réalisation	Fédéral	MSSS	Agence	Établissements	Cliniques privées	Autres	Total
2005-2006			700 000 \$	700 000 \$			1 400 000 \$
2006-2007	700 000 \$	400 000 \$	700 000 \$	700 000 \$			2 500 000 \$
2007-2008	700 000 \$	400 000 \$	700 000 \$	700 000 \$			2 500 000 \$
Récurrence, par année							
TOTAL sur 3 ans	1 400 000 \$	800 000 \$	2 100 000 \$	2 100 000 \$	- \$	- \$	6 400 000 \$
Objectifs							
Doter les CSSS d'un dossier patient informatisé afin de faciliter l'intégration de leur RLS.							
Normaliser l'information clinique vers des normes reconnues.							
Hypothèses, explications et commentaires							
Il a été plusieurs fois prouvé que l'implantation d'un DPI supporté par une mise à jour des processus d'affaires permettent d'augmenter de façon significative les performances d'un établissement.							
Principaux bénéfices escomptés							
Intervenants qui disposent d'une vue simplifiée et intégrée à l'information.							
Disponibilité accrue et versatilité de l'exploitation de l'information.							
Redéfinition des processus d'affaires vers un fonctionnement plus efficient.							

Nom du projet	1.8 Le projet d'informatisation des services de l'urgence (SIGDU)						
Identifiant du projet	SIGDU	Ensemble	Projet clinique	Budget estimé	1 160 000 \$	Début	1 janv. 2005
Chargée de projet régional	Mohamed Jamali	Pertinence (1-5)	3,9	Faisabilité (1-5)	3,7	Fin	31 mars 2006
Catégorisation		Support CSSS	Majeur	Support RLS		Performance	Mineur
Portée dominante du projet	CSSS	Priorité finale	8	Go - no go		Version du	26 sept. 2005
Étape				Début	Fin	Efforts (%)	% budget
Choix et acquisition de la solution				1 janv. 2005	31 mars 2006	20%	30%
Déploiement				1 janv. 2005	31 mars 2006	20%	30%
Formation et gestion du changement				1 janv. 2005	31 mars 2006	40%	30%
Gestion du projet				1 janv. 2005	31 mars 2006	20%	10%
Global				1 janv. 2005	31 mars 2006	100%	100%
Période de réalisation	Fédéral	MSSS	Agence	Établissements	Cliniques privées	Autres	Total
2005-2006		300 000 \$	80 000 \$	600 000 \$			980 000 \$
2006-2007				90 000 \$			90 000 \$
2007-2008				90 000 \$			90 000 \$
Réurrence, par année				90 000 \$			
TOTAL sur 3 ans	- \$	300 000 \$	80 000 \$	780 000 \$	- \$	- \$	1 160 000 \$
Objectifs							
Le projet d'informatisation des services de l'urgence (SIGDU) fait partie du plan d'affaires Montérégien "UN PATIENT ... UN DOSSIER" ! Le projet SIGDU est une composante importante qui se veut un incitatif monétaire de l'Agence et du MSSS qui permettra à quelques établissements de la région (encore en mode manuel) d'implanter une solution informatisée à l'urgence. Pour la Montérégie, ce projet est important puisqu'il permettra de se doter d'une vision régionale des activités des urgences de ses centres hospitaliers. Pour l'Agence et pour le MSSS, ce projet permettra d'obtenir plus facilement des indicateurs et des statistiques sur le fonctionnement des urgences. Une fois les systèmes implantés (pour les établissements encore en mode manuel), il sera pensable de relier ceux-ci à l'index unifié régional. Rappelons l'objectif principal du plan d'affaires de la Montérégie: fournir rapidement des outils informatisés pour simplifier la prise en charge des patients tout en facilitant le travail du personnel des CSSS							
Hypothèses, explications et commentaires							
Le projet a été conçu afin de créer un impact positif de relance du projet du MSSS et d'inciter monétairement les CSSS n'ayant pas encore informatisé le service de l'urgence à prioriser ce projet dans leurs CSSS respectifs. L'informatisation de tous les services d'urgence de la Montérégie permettra d'avoir un portrait réel de la situation des urgences montréalaises et finalement de produire des indicateurs de gestion facilitant ainsi les prises de décision de la part des gestionnaires des établissements, de l'Agence et du MSSS.							
Les activités qui seront principalement touchées : gestion des activités des services de l'urgence.							
Principaux bénéfices escomptés							
L'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services livrés à la population							
L'amélioration des échanges intervenants/patients et aussi entre les intervenants							
L'optimisation des infrastructures et des acquis informationnels.							

Nom du projet	1.9 Formation à distance						
Identifiant du projet	eFormation	Ensemble	Infrastructures	Budget estimé	110 000 \$	Début	1 oct. 2005
Chargée de projet régional	Isabelle Couture	Pertinence (1-5)	3,3	Faisabilité (1-5)	3,4	Fin	31 déc. 2008
Catégorisation		Support CSSS	Majeur	Support RLS		Performance	Mineur
Portée dominante du projet	Régionale	Priorité finale	15	Go - no go		Version du	26 sept. 2005
Étape				Début	Fin	Efforts (%)	% budget
Évaluation de la solution				15 juilltet 2005	31 oct. 2005	10%	35%
Réalisation de capsules de formation				1 nov. 2005	31 déc. 2008	75%	45%
Formation et gestion du changement				1 oct. 2005	31 déc. 2005	10%	10%
Gestion du projet				15 juilltet 2005	31 déc. 2008	5%	10%
Global				1 oct. 2005	31 déc. 2008	100%	100%
Période de réalisation	Fédéral	MSSS	Agence	Établissements	Cliniques privées	Autres	Total
2005-2006			50 000 \$				50 000 \$
2006-2007			30 000 \$				30 000 \$
2007-2008			30 000 \$				30 000 \$
Récurrence, par année				- \$			
TOTAL sur 3 ans	- \$	- \$	110 000 \$	- \$	- \$	- \$	110 000 \$
Objectifs							
Permettre la formation autonome d'utilisateurs pour différents sujets et applications. Par exemple, capsules sur la sécurité, le client Lotus-Notes ND6, logiciels bureautiques.							
Suivi de l'apprenant pour fin d'évaluation de l'apprenant et de la capsule de formation.							
Hypothèses, explications et commentaires							
Acquisition de logiciels pour réaliser les capsules de formation et le suivi des apprenants.							
Mise en place d'une infrastructure régionale permettant la formation en ligne.							
Principaux bénéfices escomptés							
Économie liée à la réduction des frais de déplacement des utilisateurs et à la disponibilité continuelle des capsules de formation.							
Facilité de réalisation des capsules de formation par des personnes n'ayant aucune connaissance en programmation.							
Capsules de formation de courte durée permettant un apprentissage plus rapide et au rythme de l'utilisateur.							

Nom du projet	1.10 Implantation du cadre global de gestion des actifs informationnels - volet sécurité						
Identifiant du projet	CGGAIsec	Ensemble	Infrastructures	Budget estimé	1 400 000 \$	Début	1 nov. 2005
Chargée de projet régional	Alfred Toussaint	Pertinence (1-5)	4,4	Faisabilité (1-5)	3,1	Fin	1 avr. 2008
Catégorisation		Support CSSS	Majeur	Support RLS	Mineur	Performance	Mineur
Portée dominante du projet	Établissements	Priorité finale	5	Go - no go		Version du	26 sept. 2005
Étape				Début	Fin	Efforts (%)	% budget
Documentation et achat de solutions				1 nov. 2005	1 févr. 2006	20%	30%
Déploiement				1 nov. 2005	1 avr. 2008	30%	30%
Formation et gestion du changement				1 nov. 2005	1 avr. 2008	40%	30%
Gestion du projet				1 nov. 2005	1 avr. 2008	10%	10%
Global				1 nov. 2005	1 avr. 2008	100%	100%
Période de réalisation	Fédéral	MSSS	Agence	Établissements	Cliniques privées	Autres	Total
2005-2006			200 000 \$	200 000 \$			400 000 \$
2006-2007			300 000 \$	300 000 \$			600 000 \$
2007-2008			200 000 \$	200 000 \$			400 000 \$
Réurrence, par année							
TOTAL sur 3 ans	- \$	- \$	700 000 \$	700 000 \$	- \$	- \$	1 400 000 \$
Objectifs							
Il s'agit dans un premier temps de répondre aux 15 mesures prioritaires pour le mois de septembre 2006. Par la suite, il faudra implanter les 49 autres mesures, selon un calendrier à être déterminé par le MSSS.							
En fait, la sécurité fait partie intégrante du domaine des affaires, dont celui de la santé. Ainsi, nous devons gérer les risques selon une attitude de "bon père de famille". À cet égard, le MSSS a donné ses guides.							
Nous nous ferons principalement accompagner lors de nos démarches. Il s'agit donc d'avoir les ressources nécessaires.							
Hypothèses, explications et commentaires							
Il est du ressort de chaque établissement de choisir ses risques. Cependant, au niveau régional, il s'agit d'appuyer les différents démarches.							
La principale source de problèmes de sécurité provient de l'être humain. Ainsi, il faut s'assurer que des politiques et procédures, de même que la gestion du changement aient été respectés.							
Principaux bénéfices escomptés							
Gestion adéquate des actifs informationnels.							
Minimisation des dommages qui peuvent être encourus.							

Nom du projet	1.11 Intégration des systèmes d'information clinico-administratifs						
Identifiant du projet	ISICA	Ensemble	Projet clinique	Budget estimé	2 450 000 \$	Début	1 janv. 2006
Chargée de projet régional	Johanne Aubry	Pertinence (1-5)	4,2	Faisabilité (1-5)	3,6	Fin	1 avr. 2008
Catégorisation		Support CSSS	Majeur	Support RLS	Mineur	Performance	Mineur
Portée dominante du projet	CSSS	Priorité finale	4	Go - no go		Version du	26 sept. 2005
Étape				Début	Fin	Efforts (%)	% budget
Choix et acquisition de la solution				1 janv. 2006	1 sept. 2006	20%	30%
Déploiement				1 sept. 2006	1 janv. 2008	20%	30%
Formation et gestion du changement				1 sept. 2006	1 avr. 2008	40%	30%
Gestion du projet				1 janv. 2006	1 avr. 2008	20%	10%
Global				1 janv. 2006	1 avr. 2008	100%	100%
Période de réalisation	Fédéral	MSSS	Agence	Établissements	Cliniques privées	Autres	Total
2005-2006			300 000 \$	200 000 \$			500 000 \$
2006-2007			600 000 \$	450 000 \$			1 050 000 \$
2007-2008			450 000 \$	450 000 \$			900 000 \$
Réurrence, par année							
TOTAL sur 3 ans	- \$	- \$	1 350 000 \$	1 100 000 \$	- \$	- \$	2 450 000 \$
Objectifs							
Permettre au CSSS de fonctionner de façon intégrée.							
Uniformiser les versions des solutions installées de façon à simplifier les futures intégrations aux systèmes régionaux et provinciaux.							
Respecter les nouvelles normes.							
Fournir un levier facilitant la réingénierie des processus clinico-administratifs							
Hypothèses, explications et commentaires							
Sont exclus de cette démarche SICELD, Med-Echo et I-CLSC.							
Les processus de travail doivent être révisés afin d'optimiser les investissements							
Principaux bénéfices escomptés							
Fonctionnement des CSSS intégré							
Couverture plus complète de l'information							

Nom du projet	1.12 Optimisation et mise à jour des systèmes SICHELD						
Identifiant du projet	OMAJ-SICHELD	Ensemble	DSEiQ	Budget estimé	530 000 \$	Début	1 janv. 2006
Chargée de projet régional	Bruce Sexton	Pertinence (1-5)	4,1	Faisabilité (1-5)	3,4	Fin	30 oct. 2006
Catégorisation		Support CSSS	Majeur	Support RLS	Mineur	Performance	Mineur
Portée dominante du projet	CSSS	Priorité finale	7	Go - no go		Version du	21 sept. 2005

Étape	Début	Fin	Efforts (%)	% budget
Choix et acquisition de la solution	1 janv. 2006	1 avr. 2006	100	5%
Déploiement	1 avr. 2006	1 mai 2006	10	35%
Formation et gestion du changement	1 mai 2006	1 oct. 2006	200	40%
Gestion du projet	1 janv. 2006	30 oct. 2006	35	20%
Global	1 janv. 2006	30 oct. 2006	345	100%

Période de réalisation	Fédéral	MSSS	Agence	Établissements	Cliniques privées	Autres	Total
2005-2006			30 000 \$				30 000 \$
2006-2007			250 000 \$	250 000 \$			500 000 \$
2007-2008							- \$
Récurrence, par année			Au prorata				- \$
TOTAL sur 3 ans	- \$	- \$	280 000 \$	250 000 \$	- \$	- \$	530 000 \$

Objectifs
Simplifier la prise en charge des usagers afin de faciliter le travail des intervenants
L'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services livrés à la population;
L'amélioration des échanges intervenants/usagers ainsi qu'entre intervenants;
L'optimisation des infrastructures en place.
Mise à niveau des systèmes SICHELD afin de favoriser la normalisation des informations cliniques.

Hypothèses, explications et commentaires
Le projet longue durée SICHELD fait partie du plan d'affaires montérégien "UN PATIENT ... UN DOSSIER". Le projet SICHELD est une composante essentielle qui permettra de doter les établissements de la région des mêmes systèmes et de réaliser le traitement en mode optimisé et centralisé "régional". Actuellement, tous les établissements ont accès à un système informatisé en mode autonome ou local. Une fois les systèmes rehaussés (pour les établissements qui disposent d'infrastructures désuètes) et implantés, il suffira de relier ceux-ci à l'index-patient unifié régional.
Le projet sera conçu afin de minimiser les impacts sur les intervenants. Cependant, la mise à nouveau des SICHELD sera une bonne occasion pour
Les activités qui seront principalement touchées : enregistrement des données démographiques des patients, recherche d'informations dans les dossiers,

Principaux bénéfices escomptés
Économies provenant d'un achat regroupé, d'une installation régionale et de retombées provenant de la réorganisation du travail.
Diminution du temps d'adaptation et de formation des nouveaux intervenants par la normalisation des outils et des façons de faire
Diminution du temps d'intervention et de la prise en charge des patients.
Outils facilitant la pratique des intervenants via une meilleure couverture de l'information
Mise à niveau des systèmes actuels

Nom du projet	1.13 Optimisation et mise à jour des systèmes I-CLSC						
Identifiant du projet	OMAJ-ICLSC	Ensemble	DSEiQ	Budget estimé	150 000 \$	Début	1 oct. 2005
Chargée de projet régional	Johanne Aubry	Pertinence (1-5)	4,1	Faisabilité (1-5)	3,5	Fin	1 janv. 2006
Catégorisation		Support CSSS	Majeur	Support RLS	Mineur	Performance	Mineur
Portée dominante du projet	CSSS	Priorité finale	6	Go - no go		Version du	21 sept. 2005

Étape	Début	Fin	Efforts (%)	% budget
Choix et acquisition de la solution	1 oct. 2005	1 nov. 2005	50%	60%
Déploiement	1 nov. 2005	1 janv. 2006	30%	30%
Formation et gestion du changement	1 nov. 2005	1 janv. 2006	10%	5%
Gestion du projet	1 oct. 2005	1 janv. 2006	10%	5%
Global	1 oct. 2005	1 janv. 2006	100%	100%

Période de réalisation	Fédéral	MSSS	Agence	Établissements	Cliniques privées	Autres	Total
2005-2006			150 000 \$				150 000 \$
2006-2007							- \$
2007-2008							- \$
Récurrence, par année			Au prorata				- \$
TOTAL sur 3 ans	- \$	- \$	150 000 \$	- \$	- \$	- \$	150 000 \$

Objectifs

Mettre à jour les serveurs afin qu'ils supportent le nombre sans cesse croissant d'utilisateurs
Remplacer les infrastructures qui sont dépassées.

Hypothèses, explications et commentaires

L'application I-CLSC demande une partie Solaris (pour la base de données) et un serveur d'applications TSE (pour les accès distants).

Principaux bénéfices escomptés

Satisfaction des utilisateurs.

Nom du projet	2.14 Téléconférence reliant les différents milieux d'un RLS.						
Identifiant du projet	TÉLÉCONF	Ensemble	Télesanté	Budget estimé	70 000 \$	Début	1 janv. 2006
Chargée de projet régional	Isabelle Couture	Pertinence (1-5)	3,4	Faisabilité (1-5)	3	Fin	1 avr. 2007
Catégorisation		Support CSSS		Support RLS	Majeur	Performance	
Portée dominante du projet	RLS	Priorité finale	18	Go - no go		Version du	26 sept. 2005

Étape	Début	Fin	Efforts (%)	% budget
Choix et acquisition de la solution	1 janv. 2006	1 mai 2006	20%	20%
Déploiement	1 mai 2006	1 oct. 2006	20%	30%
Formation et gestion du changement	1 mai 2006	1 avr. 2007	40%	40%
Gestion du projet	1 janv. 2006	1 avr. 2007	20%	10%
Global	1 janv. 2006	1 avr. 2007	100%	100%

Période de réalisation	Fédéral	MSSS	Agence	Établissements	Cliniques privées	Autres	Total
2005-2006			15 000 \$	15 000 \$	5 000 \$		35 000 \$
2006-2007			15 000 \$	15 000 \$	5 000 \$		35 000 \$
2007-2008							- \$
Récurrence, par année							- \$
TOTAL sur 3 ans	- \$	- \$	30 000 \$	30 000 \$	10 000 \$	- \$	70 000 \$

Objectifs

Permettre de lier, virtuellement, différents intervenants de milieux différents.
Avoir recours à des solutions qui ne demandent pas de déplacements inutiles.

Hypothèses, explications et commentaires

Il s'agit d'étudier des solutions transitoires d'ici la mise en place du nouveau RTSS

Principaux bénéfices escomptés

Faciliter la mise en place de communautés de pratique.

Nom du projet	2.15 Déploiement élargi de DSIE version Web						
Identifiant du projet	DSIE-WEB	Ensemble	Projet clinique	Budget estimé	900 000 \$	Début	1 janv. 2006
Chargée de projet régional	Mohamed Jamali	Pertinence (1-5)	3,5	Faisabilité (1-5)	3,2	Fin	31 mars 2008
Catégorisation		Support CSSS		Support RLS	Majeur	Performance	
Portée dominante du projet		Priorité finale	14	Go - no go		Version du	26 sept. 2005
Étape				Début	Fin	Efforts (%)	% budget
Choix et acquisition de la solution				1 janv. 2006	1 avr. 2006	20%	30%
Déploiement				1 avr. 2006	1 avr. 2007	20%	30%
Formation et gestion du changement				1 avr. 2007	31 mars 2008	40%	30%
Gestion du projet				1 janv. 2006	31 mars 2008	20%	10%
Global				1 janv. 2006	31 mars 2008	100%	100%
Période de réalisation	Fédéral	MSSS	Agence	Établissements	Cliniques privées	Autres	Total
2005-2006			50 000 \$	50 000 \$			100 000 \$
2006-2007		150 000 \$	150 000 \$	100 000 \$			400 000 \$
2007-2008		150 000 \$	150 000 \$	100 000 \$			400 000 \$
Réurrence, par année				A déterminer			
TOTAL sur 3 ans	- \$	300 000 \$	350 000 \$	250 000 \$	- \$	- \$	900 000 \$
Objectifs							
Faciliter la référence d'utilisateurs entre les intervenants.							
Mettre en place des mécanismes d'automatisation des références.							
Supporter le déploiement en réseau étendu (WAN) et l'accès distant							
Hypothèses, explications et commentaires							
DSIE est le système d'information de base pour la référence entre les différents intervenants du réseau de la santé. Il repose actuellement sur une infrastructure Lotus Notes. Cependant, certains problèmes d'accès distants demandent une solution plus légère. Il semble que le MSSS ait déjà favorisé un développement Web.							
L'autre étape importante au niveau de la solution sera l'intégration d'une norme d'échange, telle HL7 CDA afin de faciliter l'implantation par les différents fournisseurs.							
Principaux bénéfices escomptés							
Meilleure intégration des différentes applications.							
Normalisation des informations qui doivent s'échanger entre les différents intervenants.							
Conservation des différentes références pour consultation ultérieure.							

Nom du projet	2.16 Intégration des laboratoires au DSEiQ						
Identifiant du projet	DSEiQlabo	Ensemble	DSEiQ	Budget estimé	1 480 000 \$	Début	1 oct. 2005
Chargée de projet régional	Bruce Sexton	Pertinence (1-5)	3,9	Faisabilité (1-5)	3	Fin	1 avr. 2008
Catégorisation		Support CSSS	Mineur	Support RLS	Majeur	Performance	
Portée dominante du projet	Régionale	Priorité finale	9	Go - no go		Version du	26 sept. 2005
Étape				Début	Fin	Efforts (%)	% budget
Choix et acquisition de la solution				1 oct. 2005	1 avr. 2006	30%	30%
Déploiement				1 avr. 2006	1 avr. 2008	30%	30%
Formation et gestion du changement				1 avr. 2006	1 avr. 2008	30%	30%
Gestion du projet				1 avr. 2006	1 avr. 2008	10%	10%
Global				1 oct. 2005	1 avr. 2008	100%	100%
Période de réalisation	Fédéral	MSSS	Agence	Établissements	Cliniques privées	Autres	Total
2005-2006	200 000 \$		80 000 \$				280 000 \$
2006-2007	300 000 \$	300 000 \$	200 000 \$				800 000 \$
2007-2008	100 000 \$	100 000 \$	100 000 \$	100 000 \$			400 000 \$
Réurrence, par année				100 000 \$			
TOTAL sur 3 ans	600 000 \$	400 000 \$	380 000 \$	100 000 \$	- \$	- \$	1 480 000 \$
Objectifs							
Mettre en place le premier jalon du DSEiQ montérégien, soit les systèmes de laboratoire.							
Normaliser les échanges d'information de laboratoire.							
Optimiser le modèle d'affaires montérégien au niveau du DSEiQ avant d'implanter les autres domaines d'information.							
Hypothèses, explications et commentaires							
Le DSEiQ est un projet majoritairement financé par Inforoute Canada et le ministère.							
Les frais récurrents seront à la charge des établissements.							
Principaux bénéfices escomptés							
Diminution du nombre de tests de laboratoire inutiles.							
Acheminement des informations aux intervenants au moment opportun.							
Service de conservation régional, pour les références entre intervenants.							

Nom du projet	2.17 Migration des infrastructures vers la forêt régionale d'Active Directory et les nouveaux serveurs DNS						
Identifiant du projet	ADDNS	Ensemble	Infrastructures	Budget estimé	250 000 \$	Début	1 janv. 2004
Chargée de projet régional	Alfred Toussaint	Pertinence (1-5)	3,1	Faisabilité (1-5)	3,4	Fin	1 déc. 2006
Catégorisation		Support CSSS	Mineur	Support RLS	Majeur	Performance	
Portée dominante du projet	Régionale	Priorité finale	20	Go - no go		Version du	26 sept. 2005
Étape				Début	Fin	Efforts (%)	% budget
Choix et acquisition de la solution				1 janv. 2004	1 mars 2005	15%	15%
Déploiement				1 mars 2005	1 déc. 2006	35%	30%
Formation et gestion du changement				1 mars 2005	1 déc. 2006	35%	40%
Gestion du projet				1 janv. 2004	1 déc. 2006	15%	15%
Global				1 janv. 2004	1 déc. 2006	100%	100%
Période de réalisation	Fédéral	MSSS	Agence	Établissements	Cliniques privées	Autres	Total
2005-2006			80 000 \$	60 000 \$			140 000 \$
2006-2007			60 000 \$	40 000 \$			100 000 \$
2007-2008			10 000 \$				10 000 \$
Réurrence, par année			10 000 \$				
TOTAL sur 3 ans	- \$	- \$	150 000 \$	100 000 \$	- \$	- \$	250 000 \$
Objectifs							
Permettre une intégration des intervenants au niveau régional afin de faciliter la mobilité du personnel et la gestion des droits d'accès.							
Offrir aux applications un service commun d'identification, d'authentification et de gestion des droits d'accès.							
Hypothèses, explications et commentaires							
La forêt régionale pourra être synchronisée à la forêt provinciale, ce qui inclut le registre des intervenants.							
Notre forêt est unique au niveau provincial.							
Principaux bénéfices escomptés							
Intégration simplifiée des applications.							
Gestion des droits d'accès qui peut être déléguée.							
Normalisation des façons de faire.							

Nom du projet	2.18 Amélioration transitoire du RTSS vers le RETEM						
Identifiant du projet	RTSSpp	Ensemble	Infrastructures	Budget estimé	300 000 \$	Début	1 juin 2005
Chargée de projet régional	Philippe Bance	Pertinence (1-5)	4,7	Faisabilité (1-5)	4,3	Fin	1 avr. 2007
Catégorisation		Support CSSS	Mineur	Support RLS	Majeur	Performance	
Portée dominante du projet	Régionale	Priorité finale	1	Go - no go		Version du	26 sept. 2005

Étape	Début	Fin	Efforts (%)	% budget
Cueillette des besoins	1 juin 2005	1 janv. 2006	20%	10%
Priorisation des projets de mise à niveau	1 août 2005	1 mars 2006	25%	20%
Déploiement des solutions retenues	1 sept. 2005	1 avr. 2007	40%	65%
Gestion du projet	1 juin 2005	1 avr. 2007	15%	5%
Global	1 juin 2005	1 avr. 2007	100%	100%

Période de réalisation	Fédéral	MSSS	Agence	Établissements	Cliniques privées	Autres	Total
2005-2006			100 000 \$	50 000 \$			150 000 \$
2006-2007			100 000 \$	50 000 \$			150 000 \$
2007-2008							- \$
Récurrence, par année							
TOTAL sur 3 ans	- \$	- \$	200 000 \$	100 000 \$	- \$	- \$	300 000 \$

Objectifs
Pallier les lacunes du RTSS actuel au niveau régional, en attendant le nouveau déploiement vers le RETEM.
Améliorer la qualité de service disponible pour supporter des solutions exploratoires.
Financer les investissements initiaux qui permettent de rationaliser les infrastructures du réseau. L'argent sera uniquement utilisé pour les projets d'établissement.
S'assurer d'être à la fine pointe de la technologie lors du passage au RETEM.

Hypothèses, explications et commentaires
Le passage vers le RETEM se fera d'ici la fin du contrat du RTSS, soit fin mars 2007.
Nous avons besoin d'un financement initial, afin de faciliter les différentes migrations nécessaires.

Principaux bénéfices escomptés
Bande passante qui répond aux besoins réels des utilisateurs.

Nom du projet	2.19 Support à la mise en place des projets en télésanté des RUIS						
Identifiant du projet	TÉLÉRUIS	Ensemble	Télésanté	Budget estimé	250 000 \$	Début	1 janv. 2006
Chargée de projet régional	Isabelle Couture	Pertinence (1-5)	3,7	Faisabilité (1-5)	3,1	Fin	1 avr. 2008
Catégorisation		Support CSSS	Mineur	Support RLS	Majeur	Performance	
Portée dominante du projet	Régional	Priorité finale	13	Go - no go		Version du	26 sept. 2005

Étape	Début	Fin	Efforts (%)	% budget
Étude des écarts et adaptation des solutions	1 janv. 2006	1 juin 2006	20%	30%
Déploiement	1 janv. 2006	1 oct. 2006	20%	20%
Formation et gestion du changement	1 mai 2006	1 avr. 2008	40%	40%
Gestion du projet	1 janv. 2006	1 avr. 2008	20%	10%
Global	1 janv. 2006	1 avr. 2008	100%	100%

Période de réalisation	Fédéral	MSSS	Agence	Établissements	Cliniques privées	Autres	Total
2005-2006			50 000 \$				50 000 \$
2006-2007			80 000 \$				80 000 \$
2007-2008			120 000 \$				120 000 \$
Récurrence, par année							
TOTAL sur 3 ans	- \$	- \$	250 000 \$	- \$	- \$	- \$	250 000 \$

Objectifs
Permettre une adaptation à la réalité régionale des projets des RUIS pour la télésanté.
Conserver une masse critique de connaissances.

Hypothèses, explications et commentaires
Les RUIS devront mettre en place plusieurs projets en télésanté.

Principaux bénéfices escomptés
Respect des réalités régionales.

Nom du projet	2.20 Informatisation de la première ligne						
Identifiant du projet	MED-INFOR	Ensemble	Projet clinique	Budget estimé	5 900 000 \$	Début	1 août 2005
Chargée de projet régional	Bruce Sexton	Pertinence (1-5)	3,9	Faisabilité (1-5)	2,7	Fin	31 mars 2008
Catégorisation		Support CSSS	Mineur	Support RLS	Majeur	Performance	
Portée dominante du projet	Cliniques	Priorité finale	12	Go - no go		Version du	22 sept. 2005
Étape				Début	Fin	Efforts (%)	% budget
Choix et acquisition de la solution				1 août 2005	1 mai 2006	25%	10%
Déploiement				1 mai 2006	1 mars 2008	30%	30%
Formation et gestion du changement				1 oct. 2005	31 mars 2008	30%	45%
Gestion du projet				1 août 2005	31 mars 2008	15%	15%
Global				1 août 2005	31 mars 2008	100%	100%
Période de réalisation	Fédéral	MSSS	Agence	Établissements	Cliniques privées	Autres	Total
2005-2006		100 000 \$	350 000 \$	150 000 \$	500 000 \$		1 100 000 \$
2006-2007		100 000 \$	500 000 \$	350 000 \$	800 000 \$		1 750 000 \$
2007-2008		100 000 \$	650 000 \$	800 000 \$	1 500 000 \$		3 050 000 \$
Récurrence, par année					Au prorata		- \$
TOTAL sur 3 ans	- \$	300 000 \$	1 500 000 \$	1 300 000 \$	2 800 000 \$	- \$	5 900 000 \$
Objectifs							
Amener l'information des CSSS vers les médecins responsables de la première ligne.							
Faciliter les échanges entre les médecins d'une même clinique							
Mettre en place une infrastructure qui facilitera l'interopérabilité des différents systèmes d'information							
Supporter une prestation des soins et services de qualité par la disponibilité de l'information							
Hypothèses, explications et commentaires							
Les omnipraticiens doivent s'impliquer dans les démarches.							
Il y aura une importante gestion du changement et les risques de ce projet sont nombreux. Cependant, les bénéfices attendus sont majeurs.							
Il n'y a pas d'orientations ministérielles claires au niveau de la collaboration réseau - première ligne.							
Tous les intervenants s'entendent sur l'importance de ce projet et du retard inutilement accumulé à ce niveau.							
Principaux bénéfices escomptés							
Diminution des tests de laboratoire en évitant certains doublonnages							
Mise en place des infrastructures qui favoriseront l'utilisation du DSEiQ.							
Relier efficacement la première ligne montérégienne avec les différents acteurs pour les continuums d'intervention							

Nom du projet	2.21 Portail applicatif des intervenants						
Identifiant du projet	PORTAIL	Ensemble	DSEiQ	Budget estimé	1 280 000 \$	Début	1 janv. 2006
Chargée de projet régional	Bruce Sexton	Pertinence (1-5)	3,3	Faisabilité (1-5)	2,8	Fin	1 avr. 2008
Catégorisation		Support CSSS	Mineur	Support RLS	Majeur	Performance	
Portée dominante du projet	Régional	Priorité finale	22	Go - no go		Version du	26 sept. 2005
Étape				Début	Fin	Efforts (%)	% budget
Choix et acquisition de la solution				1 avr. 2006	1 sept. 2006	20%	35%
Déploiement				1 sept. 2006	1 sept. 2007	30%	35%
Formation et gestion du changement				1 sept. 2006	1 avr. 2008	30%	20%
Gestion du projet				1 janv. 2006	1 avr. 2008	20%	10%
Global				1 janv. 2006	1 avr. 2008	100%	100%
Période de réalisation	Fédéral	MSSS	Agence	Établissements	Cliniques privées	Autres	Total
2005-2006			30 000 \$				30 000 \$
2006-2007	400 000 \$	100 000 \$	100 000 \$				600 000 \$
2007-2008	300 000 \$	150 000 \$	150 000 \$	50 000 \$			650 000 \$
Réurrence, par année				50 000 \$			
TOTAL sur 3 ans	700 000 \$	250 000 \$	280 000 \$	50 000 \$	- \$	- \$	1 280 000 \$
Objectifs							
Intégrer les applications patrimoniales.							
Rafraîchir le mode de représentation actuel.							
Offrir un mode de fonctionnement non connecté pour les intervenants à domicile.							
Hypothèses, explications et commentaires							
Il existe une seule autre infrastructure technologique utilisée à l'ensemble de la Montérégie, soit Lotus Notes.							
Le portail se veut un site qui servira de point d'entrée aux applications régionales pour les intervenants de la Montérégie.							
Principaux bénéfices escomptés							
Simplicité d'utilisation des différentes applications.							
Support de l'accès distant.							
Personnalisation							

Nom du projet	2.22 Mise en conformité de la salle de serveurs régionale						
Identifiant du projet	PSSR	Ensemble	Infrastructures	Budget estimé	500 000 \$	Début	1 févr. 2005
Chargée de projet régional	Philippe Bance	Pertinence (1-5)	1,9	Faisabilité (1-5)	2,1	Fin	1 mars 2006
Catégorisation		Support CSSS	Mineur	Support RLS	Majeur	Performance	Mineur
Portée dominante du projet	Régionale	Priorité finale	24	Go - no go		Version du	26 sept. 2005

Étape	Début	Fin	Efforts (%)	% budget
Choix et acquisition de la solution	1 févr. 2005	1 sept. 2005	30%	20%
Déploiement	1 sept. 2005	15 janv. 2006	40%	60%
Formation et gestion du changement	1 sept. 2005	1 févr. 2006	10%	10%
Gestion du projet	1 févr. 2005	1 mars 2006	20%	10%
Global	1 févr. 2005	1 mars 2006	100%	100%

Période de réalisation	Fédéral	MSSS	Agence	Établissements	Cliniques privées	Autres	Total
2005-2006			500 000 \$				500 000 \$
2006-2007							- \$
2007-2008							- \$
Récurrence, par année				- \$			
TOTAL sur 3 ans	- \$	- \$	500 000 \$	- \$	- \$	- \$	500 000 \$

Objectifs
Mettre une salle de serveurs dédiée aux besoins des établissements de la région. La salle actuellement utilisée ne répond plus aux besoins en terme d'espace disponible, de respect de la sécurité et des besoins de connectivité.
Faciliter le dépannage des équipements en place.

Hypothèses, explications et commentaires
Nous sommes à plus de 45 serveurs et ce nombre croît d'année en année. De plus, le projet d'index maître ainsi que le DSEiQ demandent une salle dédiée et sécurisée. Nous devons donc rehausser la salle actuelle.

Principaux bénéfices escomptés
Emplacements disponibles pour la croissance des années à venir.
Salle conforme au CGGAI - volet sécurité.
Augmentation de l'espérance de vie des serveurs en place.

Nom du projet	2.23 Registre régional du cancer						
Identifiant du projet	DRCS	Ensemble	Projet clinique	Budget estimé	90 000 \$	Début	1 avr. 2007
Chargée de projet régional	Bruce Sexton	Pertinence (1-5)	4	Faisabilité (1-5)	2,7	Fin	1 avr. 2008
Catégorisation		Support CSSS	Mineur	Support RLS	Majeur	Performance	Mineur
Portée dominante du projet	Régionale	Priorité finale	10	Go - no go		Version du	26 sept. 2005
Étape				Début	Fin	Efforts (%)	% budget
Choix et acquisition de la solution				1 avr. 2007	1 mai 2007	20%	30%
Déploiement				1 mai 2007	1 avr. 2008	20%	30%
Formation et gestion du changement				1 juin 2007	1 avr. 2008	40%	30%
Gestion du projet				1 avr. 2007	1 avr. 2008	20%	10%
Global				1 avr. 2007	1 avr. 2008	100%	100%
Période de réalisation	Fédéral	MSSS	Agence	Établissements	Cliniques privées	Autres	Total
2005-2006							- \$
2006-2007							- \$
2007-2008			90 000 \$				90 000 \$
Récurrance, par année							
TOTAL sur 3 ans	- \$	- \$	90 000 \$	- \$	- \$	- \$	90 000 \$
Objectifs							
Mettre en place un registre régional des tumeurs et des registres locaux dans les CSSS ayant une équipe d'oncologie pour documenter de façon standard, pour la population de la Montérégie, la problématique de la lutte contre le cancer.							
Hypothèses, explications et commentaires							
Le registre régional des tumeurs sera développé et constitué à partir des registres locaux qui seront la principale source d'alimentation du registre régional. Éventuellement, ces données régionales seront acheminées au niveau provincial.							
Une collecte de données de qualité en oncologie demandera des efforts sérieux sur le terrain. Cet investissement local se justifie uniquement par une utilisation optimale de ces données, à tous les paliers (local, régional et provincial) qui ont besoin d'information pour remplir leurs obligations dans la lutte contre le cancer. Les buts visés par le projet d'implantation en Montérégie sont les suivants :							
- Aider la prise de décisions de nature clinique, administrative et populationnelle;							
- Aider les cliniciens dans la gestion de la qualité des interventions;							
- Évaluer l'efficacité des mesures mises en place ;							
- Surveiller l'évolution du cancer (incidence, la mortalité, la survie, ...);							
- Supporter la recherche en oncologie, clinique, épidémiologique et évaluative.							
Principaux bénéfices escomptés							
Amélioration de l'efficacité et de l'efficacité des soins							
Partage des meilleures pratiques							

Nom du projet	3.24 Entrepôt régional I-CLSC						
Identifiant du projet	ER-ICLSC	Ensemble	Projet clinique	Budget estimé	180 000 \$	Début	1 avr. 2006
Chargée de projet régional	Bruce Sexton	Pertinence (1-5)	3,4	Faisabilité (1-5)	3	Fin	1 déc. 2006
Catégorisation		Support CSSS		Support RLS		Performance	Majeur
Portée dominante du projet	Régional	Priorité finale	16	Go - no go		Version du	22 sept. 2005
Étape				Début	Fin	Efforts (%)	% budget
Choix et acquisition de la solution				1 avr. 2006	1 mai 2006	15%	20%
Déploiement				1 mai 2006	1 oct. 2006	20%	30%
Formation et gestion du changement				1 sept. 2006	1 déc. 2006	45%	35%
Gestion du projet				1 avr. 2006	1 déc. 2006	20%	15%
Global				1 avr. 2006	1 déc. 2006	100%	100%
Période de réalisation	Fédéral	MSSS	Agence	Établissements	Cliniques privées	Autres	Total
2005-2006							\$
2006-2007			150 000 \$				150 000 \$
2007-2008			30 000 \$				30 000 \$
Récurrence, par année			30 000 \$				
TOTAL sur 3 ans	- \$	- \$	180 000 \$	- \$	- \$	- \$	180 000 \$
Objectifs							
S'assurer de la disponibilité des indicateurs.							
Obtenir un état de la situation le plus près possible des opérations quotidiennes.							
Supporter l'amélioration de la performance de la mission communautaire.							
Être proactif au niveau de la qualité des données saisies à la source.							
Hypothèses, explications et commentaires							
Les entrepôts de gestion supportent la prise de décision au niveau tactique et stratégique. À cet égard, ils supportent autant le niveau clinique, clinico-administratif et administratif. L'entrepôt I-CLSC permettra à la Montérégie d'offrir de meilleurs services pour la mission communautaire. Elle permettra également de supporter l'amélioration continue.							
Les informations seront accessibles au niveau régional et local (établissement VS moyenne régionale). Ainsi, un établissement ne pourra pas visualiser les données d'un autre, mais se comparer à l'ensemble de la région.							
Principaux bénéfices escomptés							
Amélioration continue des services à la population pour la mission communautaire.							
Éléments comparables pour les établissements.							
Diminution du délai de rétroaction, donc accroissement de l'agilité organisationnelle.							

Nom du projet	3.25 Entrepôt régional Med-Echo						
Identifiant du projet	ER-MEDECHO	Ensemble	Projet clinique	Budget estimé	140 000 \$	Début	1 nov. 2005
Chargée de projet régional	Bruce Sexton	Pertinence (1-5)	3,4	Faisabilité (1-5)	3	Fin	31 mars 2006
Catégorisation		Support CSSS		Support RLS		Performance	Majeur
Portée dominante du projet	Régional	Priorité finale	17	Go - no go		Version du	22 sept. 2005
Étape				Début	Fin	Efforts (%)	% budget
Choix et acquisition de la solution				1 nov. 2005	1 févr. 2006	10%	25%
Déploiement				1 févr. 2006	1 mars 2006	30%	25%
Formation et gestion du changement				1 mars 2006	31 mars 2006	40%	30%
Gestion du projet				1 nov. 2005	1 mars 2006	20%	20%
Global				1 nov. 2005	31 mars 2006	100%	100%
Période de réalisation	Fédéral	MSSS	Agence	Établissements	Cliniques privées	Autres	Total
2005-2006			100 000 \$				100 000 \$
2006-2007			20 000 \$				20 000 \$
2007-2008			20 000 \$				20 000 \$
Réurrence, par année			20 000 \$				
TOTAL sur 3 ans	- \$	- \$	140 000 \$	- \$	- \$	- \$	140 000 \$
Objectifs							
S'assurer de la disponibilité des indicateurs.							
Obtenir un état de la situation le plus près possible des opérations quotidiennes.							
Supporter l'amélioration de la performance de la mission courte durée.							
Être proactif au niveau de la qualité des données saisies à la source.							
Hypothèses, explications et commentaires							
Les entrepôts de gestion supportent la prise de décision au niveau tactique et stratégique. À cet égard, ils supportent autant le niveau clinique, clinico-administratif et administratif. L'entrepôt Med-Echo permettra à la Montérégie d'offrir de meilleurs services pour la mission courte durée Elle permettra également de supporter l'amélioration continue.							
Les informations seront accessibles au niveau régional et local (établissement VS moyenne régionale). Ainsi, un établissement ne pourra pas visualiser les données d'un autre, mais se comparer à l'ensemble de la région.							
Principaux bénéfices escomptés							
Amélioration continue des services à la population pour la mission courte durée							
Éléments comparables pour les établissements.							
Diminution du délai de rétroaction, donc accroissement de l'agilité organisationnelle.							

Nom du projet	3.26 Entrepôt régional SICHELD						
Identifiant du projet	ER-SICHELD	Ensemble	Projet clinique	Budget estimé	150 000 \$	Début	1 janv. 2006
Chargée de projet régional	Mohamed Jamali	Pertinence (1-5)	3,3	Faisabilité (1-5)	2,9	Fin	30 oct. 2006
Catégorisation		Support CSSS		Support RLS		Performance	Majeur
Portée dominante du projet	Régional	Priorité finale	21	Go - no go		Version du	22 sept. 2005
Étape				Début	Fin	Efforts (%)	% budget
Choix et acquisition de la solution				1 janv. 2006	1 avr. 2006	15%	20%
Déploiement				1 avr. 2006	1 mai 2006	20%	30%
Formation et gestion du changement				1 mai 2006	1 oct. 2006	45%	35%
Gestion du projet				1 janv. 2006	30 oct. 2006	20%	15%
Global				1 janv. 2006	30 oct. 2006	100%	100%
Période de réalisation	Fédéral	MSSS	Agence	Établissements	Cliniques privées	Autres	Total
2005-2006			20 000 \$				20 000 \$
2006-2007			100 000 \$				100 000 \$
2007-2008			30 000 \$				30 000 \$
Réurrence, par année			30 000 \$				
TOTAL sur 3 ans	- \$	- \$	150 000 \$	- \$	- \$	- \$	150 000 \$
Objectifs							
S'assurer de la disponibilité des indicateurs.							
Obtenir un état de la situation le plus près possible des opérations quotidiennes.							
Supporter l'amélioration de la performance de la mission longue durée.							
Être proactif au niveau de la qualité des données saisies à la source.							
Hypothèses, explications et commentaires							
Les entrepôts de gestion supportent la prise de décision au niveau tactique et stratégique. À cet égard, ils supportent autant le niveau clinique, clinico-administratif et administratif. L'entrepôt SICHELD permettra à la Montérégie d'offrir de meilleurs services pour la mission communautaire. Elle permettra également de supporter l'amélioration continue.							
Les informations seront accessibles au niveau régional et local (établissement VS moyenne régionale). Ainsi, un établissement ne pourra pas visualiser les données d'un autre, mais se comparer à l'ensemble de la région.							
Principaux bénéfices escomptés							
Amélioration continue des services à la population pour la mission longue durée.							
Éléments comparables pour les établissements.							
Diminution du délai de rétroaction, donc accroissement de l'agilité organisationnelle.							

Nom du projet	3.27 Entrepôt régional SIGDU						
Identifiant du projet	ER-SIGDU	Ensemble	Projet clinique	Budget estimé	140 000 \$	Début	1 nov. 2005
Chargée de projet régional	Mohamed Jamali	Pertinence (1-5)	3,2	Faisabilité (1-5)	3	Fin	31 mars 2006
Catégorisation		Support CSSS		Support RLS		Performance	Majeur
Portée dominante du projet	Régional	Priorité finale	23	Go - no go		Version du	22 sept. 2005
Etape				Début	Fin	Efforts (%)	% budget
Choix et acquisition de la solution				1 nov. 2005	1 févr. 2006	10%	25%
Déploiement				1 févr. 2006	1 mars 2006	30%	25%
Formation et gestion du changement				1 mars 2006	31 mars 2006	40%	30%
Gestion du projet				1 nov. 2005	1 mars 2006	20%	20%
Global				1 nov. 2005	31 mars 2006	100%	100%
Période de réalisation	Fédéral	MSSS	Agence	Établissements	Cliniques privées	Autres	Total
2005-2006			100 000 \$				100 000 \$
2006-2007			20 000 \$				20 000 \$
2007-2008			20 000 \$				20 000 \$
Récurrence, par année			20 000 \$				
TOTAL sur 3 ans	- \$	- \$	140 000 \$	- \$	- \$	- \$	140 000 \$
Objectifs							
S'assurer de la disponibilité des indicateurs.							
Obtenir un état de la situation le plus près possible des opérations quotidiennes.							
Supporter l'amélioration de la performance des urgences.							
Être proactif au niveau de la qualité des données saisies à la source.							
Hypothèses, explications et commentaires							
Les entrepôts de gestion supportent la prise de décision au niveau tactique et stratégique. À cet égard, ils supportent autant le niveau clinique, clinico-administratif et administratif. L'entrepôt SIGDU permettra à la Montérégie d'offrir de meilleurs services pour la mission courte durée Elle permettra également de supporter l'amélioration continue.							
Les informations seront accessibles au niveau régional et local (établissement VS moyenne régionale). Ainsi, un établissement ne pourra pas visualiser les données d'un autre, mais se comparer à l'ensemble de la région.							
Principaux bénéfices escomptés							
Amélioration continue des services à la population pour les services d'urgence.							
Éléments comparables pour les établissements							
Diminution du délai de rétroaction, donc accroissement de l'agilité organisationnelle.							

Nom du projet 3.28 Système d'information pour l'aide à la planification sociosanitaire							
Identifiant du projet	SINAPSSSS	Ensemble	Projet clinique	Budget estimé	2 300 000 \$	Début	1 sept. 2005
Chargée de projet régional	Pierre-Martin Tardif	Pertinence (1-5)	3,7	Faisabilité (1-5)	3,1	Fin	1 avr. 2008
Catégorisation		Support CSSS		Support RLS		Performance	Majeur
Portée dominante du projet	Régionale	Priorité finale	13	Go - no go		Version du	26 sept. 2005
Étape				Début	Fin	Efforts (%)	% budget
Choix et acquisition de la solution				1 sept. 2005	1 mai 2006	20%	30%
Déploiement				1 mai 2006	1 avr. 2008	20%	30%
Formation et gestion du changement				1 janv. 2006	1 avr. 2007	40%	30%
Gestion du projet				1 sept. 2005	1 avr. 2008	20%	10%
Global				1 sept. 2005	1 avr. 2008	100%	100%
Période de réalisation	Fédéral	MSSS	Agence	Établissements	Cliniques privées	Autres	Total
2005-2006			200 000 \$				200 000 \$
2006-2007		500 000 \$	500 000 \$	50 000 \$			1 050 000 \$
2007-2008		500 000 \$	500 000 \$	50 000 \$			1 050 000 \$
Réurrence, par année			100 000 \$				
TOTAL sur 3 ans	- \$	1 000 000 \$	1 200 000 \$	100 000 \$	- \$	- \$	2 300 000 \$
Objectifs							
Le SINAPS : système d'information pour l'aide à la planification socio-sanitaire est un outil qui vise, en priorité, les champs suivants : Intégration et continuité de services : Doter l'agence et son réseau d'instruments qui lui permettront d'accéder rapidement, efficacement et sans chevauchement à l'information dont ils ont pertinemment besoin afin de mieux planifier, gérer, évaluer et optimiser leurs activités. Organisation des services : Mieux comprendre les besoins de la population et mieux cibler les clientèles afin de rendre les services les plus appropriés à la population Ce projet s'articule autour des axes suivants : - Organisation intégrée des ressources informationnelles; - Soutien à la prise de décision clinique et de gestion par la production et la diffusion d'informations pertinentes dans tous les secteurs d'activités; - Soutien efficace des utilisateurs dans l'accès, le traitement et l'analyse de l'information; - Application d'une approche d'expertise par continuum d'intervention selon les différents paliers de gouverne.							
Hypothèses, explications et commentaires							
Ce projet a une grande importance pour les différents acteurs du système de la santé en Montérégie et, par ricochet, un grand impact sur l'ensemble de la population de la région. Afin de mieux comprendre le SINAPS et de mieux en saisir la portée, nous vous présentons les différents modules qui composent son architecture. - Base de données documentaire; - Comptoir de données "Datamart"; - Entrepôt de données; - Portail documentaire SSS montérégien.							
Principaux bénéfices escomptés							
Amélioration de la qualité des services.							
Actions guidées par la maximisation des impacts cliniques.							

Nom du projet	3.29 Implantation des meilleures pratiques ITIL						
Identifiant du projet	ITIL	Ensemble	Infrastructures	Budget estimé	380 000 \$	Début	1 nov. 2005
Chargée de projet régional	Guy Duval	Pertinence (1-5)	3,3	Faisabilité (1-5)	3	Fin	1 avr. 2008
Catégorisation		Support CSSS	Mineur	Support RLS		Performance	Majeur
Portée dominante du projet	Régionale	Priorité finale	19	Go - no go		Version du	26 sept. 2005
Étape				Début	Fin	Efforts (%)	% budget
Établir les besoins et les écarts				1 nov. 2005	1 avr. 2006	20%	30%
Déploiement				1 avr. 2006	1 avr. 2008	20%	30%
Formation et gestion du changement				1 mars 2006	1 avr. 2008	40%	30%
Gestion du projet				1 nov. 2005	1 avr. 2008	20%	10%
Global				1 nov. 2005	1 avr. 2008	100%	100%
Période de réalisation	Fédéral	MSSS	Agence	Etablissements	Cliniques privées	Autres	Total
2005-2006			80 000 \$				80 000 \$
2006-2007			150 000 \$				150 000 \$
2007-2008			150 000 \$				150 000 \$
Récurrence, par année				- \$			
TOTAL sur 3 ans	- \$	- \$	380 000 \$	- \$	- \$	- \$	380 000 \$
Objectifs							
Mettre en place les meilleures pratiques au niveau de la gestion des opérations, via ITIL.							
Réviser et documenter les processus les plus importants.							
S'assurer de l'intégration du travail de tous.							
Mesurer les performances.							
Hypothèses, explications et commentaires							
ITIL est le cadre par excellence en gestion des opérations.							
Il s'agira principalement de se faire accompagner par une ressource compétente.							
Principaux bénéfices escomptés							
Satisfaction accrue des clients.							
Amélioration des performances.							
Apprentissage organisationnel en continu.							

ANNEXE 3

Fiches des projets non retenus

Nom du projet	1.1 Régionalisation de la paie						
Identifiant du projet	R-PAIE	Ensemble	Infrastructures	Budget estimé	1 830 000 \$	Début	1 janv. 2006
Chargée de projet régional	Mohamed Jamali	Pertinence (1-5)	2,1	Faisabilité (1-5)	2,3	Fin	1 avr. 2007
Catégorisation		Support CSSS	Majeur	Support RLS		Performance	
Portée dominante du projet	CSSS	Priorité finale		Go - no go	no go	Version du	26 sept. 2005
Étape				Début	Fin	Efforts (%)	% budget
Choix et acquisition de la solution				1 janv. 2006	1 oct. 2006	20%	40%
Déploiement				1 oct. 2006	1 févr. 2007	20%	25%
Formation et gestion du changement				1 nov. 2006	1 avr. 2007	40%	25%
Gestion du projet				1 janv. 2006	1 avr. 2007	20%	10%
Global				1 janv. 2006	1 avr. 2007	100%	100%
Période de réalisation	Fédéral	MSSS	Agence	Établissements	Cliniques privées	Autres	Total
2005-2006			140 000 \$				140 000 \$
2006-2007			140 000 \$	1 300 000 \$			1 440 000 \$
2007-2008				250 000 \$			250 000 \$
Récurrance, par année				250 000 \$			
TOTAL sur 3 ans	- \$	- \$	280 000 \$	1 550 000 \$	- \$	- \$	1 830 000 \$
Objectifs							
Le but du projet est d'implanter un système régional de traitement de la paie afin de bénéficier d'économies d'échelle. En Montérégie, on estime à 35 000 le nombre de paie bi-hebdomadaires. Chaque établissement a un tarif de traitement de la paie en fonction de son volume et de l'entente avec son fournisseur local de paie (le traitement des paies est effectué chez le fournisseur). L'objectif d'un système régional consiste à : • Obtenir le même prix de traitement pour tous les établissements; • Faire bénéficier l'ensemble des établissements des escomptes s'appliquant au traitement de 1 000 employés et plus; • Faire bénéficier l'ensemble des établissements des escomptes régionales s'appliquant à une région où plus de 80 % des employés de la région sont traités par le même fournisseur;							
Hypothèses, explications et commentaires							
Dans le contexte de la création des CSSS, le MSSS a demandé aux agences d'établir une planification stratégique des ressources informationnelles. Pour rencontrer les demandes du Ministère, la DAFIT a donc décidé de procéder à l'élaboration d'un Plan stratégique régional des systèmes administratifs afin d'établir un bilan de la situation actuelle et d'établir des orientations préliminaires. Il a été décidé, comme premier projet, de procéder à une optimisation régionale des systèmes de paie afin d'en réduire les coûts d'opération. Cette implantation, en plus d'apporter des bénéfices concrets, permet aux CSSS et à l'agence d'apprendre à travailler ensemble sur une base régionale, et ainsi, favoriser une gestion intégrée des RI. Les investissements à injecter pour réaliser l'implantation d'une solution régionale de paie sont non négligeables. Par contre, il s'agit de premiers investissements régionaux en infrastructures administratives qui soutiendront directement les intervenants et les gestionnaires dans leurs tâches quotidiennes. En contrepartie, les bénéfices apporteront rapidement un retour sur l'investissement. • La production régionale de la paie permet d'abaisser substantiellement le coût de production des chèques; • Nous estimons les risques faibles puisque les coûts d'intégration seront sensiblement les mêmes que les coûts engendrés par l'intégration des systèmes de • Un service de paie régional permettra, à moyen et long termes, des économies pour l'ensemble des intervenants. De plus, cela contribuera à la mise en pla Le risque technologique est aussi faible car il implique l'utilisation de technologies déjà utilisées en Montérégie et dans d'autres régions.							
Principaux bénéfices escomptés							
Optimisation des moyens financiers pour la production de la paie.							
Libération de financement pour d'autres projets.							

Nom du projet	1.2 Commerce électronique						
Identifiant du projet	eComm-EDI	Ensemble	Infrastructures	Budget estimé	1 200 000 \$	Début	1 avr. 2006
Chargée de projet régional	Johanne Aubry	Pertinence (1-5)	3,1	Faisabilité (1-5)	3	Fin	1 mars 2008
Catégorisation		Support CSSS	Majeur	Support RLS		Performance	
Portée dominante du projet	CSSS	Priorité finale		Go - no go	no go	Version du	22 sept. 2005
Étape				Début	Fin	Efforts (%)	% budget
Choix et acquisition de la solution				1 avr. 2006	1 déc. 2006	20%	10%
Déploiement				1 janv. 2007	1 déc. 2007	30%	30%
Formation et gestion du changement				1 sept. 2006	1 mars 2008	35%	45%
Gestion du projet				1 avr. 2006	1 mars 2008	15%	15%
Global				1 avr. 2006	1 mars 2008	100%	100%
Période de réalisation	Fédéral	MSSS	Agence	Établissements	Cliniques privées	Autres	Total
2005-2006		50 000 \$	200 000 \$	50 000 \$			300 000 \$
2006-2007		100 000 \$	400 000 \$	100 000 \$			600 000 \$
2007-2008			100 000 \$	200 000 \$			300 000 \$
Récurrance, par année				Au prorata			- \$
TOTAL sur 3 ans	- \$	150 000 \$	700 000 \$	350 000 \$	- \$	- \$	1 200 000 \$
Objectifs							
Diminuer les coûts des transactions.							
Economiser par les achats regroupés des différentes fournitures.							
Accès à une gamme étendue de produits et services							
Meilleure de performance par l'automatiser les processus des commandes.							
Hypothèses, explications et commentaires							
Le but du projet est d'économiser sur le processus d'approvisionnement des établissements en revoyant le mode de gestion des transactions en normalisant le traitement de ces transactions à la Montérégie et en employant des outils électroniques utilisés communs au secteur de la santé (fournisseurs et établissements).							
Actuellement, pour chaque transaction effectuée, il existe plusieurs documents "papiers" (bons de commande, confirmations de commande, bons d'expédition, factures, avis de paiement, etc.). Ce processus entraîne inévitablement des communications téléphoniques, des vérifications de prix, des recherches de substituts, des corrections d'erreurs, des appariements de factures, etc. L'objectif est de réduire les coûts associés à ces délais et de remettre le fruit des économies à des secteurs plus névralgiques pour la mission des CSSS.							
Dans un premier temps, il faut faire une étude plus complète de la situation en Montérégie et de ce qui se fait ailleurs en commerce électronique (des actions semblables ont été entreprises pour 2 régions (Saguenay et Estrie) et plusieurs établissements (dont le CUSM et Sacré-Cœur) afin d'en extraire une image plus juste des coûts et économies.							
Les économies proviendront principalement de la baisse des coûts de transaction qui devraient diminuer de 25% à 40%.							

Nom du projet	1.4 Téléphonie IP						
Identifiant du projet	TelP	Ensemble	Infrastructures	Budget estimé	100 000 \$	Début	1 févr. 2005
Chargée de projet régional	Alfred Toussaint	Pertinence (1-5)	3	Faisabilité (1-5)	3,3	Fin	1 mars 2006
Catégorisation		Support CSSS	Majeur	Support RLS	Mineur	Performance	
Portée dominante du projet	Régionale	Priorité finale		Go - no go	no go	Version du	26 sept. 2005

Étape	Début	Fin	Efforts (%)	% budget
Choix et acquisition de la solution	1 févr. 2005	1 mai 2005	10%	10%
Déploiement	1 janv. 2006	31 janv. 2006	40%	60%
Formation et gestion du changement	1 févr. 2006	1 mars 2006	30%	15%
Gestion du projet	1 févr. 2005	31 janv. 2006	20%	15%
Global	1 févr. 2005	1 mars 2006	100%	100%

Période de réalisation	Fédéral	MSSS	Agence	Établissements	Cliniques privées	Autres	Total
2005-2006			50 000 \$				50 000 \$
2006-2007			50 000 \$				50 000 \$
2007-2008			- \$				- \$
Récurrence, par année							
TOTAL sur 3 ans	- \$	- \$	100 000 \$	- \$	- \$	- \$	100 000 \$

Objectifs
Unifier les différents protocoles utilisés pour la communication de la voix vers un protocole unique, soit IP.
Ajouter des fonctionnalités de mobilité aux systèmes en place.
Débuter la migration vers la nouvelle plateforme.

Hypothèses, explications et commentaires
Il faut valider les différents modèles d'affaires qui pourraient apporter d'importantes économies.
L'impact sur le RTSS peut être important et nécessiter une augmentation de la bande passante.

Principaux bénéfices escomptés
Partage des liens téléphoniques distants dans le but de réduire les interrurbains.
Éviter les interrurbains entre les établissements qui utilisent la téléphonie IP.
Convergence des réseaux.

Nom du projet	1.6 Gestion de la pharmacie à distance						
Identifiant du projet	TÉLÉPHARM	Ensemble	Télesanté	Budget estimé	120 000 \$	Début	1 mars 2005
Chargée de projet régional	Bruce Sexton	Pertinence (1-5)	2,9	Faisabilité (1-5)	2,5	Fin	1 avr. 2008
Catégorisation		Support CSSS	Majeur	Support RLS	Mineur	Performance	
Portée dominante du projet	CSSS	Priorité finale		Go - no go	no go	Version du	26 sept. 2005

Étape	Début	Fin	Efforts (%)	% budget
Choix et acquisition de la solution	1 mars 2005	1 juin 2005	20%	30%
Déploiement	1 juin 2005	1 avr. 2008	20%	30%
Formation et gestion du changement	1 juin 2005	1 avr. 2008	40%	30%
Gestion du projet	1 mars 2005	1 avr. 2008	20%	10%
Global	1 mars 2005	1 avr. 2008	100%	100%

Période de réalisation	Fédéral	MSSS	Agence	Établissements	Cliniques privées	Autres	Total
2005-2006			10 000 \$	10 000 \$			20 000 \$
2006-2007			40 000 \$	40 000 \$			80 000 \$
2007-2008			10 000 \$	10 000 \$			20 000 \$
Récurrence, par année							
TOTAL sur 3 ans	- \$	- \$	60 000 \$	60 000 \$	- \$	- \$	120 000 \$

Objectifs
Il s'agit de mettre en place des armoires de distribution de médicaments.
Pallier au manque de pharmaciens dans les centres éloignés.

Hypothèses, explications et commentaires
L'équipement doit être normalisé entre les points de service.

Principaux bénéfices escomptés
Fonctionnement en continu de la pharmacie.

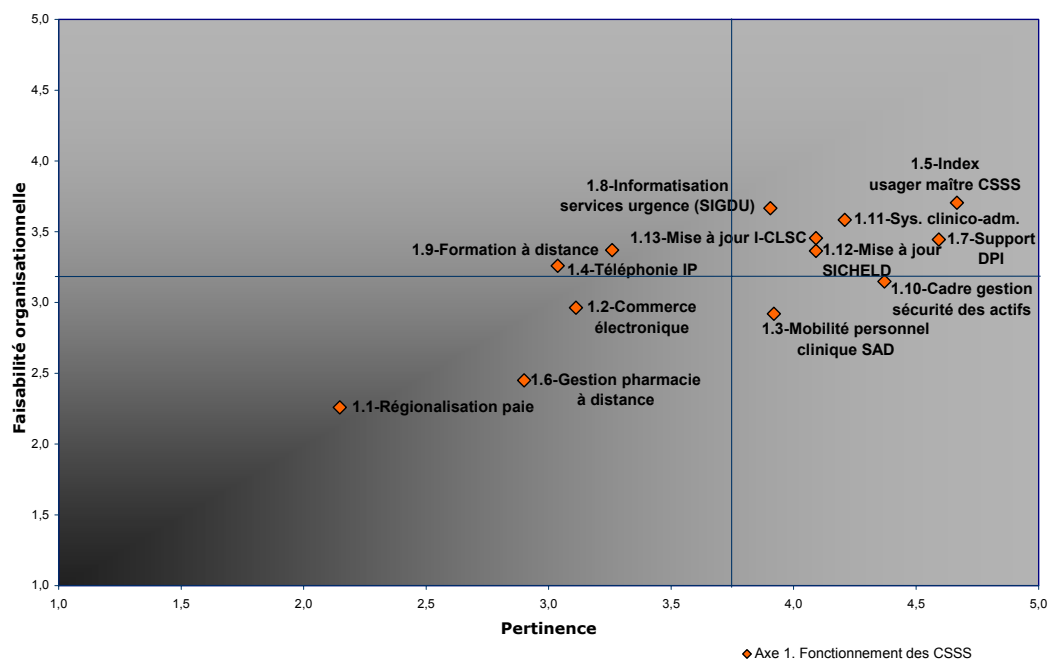
ANNEXE 4

Résultats de la consultation régionale

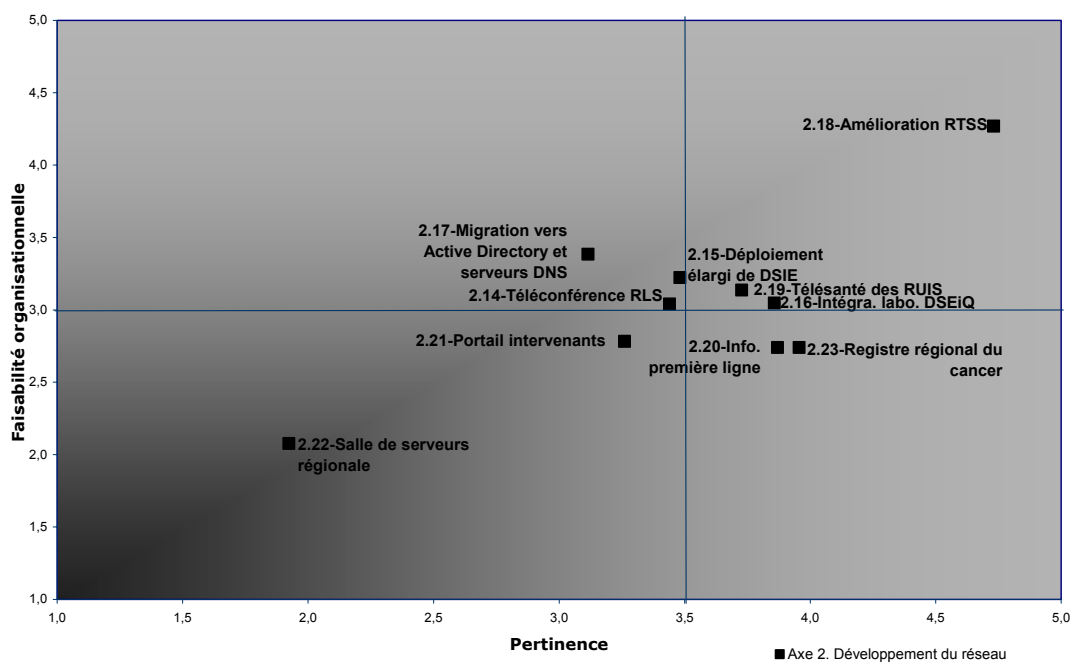
Nom du projet	No_projet	PERTINENCE (X)		FAISABILITE (Y)	
		Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type
Régionalisation de la paie	1.1	2,1	1,2	2,3	1,2
Commerce électronique	1.2	3,1	1,0	3,0	1,0
Mobilité du personnel clinique aux soins à domicile	1.3	3,9	0,9	2,9	1,0
Téléphonie IP	1.4	3,0	1,1	3,3	0,9
Index usager maître CSSS régional	1.5	4,7	0,5	3,7	0,9
Gestion de la pharmacie à distance	1.6	2,9	1,3	2,5	0,8
Support à l'implantation de dossiers patients informatisés	1.7	4,6	0,9	3,4	1,1
Le projet d'informatisation des services de l'urgence (SIGDU)	1.8	3,9	1,0	3,7	1,4
Formation à distance	1.9	3,3	1,3	3,4	1,1
Implantation du cadre global de gestion des actifs informationnels - volet sécurité	1.10	4,4	0,8	3,1	0,9
Intégration des systèmes d'information clinico-administratifs	1.11	4,2	1,0	3,6	1,0
Optimisation et mise à jour des systèmes SICHELD	1.12	4,1	1,3	3,4	1,0
Optimisation et mise à jour des systèmes I-CLSC	1.13	4,1	1,3	3,5	1,0
Téléconférence reliant les différents milieux d'un RLS	2.14	3,4	1,1	3,0	1,1
Déploiement élargi de DSIE version Web	2.15	3,5	1,2	3,2	1,1
Intégration des laboratoires au DSEiQ	2.16	3,9	1,0	3,0	0,8
Migration des infrastructures vers la forêt régionale d'Active Directory et les nouveaux serveurs DNS	2.17	3,1	1,2	3,4	0,9
Amélioration transitoire du RTSS vers le RETEM	2.18	4,7	0,5	4,3	0,7
Support à la mise en place des projets en télésanté des RUIS	2.19	3,7	1,0	3,1	1,2
Informatisation de la première ligne	2.20	3,9	1,3	2,7	1,1
Portail applicatif des intervenants	2.21	3,3	1,2	2,8	0,7
Mise en conformité de la salle de serveurs régionale	2.22	1,9	1,0	2,1	1,0
Registre régional du cancer	2.23	4,0	1,1	2,7	1,0
Entrepôt régional I-CLSC	3.24	3,4	1,1	3,0	0,9
Entrepôt régional Med-Echo	3.25	3,4	1,2	3,0	0,9
Entrepôt régional SICHELD	3.26	3,3	1,2	2,9	0,9
Entrepôt régional SIGDU	3.27	3,2	1,1	3,0	0,9
SINAPSSS	3.28	3,7	1,0	3,1	0,9
Implantation des meilleures pratiques ITIL	3.29	3,3	1,0	3,0	0,9
TOTAL		3,6	1,2	3,1	1,1

AXES	No_projet	Pertinence (x)	Faisabilité (y)
			Coordonnées
Axe 1. Fonctionnement des CSSS	1,1	2,1	2,3
	1,2	3,1	3,0
	1,3	3,9	2,9
	1,4	3,0	3,3
	1,5	4,7	3,7
	1,6	2,9	2,5
	1,7	4,6	3,4
	1,8	3,9	3,7
	1,9	3,3	3,4
	1,10	4,4	3,1
	1,11	4,2	3,6
	1,12	4,1	3,4
	1,13	4,1	3,5
Axe 2. Développement du réseau	2,14	3,4	3,0
	2,15	3,5	3,2
	2,16	3,9	3,0
	2,17	3,1	3,4
	2,18	4,7	4,3
	2,19	3,7	3,1
	2,20	3,9	2,7
	2,21	3,3	2,8
	2,22	1,9	2,1
	2,23	4,0	2,7
Axe 3. Échange d'info. à des fins d'amélioration	3,24	3,4	3,0
	3,25	3,4	3,0
	3,26	3,3	2,9
	3,27	3,2	3,0
	3,28	3,7	3,1
	3,29	3,3	3,0
MOYENNE	Globale	3,6	3,1
	AXE 1	3,7	3,2
	AXE 2	3,5	3,0
	AXE 3	3,4	3,0
Nombre de réposes valides		29	29

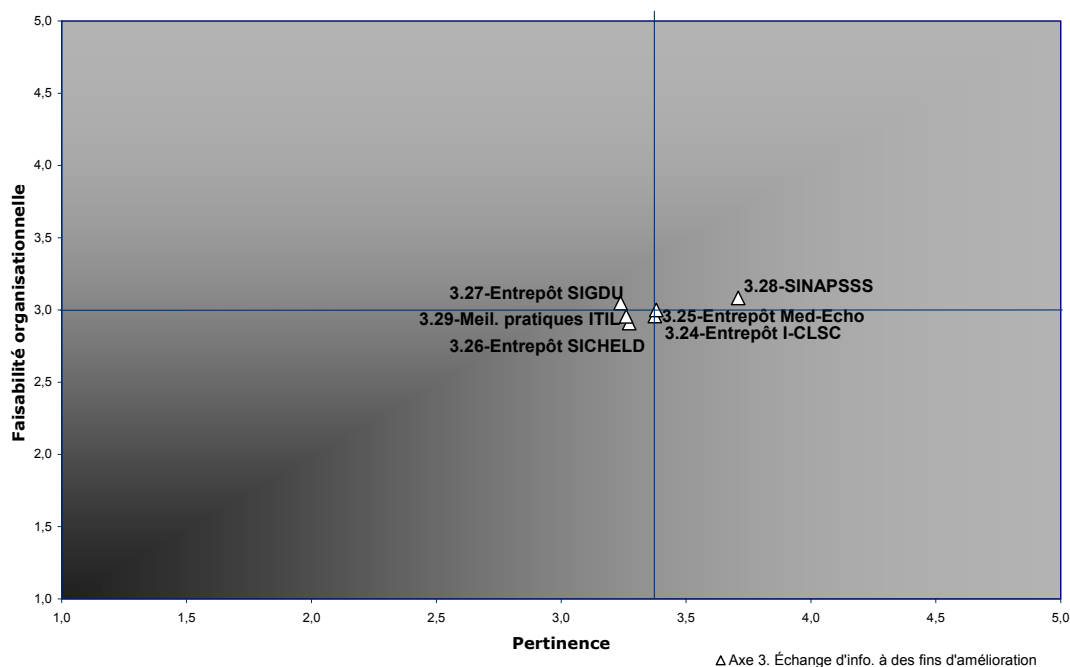
**AXE 1: Résultats de la consultation sur le
plan stratégique régional des ressources informationnelles
(ADRLSSSS Montérégie)**



**AXE 2: Résultats de la consultation sur le
plan stratégique régional des ressources informationnelles
(ADRLSSSS Montérégie)**



**AXE 3: Résultats de la consultation sur le
plan stratégique régional des ressources informationnelles
(ADRLSSSS Montérégie)**



Etablissements	Participants	Secteur
CSSS du Haut-St-Laurent	Johanne Brunet	Ressources informationnelles
	Agathe Brisebois	Clinique
CSSS la Pommeraie	Jean-Pierre Masse	Ressources informationnelles
	Michel Thériault	Administration
CSSS de Sorel-Tracy	Christiane Hamel	Clinique
	Michelle Harvey	Finances / ressources informationnelles
CSSS du Suroît	François Berthiaume	Informatique
	Claude Chayer	Administration
CSSS Richelieu-Yamaska	J. Charbonneau	Administration
	Lise Langlois	Clinico-administratif
CSSS Vaudreuil-Soulanges	Diane Richard	Informatique
CSSS Haut-Richelieu/Rouville	Daniel Burgoyne	Ressources informationnelles
	Marc Desrosiers	Ressources informationnelles
CSSS Jardins-Roussillon	Sylvie Marceau	Administration / ressources informationnelles
	France Gendron	Clinique
	Paul Moreau	Administration
	Alain St-Onge	Ressources informationnelles
CSSS de la Haute-Yamaska	Richard Beaugard	Ressources informationnelles
	Pauline Plourde	Clinique
CSSS Champlain	Richard Deschamps	Administration / ressources informationnelles
	Guy Bergeron	Clinique
CSSS Pierre-Boucher	Colette Landry	Clinique
	Serge Campion	Ressources informationnelles
Hôpital Charles LeMoine	Pierre Larose	Ressources informationnelles
	Gilles Villeneuve	Finances
CR Le Virage	Solange Pelletier	---
Pavillon Foster	Maryse Couturier	Administration / ressources informationnelles
	Stéphane Gauvin	Ressources informationnelles
CRDI	Patrick Mercier	Ressources informationnelles
	Nicolas Léger	Clinique
Institut Nazareth Louis-Braille	Michel Fréchette	Ressources informationnelles
CMR	---	---
CJ	Jocelyne Blais	Ressources informationnelles
SRSOR	Jacques Rochon	Administration
	Sylvain Lafond	Ressources informationnelles
DRMG	Jean Gauthier	---