

CFP - 006M

C.P. - FL 3

Loi sur les renseignements
de santé et de services sociaux

SAINE GESTION DES RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX : CE QUE LES ARCHIVISTES MÉDICAUX·ALES ONT À NOUS APPRENDRE

Mémoire

de

l'APTS

*Alliance du personnel
professionnel et technique
de la santé et des services sociaux*

Présenté à la Commission des finances publiques
dans le cadre des consultations particulières à l'égard du projet
de loi n° 3, Loi sur les renseignements de santé et de services
sociaux et modifiant diverses dispositions législatives

le 30 janvier 2023

TABLE DES MATIÈRES

PRÉSENTATION DE L'APTS	1
INTRODUCTION	2
<i>BIG DATA, RIGHT DATA</i>	3
Le principe de limitation	3
En matière de récolte des données	4
En matière d'accès aux données	4
UN MEILLEUR ENCADREMENT EN MATIÈRE DE PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE	5
Le système national de dépôt des renseignements (SNDR)	5
L'accès par des intervenant-e-s	6
La relation de confiance, indissociable d'une éthique ferme	6
AU-DELÀ DES PROMESSES : LES RÉALITÉS CACHÉES DES VIRAGES NUMÉRIQUES	8
La prétendue panacée du tout-numérique	8
Des ajustements qui peuvent faire la différence	8
Prévoir une marge de manoeuvre	9
Ne pas alourdir la charge de travail inutilement	9
Corriger certaines incohérences	9
EN CONCLUSION : OPTIMISER LE VIRAGE NUMÉRIQUE EN IMPLIQUANT LES PERSONNES CONCERNÉES	10
LISTE DES RECOMMANDATIONS	11

PRÉSENTATION DE L'APTS

L'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) est l'organisation syndicale qui représente la majorité du personnel du réseau de la santé et des services sociaux faisant partie de la catégorie 4, soit celle regroupant les personnes professionnelles et techniciennes. Dans les faits, l'APTS représente plus de 65 000 membres occupant plus d'une centaine de titres d'emploi différents. La grande majorité de ses membres pratiquent dans des établissements du réseau public québécois de la santé et des services sociaux ainsi que dans certains établissements privés conventionnés (EPC) et établissements hors réseaux disposant d'une mission CHSLD.

En tant qu'organisation syndicale, l'APTS a pour mission de défendre les droits de ses membres par la négociation et l'application de la convention collective. De plus, en tant que représentante des professionnel-le-s au sens large du terme, l'APTS revendique des conditions de pratique respectueuses de leurs valeurs, qu'elles soient d'ordre éthique et/ou déontologique. Par ses représentations, l'APTS contribue à l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins et des services publics dans une perspective de justice sociale et de protection du public.

Les membres de l'APTS offrent une multitude de services en matière de diagnostic, de réadaptation, de nutrition, d'intervention psychosociale, de soutien clinique et de prévention, qui s'adressent à l'ensemble de la population. Les archivistes médicaux-ales, dont près de 1 150 sont membres, interviennent à tous les niveaux du cycle de la donnée générée au sein du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), de sa création et sa collecte à sa diffusion et sa protection, en passant par son organisation. Véritables administrateur-ric-e-s de l'information clinico-administrative, il-elle-s sont les personnes les plus habilitées à penser une organisation optimale de l'information clinico-administrative. L'APTS en a consulté plus de trente aux fins de rédaction de ce mémoire.

INTRODUCTION

Les technologies de l'information sont incontournables dans à peu près tous les secteurs d'activités sociales et économiques et le RSSS ne fait pas exception. Même s'il est essentiel de toujours garder en vue sa mission première, qui est fondamentalement humaine, il est évident que les technologies de l'information ont le potentiel, lorsque bien utilisées, d'améliorer les soins rendus et de soutenir un réseau plus fluide et mieux organisé.

Le projet de loi n° 3, Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (PL 3) s'inscrit dans cet effort d'informatisation et de numérisation. Il constituera, comme l'indique d'ailleurs le Plan santé présenté en mars 2022 par le ministre Dubé, le socle d'un réseau modernisé, puisqu'il encadrera le carburant des outils technologiques contemporains : les données.

Le modèle de gouvernance des renseignements de santé et de services sociaux établi dans ce projet de loi est donc d'une importance capitale. Les principes qu'il établira guideront notre modèle organisationnel de gestion des données qui, lui, soutiendra le réseau en entier. Il faut également se rappeler que les renseignements de santé et de services sociaux au moment où l'on traite de ce projet de loi n'émanent que très rarement de processus automatisés. Les données sont créées, traitées, analysées, codifiées et entrées dans les systèmes informatiques par des travailleur-euse-s du réseau. Bien que les tâches d'entrée de données soient répandues une part importante de ce travail revient à un titre d'emploi bien précis, celui d'archiviste médical-e.

Pour l'analyse de ce projet de loi, l'APTS a consulté des dizaines d'archivistes médicaux-ales de partout dans la province, des expert-e-s en technologies de l'information ainsi que des études des données. Un consensus ressort de ces travaux sur le fait que le projet de loi va dans la bonne direction mais pourrait être bonifié à certains égards et, surtout, précisé. Il soulève par ailleurs d'importantes inquiétudes qui seront notamment exposées dans la section intitulée « Un meilleur encadrement en matière de protection de la vie privée ».

BIG DATA, RIGHT DATA

Lorsque que le McKinsey Global Institute a publié en 2011¹ son rapport sur le potentiel de valorisation des données massives, la ruée vers le *Big Data* s'est enclenchée dans à peu près tous les secteurs, celui de la santé en tête de file. Si certains résultats ont été impressionnants, les prédictions de l'époque ne se sont pas entièrement concrétisées, en bonne partie pour la simple raison qu'une donnée récoltée n'est pas nécessairement une donnée utilisable.

En effet, on estime aujourd'hui qu'entre 80 % et 90 % des données récoltées globalement ne sont pas structurées, faute de moyen de les traiter². La recherche du *Big Data* a donc laissé assez rapidement sa place, chez les expert-e-s, à celle du *Right Data*. Il ne sert en effet à rien d'investir temps, argent et énergie pour récolter chaque parcelle de données disponible, il faut récolter la bonne donnée.

Cette tendance n'est toutefois pas observée systématiquement dans le RSSS. Plusieurs archivistes médicaux-ales, qui gèrent la majeure partie des accès aux renseignements, ont témoigné d'épisodes où des gestionnaires demandaient des données qui n'étaient simplement pas saisies, ou qui n'avaient aucun lien avec leur mission. Un constat est revenu à plusieurs reprises dans les consultations : les données ne sont pas suffisamment ciblées et les quantités d'information demandées sont beaucoup trop grandes pour les capacités de traitement des archivistes et pour l'atteinte des objectifs visés.

Le principe de limitation

Ce constat nous ramène à un principe bien connu en sécurité de l'information et en protection de la vie privée : le principe de limitation, établi dans la plupart des législations et entre autres par le Commissariat à la vie privée du Canada³. Ce principe, qui indique que les renseignements récoltés doivent être limités à ceux qui sont absolument nécessaires, est partiellement ciblé dans l'article 13 du PL 3 :

« Un organisme du secteur de la santé et des services sociaux ne peut recueillir que les renseignements de santé ou de services sociaux nécessaires à la réalisation de sa mission ou de son objet, à l'exercice de ses fonctions ou de ses activités ou à la mise en œuvre d'un programme dont il a la gestion. »

¹ James Manyika et al., « Big data: The next frontier for innovation, competition, and productivity » (McKinsey Global Institute, 2011).

² Alaidine Ben Ayed, Ismaïl Biskri, et Jean-Guy Meunier, « An Efficient Explainable Artificial Intelligence Model of Automatically Generated Summaries Evaluation: A Use Case of Bridging Cognitive Psychology and Computational Linguistics », in *Explainable AI Within the Digital Transformation and Cyber Physical Systems: XAI Methods and Applications*, éd. par Moamar Sayed-Mouchaweh (Cham: Springer International Publishing, 2021), 69-90, https://doi.org/10.1007/978-3-030-76409-8_5.

³ Commissariat à la vie privée du Canada, « Guide sur la protection de la vie privée à l'intention des entreprises » (Gatineau, 2019).

En matière de récolte des données

Or, l'APTS est d'avis que ce principe pourrait et devrait être renforcé au sein du projet de loi, et ce, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la récolte de renseignements superflus est un gaspillage de ressources et de temps de travail. Ensuite, chaque renseignement récolté représente un bris potentiel supplémentaire de sécurité et de confidentialité, et il est conséquemment moins coûteux - pour les organisations - de limiter les risques en traçant clairement les limites des données récoltées.

La loi actuelle, Loi concernant le partage de certains renseignements de santé⁴, indique à l'article 2 les principes selon lesquels la loi doit être interprétée. Nous recommandons qu'un article similaire soit intégré dès le début du projet de loi pour établir clairement, entre autres, le principe essentiel de limitation de la collecte.

Recommandation n° 1 :

À l'image de la Loi concernant le partage de certains renseignements de santé et de services sociaux, intégrer dès les premiers articles du projet de loi les principes essentiels d'interprétation de la loi, dont celui de limitation de la collecte.

En matière d'accès aux données

Ce principe doit être établi non seulement dans la récolte, mais aussi dans les accès, là où surgissent les principaux enjeux de sécurité et de confidentialité. À cet effet, certains articles peuvent également être bonifiés. L'article 26, par exemple, se lit comme suit :

« Le tuteur ou le mandataire d'un majeur inapte a le droit d'être informé de l'existence de tout renseignement détenu par un organisme concernant ce majeur et d'y avoir accès. Il a également le droit de demander la rectification d'un tel renseignement s'il est inexact, incomplet ou équivoque ou s'il a été recueilli ou est conservé en contravention à la loi. »

Or, et bien que les rôles et responsabilités des mandataires soient d'ores et déjà décrits et limités par la législation québécoise⁵, cet article ne contient aucune mention de « nécessité ». Les renseignements de santé et de services sociaux sont parmi les plus sensibles qui soient, exigeant une responsabilité accrue au regard de la vie privée des personnes. Conséquemment, nous recommandons d'intégrer l'élément de « nécessité » à toutes les dispositions pertinentes et particulièrement à l'article 26.

Recommandation n° 2 :

Intégrer l'élément de « nécessité » à toutes les dispositions pertinentes, y compris en ajoutant à la fin de l'article 26 « à condition que cela soit nécessaire à l'exercice des rôles et responsabilités du-de la tuteur-riche ou du-de la mandataire ».

⁴ Loi concernant le partage de certains renseignements de santé, RLRQ c P-9.0001.

⁵ « Rôle et responsabilités d'un mandataire », Gouvernement du Québec.
<https://www.quebec.ca/justice-et-etat-civil/protection-legale/mandat-de-protection/role-responsabilites-mandataire>

UN MEILLEUR ENCADREMENT EN MATIÈRE DE PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

Dans le premier paragraphe de l'article 2, la loi actuelle place le principe du droit à la vie privée de la personne. Dans le projet de loi en revanche, celui-ci n'est pas clairement établi dans les premiers articles, ce qui constitue à notre sens un manquement potentiellement préjudiciable. Nous saluons cependant la mention, à plusieurs reprises, de l'obligation de procéder à une évaluation des facteurs relatifs à la vie privée telle qu'introduite dans le projet de loi n° 64⁶. Il n'en reste pas moins que la confidentialité des renseignements ressortait comme une inquiétude majeure lors de nos consultations. En effet, la sécurité du réseau n'implique pas la sécurité de l'information, celle-ci est plutôt assurée par des règles rigoureuses d'encadrement des accès.

Le système national de dépôt des renseignements (SNDR)

Un des objectifs principaux du projet de loi est l'établissement d'un système national de dépôt des renseignements qui permettrait de faciliter les accès autorisés, en plus de tenir divers registres. Or les modalités d'utilisation de ce registre restent à être définies dans un règlement ministériel, comme plusieurs autres dispositions d'ailleurs. De façon générale, tel que déjà constaté par la Chaire de recherche du Canada sur la culture collaborative en droit et politiques de la santé⁷, le PL 3 laisse une place extrêmement importante aux règlements ministériels. L'objectif visé est probablement la souplesse, mais il est nécessaire de rappeler qu'une telle approche accroît énormément les risques de différences d'interprétation et de confusion dans l'application des règlements.

Le SNDR est en déjà un bon exemple : même les archivistes médicaux - qui sont les principaux responsables de l'application des lois relatives aux renseignements - n'arrivaient pas à saisir clairement comment ce système s'articulerait, et encore moins s'opérerait. Si le projet de loi n° 3 se veut le socle de la modernisation des données du système de santé, il nous paraît sage de préciser la portée de certaines dispositions réglementaires. Nous recommandons donc au gouvernement de clarifier les modalités d'utilisation du système national de dépôt des renseignements avant l'adoption de la loi.

Recommandation n° 3 :

Clarifier dans l'article 240 du PL 3 les modalités d'accès au Système national de dépôt des renseignements afin de réduire les risques de différences d'interprétation et de confusion dans l'application des règlements ministériels.

⁶ Loi modernisant des dispositions législatives en matière de protection des renseignements personnels, LQ 2021, c 25.

⁷ Marco Laverdière, « Projet de loi 19 et renseignements de santé: Une consolidation nécessaire mais incomplète en ce qui concerne les règles applicables aux professionnels » (Chaire de recherche du Canada sur la culture collaborative en droit et politiques de la santé, 2022), <https://www.chairesante.ca/articles/2022/projet-de-loi-19-et-renseignements-de-sante-une-consolidation-necessaire-mais-incomplete-en-ce-qui-concerne-les-regles-applicables-aux-professionnels/>.

L'accès par des intervenant·e·s

Si jouir d'un meilleur accès aux renseignements faciliterait certainement le travail clinique des intervenant·e·s du réseau, il n'en demeure pas moins que des risques difficiles à gérer surgiraient.

Lors de demandes d'accès au niveau local, les archivistes sont en mesure de juger de la nécessité pour les intervenant·e·s d'avoir accès aux renseignements demandés et il arrive très régulièrement que certaines demandes soient refusées. Un exemple récurrent est celui de la double relation de professionnel·le soignant·e et de supérieur·e hiérarchique. Des demandes de renseignements ont ainsi été à maintes reprises refusées à des médecins en GMF puisque l'information convoitée concernait des collègues de travail et qu'il était impossible pour les gestionnaires d'accès de s'assurer que les renseignements ne seraient pas utilisés à des fins autres que cliniques. Ces dossiers sont particulièrement sensibles lorsque des employé·e·s prennent congé pour cause de maladie, par exemple. Il convient donc de limiter les flous interprétatifs, qui mettent à mal la confidentialité des renseignements et restreignent les archivistes et autres responsables de la protection des renseignements dans leur travail, par exemple à l'article 36.

Recommandation n° 4 :

Préciser la notion de « pratique réflexive » dans l'article 36 afin de limiter les flous administratifs.

La relation de confiance, indissociable d'une éthique ferme

Ce n'est pas un hasard si les réseaux de santé et de services sociaux sont considérés partout dans le monde comme particulièrement sensibles et si les codes éthiques des professionnel·le·s œuvrant au sein de ces réseaux sont particulièrement sévères. Pour mener à bien leur mission, ces travailleur·euse·s doivent être en mesure d'établir une relation de confiance solide avec les usager·ère·s, comme mentionné à l'article 25 du Code des professions⁸. Il est impossible de soigner une personne convenablement si celle-ci, par crainte d'un manquement éthique ou d'un préjudice sur sa personne, refuse de communiquer des renseignements ou se rabat sur des omissions ou des mensonges. C'est pourquoi l'article 68, qui se lit comme suit, nous laisse excessivement perplexes :

« Un organisme peut communiquer un renseignement qu'il détient au Directeur des poursuites criminelles et pénales ou à une personne ou à un groupement qui, en vertu de la loi, est chargé de prévenir, de détecter ou de réprimer le crime ou les infractions aux lois lorsque le renseignement est nécessaire aux fins d'une poursuite pour une infraction à une loi applicable au Québec. »

⁸ Code des professions, RLRQ c C-26.

Comme l'ont déjà mentionné certain-e-s avocat-e-s⁹, cette disposition est extrêmement inquiétante. En reprenant textuellement la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (article 59, paragraphe 2, alinéa 1), le législateur semble soudainement ignorer, pour cet article précis, la spécificité des renseignements de santé et de services sociaux et la raison légitime pour laquelle une telle disposition ne se trouvait jusqu'à maintenant ni dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux¹⁰, ni dans la Loi concernant le partage de certains renseignements de santé. Cet article confronterait non seulement de nombreux-ses intervenant-e-s à de sérieux conflits déontologiques, mais il réduirait également potentiellement leur capacité à offrir des soins et des services sociaux adaptés en minant la relation de confiance avec les usager-ère-s. Pourquoi, de plus, cette distinction entre les établissements et les organismes? Comment assurer qu'un renseignement détenu par un établissement ne passe pas à un organisme, considérant les procédures prévues dans cette même loi pour opérer un tel passage? Quelle est la portée interprétative des termes « personnes » et « groupements » chargés de réprimer le crime?

Il nous paraît très clair que cette disposition, en plus d'être vague et imprécise, ne soutient en rien les objectifs de protéger la vie privée des usager-ère-s tout en fluidifiant le partage des renseignements au sein du réseau de santé et de services sociaux. Elle pourrait de plus se révéler préjudiciable à la qualité des soins offerts par plusieurs intervenant-e-s, particulièrement dans le secteur psychosocial. Par conséquent, l'APTS recommande vivement le retrait complet de cet article. À notre sens, l'article 69 encadre suffisamment, et beaucoup plus clairement, le partage d'information avec des corps policiers dans une perspective de soins et de services aux individus.

Recommandation n° 5 :

Retirer l'article 68 au complet.

⁹ Laverdière, « Projet de loi 19 et renseignements de santé ».

¹⁰ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ c S-4.2.

AU-DELÀ DES PROMESSES : LES RÉALITÉS CACHÉES DES VIRAGES NUMÉRIQUES

La prétendue panacée du tout-numérique

Les discours et promesses du numérique sont innombrables. Les « virages numériques » qui se réalisent selon le plan et sans embûches se comptent probablement sur les doigts d'une seule main. Ceux qui, au contraire, se révèlent d'une grande complexité et avancent de façon beaucoup plus lente et tortueuse que prévu sont légion.

C'est cette constatation qui a fait en sorte que, lors des consultations menées en vue de la rédaction de ce mémoire, l'expression « gestion des attentes » est revenue de façon très régulière. Les processus de numérisation et d'informatisation sont fastidieux et demandent énormément de temps, tant au niveau du travail demandé aux professionnel-le-s et technicien-ne-s de l'information qu'au niveau de l'adoption des nouvelles technologies.

En effet, la numérisation implique des nouvelles technologies et des nouvelles pratiques de travail qui sont parfois complexes, surtout lorsque la formation manque ou que les changements demandés sont nombreux et relativement radicaux. Plus que les technologies elles-mêmes, le cheminement d'acceptation de celles-ci et les défis organisationnels qu'il représente constituent un des principaux obstacles aux processus d'informatisation de la santé publique, au Québec comme ailleurs. Le discours sur les solutions numériques tend souvent à présenter des solutions magiques, occultant le travail qui permet de soutenir ces technologies.

« Les gens pensent que parce que c'est numérique c'est moins compliqué, mais ce n'est pas le cas », mentionnait à ce propos une archiviste médicale. La multiplication des applications et des logiciels ainsi que des traitements de données à faire en vient souvent à multiplier les tâches à faire plutôt qu'à accélérer le processus. Malgré les discours et les objectifs, la tâche d'effectuer ce virage ne revient pas à des robots et des algorithmes mais à des travailleur-euse-s, notamment les technicien-ne-s en informatique (TI) et les archivistes, qui travaillent souvent d'ailleurs avec du matériel obsolète qui - dans bien des cas - peine à effectuer les tâches demandées par les nouveaux logiciels implantés.

Des ajustements qui peuvent faire la différence

Malgré ce décalage entre le discours technocratique et la réalité sur le terrain, des ajustements relativement mineurs pourraient rendre la tâche moins ardue aux technicien-ne-s et aux professionnel-le-s qui seront en charge de l'application de cette nouvelle loi.

Prévoir une marge de manœuvre

Recommandation n° 6 :

Ajouter à l'article 33, « Si le traitement de la demande dans le délai prévu par le premier alinéa ne lui paraît pas possible sans nuire au déroulement normal des activités de l'organisme public, le responsable peut, avant l'expiration de ce délai, le prolonger d'une période n'excédant pas 10 jours. »

Un tel article est déjà présent dans la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (LADOPPRP)¹¹. Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre et de surcharge récurrente, il permettrait d'offrir aux personnes concernées une marge de manœuvre bienvenue, sans les défaire de leurs obligations.

Ne pas alourdir la charge de travail inutilement

Recommandation n° 7 :

Reformuler l'article 32 de façon à ce que les obligations décrites ne s'appliquent que lorsque le délai de 30 jours ne peut être respecté.

L'intérêt de cet article pour les personnes demanderesse est évident. Il est toutefois également clair qu'il constitue un alourdissement significatif de la charge de travail des archivistes médicaux-ales et autres technicien-ne-s déjà surchargé-e-s. Puisqu'une réponse dans les trente jours est prévue dans la loi, l'application de l'article 32 seulement dans le cas où un délai supplémentaire doit être imposé - expliquant à la personne demanderesse ses droits et recours - semble un compromis raisonnable qui, d'ailleurs, augmente les chances que la demande puisse être gérée dans les trente jours prévus.

Corriger certaines incohérences

Recommandation n° 8 :

Élargir le titre d'intervenant-e, tel que prévu à l'article 36, aux autres professionnel-le-s et technicien-ne-s qui ne relèvent pas d'un ordre professionnel.

L'incongruité potentielle doit au moins être pointée du doigt, ne serait-ce que pour obtenir les assurances nécessaires. Libellé de cette façon, les archivistes médicaux-ales (qui n'ont pas d'ordre professionnel) n'ont pas accès aux renseignements détenus par un autre organisme alors que, dans les faits, ce sont eux-elles qui s'occupent majoritairement des demandes de complément de renseignements pour les professionnel-le-s dans nos établissements.

¹¹ Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, RLRQ c A-2.1, art. 47.

EN CONCLUSION : OPTIMISER LE VIRAGE NUMÉRIQUE EN IMPLIQUANT LES PERSONNES CONCERNÉES

Lors de nos consultations, nous avons demandé à nos membres archivistes médicaux·ales s'il·elle·s se sentaient suffisamment impliqué·e·s dans les projets d'informatisation. Deux témoignages, qui portaient sur des projets différents mais somme toute très similaires, ont particulièrement attiré notre attention. Le premier était très positif : l'archiviste relatait avoir été consultée et impliquée dans le projet dès le début, et tout au long de celui-ci. Mené par une petite équipe multidisciplinaire, le projet en question s'est selon elle très bien déroulé. Le deuxième témoignage, à l'inverse, faisait état d'une expérience nettement moins positive. Le projet d'informatisation en question, de grande envergure, avait été mené uniquement par des chargé·e·s de projet en informatique et des conseiller·ère·s cliniques. Le chantier, qui devait initialement durer dix-huit mois, n'est toujours pas terminé à ce jour, cinq ans plus tard. Ce n'est qu'après plusieurs années que les responsables ont demandé le soutien des archivistes. Bien qu'il·elle·s aient immédiatement mis le doigt sur de nombreux problèmes de gestion de l'information dans ce projet, il·elle·s peinent encore aujourd'hui à obtenir la reconnaissance de leur compétence et de leur expertise.

Cet exemple, bien qu'anecdotique, conforte les conclusions de la recherche scientifique. Une étude du *Copenhagen Business School* qui portait spécifiquement sur l'intégration de systèmes d'intelligence artificielle dans les systèmes de santé publique à travers le monde statuait qu'une des principales stratégies pour surmonter le défi susmentionné est celle du « *decentralized bottom-up decision-making* », qui consiste à impliquer les équipes de travail sur le plancher non seulement dans le fonctionnement des systèmes mais également dans les stratégies d'implantation et de développement¹². Gérer des renseignements de santé et de services sociaux demande une expertise fine particulière. Heureusement, des dizaines d'archivistes médicaux·ales qui travaillent au sein du RSSS possèdent cette expertise et sont prêt·e·s à la mettre à profit pour que l'informatisation et la numérisation du réseau se fasse non seulement efficacement, mais aussi dans le respect des règles éthiques de confidentialité et de respect de la vie privée. Il serait regrettable de s'en passer.

¹² Tara Qian Sun et Rony Medaglia, « Mapping the Challenges of Artificial Intelligence in the Public Sector: Evidence from Public Healthcare », *Government Information Quarterly* 36, n° 2 (1 avril 2019): 368-83, <https://doi.org/10.1016/j.giq.2018.09.008>.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : À l'image de la Loi concernant le partage de certains renseignements de santé et de services sociaux, intégrer dès les premiers articles du projet de loi les principes essentiels d'interprétation de la loi, dont notamment le principe de limitation de la collecte.

Recommandation n° 2 : Intégrer l'élément de « nécessité » à toutes les dispositions pertinentes, y compris en ajoutant à la fin de l'article 26 « à condition que cela soit nécessaire à l'exercice des rôles et responsabilités du/de la tuteur-ric(e) ou du/de la mandataire ».

Recommandation n° 3 : Clarifier dans l'article 240 du PL 3 les modalités d'accès au Système national de dépôt des renseignements afin de réduire les risques de différences d'interprétation et de confusion dans l'application des règlements ministériels.

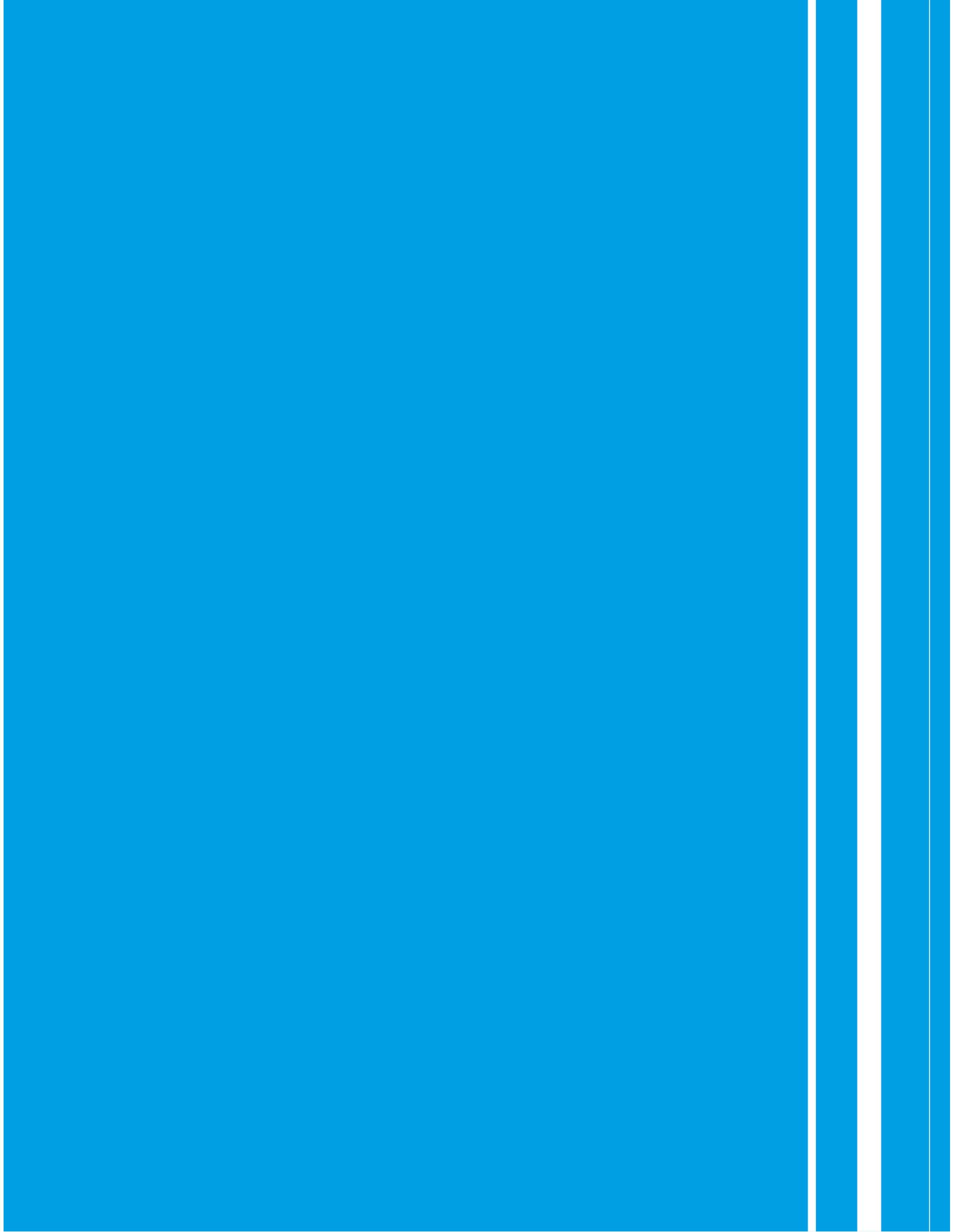
Recommandation n° 4 : Préciser la notion de « pratique réflexive » dans l'article 36 afin de limiter les flous administratifs.

Recommandation n° 5 : Retirer l'article 68 au complet.

Recommandation n° 6 : Ajouter dans l'article 33 « Si le traitement de la demande dans le délai prévu par le premier alinéa ne lui paraît pas possible sans nuire au déroulement normal des activités de l'organisme public, le responsable peut, avant l'expiration de ce délai, le prolonger d'une période n'excédant pas 10 jours. »

Recommandation n° 7 : Reformuler l'article 32 de façon à ce que les obligations décrites ne s'appliquent que lorsque le délai de 30 jours ne peut être respecté.

Recommandation n° 8 : Élargir le titre d'intervenant-e, tel que prévu à l'article 36, aux autres professionnel-le-s et technicien-ne-s qui ne relèvent pas d'un ordre professionnel.



SIÈGE SOCIAL

1111, rue Saint-Charles Ouest, bureau 1050
Longueuil (Québec) J4K 5G4
Tél. : 450 670-2411 ou 1 866 521-2411
Télec. : 450 679-0107 ou 1 866 480-0086

BUREAU DE QUÉBEC

1305, boul. Lebourgneuf, bureau 200
Québec (Québec) G2K 2E4
Tél. : 418 622-2541 ou 1 800 463-4617
Télec. : 418 622-0274 ou 1 866 704-0274

www.apsq.com • info@apsq.com

