

## **Politique relative à l'engagement à la confidentialité, au respect de l'éthique professionnelle et à la propriété intellectuelle**

### **Protection des renseignements de santé**

En tant que personne œuvrant à la Clinique Maizerets - GMF universitaire, je reconnais que, conformément aux lois, règlements et à l'éthique professionnelle, toute information obtenue dans l'exercice de mes fonctions ou de mes activités et qui concerne les usagers ainsi que le personnel demeure strictement confidentielle.

Par conséquent, je m'engage à respecter :

- les codes de déontologie professionnels qui s'appliquent;
- les règles d'éthique et les décisions du comité d'éthique de la Clinique;
- les règlements, politiques et principes de l'entreprise relatifs à la protection des renseignements de santé;
- l'intégrité et la confidentialité rigoureuse des renseignements obtenus dans le cadre du travail;
- la confidentialité absolue quant à l'identité de la clientèle.

Je m'engage aussi à :

- traiter avec le plus grand souci de confidentialité tout dossier et/ou tout document (papier, numérique, audio, vidéo, etc.) et, du fait même, à ne jamais apporter ou consulter ceux-ci hors des lieux physiques de l'entreprise, à moins qu'une permission ou une licence spécifique l'autorisant n'existe ou ne me soit octroyée. À cet égard, les licences d'accès au dossier médical électronique sont exclusivement assujetties aux règles professionnelles ou administratives régissant l'utilisation de l'outil;
- ne jamais divulguer d'information, à qui que ce soit, sans l'assentiment de l'autorité compétente (supérieur hiérarchique ou administrateur désigné de l'entreprise en autorité en matière de protection des renseignements de santé);
- ne jamais utiliser les renseignements qui proviennent du travail à des fins personnelles;
- ne jamais recueillir de renseignements nominatifs ou confidentiels si cela n'est pas nécessaire dans le cadre de mes activités professionnelles;
- signaler tout bris ou toute suspicion de bris de confidentialité à mon supérieur immédiat ou à l'administrateur désigné de l'entreprise à des fins de saine gestion des risques;
- ne jamais utiliser d'appareils électroniques personnels ou de l'entreprise pour photographier, numériser ou acquérir des informations cliniques d'un dossier d'utilisateur;
- ne consulter que les renseignements de santé pertinents aux soins et services, incluant ceux accessibles au DSQ.

Les gestes suivants sont notamment considérés comme inappropriés, même dans le cadre d'activités de formation ou de révision :

- consultation de son propre dossier;
- consultation du dossier d'un membre de sa famille;
- consultation du dossier d'un collègue de travail;
- consultation du dossier d'une personne pour qui je n'effectue pas le suivi de santé.

### **Propriété intellectuelle**

En tant que personne œuvrant à la Clinique Maizerets - GMF universitaire, je reconnais que, conformément aux lois, règlements et à l'éthique professionnelle, tout document ou information produit ou obtenu dans le cadre de mes fonctions ou de mes activités et qui concerne la Clinique, ses pratiques administratives, cliniques ou pédagogiques demeure la propriété de la Clinique et, à ce titre, strictement confidentiel.

Par conséquent, je m'engage à obtenir une autorisation explicite et écrite d'un administrateur (-trice) de Melioem santé inc. et de la direction médicale avant d'utiliser tout document, produit, politique ou information relatif à la Clinique Maizerets, l'entreprise Melioem santé inc. ou à leur modèle d'affaires, acquis ou consulté dans le cadre de mes fonctions à la Clinique ou en partenariat avec celle-ci.

### **Mesures punitives**

Je comprends que des mesures et sanctions administratives proportionnelles, allant jusqu'au congédiement immédiat sans compensation, à la cessation du contrat de location ou à l'exclusion du groupe de médecins de famille de Maizerets, seront appliquées devant tout manquement à cet engagement.

Je comprends aussi que les dossiers médicaux électroniques et les systèmes informatiques permettent une journalisation des accès aux informations qui s'y trouvent. Ces journalisations nominatives pourraient servir à effectuer des vérifications aléatoires ou à enquêter sur tout accès présumé inapproprié.

NOM DU STAGIAIRE/ EMPLOYÉ/APPRENANT/CONTRACTUEL (EN LETTRES MOULEES) :

\_\_\_\_\_

FONCTION : \_\_\_\_\_

SIGNATURE : \_\_\_\_\_

NOM DU TÉMOIN : \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU TÉMOIN: \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_

REMETTRE CE DOCUMENT À VOTRE GESTIONNAIRE DÉSIGNÉ, ADMINISTRATEUR OU  
DIRECTION MÉDICALE