

Contexte

Les organisations membres des équipes Santé Ontario (ESO) (notamment les équipes de soins primaires, les organisations de soins à domicile et communautaires, ainsi que les hôpitaux) doivent être en mesure de partager des données entre elles, en particulier des renseignements personnels sur la santé (RPS). Un partage efficace des données est fondamental pour faire progresser les soins intégrés, permettre la coordination des trajectoires cliniques, mettre en œuvre des programmes, suivre la performance des ESO, des réseaux de soins primaires et de leurs organisations membres, et répondre directement aux défis que les ESO ont identifiés comme des obstacles à la prestation de soins intégrés.

Le partage de données doit devenir la « nouvelle norme » et être activement soutenu, au sein des organisations membres des ESO, par les ESO et les réseaux de soins primaires. Les avantages potentiels du partage de données sont reconnus depuis longtemps. Nous avons maintenant l'occasion d'intensifier les efforts pour soutenir cette transition, de veiller à ce que les avantages se concrétisent tant pour les usagers que pour les cliniciens, et de réduire au minimum les risques pour les cliniciens et les organisations. Nous utilisons le terme « usagers » pour désigner les patients, les familles et les proches aidants, les résidents des centres d'hébergement de soins de longue durée, ainsi que les autres personnes qui reçoivent des services de santé.

Jusqu'à maintenant, « faire preuve de prudence » a souvent signifié ne pas partager les données. À l'avenir, « faire preuve de prudence » devrait plutôt signifier partager les données de manière sécuritaire et efficace, conformément aux lois existantes (notamment la Loi de 2009 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, ou LPRPS) et aux règlements applicables,

Soutien au partage de données pour les ESO

Document d'information 38 de RISE : Soutenir le partage de données par les ESO au moyen d'un modèle d'entente et de quatre outils

Encadré 1 : Couverture des priorités des ESO

Ce document porte sur une priorité transversale des ESO — le partage de données pour soutenir les soins intégrés — ainsi que sur une priorité spécifiquement liée au cinquième élément constitutif des ESO, soit la santé numérique et l'analyse des données. Elle traite également des priorités cliniques des ESO, notamment la prévention et la prise en charge des maladies chroniques ainsi que l'amélioration de l'accès aux soins primaires et de l'inscription auprès d'un prestataire de soins primaires, puisque le partage de données est essentiel pour permettre aux ESO et aux réseaux de soins primaires de répondre à ces priorités cliniques de manière intégrée.

Encadré 2 : Démarche suivie

Nous avons suivi une démarche en trois volets pour élaborer les outils de soutien au partage de données :

- 1) Nous avons réuni un comité consultatif à quatre reprises — les 28 novembre 2025, les 22 et 27 janvier 2026, ainsi que le 9 février 2026 — afin d'intégrer diverses perspectives des ESO, des réseaux de soins primaires et d'autres partenaires pour définir les besoins, formuler des commentaires sur les ébauches du modèle et des outils, et cerner les considérations liées à la mise en œuvre, y compris les enjeux propres aux données autochtones et aux soins primaires.
- 2) Nous avons lancé un appel auprès des ESO afin qu'elles partagent des exemples de modèles de partage de données et d'outils connexes qu'elles avaient trouvés utiles, qu'elles précisent ce qui leur avait été utile et ce qui aurait pu être amélioré pour mieux répondre aux défis rencontrés, avec une attention particulière aux outils de soutien liés à la souveraineté des données autochtones et aux soins primaires.
- 3) Nous avons retenu les services de Borden Ladner Gervais S.E.N.C.R.L., S.R.L. (BLG) afin qu'elle participe aux réunions du comité consultatif, examine les documents soumis (soit 18 documents provenant de 8 ESO différentes), rédige les outils de soutien au partage de données et les révisé à la lumière des commentaires du comité consultatif.

Le comité consultatif était coprésidé par une juriste d'expérience, Lauren Black de VHA Home HealthCare, et par un coresponsable de RISE, John Lavis, et était composé des personnes suivantes :

- 1) 18 membres provenant d'ESO, désignés dans le cadre d'un processus de mise en candidature, issus de secteurs tels que les soins primaires, les soins à domicile et communautaires ainsi que les hôpitaux, et occupant des fonctions telles que cliniciens, gestionnaires et responsables de la protection de la vie privée.
- 2) 12 membres provenant de Santé Ontario (soit une personne de chacune des cinq régions et trois du bureau central), de Santé à domicile Ontario (une personne) et du ministère de la Santé (trois personnes).

Les membres d'office comprenaient le personnel de BLG chargé de diriger les travaux, soit Daniel Michaluk et Krystin Chung, ainsi que le personnel de RISE chargé de les soutenir, soit Ileana Ciurea et Kaelan Moat.

par exemple en matière de protection de la vie privée et de gestion de l'information; respecter les obligations politiques et contractuelles, comme les contrats de Santé à domicile Ontario qui interdisent le stockage de données sur des serveurs situés à l'extérieur du Canada; respecter la souveraineté et la gouvernance des données autochtones; répondre aux attentes croissantes des Ontariens à l'égard des soins intégrés; générer une valeur clinique et opérationnelle; et atténuer les risques de manière appropriée.

Le partage de données contribue à plusieurs priorités actuelles des ESO et des réseaux de soins primaires (voir l'encadré 1). Il contribuera aussi à de nombreuses autres priorités à l'avenir. Il soutiendra une grande partie des améliorations que les ESO et les réseaux de soins primaires souhaitent apporter au système de santé de l'Ontario.

Afin d'accélérer le partage de données, RISE a été mandaté pour élaborer et mettre en œuvre une démarche (décrite à l'encadré 2) visant à cocréer, avec des représentants des ESO et des réseaux de soins primaires, un modèle d'entente de partage de données, ainsi que quatre outils pouvant aider à opérationnaliser l'utilisation du modèle et à permettre la mise en œuvre pratique du partage de données au sein des ESO. RISE a été invité à porter une attention particulière à la souveraineté des données autochtones et à l'habilitation des soins primaires, qui font l'objet de sections distinctes plus loin dans ce document.

Ce document présente le contexte et des conseils d'utilisation du modèle d'entente de partage de données et des outils, y compris des liens vers des ressources additionnelles, par exemple les principes PCAP®. Le modèle d'entente de partage de données a été conçu pour être adapté, au besoin, et utilisé par toutes les ESO et leurs organisations membres. Les outils ont été conçus pour être utiles dans certaines situations particulières et pour les organisations qui connaissent moins bien les exigences, les attentes et les pratiques exemplaires en matière de partage de données, y compris les équipes de soins primaires ainsi que les organisations communautaires qui assument de plus en plus certaines responsabilités liées aux ESO auparavant prises en charge par les hôpitaux et d'autres grandes organisations. Les outils doivent s'accompagner d'un renforcement des engagements envers des systèmes interopérables, du développement des capacités et d'un financement adéquat. Plusieurs acronymes sont utilisés dans ce document (voir l'encadré 3) et leur signification est expliquée plus loin.

Encadré 3 : Acronymes utilisés dans ce document d'information produit par RISE

EPD = entente de partage de données

DRS = dépositaire de renseignements sur la santé

Agent du DRS = agent agissant au nom d'un dépositaire de renseignements sur la santé (à noter que l'expression « agent du DRS » n'est pas un terme juridique au sens de la LPRPS; elle est utilisée ici par souci de concision)

FRIS = fournisseur de réseau d'information sur la santé

CIPVP= Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario

PCAP® = propriété, contrôle, accès et possession (principes relatifs aux données autochtones)

RPS = renseignements personnels sur la santé

LPRPS = Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé

Modèle d'entente de partage de données

Le [modèle d'entente de partage de données](#) est un modèle modifiable et adaptable destiné à être utilisé par l'ensemble des ESO et de leurs organisations membres. Ce modèle comprend sept articles :

- 1) La définition des termes.
- 2) Les fondements du partage de données, y compris une saine gouvernance des données.
- 3) **Les cinq « moyens » de partager les données**, auxquels nous revenons dans l'outil 2, soit un arbre décisionnel visant à aider à sélectionner la « voie » appropriée :
 - a. Trois « voies » pour partager des renseignements personnels sur la santé :
 - i. au sein du « cercle de soins », c'est-à-dire pour fournir des soins de santé ou contribuer à leur prestation, pour les dépositaires de renseignements sur la santé, ou DRS, et leurs fournisseurs de services, auxquels nous revenons au point 4b ci-dessous;

- ii. avec un consentement explicite;
 - iii. pour prévenir un préjudice.
 - b. Une « voie » pour partager des données dépersonnalisées, à laquelle nous revenons plus loin dans ce document lorsque nous abordons les données autochtones et les principes PCAP®, ainsi que l'Inuit Qaujimajatuqangit et les Principes de recherche éthique métisse, le cas échéant.
 - c. Une « voie » pour partager des renseignements commerciaux confidentiels.
- 4) Deux approches pour le partage électronique des données :**
- a. par l'entremise d'un fournisseur de services, ce qui peut être documenté à l'annexe C, qui traite des renseignements personnels sur la santé pour le compte d'un autre membre et aux fins de ce membre; ce fournisseur pourrait être un fournisseur de réseau d'information sur la santé, auquel nous revenons dans l'outil 4;
 - b. par l'accès à un système d'information, par exemple CHRIS pour le partage des données relatives aux soins à domicile.
- 5) La collaboration nécessaire au partage de données, y compris un conseil de collaboration de l'ESO ou une instance équivalente.
- 6) L'approche relative à la responsabilité et à l'indemnisation, y compris les exigences en matière de cyberassurance ou d'équivalent.
- 7) Les dispositions générales, comme les modifications.

L'entente de partage de données comporte des **champs surlignés** permettant d'ajouter la date d'entrée en vigueur, le nom de l'ESO, la région où l'ESO est établie, la liste des membres de l'ESO, le montant de couverture d'assurance exigé, la durée du préavis de résiliation, ainsi que des indications pour inscrire les noms, les titres et les signatures des parties. L'entente de partage de données peut également être modifiée afin d'y apporter des adaptations supplémentaires propres à un contexte donné.

Le modèle d'entente de partage de données comprend cinq annexes :

- A. Une norme minimale en matière de protection de la vie privée et de sécurité**, qui précise les attentes à l'égard des organisations participant au partage de données, notamment les dépositaires de renseignements sur la santé, comme les médecins ou équipes de soins primaires :
- i. une personne-ressource en matière de protection de la vie privée;
 - ii. quatre types de politiques et procédures : une politique de confidentialité, une politique d'« utilisation acceptable des technologies », une politique de « conservation et destruction des dossiers » et une politique ou un plan de « réponse aux atteintes à la vie privée »;
 - iii. sept types de mesures de protection, par exemple les contrôles d'accès;
 - iv. la formation du personnel.
- B. Un formulaire de consentement** permettant à un usager d'autoriser un dépositaire de renseignements sur la santé à communiquer ses renseignements personnels sur la santé, selon les modalités de la « voie 2 » (avec consentement explicite), à d'autres dépositaires de renseignements sur la santé et à leurs fournisseurs de services, par exemple des fournisseurs de réseau d'information sur la santé. Le formulaire de consentement comporte des **champs surlignés** permettant d'ajouter :
- i. le nom de l'utilisateur;
 - ii. le nom de la partie, soit un dépositaire de renseignements sur la santé, qui communique les renseignements personnels sur la santé;
 - iii. la finalité de la communication, par exemple fournir des soins de santé ou contribuer à leur prestation, en particulier des soins davantage intégrés;
 - iv. les types de renseignements personnels sur la santé communiqués, par exemple les diagnostics, les résultats de tests et les plans de traitement, y compris les médicaments prescrits;
 - v. la partie destinataire, par exemple d'autres dépositaires de renseignements sur la santé, des agents agissant au nom de dépositaires de renseignements sur la santé — que nous appelons « agents du DRS » par souci de concision — ou des fournisseurs de réseau d'information sur la santé;

- vi. le nom du responsable de la protection de la vie privée de la partie qui communique les renseignements personnels sur la santé.
- C. Une annexe décrivant les **services fournis par le fournisseur de services**, par exemple un fournisseur de réseau d'information sur la santé.
- D. Des dispositions relatives à la **protection des données**, par exemple la conformité aux lois sur la protection de la vie privée, les demandes d'accès, le programme de sécurité des données et les incidents liés aux données.
- E. Une **convention d'adhésion** qui lie les parties signataires à l'entente de partage de données.

Le partage de données avec des entités gouvernementales, comme Santé à domicile Ontario, ne nécessite pas que celles-ci soient parties à l'entente de partage de données. Leur politique consiste généralement à ne pas être parties à chaque entente conclue par une ESO. Un défi important de mise en œuvre lié au formulaire de consentement consistera à déterminer comment partager efficacement, et en temps quasi réel, les données indiquant quels usagers ont donné leur consentement et à qui.

Comme il est indiqué dans le modèle d'entente de partage de données, celui-ci a été élaboré à partir de la législation en vigueur en février 2026 et des commentaires du comité consultatif. Il est fourni à des fins d'information générale et ne constitue ni un avis juridique ou professionnel ni une opinion juridique de quelque nature que ce soit.

Comme l'a souligné un membre du comité consultatif : « Bien utilisée, cette entente peut aider les ESO à passer de : "Nous pourrions partager les données, mais cela semble risqué et peu clair" à : "Nous sommes censés partager les données aux fins des soins, et nous connaissons les balises juridiques." » Le modèle d'entente de partage de données regroupe, dans une seule entente, l'ensemble des obligations liées à la prestation de soins intégrés. Il ne traite pas :

- de la recherche, par exemple l'utilisation, à des fins de recherche, de données dépersonnalisées provenant des dossiers médicaux électroniques de soins primaires par l'entremise de POPLAR;
- du marketing et d'autres fins commerciales distinctes de la prestation de soins intégrés, et ne traite donc pas de la Loi canadienne anti-pourriel.

Le modèle d'entente de partage de données est accompagné de quatre outils (voir le tableau 1). Comme cela a été souligné à plusieurs reprises au cours des discussions du comité consultatif, 20 % du défi est de nature « juridique » — et est traité au moyen du modèle d'entente de partage de données —, tandis que 80 % du défi relève de la mise en œuvre, de la gestion du changement et de la gestion des risques, éléments qui sont abordés au moyen des outils.

Tableau 1 : Quatre outils pour soutenir le partage de données

Outils	Objectif	Description et liens connexes
1) Foire aux questions (FAQ)	Répond aux questions sur le fonctionnement du partage de données dans le cadre du modèle d'entente de partage de données et de la LPRPS	Document de cinq pages en format cliquable , comprenant 18 questions et réponses, principalement destiné aux ESO et aux réseaux de soins primaires. Lignes directrices : Dépersonnalisation des données
2) Arbre décisionnel	Aide à sélectionner une « voie » pour le partage de données dans le cadre de l'entente de partage de données : 1) partage de renseignements personnels sur la santé au sein du « cercle de soins »; 2) partage de renseignements personnels sur la santé avec consentement explicite; 3) partage de renseignements personnels sur la santé pour prévenir un préjudice; 4) partage de données dépersonnalisées, y compris des données autochtones; 5) partage de renseignements commerciaux confidentiels.	Diagramme de flux imprimable d'une page , ainsi qu'une version permettant de faire un « zoom » sur certaines sections du diagramme , principalement destiné aux dépositaires de renseignements sur la santé.
3) Feuille de route pour le partage et la gouvernance des données dans le cadre d'un « nouveau projet »	Aide à opérationnaliser le partage de données (dans le cadre du modèle d'entente de partage de données) pour tout « nouveau projet », par exemple l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques ou l'amélioration de l'accès aux soins primaires et de l'inscription auprès d'un prestataire de soins primaires, en cinq phases : 1) fondements du projet et alignement de la gouvernance, soit la délimitation initiale du projet et la mobilisation de la haute direction; 2) conception de l'architecture technique et juridique, soit les décisions relatives à l'architecture des systèmes, les rôles et responsabilités des organisations et l'élaboration du cadre juridique; 3) évaluation des risques, soit leur identification, la planification du traitement ou de l'atténuation des risques et les mesures d'assurance supplémentaires appropriées; 4) mise en œuvre, soit la mobilisation des parties prenantes, y compris le respect de la souveraineté des données autochtones, ainsi que le programme de formation et de développement des compétences; 5) mise en service, soit la mise en œuvre pilote et le déploiement complet.	Document de 12 pages en format cliquable , principalement destiné aux ESO et aux réseaux de soins primaires.

Outils	Objectif	Description et liens connexes
4) Cadre décisionnel sur les « rôles » en matière de partage de données	Aide à évaluer l'état de préparation organisationnelle et d'autres considérations liées au fait d'agir comme agent ou fournisseur de réseau d'information sur la santé pour d'autres dépositaires de renseignements sur la santé, ou de superviser un fournisseur de réseau d'information sur la santé, en vertu de la LPRPS : 1) agent du DRS, soit le modèle le plus couramment utilisé actuellement, dans lequel une organisation agit comme agent pour un ou plusieurs autres dépositaires de renseignements sur la santé; 2) fournisseur de réseau d'information sur la santé, ou FRIS, par exemple Santé Ontario lorsqu'elle agit comme FRIS pour CHRIS; 3) membre gestionnaire, qui supervise une organisation externe agissant comme fournisseur de réseau d'information sur la santé.	Document de six pages en format cliquable présentant des questions visant à susciter la réflexion avant la prise de décision, ainsi que les prochaines étapes appropriées, principalement destiné aux ESO et aux réseaux de soins primaires qui soutiennent les membres des ESO dans l'exercice de l'un ou l'autre de ces trois rôles clés. Conseils sur la prestation de services électroniques

Certaines ressources supplémentaires ont été recensées par les membres du comité consultatif, mais n'ont pas été examinées par BLG de la même manière que les autres ressources ayant servi à élaborer le modèle d'entente de partage de données et les outils connexes. Des liens vers ces ressources sont fournis ci-dessous.

Considérations supplémentaires liées aux outils

Quatre phases ou sous-phases des orientations sur le partage et la gouvernance des données dans le cadre d'un « nouveau projet » (outil 2) méritent une attention particulière :

- les fondements du projet et l'alignement de la gouvernance à la phase 1, où des experts en protection de la vie privée et en sécurité des TI peuvent être intégrés à un comité directeur, et où le conseil de collaboration de l'ESO ainsi que d'autres instances de gouvernance et organes connexes peuvent être mis à profit pour assurer l'alignement de la haute direction;
- la « décision relative à l'architecture des systèmes » à la phase 2.1 de la feuille de route, où l'on choisit entre l'expansion d'un système existant, l'achat d'une nouvelle technologie ou l'interopérabilité afin de fournir les données en temps quasi réel nécessaires aux soins intégrés; il ne s'agit donc pas de transmettre l'information de manière séquentielle, comme cela a longtemps été la norme;
- la définition des « rôles et responsabilités » à la phase 2.2 de la feuille de route, où un plan est établi concernant le recours à un modèle d'agent du DRS ou de fournisseur de réseau d'information sur la santé, ainsi que la façon dont l'information circulera vers les non-dépositaires de renseignements sur la santé, par exemple les organisations communautaires, qui fournissent leurs propres services de santé dans le cadre de la prestation de soins intégrés, et sera gérée par ceux-ci;
- la « formation » à la phase 4.2 de la feuille de route, où une formation sera offerte, en particulier aux non-dépositaires de renseignements sur la santé, afin de rassurer le dépositaire de renseignements sur la santé que le personnel (sur lequel il n'exerce aucune supervision directe) sait comment traiter les données qui lui ont été confiées.

Considérations propres aux données autochtones

Dans le modèle d'entente de partage de données, les données autochtones sont définies comme des renseignements personnels sur la santé dépersonnalisés qui concernent les peuples, les communautés, les Nations, les terres et les ressources autochtones. Le terme « autochtone » renvoie aux groupes et Nations collectifs et diversifiés qui comprennent les peuples autochtones reconnus par la Constitution au Canada : les Premières Nations, les Inuit et les Métis. Le modèle d'entente de partage de données engage les signataires à être guidés par les principes PCAP® — propriété, contrôle, accès et possession — pour les données des Premières Nations (voir la section 3.4d), ainsi que par l'Inuit Qaujimajatuqangit et les Principes de recherche éthique métisse, le cas échéant. Les signataires doivent également être guidés par les principes d'avantage collectif, d'autorité de contrôle, de responsabilité et d'éthique, ou principes « CARE », élaborés par la Global Indigenous Data Alliance, afin de veiller à ce que les principes voulant que les données soient faciles à trouver, accessibles, interopérables et réutilisables, ou principes « FAIR », soient appliqués d'une manière conforme aux principes de gouvernance des données autochtones, sans les supplanter.

Le modèle d'entente de partage de données engage également les signataires à suivre trois étapes avant d'entreprendre tout partage de données autochtones entre eux aux fins d'un projet :

- 1) déterminer la ou les communautés autochtones concernées ainsi que le ou les organismes de gouvernance ou autorisés appropriés;
- 2) entreprendre un engagement précoce, continu et de bonne foi;
- 3) obtenir toutes les approbations communautaires nécessaires, dans chaque cas selon des modalités acceptables pour la ou les communautés autochtones.

Les données autochtones sont mentionnées dans plusieurs outils :

- 1) à la question 3 du document de foire aux questions;
- 2) comme une « branche » clé dans le coin inférieur droit de l'arbre décisionnel;
- 3) aux phases 1.1 (délimitation initiale du projet et mobilisation de la haute direction), 2.2 (rôles et responsabilités des organisations, le rôle clé 4 portant sur l'autorité de gouvernance autochtone), 3.1 (identification exhaustive des risques,

en l'occurrence le risque de causer un préjudice aux peuples autochtones), 4.1 (stratégie de mobilisation des parties prenantes, en l'occurrence auprès des communautés et des leaders autochtones), 5.2 (liste de vérification de l'état de préparation au déploiement, en l'occurrence pour vérifier si les exigences de gouvernance des données autochtones sont respectées), ainsi que dans la conclusion, où le respect de la souveraineté des données autochtones est présenté comme un facteur essentiel de réussite.

D'autres considérations relatives au partage de données peuvent se présenter dans le cas des organisations de santé autochtones, qui disposent souvent de leurs propres politiques de gouvernance des données et de façons de respecter la souveraineté des données autochtones, de se conformer à la LPRPS et aux autres lois applicables, par exemple les lois fédérales, et de répondre aux enjeux particuliers qui se posent, notamment, avec les données de Services aux Autochtones Canada.

Les membres du comité consultatif ont porté à notre attention des ressources supplémentaires qui pourraient être utiles :

- [des ressources relatives aux principes PCAP®](#) préparées par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations;
- des ressources du Indigenous Primary Health Care Council :
 - des [définitions de travail](#) proposées de la souveraineté des données autochtones et de la gouvernance des données autochtones;
 - des guides sur la [protection de la vie privée et la sécurité des données](#), les [indicateurs de gouvernance des données](#) et les [politiques de gouvernance des données](#);
 - un [guide](#) d'application pour les ressources susmentionnées;
- un rapport sur la [souveraineté des données autochtones](#) préparé pour la Ville de Vancouver, qui comprend certaines ressources utiles.

Considérations spécifiques aux soins primaires

Les médecins de famille, les infirmières praticiennes et les responsables d'équipes de soins primaires pourraient envisager les éléments suivants :

- confirmer si les médecins de famille ou les infirmières praticiennes sont chacun des dépositaires de renseignements sur la santé, ou si l'équipe a été désignée comme dépositaire de renseignements sur la santé;
- pour les cliniciens individuels en particulier, déterminer l'approche la plus légère possible qui demeure compatible avec leur tolérance au risque, par exemple désigner le gestionnaire comme dépositaire de renseignements sur la santé, désigner un membre du personnel comme responsable de la protection de la vie privée, demander à des collègues des exemples de politiques (comme les quatre décrites dans la présentation de l'annexe A à la page 2) et les adapter au besoin, mettre en place les sept types de mesures de protection décrites à l'annexe A, et orienter le gestionnaire ou le personnel vers une formation appropriée;
- solliciter le soutien de leur réseau de soins primaires, en particulier pour les priorités actuelles des réseaux de soins primaires, notamment le partage de données visant à soutenir :
 - l'« inscription » de nouveaux usagers;
 - la « mise à niveau » des patients nouvellement inscrits en matière de prévention et de prise en charge des maladies chroniques, y compris le dépistage du cancer et la vaccination;
- demander conseil à leur réseau de soins primaires afin de tirer le meilleur parti possible, dans le peu de temps disponible, de l'ensemble des rapports qui leur sont transmis (par exemple le rapport MyPractice, le Screening Activity Report et les rapports d'OntarioMD), auxquels ils ont accès (par exemple les tableaux de bord des dossiers médicaux électroniques), et qui sont susceptibles d'arriver avec l'afflux d'outils d'intelligence artificielle. Cela pourrait aussi contribuer à accélérer le passage des appels téléphoniques et des télécopies vers des systèmes interopérables et des authentifications uniques offrant un système de production de rapports beaucoup plus intégré pour les soins primaires.

Bien que la déclaration des vaccins relève de la responsabilité de l'utilisateur, les cliniciens peuvent jouer un rôle important en conseillant à tous les patients de mettre à jour leur statut vaccinal au moyen d'outils comme [l'application CANImmunize](#), qui permet le partage de données avec l'agence locale de santé publique de l'utilisateur, ICON (Immunization Connect Ontario), qui transmet les données aux agences locales de santé publique, ou les portails maintenus par certaines agences locales de santé publique.

Considérations propres au Nord

Les cliniciens et les équipes du Nord ont exprimé une préoccupation particulière quant au fait que les analyses des dossiers médicaux électroniques (DME) au niveau des pratiques ne permettent pas de rendre compte de la complexité des trajectoires d'accès aux soins des patients, ce qui peut donner l'impression que ces cliniciens ou ces équipes obtiennent de mauvais résultats. Par exemple, le dépistage du cancer est parfois effectué dans des laboratoires hospitaliers ou dans des contextes mobiles, ce qui n'est pas consigné dans les systèmes provinciaux de production de rapports ni dans les DME des fournisseurs les plus responsables. Il arrive aussi que le suivi soit effectué dans une autre province, ce qui n'est pas non plus consigné dans le DME du fournisseur le plus responsable, ou ne l'est que plus tard, au moyen de notes numérisées.

Les cliniciens et les équipes du Nord peuvent également servir des populations particulières, fonctionner selon des modèles de soins distincts et avoir des façons contextualisées d'interpréter des données imparfaites. Ils peuvent donc avoir besoin d'adaptations plus importantes au modèle d'entente de partage de données et à l'utilisation des outils. Le Nord a une longue tradition de collaboration entre organisations, notamment pour coordonner les soins aux patients, ce qui comprend souvent le partage de données. Toutefois, certains défis pratiques de mise en œuvre pourraient se poser compte tenu de l'étendue des territoires couverts par les organisations qui collaborent. Par exemple, la coordination du transfert électronique de données ou le partage de personnel spécialisé en données entre organisations ou pratiques pourrait sembler peu pratique en raison des grandes distances entre les lieux physiques.

Conclusion

Les ESO peuvent maintenant utiliser librement le modèle d'entente de partage de données et les quatre outils, en sachant qu'ils ont été cocréés par un groupe diversifié et qu'ils ont été examinés et approuvés par Santé Ontario. Chaque fois que vous utilisez le modèle ou un outil, demandez-vous s'il serait utile d'obtenir un avis juridique afin de l'adapter à un contexte particulier.

RISE poursuivra les étapes suivantes :

- 1) mettre en œuvre un plan de diffusion des modèles d'entente de partage de données et des outils connexes auprès des ESO, des réseaux de soins primaires et d'autres parties prenantes pertinentes, qui comprendra :
 - a. leur publication sur le site Web de RISE;
 - b. leur mise en valeur dans le bulletin mensuel de RISE;
 - c. leur présentation dans le cadre d'un webinaire de lancement coorganisé avec Santé Ontario;
 - d. leur mise en valeur dans les séances de partage et d'apprentissage entre pairs animées par les coachs de RISE;
 - e. leur présentation au comité central de coordination des mesures de soutien aux ESO;
 - f. une offre de présentation à d'autres groupes, y compris le Conseil ontarien des soins primaires;
- 2) élaborer un outil d'autoévaluation des capacités en matière de partage de données et de protection de la vie privée, fondé sur le modèle d'entente de partage de données et les outils connexes;
- 3) explorer les possibilités de maintenir des versions « évolutives », régulièrement mises à jour, d'outils comme la foire aux questions, d'élaborer d'autres outils de partage de données et de créer une trousse complémentaire sur la protection de la vie privée;
- 4) organiser une série d'ateliers d'août à novembre;
- 5) soutenir, de septembre à octobre, une communauté de pratique en ligne sur le partage de données et la protection de la vie privée, sur Quorum.

De plus, Santé Ontario pourrait envisager les activités suivantes afin de faire connaître les modèles d'entente de partage de données et les outils connexes :

- 1) diffuser, par l'entremise de sa liste de diffusion et de son bulletin « OHT Update », aux régions de Santé Ontario et à toutes les ESO, le document de RISE ainsi que le lien vers la section du site Web de RISE où les ressources sont accessibles;
- 2) publier sur son site Web le lien vers la section du site Web de RISE où les ressources relatives aux ententes de partage de données sont accessibles;
- 3) publier un article dans la section « Nouvelles et mises à jour » de son site Web;
- 4) publier des messages sur les médias sociaux de Santé Ontario, par exemple LinkedIn, Facebook et X.

Veuillez transmettre toute rétroaction concernant les corrections à apporter à ce document produit par RISE, au modèle d'entente de partage de données et aux outils connexes à rise@mcmaster.ca. Comme l'indiquent plus particulièrement les outils, les renseignements qu'ils contiennent sont de nature générale et ne visent pas à constituer un avis juridique, un énoncé complet du droit ou une opinion sur quelque sujet que ce soit. Nul ne devrait agir sur la base de ces renseignements, ni s'abstenir d'agir, sans procéder à un examen approfondi du droit après avoir tenu compte des faits propres à une situation donnée. Nous vous invitons à consulter votre conseiller juridique pour toute question ou préoccupation particulière.

Lavis JN, Moat KA, Wood B, Black L. Document d'information 38 de RISE : Soutenir le partage de données par les ESO au moyen d'un modèle d'entente et de quatre outils. Hamilton : McMaster Health Forum, 2026.

RISE élabore à la fois ses propres ressources (comme ce document RISE) pour soutenir l'apprentissage et l'amélioration rapides, et propose également une « porte d'entrée » structurée vers des ressources produites par d'autres partenaires et par le ministère. RISE est financé par une subvention du ministère de la Santé de l'Ontario versée au McMaster Health Forum. Les opinions, résultats et conclusions présentés sont ceux de RISE et sont indépendants du ministère et de Santé Ontario. Le contenu ne constitue pas une approbation du ministère ou de Santé Ontario, et ne doit pas être interprété comme tel.

ISSN : 2562-7759 (en ligne)



Ce document est publié sous licence [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).