



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

RÈGLEMENT

Règlement n° : 45

Instance responsable : Direction des services professionnels

Approuvé par le comité de direction le : 28 janvier 2015
Adopté par le conseil d'administration le : 10 février 2015
Résolution n° : CA-10-02-[08]-15

Entrée en vigueur le : 11 février 2014

Révisé le : 10 février 2015

Ce règlement annule et remplace les politiques DG-029, DRU-003, DRU-07, DSH-01, DSH-02, DSH-07, DSH-11, DSH-15, DSP-004, DSP-007, DSP-022, DST-105, les règlements 21.1, 22

Champ d'application : personnel, médecins, chercheurs, stagiaires et bénévoles œuvrant à l'IUCPQ

TITRE : Règlement relatif à la gestion des dossiers des usagers

CONSULTATIONS

Conseil des infirmières et infirmiers :

Conseil multidisciplinaire :

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens : le 12 janvier 2015

Table des chefs de département : le 26 janvier 2015

Autres :
comité de direction : le 28 janvier 2015

TABLE DES MATIÈRES

1.	FONDEMENT.....	1
2.	PRINCIPES.....	1
3.	OBJECTIFS.....	2
4.	CHAMP D'APPLICATION.....	2
5.	DÉFINITIONS.....	2
6.	MODALITÉS.....	3
6.1.	CONTENU ET RÈGLES DE GESTION DES DOSSIERS D'USAGERS.....	3
6.1.1.	OUVERTURE D'UN DOSSIER.....	3
6.1.2.	CONTENU DU DOSSIER.....	4
6.1.3.	INTÉGRALITÉ ET ACCESSIBILITÉ DU DOSSIER DE L'USAGER.....	10
6.1.4.	CONSERVATION DES DOSSIERS DES USAGERS.....	12
6.1.5.	DÉLAI DE CONSERVATION, NUMÉRISATION ET ÉLIMINATION DE DOSSIER OU DE PARTIE DU DOSSIER DE L'USAGER.....	13
6.2.	RÈGLES DE CONSULTATION À L'INTERNE DU DOSSIER DE L'USAGER.....	14
6.2.1.	CONSULTATION DU DOSSIER DE L'USAGER PAR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ.....	14
6.2.2.	CONSULTATION DU DOSSIER DE L'USAGER PAR LES RÉSIDENTS, LES EXTERNES ET LES STAGIAIRES.....	15
6.2.3.	CONSULTATION DU DOSSIER DE L'USAGER AUX FINS D'ÉTUDE, D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE.....	15
6.2.4.	ENGAGEMENT ET INFORMATION SUR LA CONFIDENTIALITÉ.....	20
6.2.5.	DÉROGATION AUX OBLIGATIONS DE CONFIDENTIALITÉ.....	20
6.3.	DROITS D'ACCÈS DE L'USAGER À SON DOSSIER.....	21
6.3.1.	DROIT D'ACCÈS PAR L'USAGER.....	21
6.3.2.	EXCEPTIONS.....	21
6.3.3.	MODALITÉS D'ACCÈS.....	22
6.3.4.	DROIT DE RECOURS SUITE À UN REFUS D'ACCÈS.....	22
6.3.5.	DROIT DE RECTIFICATION.....	23
6.4.	DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER D'UN USAGER PAR DES TIERS.....	23
6.4.1.	RÈGLE : LA CONFIDENTIALITÉ.....	23
6.4.2.	EXCEPTIONS À LA CONFIDENTIALITÉ.....	24
6.4.3.	MODALITÉS D'ACCÈS PAR LES TIERS AU DOSSIER DE L'USAGER.....	28
6.4.4.	DEMANDES PARTICULIÈRES D'ACCÈS À DES RENSEIGNEMENTS D'UN USAGER PAR DES TIERS.....	29
7.	RÔLES ET RESPONSABILITÉS.....	31
7.1.	CONSEIL D'ADMINISTRATION.....	31
7.2.	DIRECTEUR GÉNÉRAL.....	31
7.3.	DIRECTEUR DES SERVICES PROFESSIONNELS.....	32
7.4.	GESTIONNAIRE ADMINISTRATIF.....	32
7.5.	CHEF DU SERVICE DES ARCHIVES MÉDICALES.....	32
7.6.	ARCHIVISTE MÉDICAL.....	33
7.7.	PERSONNEL DE L'ADMISSION.....	34
7.8.	INTERVENANT.....	34
7.9.	MÉDECIN.....	35
8.	ENTRÉE EN VIGUEUR.....	35
9.	LISTE DES ANNEXES.....	36

1. FONDEMENT

Le présent règlement vise à répondre aux exigences prévues dans les diverses lois concernant la protection des renseignements personnels et l'accès à l'information, ainsi que dans les règles relatives à la protection de la vie privée des usagers qui reçoivent des soins et des services au sein de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ), dont notamment :

- la *Charte des droits et libertés de la personne* (L.R.Q., c. C-12);
- la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (L.R.Q., c. A-2.1);
- la *Loi sur la protection de la jeunesse* (L.R.Q., c. P-34.1);
- la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* (L.R.Q., c. S-2.1);
- la *Loi sur les archives* (L.R.Q., c. A-21.1);
- la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2);
- le *Code civil du Québec* (L.Q., 1991, c. 64);
- le *Code des professions* (L.R.Q., c. C-26);
- le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (c. S-5, r. 3.01)
- le *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin* (L.R.Q. c. M-9, a. 3; L.R.Q. c. C-26, a. 91).

2. PRINCIPES

Toute personne a droit au respect de sa réputation et de sa vie privée¹. Nulle atteinte ne peut être portée à la vie privée d'une personne sans que celle-ci ou ses héritiers y consentent ou sans que la Loi l'autorise².

Tout usager se présentant à l'IUCPQ pour y recevoir des services de santé ou des services sociaux peut compter sur le respect de sa vie privée et la protection des renseignements personnels collectés à cette fin et versés à son dossier d'usager. **Ce principe doit être respecté par toute personne mentionnée à l'article 4 du présent règlement.**

Toute information concernant un usager, qu'elle soit verbale, écrite, photographique, informatisée ou autre, est de nature confidentielle.

Les intervenants de l'IUCPQ doivent agir avec loyauté et professionnalisme et ne pas divulguer de l'information à caractère confidentiel qu'ils obtiennent dans l'exécution ou à l'occasion de leur travail³. Le secret professionnel est une obligation légale en vertu de laquelle tous les renseignements personnels qu'un professionnel du réseau de la santé et des services sociaux détient sur une personne donnée doivent demeurer confidentiels.

Le secret professionnel vise la protection des droits et des intérêts des usagers. C'est donc en ce sens que toute l'information donnée par l'usager à l'intervenant, soit à la demande de ce dernier, soit spontanément, sont des informations de nature confidentielle. De même, les constatations faites par l'intervenant suite à des examens ou des investigations auprès de l'usager constituent des

¹ Charte des droits et libertés de la personne, article 5.

² Code civil du Québec, article 35.

³ Code civil, *op. cit.*, article 2088.

renseignements de nature confidentielle obtenus dans le cadre de l'exercice de sa profession. Même les renseignements confidentiels obtenus de façon indirecte par l'intervenant font l'objet du secret professionnel (ex. : discussion de cas).

Le secret professionnel concerne tous les professionnels membres d'un ordre professionnel. Les autres intervenants travaillant à l'IUCPQ, y compris les bénévoles y œuvrant, sont quant à eux soumis à une obligation de respecter la confidentialité des renseignements personnels relatifs aux usagers se présentant à l'Institut pour recevoir des soins et services.

3. OBJECTIFS

Le présent règlement a pour but d'uniformiser les modes de pratique à l'IUCPQ en ce qui a trait à la constitution, la consultation et la gestion du dossier de l'utilisateur à l'interne, ainsi que les règles d'accès à certains renseignements contenus au dossier d'un usager par des tiers.

De plus, il sert d'outil de référence pour informer et sensibiliser le personnel, les médecins, les chercheurs, les stagiaires et les bénévoles au respect de la confidentialité du dossier de l'utilisateur et de ses différentes composantes, qui incluent tout document papier, informatique, photographique, vidéo, etc.

4. CHAMP D'APPLICATION

Le présent règlement s'adresse :

- à tout le personnel de l'IUCPQ, que sa fonction soit en lien direct ou non avec l'utilisateur;
- aux médecins, dentistes et pharmaciens;
- aux chercheurs;
- aux stagiaires (comprenant les résidents et externes);
- aux intervenants externes qui travaillent à l'IUCPQ;
- aux bénévoles œuvrant auprès des usagers de l'Institut.

5. DÉFINITIONS

Aux fins de la compréhension du présent règlement, voici la définition des termes suivants.

▪ Dossier de l'utilisateur

Dossier constitué selon les modalités et conformément aux règles prévues au *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, et comprend tout renseignement personnel relatif aux soins et services dispensés à un usager de l'Institut, quelle que soit la forme sous laquelle il se retrouve, soit écrite, photographique, informatisée ou autre.

▪ Renseignements dénominalisés

Renseignements personnels relatifs à des usagers de l'Institut qui, pour certaines fins, peuvent être fournis à des intervenants internes ou externes à l'Institut après avoir fait l'objet d'une opération visant à s'assurer qu'il y a impossibilité de faire le lien entre les renseignements personnels fournis et les usagers concernés, tout en assignant un code spécifique à ces renseignements permettant d'en retracer leur source. La confidentialité est assurée par

l'assignation de ce code spécifique et le décodage ne peut être effectué que par un intervenant autorisé. Ce décodage peut être requis notamment aux fins de la constitution d'une banque de données de recherche comprenant les profils à long terme de l'évolution de maladies, le tout sous réserve du respect des modalités prévues au présent règlement et des autres règles applicables au sein de l'Institut à cette fin.

- **Renseignements anonymisés**

Renseignements relatifs à des usagers de l'Institut qui, pour certaines fins, peuvent être fournis à des intervenants internes ou externes à l'Institut après avoir fait l'objet d'une opération visant à s'assurer qu'il y a impossibilité de faire le lien entre les renseignements personnels fournis et les usagers concernés. Ces renseignements, une fois cette opération effectuée, perdent leur caractère « personnel » puisque ne pouvant plus être rattachés à des usagers en particulier.

- **Renseignements personnels**

Dans un document sont personnels les renseignements qui concernent une personne physique permettant de l'identifier. Le nom d'une personne physique n'est pas un renseignement personnel, sauf lorsqu'il est mentionné avec un autre renseignement la concernant ou lorsque sa seule mention révélerait un renseignement personnel qui la concerne.

- **Services diagnostiques et thérapeutiques**

Services qui conservent une partie du dossier médical sur un support autre que du papier (film, bande magnétique, CD, verre, paraffine).

6. MODALITÉS

6.1. **CONTENU ET RÈGLES DE GESTION DES DOSSIERS D'USAGERS**

6.1.1. **OUVERTURE D'UN DOSSIER**

Un dossier est ouvert pour tout usager inscrit ou admis à l'IUCPQ⁴. Lorsqu'un établissement fournit des services à un usager enregistré, il n'est pas tenu d'ouvrir un dossier mais il doit inscrire le nom de l'utilisateur et la nature des services fournis dans un registre tenu à cette fin.

Il n'y a pas d'ouverture de dossier dans les cas suivants :

- dans le cas d'un prêt d'équipement;
- à la suite d'un simple contact téléphonique;
- lorsque l'utilisateur ne se présente pas à son rendez-vous;
- lors d'une opération de vaccination (ex. : grippe);
- enquêtes épidémiologiques : pas d'ouverture de dossier lorsqu'il n'y a pas de suivi par l'IUCPQ à la suite d'une enquête;
- pour des activités d'information et d'éducation.

⁴ Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, articles 21, 22 et 50.

6.1.2. CONTENU DU DOSSIER

6.1.2.1. Principales composantes

Le contenu complet du dossier d'un usager est prescrit par le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*. De façon générale, chaque dossier d'usager doit comprendre :

- 1) le rapport des services rendus en externe;
- 2) l'observation médicale, l'examen physique, le diagnostic provisoire et l'examen dentaire;
- 3) les ordonnances et l'administration des médicaments;
- 4) les notes d'évolution rédigées par les médecins, les dentistes, les pharmaciens et les membres du personnel clinique;
- 5) le rapport sur la nécessité de la garde en établissement et le rapport rédigé dans le cadre d'une demande d'ouverture d'un régime de protection ou de l'homologation d'un mandat faits en vertu de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui, ou en vertu du Code civil du Québec, ainsi que les rapports de révision;
- 6) les demandes et les rapports de consultation;
- 7) les demandes et les rapports de traitement;
- 8) les rapports de consultation et le résumé des entrevues par des professionnels;
- 9) les éléments ayant servi à l'établissement d'un diagnostic ou d'un traitement, tels les documents photographiques, les documents d'imagerie médicale, les tracés d'électrocardiographie et l'électro-encéphalographie, et les autres pièces pertinentes;
- 10) les rapports d'examens diagnostiques;
- 11) le document attestant l'obtention du consentement d'un usager pour des soins ou des services dispensés par le centre hospitalier;
- 12) le protocole d'anesthésie;
- 13) le diagnostic préopératoire, la nature de l'intervention projetée, le protocole opératoire indiquant la nature des interventions, les constatations, les techniques opératoires utilisées et la description des pièces prélevées;
- 14) le rapport d'anatomopathologie et de cytologie;
- 15) les rapports d'infection nosocomiale;
- 16) les demandes de transfert;
- 17) un rapport sur tout accident/incident subi par un usager dans l'établissement;
- 18) la feuille sommaire, comportant le diagnostic principal, les autres diagnostics et problèmes, les complications, le traitement médical, chirurgical ou obstétrical, les examens spéciaux et l'authentification du médecin traitant;
- 19) une note de départ;

- 20) l'avis de congé du médecin ou du dentiste traitant, et la mention du départ de l'utilisateur;
- 21) le document attestant le consentement de l'utilisateur à la prise par l'établissement de photographies, films ou enregistrements le concernant;
- 22) une copie de la déclaration de décès;
- 23) le rapport d'autopsie;
- 24) les outils d'évaluation et les plans de traitement des professionnels de la santé.

Certains services détiennent par ailleurs des dossiers satellites aux fins de l'exercice de leurs activités (ex. : le secteur de l'imagerie médicale). Le Service des archives médicales doit être informé de l'existence de ces dossiers satellites. Ces dossiers sont régis par les mêmes règles que ceux conservés au Service des archives médicales et font partie intégrante du dossier de l'utilisateur.

6.1.2.2. Dossier étant considéré complet

Les éléments suivants, dûment complétés et signés, permettent de considérer un dossier comme étant complet:

- a) le protocole opératoire;
- b) les rapports d'examen invasifs tels que bronchoscopie, biopsie pulmonaire, endoscopie digestive, cathétérisme cardiaque, procédures électrophysiologiques cardiaques et toutes autres interventions associées à ces techniques;
- c) le rapport d'autopsie;
- d) la feuille sommaire d'hospitalisation.

6.1.2.3. Délais pour compléter la rédaction de certains éléments du dossier de l'utilisateur

L'ensemble des professionnels de la santé doit s'assurer de respecter les délais prévus pour compléter la rédaction de certains éléments du dossier de l'utilisateur, à défaut de quoi des mesures disciplinaires pour non-respect des règles déontologiques en la matière pourraient être imposées.

Pour tous les professionnels, les notes d'évolution devraient être consignées au dossier au fur et à mesure de leur rédaction.

La feuille sommaire doit être complétée et signée lors du départ de l'utilisateur.

La note d'admission doit être écrite et signée au dossier dans les 24 heures qui suivent l'admission de l'utilisateur ou, en cas d'urgence, dès son arrivée. La note d'admission peut être remplacée par l'observation médicale si cette dernière est faite et consignée au dossier dans les mêmes délais.

L'observation médicale (histoire et examen clinique) doit être déposée au dossier et signée dans les 48 heures qui suivent l'admission de l'utilisateur et avant toute intervention chirurgicale, à moins d'une urgence. Dans ce dernier cas, le chirurgien doit procéder à la

rédaction d'une note préopératoire. Lorsque l'observation médicale est rédigée par un externe ou par un résident, le médecin responsable doit la contresigner dès qu'il en a pris connaissance et après y avoir fait, s'il y a lieu, les corrections nécessaires.

Le rapport de consultation, pour un usager hospitalisé, doit être inscrit au dossier de l'utilisateur et signé au moment de la consultation.

Le rapport de consultation préopératoire doit être consigné au dossier avant l'intervention.

Le rapport d'interprétation des examens (anatomopathologie, ECG, EEG, imagerie médicale, etc.) doit être fait à l'intérieur des délais déterminés par le CMDP (entrera en vigueur au moment de l'adoption de la / des charte(s) de délais). Le rapport, si dicté, doit se retrouver au dossier dès sa transcription.

Le protocole opératoire doit être rédigé ou dicté immédiatement après l'intervention ou dans les 24 heures qui suivent. Le chirurgien qui en est responsable doit le signer dans les **sept jours** suivant son dépôt au dossier.

Le protocole anesthésique doit être rédigé et signé au moment de l'acte anesthésique.

Le rapport d'autopsie doit être versé au dossier dans les 30 jours qui suivent le décès.

6.1.2.4. Décompte des dossiers incomplets

Quotidiennement via le dossier patient électronique, le Service des archives médicales transmet à chaque médecin un décompte de ses dossiers incomplets incluant les noms et numéros de dossiers des usagers et leurs dates de départ. Le Service des archives médicales conserve une copie de ces informations.

Le service des archives avise mensuellement le directeur des services professionnels des dossiers incomplets pour chaque médecin. Lorsqu'un médecin omet de signer plusieurs dossiers depuis plus d'une semaine, le directeur des services professionnels enjoint le médecin de compléter ses dossiers dans les 14 jours suivant la date de réception de ladite lettre.

Tout médecin qui s'absente (vacances, congrès, etc.) doit en informer le directeur des services professionnels afin qu'aucun dossier ne soit considéré incomplet durant ladite absence.

6.1.2.5. Omission de donner suite à l'avis

Après le délai de 14 jours, le Service des archives médicales produit, s'il y a lieu, la liste des médecins n'ayant pas donné suite à l'avis précisant pour chaque médecin le nombre de dossiers demeurant incomplets et la transmet au directeur des services professionnels. Ce dernier informe chaque médecin des mesures qu'il entend prendre pour que la situation soit corrigée. À moins de circonstances particulières, le directeur des services professionnels avisera alors le médecin ou le dentiste qu'il sera suspendu à partir d'une date déterminée si lesdits dossiers ne sont pas complétés. Cette suspension de privilèges est réputée être une mesure administrative.

Le CA délègue, à cette égard, au directeur des services professionnels le pouvoir de suspendre et de rétablir les privilèges des médecins visés par cette mesure.

6.1.2.6. Notes d'évolution

Les notes d'évolution rédigées par les différents professionnels de la santé de l'IUCPQ constituent une des composantes majeures du dossier d'un usager, puisqu'elles permettent de suivre en continu l'évolution des soins et services rendus à l'usager.

Elles doivent donc faire l'objet d'une attention particulière de la part des professionnels. C'est pourquoi il importe de préciser certaines règles applicables à celles-ci, règles qui doivent être rigoureusement respectées par l'ensemble des professionnels de la santé œuvrant au sein de l'Institut.

A. Les objectifs de rédaction des notes d'évolution

- Constater, vérifier et évaluer l'état de santé de l'usager. Obtenir une vision globale de sa condition.
- Refléter le plan d'intervention ou indiquer le résultat d'un acte ou d'une décision d'ordre professionnel.
- En tant que moyen de communication entre intervenants, médecins ou pharmaciens, permettre une coordination dans la planification des interventions et services relativement aux problèmes identifiés, et assurer une continuité et un suivi structuré et complet.
- Répondre aux exigences professionnelles et légales.
- Fournir une source d'informations statistiques, notamment pour la recherche, l'évaluation de la qualité des soins et l'enseignement.
- Fournir à l'usager la possibilité d'obtenir les renseignements qui le concernent.
- **Définition d'une note significative au dossier** : tout en indiquant l'évolution de la situation de l'usager, une note est qualifiée de « *significative* » si elle est en rapport avec le plan d'intervention de l'usager; elle découle, à défaut d'un plan d'intervention, d'une décision ou d'un acte d'ordre professionnel.

Les activités de concertation clinique, soit les discussions de cas, la préparation du plan d'intervention interdisciplinaire ou du plan de soins individualisé, doivent faire l'objet d'une *note significative* au dossier. Celle-ci est consignée par l'intervenant qui a convoqué la concertation ou par un des intervenants présents.

B. Le contenu des notes d'évolution

- L'infirmière, le professionnel, le médecin, le dentiste ou le pharmacien est responsable du contenu des notes qu'il rédige.
- La note doit être **précise** : elle doit refléter une analyse professionnelle succincte appuyée sur des faits et des observations. L'usage de termes flous ou imprécis tels que : bon, peu, souvent, + + +, etc. prête à confusion et à interprétation. Les notes impliquant d'autres intervenants ou organismes doivent rapporter l'essentiel des éléments significatifs pour le suivi de l'usager.

- La note doit être **concise** : brève description des faits ou événements significatifs ou nouveaux. Éviter les comptes rendus détaillés, les répétitions d'observations ou d'événements déjà consignés.
- La note doit être **objective et véridique** : citer les propos de l'utilisateur sans les interpréter. Ceux-ci doivent être appuyés par une note objective qui ne laisse pas de place à l'interprétation, à des suppositions, à la confusion ou à une mauvaise utilisation. Ainsi, s'abstenir de porter un jugement de valeur, d'inscrire des informations non vérifiées ou de mentionner des opinions autres que cliniques. Si une information subjective doit être inscrite, la note doit refléter cette subjectivité (ex. : « se dit étourdie lorsque debout », « l'utilisateur semble souffrante » ou « l'utilisateur nous apparaît ... »). L'utilisation de tels termes ne réduit pas la portée du jugement subjectif que pose l'intervenant, qui doit quand même corroborer ses impressions par des éléments objectifs.
- La note doit contenir des informations interprétées, c'est-à-dire les renseignements qui ont fait l'objet d'une analyse, d'une explication, d'une appréciation ou d'une validation clinique ou statistique. Il faut porter une attention particulière aux renseignements potentiellement préjudiciables à l'utilisateur.
- La note doit être **pertinente** : toujours relative à l'utilisateur, appropriée à sa condition. Éviter la description de détails intimes qui ne sont pas reliés à l'intervention et dont l'inscription pourrait porter atteinte à la vie privée de l'utilisateur. Éviter d'exposer les conflits entre intervenants, médecins ou pharmaciens, les problèmes ou frustrations vécus lors d'une démarche d'intervention auprès de l'utilisateur. Éviter de donner avis sur la façon dont les services ont été rendus. Les jugements de valeur, les remarques et les frustrations personnelles face à l'intervention en cours n'ont pas leur place dans le dossier de l'utilisateur parce qu'ils font preuve d'un manque d'éthique envers l'utilisateur.
- La note doit être **complète** : ce qui n'est pas écrit est considéré comme non fait. De plus, on ne doit pas, par exemple, se contenter d'inscrire seulement: « utilisateur rencontré ». Il faut que la note résume l'essence de la rencontre avec l'utilisateur.

C. Structure d'une note

- Si une nouvelle feuille de notes d'évolution est entamée sans que la précédente ait été terminée, l'espace laissé libre doit être rayé pour éviter que des ajouts soient faits ultérieurement.
- Réduire au minimum l'espace libre tout en conservant un texte aéré.
- Lorsqu'une note se poursuit sur une autre page, la date doit être réinscrite ainsi que la mention « suite ».
- S'il y a lieu, l'indication de la nécessité d'une relance (suivi) et de la date où elle devrait être faite doit être notée.
- Toute information d'intérêt général, par exemple, la date d'une communication téléphonique importante ou une discussion de cas, doit être inscrite.
- Les notes sur toute intervention, même téléphonique, et ayant une signification pour l'évolution de l'utilisateur ou pour le déroulement du plan d'intervention, doivent être consignées au dossier.

- Inscrire au dossier une note lorsqu'un usager omet de se présenter à un rendez-vous.
- Ne jamais rédiger une note avant l'exécution de l'intervention ou la prestation du service.
- Lorsque l'infirmière effectue des prélèvements (en dehors de la clinique des prélèvements), elle peut simplement indiquer, dans sa note, la référence à la prescription qui est au dossier (date). Si certains prélèvements prescrits ne sont pas faits, elle doit alors noter lesquels.
- **Consigner tout traitement ou intervention selon les prescriptions de son ordre professionnel, soit au fur et à mesure des interventions effectuées**, de façon à refléter les changements survenus dans l'état de l'utilisateur et la démarche du médecin relative à l'investigation et au traitement. **Cette pratique élimine les brouillons, garantit la cohésion, la pertinence et la concision de la note et assure la tenue d'un dossier complet et à jour.**
- **Pour les notes médicales à l'urgence et en consultation externe, elles doivent être rédigées ou dictées au moment de la consultation.**
- Le professionnel doit s'assurer en tout temps que ses notes sont inscrites au dossier.
- Tout intervenant ou médecin a la responsabilité de s'assurer que les documents faisant état de son intervention soient acheminés au Service des archives médicales le plus rapidement possible. Le personnel du Service des archives médicales est responsable de voir à ce que ces documents soient classés au dossier dans les meilleurs délais.

D. Normes de présentation des notes (forme et mise en page)

- Rédiger les notes avec un stylo à bille à encre bleue. Ne pas utiliser de stylo feutre, à encre noire ou à encre liquide.
- Ne pas utiliser de correcteur liquide ou en bande sèche.
- **Une attention particulière doit être apportée à la lisibilité du dossier afin qu'il demeure un instrument de communication valable.** Une écriture illisible peut être reliée à de la falsification, et va à l'encontre des droits de l'utilisateur et à l'encontre également des obligations déontologiques de tous les intervenants de la santé régis par des ordres professionnels. À cet égard, dans l'ensemble des *Règlements sur la tenue de dossiers et de cabinet des (...)* professionnels concernés (médecins, dentistes, pharmaciens, ergothérapeutes, etc.), il est exigé de s'assurer de rédiger une note lisible.

Si le dossier comporte des notes manuscrites illisibles, le supérieur immédiat, ou le directeur des services professionnels (DSP), selon le cas, **peut exiger qu'elles soient retranscrites lisiblement afin d'éviter de porter préjudice à l'utilisateur et à l'établissement.** En cas de refus de l'intervenant concerné de corriger la note, ou dans une situation répétitive de rédaction illisible par un même intervenant, des mesures disciplinaires pourraient être imposées, et une dénonciation de la situation à l'ordre professionnel effectuée.

- S'assurer que les informations suivantes apparaissent sur chaque feuille : nom, prénom, numéro de dossier et date de naissance de l'utilisateur.

- Inscrire dans la marge la date de l'intervention selon la norme internationale : AAAA-MM-JJ. Si la date de rédaction excède de 24 heures la date d'intervention, inscrire dans la marge la date de rédaction et débiter le compte rendu de l'activité (section notes d'évolution) par : « Note tardive du (date d'intervention) ».
- Noter rigoureusement le moment où l'observation est faite; en cas de litige, ces détails peuvent avoir un impact majeur pour reconstituer un fait et le situer dans le temps.
- Si un ajout est nécessaire à la suite d'un oubli, inscrire la note à la suite des autres notes même si cela ne respecte pas la chronologie.
- Citer les propos de l'usager entre guillemets.
- Adopter un langage respectueux. **Ne pas oublier que l'usager a le droit de consulter son dossier en tout temps conformément aux lois en vigueur.**
- La signature suit immédiatement la note. Signer toute inscription au dossier de la façon suivante :
 - le prénom et le nom en entier ou l'initiale du prénom et le nom en entier, avec l'abréviation du titre professionnel;
 - signer sur la ligne qui suit la fin de la note;
 - tirer un trait avant la signature et signer à la droite de la ligne;
 - pour les médecins, le numéro de permis est requis à plusieurs endroits, en conformité avec le guide d'exercice sur *La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés*.
- Respecter les consignes des ordres professionnels en ce qui a trait aux notes des stagiaires, qui, selon le cas, doivent être ou non contresignées par l'intervenant ou le médecin responsable.
- En cas d'erreur, ne jamais détruire une feuille ou rendre illisible le texte en l'effaçant ou en le raturant.
- S'abstenir d'écrire entre les lignes ou dans la marge.
- Afin d'éviter les malentendus et les erreurs, les abréviations à ne pas utiliser apparaissent à l'Annexe 1.

6.1.3. INTÉGRALITÉ ET ACCESSIBILITÉ DU DOSSIER DE L'USAGER

6.1.3.1. Intégralité

L'IUCPQ est détenteur de chacun des dossiers des usagers et il assume la responsabilité d'en assurer l'intégralité. Il veille à ce que tous les documents s'y retrouvent et qu'ils ne fassent l'objet d'aucune falsification ou substitution. Le dossier est constitué dans l'intérêt de l'usager, des professionnels de la santé ainsi que de l'établissement.

De plus, le dossier de l'usager est l'outil de communication privilégié entre les intervenants. Ainsi, l'entièreté du dossier doit être accessible en tout temps lorsqu'il est requis pour les soins à l'usager.

Certains services détiennent des dossiers satellites. Le Service des archives médicales doit en être informé. Ces dossiers sont régis par les mêmes règles que ceux conservés au Service des archives médicales et font partie intégrante du dossier de l'utilisateur.

A. Corrections apportées au dossier

En vertu de cette même obligation, on ne peut faire disparaître une erreur ou rendre une information illisible en la rayant, en l'effaçant, en tentant de modifier ce qui est déjà écrit ou en détruisant le document. L'utilisation du correcteur liquide ou en bande sèche pour effectuer la correction d'un texte déjà au dossier est interdite.

Toute correction à caractère clinique dans un dossier ne peut être faite que par le professionnel, l'infirmière, le médecin, le dentiste ou le pharmacien qui a rédigé la note d'évolution ou le document.

Les erreurs doivent être corrigées dès constatation, selon la procédure suivante :

- tirer un trait sur l'erreur ou la placer entre parenthèses; on doit toujours être en mesure de lire ce qui est écrit;
- spécifier le type d'erreur avec les expressions « fausse note » ou « erreur de dossier » écrites au-dessus ou à côté, en lettres détachées pour que ce soit plus clair;
- ajouter vos initiales et la date de la correction – ex. : *Erreur de dossier LL 2008-02-20*.

6.1.3.2. Accessibilité

Le dossier de l'utilisateur doit être accessible en tout temps. Cependant, le droit de consultation du dossier est limité aux personnes autorisées dans l'exercice de leurs fonctions et dans les limites dictées par la Loi.

Le personnel du Service des archives médicales a la responsabilité de rendre accessible, en tout temps, le dossier de l'utilisateur aux personnes autorisées. Cependant, si le dossier est prêté à un autre service, il appartient au personnel de ce service de rendre le dossier disponible. Lorsque ce service est fermé, le personnel du Service des archives médicales a la responsabilité de récupérer le dossier.

A. Prêt et circulation du dossier de l'utilisateur hors du Service des archives médicales

Toute personne requérant un dossier est responsable de sa garde et doit prendre les mesures nécessaires afin :

- d'assurer l'accès immédiat au dossier lorsque celui-ci est requis pour les soins à l'utilisateur;
- d'en préserver la confidentialité;
- de prévenir qu'une personne non autorisée y ait accès;
- d'effectuer les recherches nécessaires s'il est égaré;
- d'aviser le Service des archives médicales de tout changement de localisation du dossier;
- **d'en assurer le retour au Services des archives médicales le jour même de la visite dans les services ambulatoires;**

- de s'assurer que le retour des dossiers est fait de façon sécuritaire, soit par la messagerie, soit par le personnel désigné.

Le Service des archives médicales se réserve le droit de limiter le nombre de dossiers en circulation.

B. Transport du dossier par l'utilisateur seul ou accompagné par un membre du personnel

Afin de sauvegarder la confidentialité et l'intégrité du dossier lors de son transport, le dossier doit être placé dans une pochette spécialement prévue à cette fin et scellée.

Les pochettes sont disponibles dans chaque unité de soins et dans chaque service ambulatoire, et sont identifiées au nom de ces services.

6.1.4. CONSERVATION DES DOSSIERS DES USAGERS

Le Service des archives médicales a la responsabilité de conserver intégralement et d'entreposer les dossiers des usagers de l'IUCPQ, sous réserve des modalités relatives aux dossiers satellites.

Certains dossiers particuliers peuvent effectivement être entreposés dans des classeurs sous clé ou dans d'autres services.

Les pièces du dossier sont détruites selon les modalités d'application de la règle de conservation du dossier de l'utilisateur prévue ci-après.

6.1.4.1. Dossiers d'utilisateurs sous clé

Les originaux des dossiers litigieux sont placés dans un classeur spécial sous clé. L'original du dossier est donc retiré de la circulation et une photocopie du dossier est disponible pour les soins à l'utilisateur. La consultation du dossier original doit se faire en présence d'un archiviste médical.

Tout dossier d'utilisateur susceptible de servir de preuve dans un cas de plainte ou de nature disciplinaire doit être signalé au chef de service des archives médicales.

6.1.4.2. Dossiers d'utilisateurs concernant les personnes adoptées

Les originaux des dossiers d'adoption sont placés dans un classeur spécial sous clé. Ils ne sont pas accessibles.

Un nouveau dossier personnel est créé avec la nouvelle identité. Il est constitué de façon à ce que l'ancienne identité ne puisse être retracée.

Cette façon de faire suit le « *Traitement du dossier médical de l'enfant visé par les dispositions légales relatives à l'adoption* », publié par l'Association des gestionnaires de l'information de la santé du Québec.

6.1.4.3. Autres composantes du dossier (dossiers satellites)

Nonobstant ce qui précède, certains services peuvent être dépositaires de pièces originales du dossier de l'utilisateur : graphiques, tracés, films, lames, blocs de paraffine, photographies, diapositives, etc. Ces pièces peuvent aussi être requises lors des demandes d'accès au dossier.

6.1.4.4. Mesures sécuritaires

Tous les endroits de conservation des composantes du dossier de l'utilisateur doivent être sécuritaires, c'est-à-dire sous la responsabilité du personnel au moment des heures d'ouverture et fermés à clé en tout autre temps.

Tous les documents doivent être protégés de la détérioration par l'eau, l'humidité et autres.

Tous les postes de travail informatique sur lesquels les intervenants peuvent consulter le dossier patient électronique doivent comporter un système d'accès sécuritaire et une mise en veille répondant aux normes prévues à cet effet afin d'assurer la confidentialité du contenu des dossiers d'utilisateurs.

6.1.5. DÉLAI DE CONSERVATION, NUMÉRISATION ET ÉLIMINATION DE DOSSIER OU DE PARTIE DU DOSSIER DE L'USAGER

6.1.5.1. Conservation

Le descriptif des délais de conservation de tous les éléments originaux du dossier médical se trouve à l'annexe 8 du présent règlement.

6.1.5.2. Numérisation

Après la numérisation interne des documents sources, ceux-ci sont conservés pour une période de 30 jours suivant la date de numérisation, et ce, afin d'assurer la validation exhaustive du contrôle de la qualité. Préalablement à la destruction des documents sources, l'intégrité des documents doit être contrôlée et l'opération de transfert doit être documentée et validée. De plus, le calendrier de conservation doit être respecté et les renseignements personnels ou confidentiels protégés lors de l'opération.

Un registre de destruction des documents sources a été créé pour y colliger les formulaires de suivi de lot de chacun des documents sources numérisés. Ce registre fait état de preuve du respect de l'intégrité lors du transfert de support des documents vers le dossier patient électronique (DPE).

6.1.5.3. Épuration

Lorsqu'un dossier devient inactif, comme il est défini dans la règle de conservation du dossier de l'utilisateur, il est épuré en vue de sa destruction. Certains documents sont conservés de façon permanente afin de répondre aux exigences du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* et de la Loi sur les archives.

6.1.5.4. Élimination

Tous les éléments originaux, toutes les copies d'éléments de dossier, les bandes magnétiques, audio et vidéo ainsi que les rouleaux encreurs à détruire doivent être déposés dans un contenant de récupération verrouillé dont le contenu, selon une entente, est gardé confidentiel à un centre reconnu de recyclage.

La destruction des documents se fait par une firme spécialisée en récupération de papier confidentiel. La firme doit respecter les critères suivants :

- un contrat de respect de la confidentialité est signé par la firme;

- la firme fournit des contenants sécuritaires pour l'entreposage des documents à détruire.

Une preuve de destruction est conservée à la Direction des services techniques.

6.2. RÈGLES DE CONSULTATION À L'INTERNE DU DOSSIER DE L'USAGER

Dans la présente section se trouvent les règles applicables à l'ensemble des intervenants œuvrant au sein de l'Institut, et l'on y prévoit les droits et limites de même que les modalités requises afin de pouvoir consulter un dossier d'utilisateur.

De façon générale, les professionnels de la santé pourront consulter le dossier d'un usager s'il est nécessaire de le faire pour pouvoir lui prodiguer des soins et services adéquats.

Par ailleurs, comme l'établissement est un institut universitaire, des activités de recherche et d'enseignement font partie intégrante de sa mission et pourront parfois entraîner la nécessité pour certains intervenants de consulter un dossier d'utilisateur dans le cadre de ces autres activités. En un tel cas, des règles particulières s'appliquent et sont également prévues à la présente section.

6.2.1. CONSULTATION DU DOSSIER DE L'USAGER PAR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Le médecin traitant ou consultant peut consulter le dossier de l'utilisateur qu'il traite ou qu'il a traité pour consultation ultérieure et parachèvement, sans restriction.

À la demande du président du comité de discipline ou du comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique du CMDP, les membres desdits comités peuvent consulter les dossiers étudiés lorsqu'ils sont en fonction. Les présidents des autres comités du CMDP devront adresser une demande au DSP pour obtenir l'autorisation de consulter les dossiers.

Le chef de département ou de service clinique peut consulter, dans l'exercice de ses fonctions, les dossiers des utilisateurs traités dans son département ou son service.

Le médecin vers qui un patient est dirigé peut consulter les documents relatifs à la référence. Le consentement de l'utilisateur est requis pour la consultation de toute autre partie du dossier.

Le médecin qui désire consulter le dossier médical de son conjoint ou d'un membre de sa famille doit présenter une autorisation écrite émanant de cet utilisateur, car il n'agit pas alors à titre de médecin traitant de celui-ci et est considéré comme un tiers effectuant une demande d'accès à un dossier d'utilisateur, selon les règles prévues à la section 6.4 du présent règlement.

Le médecin qui exerce au sein de l'établissement et désire prendre connaissance de son propre dossier d'utilisateur (on présume donc qu'il a reçu des soins de santé ou des services de l'Institut), doit effectuer les mêmes démarches que celles de tout autre utilisateur, en faisant une demande d'accès à son dossier au Service des archives, tel que le prévoit la section 6.3 du présent règlement.

Le médecin expert effectuant une expertise médicale à l'intérieur de l'IUCPQ n'a accès au dossier de l'utilisateur qu'avec son autorisation, puisqu'il n'agit pas alors dans le cadre des privilèges qu'il détient au sein de l'établissement et est considéré comme un tiers effectuant

une demande d'accès à un dossier d'usager, selon les règles prévues à la section 6.4 du présent règlement.

Les autres professionnels de la santé œuvrant au sein de l'Institut peuvent consulter le dossier d'un usager dans l'exercice de leurs fonctions s'ils font partie d'un des catégories d'emplois identifiées à cet effet, et doivent s'assurer de ne consulter que les renseignements qui leur sont essentiels aux fins de leurs interventions auprès de l'usager.

Sauf dans l'exercice de leurs fonctions, ils ne peuvent consulter le dossier du conjoint, d'un membre de la famille ou autre, sans le consentement de l'usager, puisqu'ils sont alors considérés comme un tiers effectuant une demande d'accès à un dossier d'usager, selon les règles prévues à la section 6.4 du présent règlement.

Aussi, le professionnel qui exerce au sein de l'établissement et désire prendre connaissance de son propre dossier d'usager (on présume donc qu'il a reçu des soins de santé ou des services de l'Institut), doit effectuer les mêmes démarches que celles de tout autre usager, en faisant une demande d'accès à son dossier au Service des archives, tel que le prévoit la section 6.3 du présent règlement.

6.2.2. CONSULTATION DU DOSSIER DE L'USAGER PAR LES RÉSIDENTS, LES EXTERNES ET LES STAGIAIRES

Le résident, l'externe ou le stagiaire peut consulter les dossiers des usagers traités dans le service où il est en devoir, pour consultation et parachèvement, et ce, pour la durée et dans le cadre de son stage à l'IUCPQ.

Lorsqu'un résident, un externe ou un stagiaire désire obtenir des copies du dossier ou d'un élément faisant partie du dossier d'un usager qu'il a traité, il doit être dirigé vers un archiviste médical pour justifier sa demande. Afin de préserver la confidentialité, l'identité de l'usager est masquée sur les copies.

6.2.3. CONSULTATION DU DOSSIER DE L'USAGER AUX FINS D'ÉTUDE, D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Par ailleurs, comme l'établissement est un institut universitaire, des activités de recherche et d'enseignement font partie intégrante de sa mission et pourront parfois entraîner la nécessité pour certains intervenants œuvrant au sein de l'Institut, ou engagés par des intervenants de l'Institut, de consulter un dossier d'usager dans le cadre de ces autres activités. En un tel cas, des règles particulières s'appliquent.

L'ensemble des règles prévues à la présente section trouve application dans le cadre des activités d'enseignement, de recherche ou d'étude, à moins que le titre indique une seule de ces trois activités particulières. Dans un tel cas, les règles y mentionnées ne trouvent application que pour l'activité nommément mentionnée.

A. Échelle de tarification des demandes de consultation de dossiers à des fins de recherche

La Direction des services professionnels est responsable d'établir une échelle de tarification des demandes de consultation de dossiers médicaux à des fins de recherche. Tous les projets de recherche internes et externes qui bénéficient d'une subvention sont touchés par cette facturation. Cette échelle de tarification est rendue disponible à tout

intervenant effectuant une demande de consultation d'un dossier d'usager à des fins de recherche.

La première demande pour une recherche interne non subventionnée profite d'une exemption de frais.

6.2.3.1. Consultation du dossier et/ou contact auprès de l'usager pour des fins de recherche en présence d'un consentement écrit au dossier de l'usager

A. Consentement général (formulaire)

Tout usager admis ou inscrit à l'IUCPQ est invité à signer un consentement général (*Annexe 2*) autorisant les professionnels de recherche à le contacter en vue d'une éventuelle participation à un projet de recherche. En signant ce formulaire, l'usager consent également à ce que des professionnels de recherche prennent connaissance, au préalable, de son dossier afin de déterminer son admissibilité à participer à un projet de recherche effectué à l'IUCPQ.

Ce formulaire de consentement peut être présenté par un médecin appelé à traiter un usager lors d'une première consultation clinique ou d'une hospitalisation. Il peut également être présenté par un professionnel de recherche auprès d'un usager qui participe déjà à un projet de recherche au sein de l'établissement. Il peut également être obtenu par un professionnel de recherche, dans la mesure où le dernier médecin appelé à traiter l'usager consent à ce qu'une démarche soit effectuée auprès d'un usager par le professionnel de recherche, en son nom.

Ce consentement est versé au dossier de l'usager et permettra, lorsque requis, aux équipes de recherche de consulter ce dossier aux fins de repérage et pour le contacter directement s'il a été identifié comme participant potentiel à un projet de recherche.

Dans le cas où un contact doit être fait lorsqu'un usager est hospitalisé, le professionnel de recherche devra, avant d'entamer des démarches de contact auprès de cet usager, obtenir également l'autorisation du médecin qui traite alors l'usager afin qu'il lui confirme que l'usager est en état d'être sollicité pour un projet de recherche.

B. Consentement spécifique à l'utilisation de renseignements personnels contenus au dossier de l'usager dans le cadre d'un projet de recherche (formulaire)

Tout usager admis ou inscrit à l'IUCPQ peut avoir signé un « consentement spécifique à un projet de recherche ». Un tel consentement spécifique doit également comporter, à l'endroit des professionnels de recherche concernés, une autorisation à consulter les renseignements personnels contenus au dossier de l'usager qui sont requis aux fins de ladite recherche, le cas échéant.

Dans un tel cas, les professionnels de recherche concernés s'engagent à consulter et à n'utiliser les renseignements personnels contenus au dossier de l'usager qu'à l'intérieur des limites prévues au consentement spécifique.

Un tel consentement spécifique est versé au dossier de l'usager afin de faire preuve du droit de consultation des professionnels de recherche concernés.

6.2.3.2. Consultation du dossier et utilisation de renseignements contenus au dossier de l'usager et/ou contact de l'usager en l'absence de consentement écrit dans son dossier

Si le formulaire général de consentement mentionné précédemment n'a pas été rempli par l'usager, et n'apparaît conséquemment pas au dossier de celui-ci, il appartient au professionnel de recherche ou au médecin chercheur d'effectuer les démarches mentionnées précédemment afin de tenter de l'obtenir.

Il peut également utiliser l'une ou l'autre des procédures suivantes, selon les circonstances, afin d'obtenir certains renseignements contenus au dossier d'un usager, **malgré l'absence de consentement de celui-ci.**

Ces procédures doivent également être suivies par les professionnels œuvrant au sein de l'IUCPQ s'ils désirent obtenir des renseignements contenus aux dossiers des usagers à des fins d'étude ou d'enseignement.

Toutefois, ces procédures ne sont pas requises lorsque des enseignements sont effectués dans le cadre des activités cliniques, et qu'une consultation du dossier d'un usager est requise, et ce, tant pour l'enseignant que pour l'étudiant concernés.

A. Consultation du dossier et de certains renseignements personnels sous leur forme nominative

En l'absence de consentement écrit déjà versé au dossier d'un usager, la consultation d'un dossier à des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche et/ou l'obtention de copies de certains renseignements personnels contenus dans ces dossiers, **sous leur forme nominative,** peuvent être autorisées par le directeur des services professionnels (DSP).

En effet, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prévoit que le DSP peut autoriser un professionnel à prendre connaissance du dossier d'un usager à des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche, sans le consentement de l'usager, si les conditions prévues à l'article 125 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* sont respectées, soit :

- que l'usage projeté n'est pas frivole et;
- que les fins recherchées ne peuvent être atteintes que si les renseignements sont communiqués **sous une forme nominative,** et d'autre part;
- que « les renseignements personnels seront utilisés d'une manière qui en assure le caractère confidentiel »;
- que le projet du professionnel respecte les normes d'éthique ou d'intégrité scientifique généralement reconnues.

La demande d'autorisation de consultation de dossiers d'usagers devra être acheminée au DSP selon les modalités décrites ci-dessous. Le DSP rendra sa décision suite aux vérifications d'usage.

i. Modalités de la demande

DEMANDE ÉCRITE

Tout intervenant œuvrant au sein de l'IUCPQ qui désire consulter ou utiliser, à des fins d'étude, de recherche ou d'enseignement, des renseignements personnels contenus dans les dossiers des usagers et/ou des banques de données cliniques informatisées, **sous une forme nominative**, doit soumettre une demande écrite au DSP en utilisant les deux formulaires prévus à cette fin (formulaires Annexe 3 et Annexe 4).

Toute demande doit OBLIGATOIREMENT inclure les formulaires des annexes 3 et 4 du présent règlement, dûment remplis et signés, pour en assurer le traitement par le directeur des services professionnels.

À noter qu'une période d'autorisation par le DSP ne peut excéder une année.

ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ (FORMULAIRE)

Toute personne doit joindre à sa demande d'autorisation un formulaire d'engagement à la confidentialité (Annexe 4) dûment rempli et signé. À cet effet, le personnel requérant l'autorisation doit compléter le formulaire intitulé « **Engagement du responsable et de ses collaborateurs à respecter et à assurer la confidentialité des renseignements** » et s'assurer d'obtenir la signature de son supérieur immédiat ou de son superviseur (le chercheur responsable lorsqu'il s'agit d'activités de recherche), le cas échéant.

Ce formulaire peut être rempli par le chercheur responsable pour plusieurs membres de son équipe à la fois. Le signataire responsable est imputable du respect de la présente politique et doit s'assurer que le directeur des services professionnels est informé de tout bris de confidentialité.

CONFIRMATION DE PRÉSENTATION DES PROJETS DE RECHERCHE AUX COMITÉS D'ÉVALUATION CONCERNÉS

Afin d'accorder son autorisation, dans les cas de demandes à des fins de recherche, le directeur des services professionnels doit être en mesure de confirmer que le personnel requérant travaille sur des projets ayant obtenu l'approbation des comités d'évaluation concernés, soit le comité d'éthique de la recherche, pour tous les projets, soit le comité d'évaluation scientifique de la spécialité concernée.

Cette confirmation doit être transmise en même temps que le formulaire de demande d'autorisation, à défaut de quoi la demande ne sera pas traitée par le directeur des services professionnels. Par ailleurs, des modalités différentes de confirmation peuvent convenues entre la Direction de la recherche universitaire et la Direction des services professionnels, dans la mesure où elles facilitent le processus de traitement des demandes d'autorisation déposées auprès du DSP.

ENTENTE ENTRE LA DIRECTION DE LA RECHERCHE UNIVERSITAIRE ET LA DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS

Il est convenu qu'une liste des noms des chercheurs et des professionnels de recherche sera mise à jour **annuellement (au début de janvier)** par la Direction de la recherche universitaire pour ensuite être acheminée à la Direction des services professionnels et au chef du Service des archives médicales.

Cette liste facilitera la confirmation de l'identité des chercheurs et professionnels de recherche qui sont rattachés aux demandes d'autorisation de consultation de dossiers d'usagers à des fins de recherche, lors de leur dépôt.

Si, durant l'année, des modifications ou ajouts sont apportés à cette liste, la Direction de la recherche universitaire a la responsabilité d'en aviser sans délai le directeur des services professionnels et le chef du Service des archives médicales.

B. Utilisation de renseignements personnels dénominalisés et de renseignements anonymisés

RENSEIGNEMENTS DÉNOMINALISÉS

En l'absence de consentement écrit déjà versé au dossier d'un usager, l'utilisation de certains renseignements personnels qui y sont contenus, **sous forme dénominalisée**, à des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche, peut être autorisée sous les conditions suivantes.

Lorsqu'un professionnel a besoin d'utiliser des renseignements personnels dénominalisés contenus au dossier papier d'un usager, il doit soumettre sa demande au du Service des archives médicales et présenter l'autorisation obtenue à cet effet de la part du DSP. Des modalités seront alors convenues afin que seule une personne autorisée désignée puisse consulter les renseignements personnels non encore dénominalisés et leur attribuer un code spécifique permettant d'en retracer la source.

Si la demande concerne des renseignements personnels contenus dans une banque de données cliniques informatisées, dont notamment le DPE, elle devra être adressée au gestionnaire administratif du service détenteur de ladite banque. En effet, chaque banque de données informatisées est sous la responsabilité du gestionnaire administratif du service détenteur de ladite banque ou de la personne qui a été désignée pour en assumer la responsabilité. L'une ou l'autre de ces personnes en est imputable. Il convient de préciser que le gestionnaire de la banque DPE s'avère être le Service des archives.

Par ailleurs, toutes les données conservées dans ces banques font partie intégrante du dossier de l'usager et doivent être considérées comme tel. L'ensemble des règles prévues au présent règlement s'applique donc à la gestion des renseignements personnels qui y sont contenus.

Le gestionnaire concerné vérifie si les autorisations d'accès ont été accordées par le DSP, ainsi que la disponibilité des données demandées selon les critères spécifiés (types de données, quantité demandée, nombre de patients, critères d'inclusion et/ou d'exclusion). Après approbation par le gestionnaire administratif, la demande est acheminée au pilote du système qui répondra à la demande.

RENSEIGNEMENTS ANONYMISÉS

S'il s'agit d'une demande d'accès à des renseignements qui peuvent être entièrement anonymisés avant leur transmission, l'autorisation du DSP n'est pas requise. À cet effet, tout lien entre les renseignements transmis et leur source devra être impossible.

Les responsables concernés, selon le cas le Service des archives médicales ou les gestionnaires des banques de données informatisées, qui reçoivent des demandes

d'accès à des renseignements entièrement anonymisés doivent alors s'assurer que les fins pour lesquelles la demande est effectuée s'avèrent bien être de l'enseignement, des études ou de la recherche avant de procéder à leur transmission.

C. Autorisation de contacter des usagers en l'absence du consentement général

Si à des fins de recherche, le responsable d'un projet doit entrer en contact avec **d'anciens usagers ou des usagers n'ayant pas signé le consentement général** (Annexe 2) prévu à cet effet, il peut demander au médecin ayant été le dernier à traiter cet usager l'autorisation de le contacter en son nom. S'il obtient cette autorisation, il doit alors clairement énoncer à l'usager (ou à l'ancien usager) qu'il effectue une telle démarche au nom du médecin concerné. Il doit ensuite demander à l'usager de signer le consentement général lorsqu'il se présentera à l'Institut.

La même procédure doit s'appliquer pour tout intervenant qui désire entrer en contact avec d'anciens usagers pour fins d'étude ou d'enseignement.

Si le **médecin d'un usager concerné n'a pas donné son autorisation à ce qu'il soit contacté pour l'une de ces trois fins**, le professionnel concerné peut alors demander au chef du Service des archives médicales de contacter ledit usager. Il doit alors transmettre au chef des archives :

- une copie de l'autorisation du directeur des services professionnels lui permettant de consulter, sans le consentement de l'usager, des renseignements personnels le concernant, à des fins de recherche, d'étude ou d'enseignement, selon le cas;
- la liste des usagers concernés qui doivent être contactés.

Le chef du Service des archives médicales a la responsabilité de communiquer par écrit avec chacun des usagers ciblés en lui transmettant une lettre type dans laquelle il lui demandera s'il consent à ce que des professionnels le contactent à des fins d'étude, de recherche ou d'enseignement, selon le cas. Le formulaire de consentement général (Annexe 2) sera également joint à l'envoi afin d'obtenir l'autorisation écrite de l'usager à certaines de ces fins pour utilisation subséquente.

Dans un tel cas, le responsable concerné **ne peut contacter que les usagers ayant répondu favorablement** à la demande du chef du Service des archives médicales. Les frais de poste inhérents sont assumés par le responsable du projet.

6.2.4. ENGAGEMENT ET INFORMATION SUR LA CONFIDENTIALITÉ

Toutes les personnes mentionnées à la section 6.2 doivent signer le formulaire « *Engagement de confidentialité et de respect de la sécurité des actifs informationnels* » conformément au « *Règlement relatif à la sécurité des actifs informationnels* » (R-40).

Il est de la responsabilité du Service des archives médicales de promouvoir le respect de la confidentialité du dossier de l'usager à l'intérieur de l'établissement.

6.2.5. DÉROGATION AUX OBLIGATIONS DE CONFIDENTIALITÉ

L'IUCPQ peut, à titre d'employeur, imposer une sanction à l'employé fautif d'un bris de confidentialité. Cette sanction peut aller jusqu'au congédiement dans le cas d'un manquement grave. Une plainte peut en outre être déposée contre un médecin, un

dentiste, un pharmacien, un médecin résident ou un stagiaire selon les modalités prévues à cette fin.

Si l'employé fautif est membre d'un ordre professionnel régi par le Code des professions, l'établissement peut en informer l'ordre concerné.

Si un usager a subi un dommage à la suite d'un manquement à la confidentialité, l'usager peut déposer une plainte auprès du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ou peut exercer personnellement un recours devant les tribunaux civils pour réclamer une indemnité.

6.3. DROITS D'ACCÈS DE L'USAGER À SON DOSSIER

6.3.1. DROIT D'ACCÈS PAR L'USAGER

6.3.1.1. L'usager de moins de 14 ans

Les droits de l'usager de moins de 14 ans sont restreints, comme le stipule la Loi. Un mineur de moins de 14 ans n'a pas le droit d'être informé de l'existence ni de recevoir communication d'un renseignement personnel de nature médicale ou sociale le concernant, contenu dans le dossier constitué par l'établissement de santé ou de services sociaux, sauf par l'intermédiaire de son avocat dans le cadre d'une procédure judiciaire⁵.

6.3.1.2. L'usager de 14 ans et plus

L'usager de 14 ans et plus a droit d'accès à son dossier médical. Cependant, la Loi prévoit quelques exceptions.

6.3.2. EXCEPTIONS

6.3.2.1. Refus temporaire

La demande de consultation par un usager de 14 ans et plus peut être refusée momentanément par l'archiviste médical ou par toute autre personne désignée par le directeur général, si, de l'avis du médecin traitant, la communication du dossier ou d'une partie de celui-ci causerait vraisemblablement un préjudice grave à la santé de l'usager. Dans ce cas, l'archiviste médical ou toute autre personne désignée par le directeur général, sur la recommandation du médecin, détermine le moment où le dossier, ou la partie de dossier dont l'accès a été refusé, pourra être communiqué à l'usager et en avise celui-ci.

Lors d'un refus à une demande d'accès, une lettre de réponse précisant les motifs du refus et les recours de l'usager, accompagnée d'une photocopie de la demande d'accès, doit être transmise à l'usager.

6.3.2.2. Renseignements fournis par un tiers

Un usager n'a pas le droit d'être informé de l'existence ni de recevoir communication d'un renseignement le concernant et contenu dans son dossier qui a été fourni à son sujet par un tiers et dont l'information de l'existence ou la communication permettrait d'identifier le tiers, à moins que ce dernier n'ait consenti par écrit à ce que ce renseignement et sa provenance soient révélés à l'usager. Cette règle ne s'applique pas lorsque le renseignement a été fourni par un professionnel de la santé ou des services sociaux ou par

⁵ Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), article 20.

un employé dans l'exercice de ses fonctions. À noter qu'un stagiaire est assimilé à un professionnel de la santé ou des services sociaux.

À cet effet, les renseignements fournis par un tiers qui n'a pas consenti à leur divulgation sont masqués avant la transmission à l'utilisateur. Il est essentiel que cette mesure soit respectée par tous les professionnels à qui l'utilisateur demande accès à son dossier⁶.

6.3.3. MODALITÉS D'ACCÈS

6.3.3.1. Consultation sur place ou copie du dossier

La consultation du dossier de l'utilisateur au Service des archives médicales est possible sur rendez-vous. Ce service de consultation avec un archiviste médical est accessible du lundi au vendredi, entre 8 h et 16 h, et est gratuit.

Dans un tel cas, l'archiviste médical responsable de l'accès doit vérifier s'il y a des informations émises par un tiers, colligés dans le dossier, avant de permettre à l'utilisateur de consulter son dossier. Le cas échéant, il doit raturer toute référence aux renseignements provenant de tiers.

Toute demande d'accès à une copie de son dossier par l'utilisateur doit être traitée dans les plus brefs délais par le Service des archives, et au plus tard à l'intérieur d'une période de 10 jours. Si l'archiviste médical est dans l'impossibilité de répondre dans ce délai, il doit en aviser par écrit l'utilisateur et lui indiquer le moment où il sera en mesure de lui répondre. Il doit ce faire, en tout état de cause, au maximum dans un délai de 20 jours. L'archiviste doit vérifier la présence potentielle de tout renseignement en provenance de tiers au dossier avant d'en effectuer une copie pour l'utilisateur.

6.3.3.2. Tarification

La consultation du dossier est gratuite, à moins que l'utilisateur demande des copies de documents. Dans ce cas, des frais sont alors exigés.

L'échelle des tarifs est basée sur le *Règlement sur les frais exigibles pour la transcription, la reproduction et la transmission de documents et de renseignements personnel* (L.R.Q., ch. A-2.1, r. 3).

En ce qui concerne les gravures de cédéroms, l'utilisateur doit en faire la demande au Département d'imagerie médicale et des frais sont exigés selon une échelle de tarification rendue disponible à l'utilisateur.

6.3.3.3. Assistance professionnelle

Un utilisateur peut requérir une assistance professionnelle pour la consultation de son dossier. Il est important que toute information émise par un tiers soit alors masquée⁷.

6.3.4. DROIT DE RECOURS SUITE À UN REFUS D'ACCÈS

L'utilisateur à qui l'établissement refuse l'accès à son dossier ou à un renseignement qui y est contenu peut, par requête, s'adresser à un juge de la Cour supérieure, de la Cour du

⁶ *Ibid.*, article 18.

⁷ *Ibid.*, article 25.

Québec ou à la Commission d'accès à l'information pour que soit révisée la décision de l'établissement.

Il peut également, dans les 60 jours qui suivent la date à laquelle cette décision lui a été notifiée, la contester devant le Tribunal administratif du Québec⁸.

6.3.5. DROIT DE RECTIFICATION

Toute personne qui reçoit confirmation de l'existence d'une information la concernant peut, si cette information est inexacte, incomplète ou équivoque, ou si sa collecte, sa communication ou sa conservation n'est pas autorisée par la Loi, exiger que l'information soit rectifiée.

Le droit de rectification porte sur des erreurs de faits (une situation concrète, objective) et non sur des erreurs de perception professionnelle.

La demande doit être adressée au Service des archives médicales de l'Institut, qui procède ensuite aux démarches nécessaires afin que les corrections soient effectuées.

Une réponse écrite est acheminée à l'utilisateur. Celle-ci comprend une copie du renseignement personnel modifié ou ajouté ou, le cas échéant, une attestation du retrait du renseignement. Le tout est envoyé sans frais à l'utilisateur⁹.

Si la demande est refusée, la réponse est également acheminée par écrit. Le responsable doit motiver tout refus d'accéder à une demande et indiquer la disposition de la Loi sur laquelle ce refus s'appuie¹⁰.

Ces documents sont classés au dossier médical de l'utilisateur.

6.4. DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER D'UN USAGER PAR DES TIERS

6.4.1. RÈGLE : LA CONFIDENTIALITÉ

Le dossier d'un utilisateur est confidentiel et nul tiers ne peut y avoir accès, si ce n'est qu'avec le consentement de l'utilisateur ou de la personne pouvant donner un consentement en son nom¹¹.

Ce faisant, le personnel ne peut, sans le consentement de l'utilisateur, l'autorisation de la Loi ou l'ordre d'un tribunal, les communiquer à des tiers^{12, 13}.

Aucune liste d'utilisateurs admis, inscrits ou enregistrés à l'IUCPQ ne peut davantage être fournie à des organismes extérieurs pour fins publicitaires ou autres.

⁸ *Ibid.*, article 27.

⁹ *Ibid.*, article 92.

¹⁰ *Ibid.*, article 100.

¹¹ LSSSS, *op. cit.*, article 19.

¹² Code civil, *op. cit.*, article 37.

¹³ Loi sur l'accès, *op. cit.*, article 53.

6.4.2. EXCEPTIONS À LA CONFIDENTIALITÉ

6.4.2.1. Sortie temporaire d'extraits du dossier d'usager

Aucun dossier d'usager ne peut être sorti de l'établissement et aucun original ou exemplaire unique d'une pièce ne peut être retiré d'un dossier, sauf sur l'ordre du tribunal, ou pour l'application de la Loi.

Un dossier ou une partie de dossier peut toutefois être sorti temporairement de l'établissement pour être transmis à un autre établissement, lorsqu'un tel envoi est requis par un médecin ou un dentiste aux fins d'un diagnostic ou d'un traitement médical ou dentaire¹⁴.

Concernant la sortie de films ou de copies de cédéroms radiologiques, les demandes sont acheminées directement au Département d'imagerie médicale qui se charge de répondre à qui de droit suivant les principes de la Loi. Lorsqu'il s'agit d'un prêt de film, le Département d'imagerie médicale s'assure de son retour dans un délai déterminé.

6.4.2.2. Transfert vers un autre établissement ou prise en charge par un autre établissement

Lors du transfert d'un usager vers un autre établissement, l'unité de soins peut transmettre directement, sans passer par le Service des archives médicales, des informations à l'unité de soins de l'autre établissement.

Lors du départ d'un usager avec prise en charge par un CSSS, l'unité de soins peut transmettre des informations contenues au dossier de l'usager par télécopieur au CSSS.

La fiche de transmission apparaissant à l'annexe 5 doit être complétée dans tous les cas. La mention d'un résumé de dossier à être transmis par télécopieur doit être inscrite dans l'espace « Message » et conservée au dossier de l'usager comme preuve de transfert des éléments d'information. Le médecin ou l'infirmière doit inscrire au dossier : « Transfert avec résumé de dossier ».

Afin d'assurer la continuité des soins et services ainsi que la sécurité de l'usager, les documents suivants doivent accompagner l'usager lors du transfert :

- indication quant aux allergies, réanimation ou autre élément devant faire l'objet d'une attention particulière chez l'usager;
- feuille sommaire;
- liste des problèmes de santé;
- résumé des laboratoires et examens;
- feuille d'administration des médicaments (FADM) ou liste de médicaments;
- consultations médicales;
- dernières consultations des professionnels;
- copie du cardex;
- plan thérapeutique infirmier (PTI);

¹⁴ *Ibid.*, article 61.

- tous les documents d'évaluation provenant des membres de l'équipe interdisciplinaire;
- nom et coordonnées du ou des répondants de l'utilisateur;
- le cas échéant, tableau d'aide individualisée SMAF[®] (TAI) et la cote d'intensité thérapeutique ou de niveaux de soins.

6.4.2.3. Transmission pour prévenir un acte de violence

Les intervenants doivent communiquer un renseignement personnel en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, sans que ne soit requise l'autorisation de l'utilisateur ou de la personne pouvant donner une autorisation en son nom, ni l'ordre du tribunal, lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace l'utilisateur, une autre personne ou un groupe de personnes identifiable.

Les renseignements peuvent alors être communiqués à la personne ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou à toute personne susceptible de leur porter secours (LSSSS, art. 19.0.1).

6.4.2.4. Transmission en cas de blessure par balle

Dans le cas d'une blessure par balle, le directeur général de l'établissement, ou la personne qu'il désigne, est tenu de signaler aux autorités policières le fait qu'une personne blessée par un projectile d'arme à feu a été accueillie dans l'établissement en ne leur communiquant que l'identité de cette personne, si elle est connue, ainsi que la dénomination de l'établissement (*Loi visant à favoriser la protection des personnes à l'égard d'une activité impliquant des armes à feu*, art. 9).

6.4.2.5. Transmission en cas de menace à la sécurité d'un enfant

Toute personne, même liée par le secret professionnel, qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis parce que victime d'abus sexuel ou soumis à des mauvais traitements physiques, est tenue de signaler sans délai la situation au directeur de la Protection de la jeunesse.

Tout professionnel qui, par la nature même de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis au sens de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, est tenu de signaler sans délai la situation au directeur de la Protection de la jeunesse.

Il en va de même pour tout employé de l'établissement dans l'exercice de ses fonctions.

6.4.2.6. Transmission en cas d'assignation à produire (*subpoena duces tecum*)

Toute personne qui reçoit un ordre de comparaître à la Cour et l'enjoignant d'apporter les documents requis doit obligatoirement s'adresser au Service des archives médicales pour que les mesures nécessaires soient prises afin que le dossier soit apporté à la Cour.

6.4.2.7. Transmission aux corps policiers et en vertu d'un mandat de perquisition

Toute demande provenant d'un policier ou d'un représentant de la justice doit être dirigée au Service des archives médicales. L'autorisation écrite de l'utilisateur ou de son représentant légal est nécessaire à la transmission d'information à un policier ou un représentant de la justice. Les délais réguliers s'appliquent.

Le détenteur d'un mandat de perquisition a toutefois droit d'accès aux renseignements contenus dans le dossier d'un usager, sans l'autorisation de celui-ci, si ces renseignements sont requis aux fins d'une poursuite.

Le détenteur du mandat de perquisition doit prouver son identité et le mandat doit être émis par une personne détenant ce pouvoir (ex. : un juge de paix) avant de lui transmettre toute information, qu'elle soit de nature administrative, sociale ou médicale.

En général, le détenteur d'un mandat de perquisition est un agent de police pris dans son sens large et peut comprendre les membres de la Gendarmerie royale, de la Sûreté du Québec, les chefs de police, inspecteurs, sergents, détectives, constables municipaux, constables spéciaux, etc.

6.4.2.8. Transmission à la demande de certains organismes publics habilités par la loi

Le personnel du Service des archives médicales et/ou les intervenants peuvent, sans l'autorisation de la personne concernée, communiquer un renseignement personnel à un organisme public (SAAQ, CSST, Curatelle publique, Centre de santé publique, etc.) lorsque cette communication est nécessaire à l'exercice des attributions de l'organisme receveur ou à la mise en œuvre d'un programme dont cet organisme a la gestion.

En cas de doute, l'intervenant se réfère à l'archiviste médical.

6.4.2.9. Demande d'accès au dossier de l'utilisateur décédé par des proches

Toute demande d'accès doit être faite par écrit et obligatoirement référée au Service des archives médicales. Le demandeur doit fournir les preuves nécessaires à son identification et à l'exercice de ses droits.

Il doit également donner un motif à sa demande. Les preuves exigées peuvent être notamment un contrat de mariage, un acte de naissance, un testament, une police d'assurance, selon la situation.

La confidentialité dictée par la Loi demeure obligatoire après le décès de l'utilisateur. Cependant, la Loi prévoit quelques exceptions.

A. Les héritiers, les légataires particuliers et les représentants légaux de l'utilisateur décédé

Ces personnes ont accès à certains renseignements contenus au dossier de l'utilisateur décédé dans la mesure où ces renseignements sont nécessaires à l'exercice de leurs droits à ce titre¹⁵.

B. Le conjoint, les ascendants ou les descendants directs de l'utilisateur décédé

Le conjoint, les ascendants ou les descendants directs d'un utilisateur décédé ont le droit de recevoir communication des renseignements relatifs à la cause de décès, à moins que l'utilisateur n'ait consigné par écrit à son dossier son refus d'accorder ce droit d'accès¹⁶.

C. Les personnes liées par le sang à un utilisateur décédé

Les personnes liées par le sang à un utilisateur décédé ont le droit de recevoir communication de renseignements contenus dans son dossier, dans la mesure où cette communication est nécessaire pour vérifier l'existence d'une maladie génétique ou d'une maladie à caractère familial¹⁷.

6.4.2.10. Autopsie : autorisation et copie du rapport

Selon les dispositions de la Loi, une autopsie peut être pratiquée et la personne qui y a consenti peut en recevoir une copie. La demande doit préférablement être faite par écrit¹⁸.

Pour les demandes d'autopsie où il y a enquête du coroner, le demandeur doit s'adresser directement au bureau du coroner, puisque l'établissement n'est pas détenteur du rapport.

6.4.2.11. Consultation de dossiers d'utilisateurs par des ressources externes dans le cadre de projets de recherche

À des fins de surveillance et de contrôle des projets de recherche, des ressources externes à l'IUCPQ telles que des représentants du commanditaire ou d'organismes publics autorisés, peuvent demander de consulter des dossiers d'utilisateurs participant à un projet de recherche spécifique. Toutes ces personnes adhèrent à une politique de confidentialité.

En signant le formulaire de consentement spécifique à un projet de recherche, l'utilisateur a, par le fait même, consenti à cette consultation de son dossier.

Dans un tel cas, le responsable de l'étude doit faire parvenir au Service des archives médicales une liste des dossiers d'utilisateurs spécifiques pour lesquels l'accès, pour une durée limitée, sera accordé aux ressources externes qui en ont fait la demande.

6.4.2.12. Consultation de dossiers d'utilisateurs lors de demandes de professionnels externes à l'IUCPQ à des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prévoit que le directeur des services professionnels peut autoriser un professionnel externe à l'IUCPQ à prendre connaissance du dossier d'un utilisateur à des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche, sans le

¹⁵ *Ibid.*, article 23, 1^{er} aliéna.

¹⁶ *Ibid.*, article 23, 2^e aliéna.

¹⁷ *Ibid.*, article 23, 4^e alinéa.

¹⁸ Code civil, *op. cit.*, article 46.

consentement de l'utilisateur, si les conditions prévues à l'article 125 de la Loi sur l'accès sont respectées, soit :

- que l'usage projeté n'est pas frivole, et;
- que les fins recherchées ne peuvent être atteintes que si les renseignements sont communiqués **sous une forme nominative**, et d'autre part;
- que « les renseignements personnels seront utilisés d'une manière qui en assure le caractère confidentiel », et;
- que le projet du professionnel respecte les normes d'éthique ou d'intégrité scientifique généralement reconnues.

La demande d'autorisation de consultation de dossiers d'utilisateurs devra être acheminée au directeur des services professionnels suivant les mêmes modalités, avec adaptations le cas échéant, que celles prévues à l'article 6.2.3.2.A. du présent règlement). Le directeur des services professionnels rendra sa décision suite aux vérifications d'usage.

6.4.3. MODALITÉS D'ACCÈS PAR LES TIERS AU DOSSIER DE L'USAGER

6.4.3.1. Demande écrite

Les demandes d'accès doivent être faites par écrit. Sous réserve d'une autorisation de la Loi ou d'un ordre du tribunal, le consentement de l'utilisateur ou de son représentant légal (faisant preuve de son titre) est requis pour toute demande d'accès, qui doit être la plus précise possible.

La demande et le consentement sont conservés au dossier de l'utilisateur. Le formulaire AH-216 (Annexe 6) constitue un modèle de demande et de consentement. Ce formulaire est disponible dans la section « Gestion des formulaires » du site intranet de l'Institut.

Afin d'assumer pleinement cette responsabilité et de contrôler étroitement la divulgation des renseignements, toute demande de documents contenus au dossier de l'utilisateur (ex. : résumé, rapport de consultation, etc.) doit être adressée au Service des archives médicales, sauf pour les cas de transfert inter-établissements (Cf. article 6.4.2.2. du présent règlement). Le Service des archives médicales est ouvert 24 heures par jour, 7 jours par semaine, et les modalités de fonctionnement s'établissent comme suit.

A. Pour le médecin de l'extérieur

Si une demande d'un médecin traitant de l'IUCPQ est faite à l'effet d'expédier une copie de certains documents contenus au dossier d'un utilisateur à un médecin de l'extérieur autre que le médecin orienteur, la liste des documents reproduits doit être conservée au dossier de l'utilisateur.

B. Pour une compagnie d'assurance

Si, à la suite d'une requête d'une compagnie d'assurance, le médecin demande qu'on reproduise certains documents contenus au dossier de l'utilisateur (ex. : résumé de dossier) et qu'on fasse parvenir lesdits documents à la compagnie d'assurance demanderesse, le Service des archives médicales fera le nécessaire afin de donner suite à la requête dans les meilleurs délais. **À noter :** ces requêtes sont complètement indépendantes des questionnaires directement adressés aux médecins et devant être remplis par les médecins eux-mêmes.

6.4.3.2. Échelle de tarification des demandes d'accès au dossier de l'utilisateur

L'échelle de tarification est celle indiquée au règlement prévu à cette fin.

6.4.3.3. Transmission de renseignements personnels par téléphone, par télécopieur ou par courrier électronique

La transmission d'extraits du dossier de l'utilisateur par télécopieur est limitée aux cas d'urgence.

Dans tous les cas de transmission par télécopieur, la personne qui procède à l'envoi doit, minimalement, s'assurer que soit indiqué sur le bordereau de transmission l'information prévue à l'Annexe 5.

Le personnel doit respecter les normes de sécurité établies par l'IUCPQ pour la transmission de renseignements confidentiels par télécopieur. Les télécopieurs doivent par ailleurs être situés dans des endroits non accessibles au public et utilisés par les personnes autorisées seulement.

La transmission par courrier électronique (Internet ou autre) est interdite, à moins que l'intervenant n'ait pris les mesures requises de chiffrement et d'encryptage prévues par le Service des systèmes d'information de l'IUCPQ. L'intervenant inscrit au dossier une note indiquant la date, le destinataire et la nature des renseignements transmis.

Lorsqu'un établissement, un organisme ou un intervenant fait parvenir par télécopieur un document concernant un usager et que ce document doit être versé au dossier, l'intervenant concerné n'a pas à demander à ce que l'original lui soit expédié. La copie du document a la même valeur que l'original.

Avant de demander ou de transmettre toute information, l'intervenant doit s'assurer d'avoir en sa possession une autorisation écrite et valide de l'utilisateur. Si ce dernier est dans l'impossibilité de donner cette autorisation, et que la transmission est requise et urgente, deux (2) témoins doivent attester cette impossibilité en signant le formulaire AH-216 « *Autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier* » (Annexe 6) à l'endroit prévu à cette fin.

La fiche de transmission apparaissant à l'annexe 5 doit être complétée dans tous les cas par le service requérant ou par le médecin.

Dès leur réception par télécopieur, les documents doivent être versés au dossier de l'utilisateur.

6.4.4. DEMANDES PARTICULIÈRES D'ACCÈS À DES RENSEIGNEMENTS D'UN USAGER PAR DES TIERS

6.4.4.1. Demande d'informations verbales sur l'état de santé d'un usager hospitalisé ou inscrit

Dans le cadre des activités de soins et de services dispensés par l'Institut aux usagers qui consultent ou sont hospitalisés au sein de l'établissement, plusieurs informations médicales sont données verbalement par le médecin traitant et les différents professionnels de la santé, avant d'être ensuite colligés dans le dossier de l'utilisateur.

Il faut considérer que l'ensemble de ces renseignements fait partie intégrante du dossier de l'usager et que ceux-ci sont donc soumis aux mêmes règles de confidentialité.

Par conséquent, ces informations doivent être transmises uniquement aux personnes autorisées par l'usager ou par la Loi.

Lorsqu'un interlocuteur demande des informations sur l'état de santé d'un usager, il est prudent de prendre ses coordonnées afin de pouvoir le rappeler après avoir vérifié l'autorisation de l'usager concerné à ce que des informations soient transmises. Il est aussi possible de s'assurer auprès du chef de service de la pertinence de transmettre les informations demandées.

Il est également possible de communiquer avec un archiviste médical en cas de doute.

Dans les cas qui suivent, la Loi prévoit toutefois le droit à certaines personnes d'obtenir ces renseignements sans autre formalité.

A. Titulaire de l'autorité parentale (pour les enfants de moins de 14 ans)

Les informations peuvent être transmises au titulaire de l'autorité parentale, sauf s'il s'agit d'un cas relevant de la *Loi sur la protection de la jeunesse*¹⁹.

B. Usager mineur de 14 ans et plus

Le mineur de 14 ans et plus peut consentir seul à ses soins. Toutefois, si son état exige qu'il demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant plus de 12 heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit être informé de ce fait²⁰.

Le titulaire de l'autorité parentale n'a pas accès au dossier d'un mineur de 14 ans et plus si celui-ci, après avoir été consulté, refuse que le titulaire de l'autorité parentale reçoive communication de son dossier et que l'établissement détermine que la communication du dossier au titulaire cause ou pourrait causer préjudice à la santé de cet usager²¹.

C. Usager majeur de 18 ans et plus

L'usager de 18 ans et plus qui est hospitalisé donne lui-même les informations verbales sur son état de santé aux tiers qui le requièrent. S'il en est incapable, les informations sont communiquées à la personne désignée verbalement ou par écrit, par l'usager.

6.4.4.2. Transmission d'informations à la presse

Toute demande de renseignements sur la présence ou sur l'état de santé d'un usager, faite par des représentants de la presse, est acheminée au responsable des communications et des relations publiques de l'IUCPQ. Celui-ci assure ensuite la liaison avec les responsables de la protection des renseignements personnels de l'établissement, qui verront à effectuer les démarches usuelles requises auprès de l'usager concerné afin d'obtenir son autorisation avant toute transmission de renseignements à la presse.

Dans le cas où l'usager consent à une telle transmission, le responsable des communications fait le lien avec le représentant de la presse concerné.

¹⁹ LSSSS, *op. cit.*, article 21, alinéa 2, point 1.

²⁰ Code civil, *op. cit.*, article 14.

²¹ LSSSS, *op. cit.*, article 21, alinéa 2, point 2.

6.4.4.3. Divulgence de la présence d'un usager dans l'établissement

Dans le but d'assurer une communication adéquate entre les usagers et les membres de leur famille, l'Institut a prévu un mécanisme afin de permettre la divulgation de la présence des usagers dans l'établissement, tout en protégeant les droits des usagers qui requièrent l'anonymat.

Ainsi, lorsqu'un usager (ou son représentant) requiert l'anonymat, le personnel qui accueille celui-ci (Service de l'admission, Service d'urgence, Centre de soins de jour, etc.) fait remplir le formulaire « *Non-divulgence de la présence d'un usager dans notre centre hospitalier* » (Annexe 7).

Les signatures de l'usager ou de son représentant, de même que celle du témoin, et la date sont inscrites sur ledit formulaire qui sera déposé au début du dossier médical de l'usager. Une copie est laissée à la réception de Service de l'urgence et au comptoir d'information du rez-de-chaussée. De plus, l'information est indiquée au *tableau de la Gestion des lits* au Service de l'admission, s'il y a lieu.

7. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Les rôles, responsabilités et obligations des divers intervenants dans l'application du présent règlement sont les suivants.

7.1. CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le conseil d'administration adopte le présent règlement.

7.2. DIRECTEUR GÉNÉRAL

Le directeur général est responsable de l'adoption, par le conseil d'administration, d'un règlement portant sur la gestion des dossiers des usagers.

Il a d'autre part désigné le directeur des affaires institutionnelles comme responsable de l'accès aux documents et de la protection des renseignements personnels à l'IUCPQ, et le chef du Service des archives médicales en ce qui concerne les dossiers des usagers. À ce titre, ces personnes doivent répondre de leurs décisions devant la Commission d'accès à l'information ou devant le tribunal.

Le directeur général identifie les personnes habilitées à :

- autoriser la sortie de dossiers pour consultation par les usagers incapables de se déplacer ou, exceptionnellement, pour faciliter le travail des intervenants;
- représenter l'usager inapte non représenté par un régime de protection légal en vue de faire un rapport au Curateur public de l'évaluation médicale et psychosociale portant sur l'étendue de ses besoins, sa condition ainsi que sur l'opportunité d'ouvrir un régime de protection;
- mettre en application le calendrier de conservation de l'établissement.

7.3. DIRECTEUR DES SERVICES PROFESSIONNELS

Le directeur des services professionnels est responsable de l'application du présent règlement. Il doit, à ce titre, informer le personnel et les médecins, dentistes et pharmaciens des décisions et procédures adoptées par la direction de l'établissement relatives à la gestion des dossiers des usagers et s'assurer de l'application du présent règlement.

Le directeur des services professionnels s'assure par ailleurs du respect du présent règlement au regard des délais accordés aux médecins, aux dentistes et aux pharmaciens pour compléter le dossier d'un usager après les derniers services fournis.

Le directeur des services professionnels informe les directions concernées et fait rapport au conseil d'administration de toute suspension de privilèges due au non-respect du présent règlement, ce pouvoir lui ayant été délégué par le conseil d'administration.

7.4. GESTIONNAIRE ADMINISTRATIF

Le gestionnaire administratif est responsable de l'application du règlement et des procédures relatifs à la gestion des dossiers des usagers à l'intérieur des services et/ou programmes dont il est responsable, ainsi que des bases de données cliniques informatisées.

Il voit à ce que la formation des nouveaux employés soit donnée (systèmes d'information, fonctionnement des archives, politiques et procédures de gestion du dossier médical).

Il incite les intervenants à une pratique professionnelle en conformité avec les règles, procédures et directives énoncées dans le présent document et par les ordres professionnels.

Il transmet au chef du Service des archives médicales tout problème, amélioration ou nouveau projet porté à sa connaissance et pouvant susciter des ajustements au présent règlement ou aux procédures de gestion du dossier de l'utilisateur.

Pour son secteur d'activité, il effectue un contrôle périodique, par échantillonnage, de la tenue des dossiers (aspect clinique) et voit à ce que les correctifs soient apportés.

Il assume les responsabilités que lui octroie le directeur général en lien avec son rôle en matière de divulgation de l'information sur les usagers.

7.5. CHEF DU SERVICE DES ARCHIVES MÉDICALES

Le chef du Service des archives médicales coordonne les activités de soutien administratif reliées aux archives médicales.

Il assume les rôles de responsable de la protection des renseignements personnels et des demandes d'accès à l'information à l'égard des dossiers d'utilisateurs.

Il veille à ce que toute initiative prise à l'égard de la gestion du dossier de l'utilisateur lui soit transmise préalablement à son application.

Il est responsable d'effectuer mensuellement le décompte des dossiers incomplets pour chaque médecin et d'en informer le directeur des services professionnels.

Il diffuse et transmet aux personnes concernées toute nouvelle information ou directive se

rapportant au dossier de l'utilisateur.

Il coordonne les travaux d'aménagement et d'organisation générale du dossier médical.

7.6. ARCHIVISTE MÉDICAL

À la demande des gestionnaires administratifs et des différentes instances ministérielles, l'archiviste médical produit des rapports statistiques sur les activités des programmes et services de l'établissement.

Il représente le Service des archives médicales aux différents comités locaux et régionaux et fait bénéficier les membres de son expertise en ce qui a trait notamment à la gestion de l'information clinico-administrative.

Il veille au respect de l'application des différents cadres normatifs des systèmes d'information sur la clientèle.

Il est responsable de l'application des normes de saisie provinciales de l'index-patient maître et est également responsable des demandes d'informations des usagers en lien avec les consultations effectuées dans le Dossier Santé Québec (DSQ).

À la demande des gestionnaires administratifs, il forme les employés au regard du règlement et des procédures relatifs à la gestion des dossiers des usagers, des systèmes d'information et du fonctionnement du Service des archives médicales.

Il traite les demandes d'accès à l'information selon les procédures du Service des archives médicales.

Il assure la confidentialité des dossiers des usagers tout en protégeant les droits des usagers en matière d'accès à l'information, et ce, en conformité avec les lois, les règlements et les politiques en vigueur.

Il prête assistance à l'utilisateur dans sa démarche de demande d'accès. Il l'informe des procédures de traitement et des coûts inhérents. Il traite la demande selon les procédures en vigueur. Il fait part à l'utilisateur de la décision, des modalités de consultation (sur place ou transmission de photocopies) ou des motifs de refus et des recours possibles. Il lui offre enfin une assistance technique lors de la consultation.

Il prépare les dossiers et/ou documents nécessaires lorsqu'un intervenant reçoit un *subpoena duces tecum*²² et qu'il doit se présenter à la cour.

À la demande des gestionnaires administratifs et des conseillers cliniques, il analyse les demandes d'ajout, de suppression, de modification ou de création de formulaires, et s'assure qu'ils correspondent aux normes établies par le Service des archives médicales.

Il procède à l'analyse qualitative et quantitative des dossiers qui le requièrent et avise les intervenants et médecins des éléments manquants s'il y a lieu.

Il participe aux activités d'étude et de recherche.

L'archiviste médical doit prendre les mesures nécessaires pour faire compléter les dossiers selon les normes et les délais prescrits dans le présent règlement.

²² Document convoquant un témoin en cour, avec l'obligation d'apporter avec lui des objets ou des documents. Par opposition au *subpoena* qui ne requiert pas d'apporter un objet ou un document.

7.7. PERSONNEL DE L'ADMISSION

Le personnel de l'admission est responsable des activités suivantes :

- l'attribution d'un numéro de dossier permanent et la saisie des informations de base dans le système d'information sur la clientèle pour l'ouverture du dossier informatique;
- la conversion du dossier temporaire en dossier permanent lorsque requis;
- la communication de toute irrégularité de l'index-client à l'archiviste médical responsable de celui-ci (doublet, changement de nom, adoption, etc.);
- la mise à jour des données de l'index des usagers dans le respect des normes de saisie provinciales de l'index-patient maître;
- l'impression des formulaires requis au dossier de l'utilisateur lors de son admission;
- l'obtention de la signature de l'utilisateur pour le consentement aux soins.

7.8. INTERVENANT

L'intervenant est responsable des dossiers actifs qui lui sont confiés. Plus précisément, dans l'application du présent règlement et des procédures en découlant, il s'assure de ce qui suit :

- le respect des règles de protection et de confidentialité des dossiers des usagers qui sont en vigueur;
- l'acheminement de toute demande d'accès au dossier à l'archiviste médical;
- la rédaction des rapports et notes d'évolution de façon lisible au fur et à mesure;
- la transmission quotidienne au Service des archives médicales de tout document original à être versé au dossier d'un usager;
- la garde sécuritaire des dossiers qui lui sont confiés ou l'utilisation adéquate de son code d'accès au dossier patient électronique (DPE);
- le retour journalier des dossiers des usagers au Service des archives médicales;
- la protection des renseignements personnels qu'il détient (documents papier et données informatiques); à cet égard, toute information confidentielle obtenue ou mise sur tout support électronique ou autre (ex : photo d'une personne, d'une partie de la personne permettant de la reconnaître ou des informations confidentielles de la personne) fait l'objet des mêmes restrictions que toute donnée du dossier dans le présent règlement;
- le transport sécuritaire des renseignements personnels hors de l'établissement;
- l'élimination de tout document personnel en les déposant dans les contenants de recyclage confidentiels prévus à cette fin (bacs bleus);
- le support à la consultation du dossier par l'utilisateur concerné ou son représentant légal à la demande du directeur général ou de l'archiviste médical;
- la fermeture des dossiers lorsqu'il possède les informations requises, respectant un délai de trois (3) jours ouvrables après la dernière intervention.

7.9. MÉDECIN

Le médecin est responsable des dossiers actifs qui lui sont confiés. Plus précisément, dans l'application du règlement et des procédures en découlant, il s'assure de ce qui suit :

- le respect et la protection de la confidentialité des renseignements concernant l'utilisateur ou un tiers;
- **la rédaction des rapports et notes d'évolution de façon lisible**, et ce, dans le respect du Guide d'exercice sur la tenue de dossiers du Collège des médecins du Québec et du *Règlement sur la tenue de dossiers et de cabinet d'un médecin*, et obligatoirement, avant toute absence prévue (vacances, congé sans solde, etc.);
- le parachèvement des dossiers;
- **la transmission quotidienne au Service des archives médicales de tout document original à être versé au dossier d'un usager**;
- la garde sécuritaire des dossiers qui lui sont confiés ou l'utilisation adéquate de son code d'accès au dossier patient électronique (DPE);
- le retour journalier des dossiers des usagers au Service des archives médicales dans le cas des cliniques ambulatoires, bureaux administratifs;
- la protection des renseignements personnels qu'il détient (documents papier et données informatiques); à cet égard, toute information confidentielle obtenue ou mise sur tout support électronique ou autre (ex : photo d'une personne, d'une partie de la personne permettant de la reconnaître ou des informations confidentielles de la personne) fait l'objet des mêmes restrictions que toute donnée du dossier dans le présent règlement;
- l'assistance à la consultation du dossier par l'utilisateur concerné ou son représentant légal à la demande du directeur général ou de l'archiviste médical;
- la fermeture des dossiers lors du départ ou du décès de l'utilisateur selon les normes et les délais prescrits dans le Guide d'exercice de la tenue de dossier du Collège des médecins du Québec, incluant la feuille sommaire d'hospitalisation;
- l'élimination de tout document personnel en les déposant dans les contenants de recyclage confidentiels prévus à cette fin (bacs bleus);
- la restriction d'accès au dossier par l'utilisateur en cas de préjudice grave à sa santé en précisant le délai de restriction (l'information doit être consignée au dossier de l'utilisateur à cet effet);
- l'identification des maladies à caractère génétique ou familial à la demande de l'archiviste médical.

8. ENTRÉE EN VIGUEUR

Le présent règlement entre en vigueur le jour de son adoption par le conseil d'administration de l'IUCPQ.

Tous autres documents (règlement, politique ou procédure) antérieurs ayant les mêmes objets sont conséquemment abrogés.

9. LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1** Liste des abréviations à ne pas utiliser
- Annexe 2** Formulaire de consentement général pour consultation du dossier d'usager et contact de l'usager (recherche)
- Annexe 3** Demande d'autorisation de consultation de dossiers cliniques et/ou de banques de données cliniques à des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche
- Annexe 4** Engagement du responsable du projet et de ses collaborateurs à respecter et à assurer la confidentialité des renseignements
- Annexe 5** Fiche de transmission de documents par télécopieur
- Annexe 6** Formulaire AH-216 — Autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier (DT9060)
- Annexe 7** Formulaire « Non-divulgence de la présence d'un usager dans notre centre hospitalier » (DT9817)
- Annexe 8** Délais de conservation des éléments originaux du dossier médical.



RÉDACTION ORDONNANCE * NE PAS UTILISER *

Abréviations, symboles et inscriptions numériques dangereux

Les abréviations, symboles et inscriptions numériques retrouvés dans cette liste ont été déclarés comme étant fréquemment mal interprétés et étaient impliqués dans des accidents graves liés à la médication. Ils ne devraient JAMAIS être utilisés lors de la communication d'informations liées à la médication autant sur les formulaires pré-imprimés que lors de rédaction d'ordonnances.

Abréviation ou symbole	Sens voulu	Raison	Correction
U	Unité	Peut être interprété pour «0» (zéro), «4» (quatre), ou cc	Utiliser «unité»
UI	Unité internationale	Peut être interprété pour «IV» (intraveineux) ou «10» (dix)	Utiliser «unité»
Abréviations pour les noms de médicaments		Peuvent être mal interprétées. Parce qu'il existe des abréviations semblables pour plusieurs médicaments : exemples : HMC : Hydromorph Contin, MTF : méformine, levo = levophed ou levofloxacine	Ne jamais abrégé les noms de médicaments
QD QOD	Chaque jour Un jour sur deux	QD et QOD sont souvent confondus l'un pour l'autre, ou comme «qid» (quatre fois par jour). Le Q a aussi été mal interprété comme «2» (deux).	Utiliser «par jour» ou «un jour sur deux»
OD	Chaque jour (once daily)	Peut être interprété aussi pour «œil droit» (OD=oculus dexter)	Utiliser «par jour»
qHS	Au coucher	Peut être interprété pour qhr (chaque heure)	Utiliser «HS »
D/C	Congé ou cessé	Peut être interprété comme étant «discontinuer les médicaments suivants» plutôt que le congé (discharge) ou vice versa	Utiliser «congé» et «cesser »
cc	Centimètre cube	Peut être interprété pour « u » (unité)	Utiliser «mL» ou millilitre
µg	Microgramme	Peut être interprété pour «mg» (milligramme), résultant en une surdose de mille fois la dose prévue	Utiliser «mcg»
l	Litre	Le « l » minuscule peut être interprété comme le chiffre 1	Utiliser « L », « mL »
Symbole	Sens voulu	Problème potentiel	Correction
@	à	Peut être interprété pour «2» (deux) ou «5» (cinq)	Utiliser «à»
> <	Plus grand que Plus petit que	>peut être interprété pour «7» (sept) < peut être interprété pour « 4 » (quatre) ex : <10 confondu avec 40 ou la lettre « L » Confusion entre les deux symboles.	Utiliser «plus grand que»/ «plus que» ou «plus petit que»/«moins que».
Inscription numérique	Sens voulu	Problème potentiel	Correction
Zéro à droite	x.0 mg	Le point décimal est souvent ignoré, résultant en un accident de dix fois la dose prévue. (ex : coumadin 1.0mg ou 10mg)	Ne jamais écrire un zéro après un point décimal. Utiliser «x mg»
Manque un zéro à gauche	.x mg	Le point décimal est souvent ignoré, résultant en un accident de dix fois la dose prévue. (ex : clonidine 0,1mg vs 1mg)	Toujours utiliser un zéro avant un point décimal. Utiliser «0.x mg»

Adapté de la liste d'abréviations, symboles et inscriptions numériques sujets à erreur de l'ISMP, 2021.

La permission de reproduire le matériel est accordé pour des communications internes.



FORMULAIRE D'INFORMATION ET D'AUTORISATION

CONSENTEMENT POUR CONSULTATION DU DOSSIER MÉDICAL ET CONTACT DE L'USAGER (RECHERCHE)

INFORMATION

L'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) a une vocation de soins, d'enseignement et de recherche. Dans le cadre de ses activités, le Centre de recherche de l'Institut procède à des recherches fondamentales et cliniques de nature à permettre la découverte de nouveaux soins au bénéfice des usagers du réseau de la santé.

Dans ce contexte, nous sollicitons votre consentement afin de communiquer avec vous si les chercheurs du Centre de recherche de l'IUCPQ développent certains projets de recherche auxquels vous pourriez participer. En signant le présent formulaire, vous consentez également à ce que des professionnels de recherche prennent connaissance de votre dossier clinique afin de déterminer si vous êtes un candidat potentiel à participer à un projet de recherche effectué dans notre établissement.

Si vous avez des questions, veuillez contacter en tout temps la Direction des services professionnels au numéro 418 656-4807.

AUTORISATION

J'accepte que mon dossier clinique soit consulté afin de vérifier si je peux être un candidat potentiel à un projet de recherche et que mes coordonnées (telles qu'inscrites sur ma carte de l'IUCPQ) soient utilisées pour me contacter afin de me proposer de participer à des projets de recherche.

J'accepte Je refuse

Nom de l'usage
(en caractères d'imprimerie)

Signature de l'utilisateur

Date (an-mm-jj)

Nom du témoin
(en caractères d'imprimerie)

Signature du témoin

Date (an-mm-jj)

Vous pouvez en tout temps faire retirer votre autorisation de communiquer avec vous pour des projets de recherche par un **simple avis verbal** au Service des archives médicales, au numéro 418 656-4897, sans avoir à préciser les motifs de votre décision.

***N.B. L'original de ce formulaire doit être versé au dossier médical de l'utilisateur,
et une copie remise à l'utilisateur.***



**DEMANDE D'AUTORISATION DE CONSULTATION DE DOSSIERS CLINIQUES ET/OU
DE BANQUES DE DONNÉES CLINIQUES À DES FINS D'ÉTUDE, D'ENSEIGNEMENT OU DE RECHERCHE**

BUT DE LA DEMANDE : étude enseignement recherche

ORGANISME AUQUEL APPARTIENT LE REQUÉRANT :	DÉPARTEMENT / SERVICE :
SUJET DU PROJET (joindre un résumé d'une page environ) :	
MÉTHODE UTILISÉE POUR RECUEILLIR LES DONNÉES :	
PÉRIODE VISÉE : date du début : / / date de fin : / /	
DATE D'APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE (S'IL Y A LIEU) : / /	
NOMBRE D'USAGERS VISÉS PAR LE PROJET :	
NOM DU RESPONSABLE DU PROJET (en caractères d'imprimerie) :	
ADRESSE DE CORRESPONDANCE :	
TÉLÉPHONE :	
NOMS DES COLLABORATEURS :	
SIGNATURE DU CHERCHEUR :	DATE : / /

SIGNATURE D'AUTORISATION DU DSP :	DATE : / /
SIGNATURE DE L'ARCHIVISTE RESPONSABLE DU PROJET :	DATE : / /

EXTENSION DE LA PÉRIODE VISÉE :	
SIGNATURE D'AUTORISATION DU DSP :	DATE : / /



**ENGAGEMENT DU RESPONSABLE DU PROJET ET DE SES COLLABORATEURS
À RESPECTER ET À ASSURER LA CONFIDENTIALITÉ DES RENSEIGNEMENTS**

SUJET DU PROJET D'ÉTUDE, D'ENSEIGNEMENT OU DE RECHERCHE :

Je, soussigné, _____, m'engage à :
(nom du responsable du projet en caractères d'imprimerie)

- respecter la confidentialité des renseignements personnels dont je pourrai prendre connaissance dans le cadre de mes travaux et de n'en divulguer aucunement le contenu, soit verbalement, soit dans la rédaction ultérieure de rapports de recherche;
- assurer le respect de cette confidentialité par tout collaborateur auquel j'aurai recours dans l'exécution de mon projet de recherche;
- respecter toutes les directives adoptées par l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec relativement à toute demande de consultation de dossiers cliniques et/ou de banques de données cliniques.

Nom du chercheur
(en caractères d'imprimerie)

Signature du chercheur

Date

ENGAGEMENT DES COLLABORATEURS :

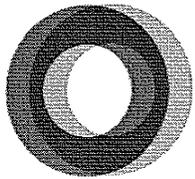
Nom du collaborateur
(en caractères d'imprimerie)

Signature du collaborateur

Nom du collaborateur
(en caractères d'imprimerie)

Signature du collaborateur

TRANSMISSION DE DOCUMENT

 <p style="margin: 0;">INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC</p>	<p>Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec 2725, chemin Sainte-Foy Québec (Québec) G1V 4G5</p>
EXPÉDITEUR	DESTINATAIRE
Nom :	Nom :
Établissement : IUCPQ	Établissement :
Service :	Service :
Téléphone : 418 656-	Téléphone :
Télécopieur :	Télécopieur :
Date :	Nombre de pages incluant celle-ci :
MESSAGE	
<p>Objet :</p>	
<p><i>Avis concernant la transmission de documents confidentiels :</i></p> <p>Le présent message télécopié peut renfermer des renseignements protégés et confidentiels à l'intention de la personne physique ou morale précitée. Si vous prenez connaissance de la présente communication sans être le destinataire ou sans être l'employé ou le mandataire chargé de le remettre au destinataire, vous êtes par les présentes avisé que toute diffusion, distribution ou reproduction de la présente communication est interdite. Si vous avez reçu le présent message par erreur, veuillez en aviser immédiatement l'expéditeur par téléphone (frais virés) et lui retourner le message original par la poste. Votre collaboration à cet égard sera vivement appréciée.</p>	

**AUTORISATION
DE COMMUNIQUER
DES RENSEIGNEMENTS
CONTENUS AU DOSSIER**



DT9060

Nom et prénom à la naissance			
Nom actuellement utilisé			
Adresse actuelle de l'usager			
N° de la RAMQ	Date de naissance		
	Année	Mois	Jour

N° de dossier : _____ Date d'admission : _____

Nom et prénom du père	Nom et prénom de la mère
Autres noms utilisés antérieurement	

Je, soussigné-e, _____
Nom et adresse

En ma qualité de _____
Usager ou personne autorisée

Autorise l'établissement _____

À faire parvenir à _____

Les renseignements suivants : _____

Pour les soins ou services reçus se rapportant à la période suivante : _____

Contenus dans le dossier de l'usager ci-dessus identifié.

Cette autorisation est valable pour une période de _____ jours à compter de la date de la signature de ce document.

Signataire : usager ou personne autorisée

Année	Mois	Jour
Date		

Témoin à la signature

Année	Mois	Jour
Date		

N.B. : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Et le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.

DÉLAI DE CONSERVATION DES ÉLÉMENTS ORIGINAUX DU DOSSIER MÉDICAL

Bibliothèque
et Archives
nationalesQuébec **RÈGLE DE CONSERVATION**Loi sur les archives (L.R.Q., chap. A-21.1, art. 8, 9 et 35)

TRANSACTION :	N ^o DU CALENDRIER QS-L20	N ^o DE LA DEMANDE 14	N ^o DE LA RÈGLE 172	SCEAU DE BANQ 27 MAI 2013
	NOM DE L'ORGANISME INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC			
AJOUT <input type="checkbox"/> MODIFICATION <input checked="" type="checkbox"/> SUPPRESSION <input type="checkbox"/>				
DESCRIPTION				
TITRE Dossier de l'utilisateur			RECUEIL SSS-2009	N ^o DE LA RÈGLE X1-0350 (21146)
PROCESSUS / ACTIVITÉ Gestion des archives médicales			CODE DE CLASSIFICATION 21146	
NOM DE L'UNITÉ ADMINISTRATIVE DETENTRICE DU DOSSIER PRINCIPAL Service des archives médicales et des secrétariats médicaux - Direction des services multiclientèles				
DESCRIPTION ET UTILISATION Documents relatifs aux soins et aux services rendus à un usager par l'établissement, en vertu de l'article 53 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (L.R.Q., c.s-5, r.-3.01)				
TYPES DE DOCUMENTS Feuille sommaire Protocole opératoire Rapport d'anatomopathologie Déclaration de décès Rapport d'autopsie Rapport de soins transfusionnels (incluant ceux en provenance des autres centres) Rapport d'hépatite B, hépatite C et VIH Marqueurs tumoraux Consultation externe et à l'urgence Observation clinique – oncologie pulmonaire Sommaire d'inscription aux soins à domicile Consultation médicale (incluant la demande et le rapport) Protocole d'anesthésie-réanimation Salle de réveil Décompte de chirurgie Circulation extracorporelle Compte rendu opératoire Cathétérisme cardiaque Angioplastie Étude électrophysiologique Bronchoscopie Endoscopie digestive basse Endoscopie digestive haute Échographie transœsophagienne Dernier électrocardiogramme Dernier échocardiogramme Exploration fonctionnelle (bilan de base) (valeurs-tracés) Spirométrie (valeurs-tracés)				

TYPE DE DOCUMENTS – SUITE

Rapport de génétique (incluant notes et consultations génétiques ainsi que les tests de dépistage selon la liste publiée par la RAMQ)
 Cytologie non gynécologique
 Rapport d'examen en radiologie interventionnelle (ex. : tomographie, IRM, embolisation bronchique, biopsie, drainage, scintigraphie, MIBI, échographie, doppler, etc.)
 Coronarographie (radiologie)
 Rapport incident/accident transfusionnel
 Documents légaux (citation à comparaître, mandat de perquisition, régime de protection ou de garde en établissement, etc.)

 DOCUMENTS ESSENTIELS DOCUMENTS CONFIDENTIELS**RÉFÉRENCES JURIDIQUES**

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements L.R.Q., c. S-5 r.5, art. 53 et 64

REMARQUES GÉNÉRALES**DÉLAI DE CONSERVATION**

NUMÉROTATION	EXEMPLAIRE	SUPPORTS DE CONSERVATION		PÉRIODE D'UTILISATION DES DOCUMENTS				DISPOSITION	
				Actif		Semi-actif		Inactif	
172.1	Principal	PA		888	R1	---		DET	
172.2	Principal	DM		888	R2	---		TRI	R3
172.3	Principal	PA	R4	5		---		DET	
172.4	Principal	PA-DM	R5	888	R5	25	R5	TRI	R3
172.5	Principal	MF	R6	---		---		CON	
	Secondaire	---		---		---		---	

REMARQUES RELATIVES AU DÉLAI DE CONSERVATION

R1 : Documents conservés 30 jours après la date de numérisation afin d'assurer la validation exhaustive du contrôle de la qualité.

R2 : Dans tous les cas, les documents listés dans la section *Type de documents* de la présente règle de conservation sont conservés en permanence. Les documents qui ne sont pas listés dans la section *Type de documents* de la présente règle de conservation seront détruits après 5 ans d'âge du document, sauf dans le cas des dossiers à conservation permanente.

R3 : Conserver, sur une base annuelle, un dossier complet pour chaque 200 dossier ouvert. Les dossiers à conserver intégralement sont identifiés, si possible, dès leur création ou lorsque l'application informatique le permet. Les établissements doivent conserver un minimum d'un dossier complet par année, quel que soit le nombre de dossiers ouverts annuellement.

R4 : S'applique aux notes d'infirmières et FADM (feuille d'administration des médicaments).

R5 : S'applique aux dossiers des participants à des projets de recherche. Le chercheur peut demander une conservation d'au moins 25 ans en semi-actif, pour les dossiers des participants à certains projets de recherche, conformément au Règlement sur les aliments et drogues (art. c.05.012) et à la Directive sur les bonnes pratiques cliniques de la Conférence internationale sur l'harmonisation (ICH_GCPEG).

R6 : S'applique aux dossiers antérieurs à 1998.

 GRILLE D'ÉCHANTILLONNAGE :

2009-07