

| | |
|---|---|
| TITRE : Politique de gouvernance des renseignements de santé et de services sociaux et des renseignements personnels | |
| RESPONSABLE : Direction des affaires corporatives et partenariats (DACP) | ÉMISE LE : 2024-11-19 |
| ADOPTÉE PAR : Président-directeur général | DERNIÈRE RÉVISION : 2026-03-10 (Acte ADO-2026-03-19) |

TABLE DES MATIÈRES

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | PRÉAMBULE..... | 7 |
| 2 | CHAMPS D'APPLICATION..... | 8 |
| 3 | CADRE JURIDIQUE ET ADMINISTRATIF | 9 |
| 4 | DÉFINITIONS | 9 |
| 5 | OBJECTIFS | 17 |
| 6 | RÔLES ET RESPONSABILITÉS | 17 |
| 6.1 | Président-directeur général | 17 |
| 6.2 | Comité de direction (CODIR) | 18 |
| 6.3 | Direction des affaires corporatives et partenariats (DACP) | 18 |
| 6.3.1 | <i>Responsable de l'accès aux documents administratifs et Responsable de l'accès aux documents administratifs substitut.....</i> | 18 |
| 6.3.2 | <i>Responsable de la protection des RP-RS et Responsables de la protection des RP-RS substitués .</i> | 18 |
| 6.3.3 | <i>Responsable de la protection des RS pour la recherche</i> | 19 |
| 6.3.4 | <i>Service de la gestion documentaire</i> | 20 |
| 6.3.5 | <i>CAI-PRPRS</i> | 20 |
| 6.4 | Direction générale | 21 |
| 6.4.1 | <i>Bureaux des projets organisationnels et de la transformation numérique.....</i> | 21 |
| 6.5 | Direction régionale des ressources informationnelles de la Montérégie (DRIM)..... | 21 |
| 6.6 | Direction des ressources humaines et du développement organisationnel (DRHDO) | 22 |

| | | |
|--------|---|----|
| 6.6.1 | <i>Responsable de la protection des RP substitut – dossiers employés</i> | 22 |
| 6.7 | Direction de la recherche et de l'innovation (DRI) | 22 |
| 6.8 | Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU) | 23 |
| 6.9 | Direction de la logistique (DL) | 23 |
| 6.10 | Direction médicale des services professionnels (DMSP) | 23 |
| 6.11 | Direction des communications et des affaires publiques (DCAP) | 23 |
| 6.12 | Direction des services multidisciplinaires de santé et de services sociaux (DSMSSS) | 24 |
| 6.12.1 | <i>Responsable de la protection des RS substitut – dossiers usagers</i> | 24 |
| 6.12.2 | <i>Service des bénévoles</i> | 24 |
| 6.13 | Direction de la qualité, évaluation, performance, éthique et Lean (DQEPEL) | 24 |
| 6.14 | Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS)..... | 25 |
| 6.15 | Comité d'éthique de la recherche (CER)..... | 25 |
| 6.16 | Ensemble des directions cliniques et administratives, incluant les directions mentionnées dans les rubriques ci-dessus..... | 25 |
| 6.16.1 | <i>Directeurs</i> | 25 |
| 6.16.2 | <i>Gestionnaires</i> | 25 |
| 6.17 | Personnes visées par la politique | 26 |
| 7 | PRINCIPES DIRECTEURS | 26 |
| 8 | CAI-PRPRS | 27 |
| 8.1 | Gouvernance du comité | 27 |
| 8.2 | Composition..... | 27 |
| 8.3 | Séances | 27 |
| 8.4 | Rapport..... | 27 |
| 8.5 | Sous-comités | 28 |
| 9 | CONSENTEMENT..... | 28 |
| 10 | COLLECTE ET CONSERVATION DES RP-RS..... | 29 |
| 10.1 | Principes généraux | 29 |
| 10.2 | Nécessité de la collecte | 30 |
| 10.3 | Particularités à la collecte de RP dans le cadre d'une collaboration avec un autre organisme | 30 |
| 10.4 | Informations additionnelles à fournir préalablement à une collecte d'un RP-RS à l'aide de certaines technologies | 31 |
| 10.5 | Conservation des RP-RS..... | 31 |
| 11 | RS DES USAGERS DU CISSSMC : ACCÈS ET UTILISATION..... | 31 |
| 11.1 | Catégories de personnes pouvant utiliser les RS dans l'exercice de leurs fonctions | 32 |
| 11.1.1 | <i>Catégorisation et types d'accès</i> | 32 |
| 11.1.2 | <i>Catégorisation et types d'accès établis par le ministre</i> | 33 |
| 11.1.3 | <i>RS obtenus en application de la Loi sur la protection de la jeunesse</i> | 33 |

| | | |
|--------|---|----|
| 11.1.4 | <i>RS obtenus en application de la Loi sur la santé publique</i> | 33 |
| 11.2 | Restriction d'accès par l'utilisateur | 34 |
| 11.2.1 | <i>Restriction d'accès à un intervenant ou une catégorie d'intervenants</i> | 34 |
| 11.2.2 | <i>Exceptions à la restriction d'accès</i> | 34 |
| 11.2.3 | <i>Autres types de restriction d'accès</i> | 34 |
| 11.2.4 | <i>Modification à la restriction d'accès</i> | 35 |
| 11.3 | Accès aux RS par l'utilisateur ou certaines personnes liées | 35 |
| 11.3.1 | <i>L'utilisateur de 14 ans et plus</i> | 35 |
| 11.3.2 | <i>Personnes liées à un majeur inapte</i> | 36 |
| 11.3.3 | <i>Personnes liées à un défunt</i> | 36 |
| 11.3.4 | <i>Conjoint ou proche parent d'une personne décédée</i> | 37 |
| 11.3.5 | <i>Titulaire de l'autorité parentale ou tuteur d'un mineur</i> | 37 |
| 11.4 | Accès aux RS par les intervenants externes à Santé Québec | 38 |
| 11.4.1 | <i>Intervenant professionnel</i> | 38 |
| 11.4.2 | <i>Intervenant non-professionnel</i> | 38 |
| 11.5 | Accès et utilisation au sein de Santé Québec, des RS détenus par le CISSSMC | 39 |
| 11.5.1 | <i>Intervenant professionnel</i> | 39 |
| 11.5.2 | <i>Intervenant non-professionnel</i> | 40 |
| 11.5.3 | <i>Tout autre membre du personnel</i> | 41 |
| 11.5.4 | <i>Accès et utilisation de RS à des fins d'organisation et d'évaluation des services de santé et des services sociaux</i> | 41 |
| 11.5.5 | <i>Fonctions relatives à l'organisation, l'évaluation de la qualité des services et l'évaluation de la performance</i> | 41 |
| 11.5.6 | <i>Projet d'évaluation ou d'amélioration de la qualité des services</i> | 42 |
| 11.5.7 | <i>Évaluation de la qualité et de la performance des activités par un gestionnaire</i> | 42 |
| 11.5.8 | <i>Évaluation de la qualité d'un acte professionnel ou de trajectoire clinique</i> | 42 |
| 11.6 | Utilisation et communication de RS à des fins de recherche | 43 |
| 11.6.1 | <i>Utilisation des RS avec consentement</i> | 43 |
| 11.6.2 | <i>Utilisation des RS sans consentement</i> | 43 |
| 11.6.3 | <i>Demande d'autorisation et ÉFVP</i> | 43 |
| 11.6.4 | <i>Responsabilité du chercheur lors des projets de recherche sans consentement</i> | 44 |
| 11.6.5 | <i>Recherche multicentrique ou impliquant l'accès aux RS détenus par plusieurs établissements</i> ... | 44 |
| 11.6.6 | <i>Révocation des accès</i> | 44 |
| 11.6.7 | <i>Rapport annuel</i> | 45 |
| 12 | RP-RS CONCERNANT LES PARTICIPANTS D'UNE RECHERCHE | 45 |
| 12.1 | Recherche avec consentement | 45 |
| 12.2 | Recherche impliquant une banque de données ou une biobanque | 45 |

| | | |
|--------|---|----|
| 13 | RP DES MEMBRES DU PERSONNEL, DES PERSONNES AFFILIÉES À L'ÉTABLISSEMENT OU DE TIERS : ACCÈS ET UTILISATION..... | 46 |
| 13.1 | Collecte de RP | 46 |
| 13.2 | Utilisation des RP au sein du CISSSMC | 46 |
| 13.3 | Utilisation aux fins pour lesquelles ils ont été recueillis et exceptions..... | 46 |
| 13.4 | Utilisation dans le cadre d'une décision fondée exclusivement sur un traitement automatisé..... | 47 |
| 13.5 | Utilisation et communication des RP à des fins d'étude, de recherche, ou de statistiques | 47 |
| 14 | RP RECUEILLIS OU UTILISÉS DANS LE CADRE D'UN SONDAGE | 48 |
| 15 | COMMUNICATION RP-RS | 48 |
| 15.1 | Communication nécessaire à l'application d'une loi au Québec | 48 |
| 15.2 | Communication nécessaire pour prévenir un risque sérieux de mort ou de blessures graves | 48 |
| 15.3 | Communication de RP-RS à l'extérieur du Québec | 49 |
| 16 | COMMUNICATION PROPRE AUX RS | 49 |
| 16.1 | Communication au Directeur des poursuites criminelles et pénales ou à un corps de police | 49 |
| 16.2 | Communication nécessaire à l'exercice d'un mandat ou à l'exécution d'un contrat de services ou d'entreprise | 51 |
| 17 | COMMUNICATION PROPRE AUX RP | 51 |
| 17.1 | Communication dans le cadre d'un mandat ou d'un contrat de services..... | 51 |
| 17.2 | Autres communications possibles sans consentement de la personne concernée..... | 52 |
| 18 | PROJET TECHNOLOGIQUE IMPLIQUANT DES RP-RS..... | 52 |
| 18.1 | Utilisation d'un produit ou service technologique autorisé..... | 52 |
| 18.2 | Évaluation au début du projet et mise à jour..... | 52 |
| 18.3 | ÉFVP des produits ou services technologiques | 53 |
| 19 | MESURES VISANT LA PROTECTION DES RP-RS | 54 |
| 19.1 | Principes généraux | 54 |
| 19.2 | Mécanismes de journalisation..... | 54 |
| 19.2.1 | Obligation relative à la journalisation des accès aux RP-RS détenus par le CISSSMC..... | 54 |
| 19.2.2 | Obligation de journalisation des RP-RS numériques | 54 |
| 19.2.3 | Obligation de journalisation des RP-RS qui ne sont pas sur support numérique..... | 55 |
| 19.2.4 | Obligation d'auditer la journalisation effectuée | 55 |
| 19.2.5 | Obligation de reddition de compte quant à la journalisation | 55 |
| 19.3 | Activités de formation et sensibilisation en matière de protection des RP-RS..... | 55 |
| 19.3.1 | Communication de la présente politique | 55 |
| 19.3.2 | Formation obligatoire..... | 56 |
| 19.3.3 | Activités de formation et de sensibilisation | 56 |
| 19.4 | Mesures de sécurité supplémentaires | 57 |
| 19.4.1 | Accès aux installations et aux actifs informationnels..... | 57 |

| | | |
|--------|--|----|
| 19.4.2 | Installation de logiciels et d'équipements..... | 58 |
| 19.4.3 | ÉFVP | 58 |
| 20 | DESTRUCTION ET ANONYMISATION DES RP-RS..... | 58 |
| 20.1 | Destruction | 58 |
| 20.1.1 | Documents papier | 58 |
| 20.1.2 | Support informatique | 59 |
| 20.2 | Anonymisation..... | 59 |
| 21 | OBLIGATIONS DES PERSONNES VISÉES À LA POLITIQUE À L'ÉGARD DES RP-RS | 59 |
| 21.1 | Obligations relatives au respect de la confidentialité des RP-RS | 59 |
| 21.2 | Transmission d'information..... | 60 |
| 21.3 | Divulgence de tout incident de confidentialité..... | 61 |
| 21.4 | Autres obligations..... | 61 |
| 22 | REGISTRES DU CISSMC ET INVENTAIRE | 62 |
| 22.1 | Registre de produit ou service technologique..... | 62 |
| 22.2 | Registre des incidents de confidentialité | 62 |
| 22.3 | Registre des communications..... | 62 |
| 22.4 | Inventaire de fichiers contenant des RP..... | 63 |
| 23 | DEMANDE D'ACCÈS ET DE RECTIFICATION..... | 63 |
| 23.1 | Demande d'accès et de rectification par l'utilisateur ou certaines personnes liées aux RS..... | 63 |
| 23.2 | Demande d'accès et de rectification aux RP contenus à son propre dossier..... | 63 |
| 23.3 | Modalité de communication à la suite d'une demande d'accès ou de rectification prévue aux sections 23.1 et 23.2..... | 64 |
| 23.3.1 | <i>Format des communications</i> | 64 |
| 23.3.2 | <i>Mesures d'accommodement</i> | 64 |
| 23.4 | Demande d'accès aux RS par un intervenant externe à Santé Québec | 64 |
| 24 | DROIT À LA PORTABILITÉ | 65 |
| 24.1 | Personnes visées..... | 65 |
| 24.2 | Capacité des systèmes..... | 65 |
| 24.3 | Format technologique structuré et couramment utilisé..... | 65 |
| 24.4 | RP-RS visés..... | 65 |
| 24.5 | Exclusion de certains RP-RS | 65 |
| 24.6 | Exercice et modalité du droit à la portabilité | 65 |
| 24.7 | Qualité des RP-RS | 66 |
| 25 | SITE INTERNET | 66 |
| 26 | PROCESSUS DE TRAITEMENT D'UNE PLAINTE RELATIVES À LA PROTECTION DES RP-RS | 66 |
| 26.1 | Plainte concernant les RS | 66 |

| | | |
|--------|--|----|
| 26.2 | Plainte concernant les RP | 67 |
| 26.3 | Transfert de la plainte | 67 |
| 26.4 | Traitement d'une plainte..... | 67 |
| 26.4.1 | <i>Plainte à la CLPQS</i> | 67 |
| 26.4.2 | <i>Plainte à la Responsable de la protection des RP-RS</i> | 67 |
| 26.5 | Bilan des plaintes..... | 68 |
| 27 | MESURE DISCIPLINAIRE OU ADMINISTRATIVE | 68 |
| 28 | RÉFÉRENCES..... | 68 |
| 29 | ANNEXES..... | 68 |
| 30 | DISPOSITIONS FINALES ET TRANSITOIRES | 69 |
| 30.1 | Révision..... | 69 |

1 PRÉAMBULE

Chaque organisme a le devoir de protéger les renseignements de santé et de services sociaux et les renseignements personnels qu'il détient, que leur conservation soit assurée par ce dernier ou par un tiers. À cette fin, le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre (CISSSMC) doit appliquer le principe de responsabilité lui imposant notamment le devoir de protéger les renseignements personnels et les renseignements de santé et de services sociaux qu'il détient pour le compte de Santé Québec. Il doit également être en mesure de prouver en tout temps qu'il respecte toutes les obligations en matière de protection des renseignements personnels et des renseignements de santé et de services sociaux, et qu'il prend les mesures nécessaires afin de protéger efficacement ces renseignements.

Conformément à la [Politique-cadre sur l'accès à l'information et la gouvernance des renseignements personnels](#) de Santé Québec (**Politique-cadre de Santé Québec**), le CISSSMC doit adopter une politique de gouvernance à l'égard des renseignements de santé et de services sociaux et des renseignements personnels, et rendre compte de sa conformité aux lois applicables.

La présente politique énonce les principes fondamentaux applicables au maintien de la sécurité et de la confidentialité des renseignements personnels et des renseignements de santé et de services sociaux détenus par le CISSSMC. Elle prévoit également les rôles et responsabilités des personnes visées par la présente politique et des instances appelées à assurer le respect des cadres légaux applicables. Elle établit les normes assurant la protection des renseignements de santé et de services sociaux et des renseignements personnels, tout en permettant l'optimisation de l'utilisation qui en est faite et leur communication en temps opportun. Elle vise ainsi à améliorer la qualité des services offerts en simplifiant la circulation des renseignements de santé et de services sociaux de façon à ce qu'ils suivent les usagers qu'ils concernent dans leur parcours de soins et de services. Plus précisément, elle établit différentes possibilités d'accès à ces renseignements et prévoit les cas et les conditions dans lesquels ils peuvent être utilisés ou communiqués.

Finalement, elle institue un modèle de gouvernance fondé sur la transparence ainsi que sur la responsabilité et l'imputabilité du CISSSMC et des personnes visées.

Cette politique est complémentaire à la Politique-cadre de Santé Québec ainsi qu'aux politiques, procédures et documents du CISSSMC en vigueur et applicables en matière de protection et de gestion des renseignements personnels et des renseignements de santé et de services sociaux, à savoir notamment :

- [Politique de communication interne et externe \(DCAP-002\)](#)
- [Politique d'utilisation des médias sociaux \(DCAP-001\)](#)
- [Calendrier de conservation des documents du CISSSMC](#)
- [Politique de gestion intégrée des documents administratifs \(DG-301\)](#)
- [Procédure de gestion des documents semi-actifs sous format papier \(DG-301a\)](#)
- [Politique sur le port obligatoire de la carte d'identité \(DL-112\)](#)
- [Procédure relative à l'encadrement de la présence des représentants de fournisseurs dans le CISSSMC \(DL-101\)](#)
- [Politique sur la conduite responsable et l'intégrité scientifique en recherche \(DR-001\)](#)
- [Procédure d'évaluation de la convenance institutionnelle de la recherche au CISSS de la Montérégie-Centre \(DR-003\)](#)
- [Politique sur le dossier du cadre \(DRHDO-AJ-012\)](#)

- [Politique sur le télétravail \(DRHDO-AJ-501\)](#)
- [Procédure sur la gestion du télétravail \(DRHDO-AJ-501a\)](#)
- [Politique de sécurité des ressources informationnelles \(DRIM-101\)](#)
- [Politique sur l’attribution et l’utilisation d’équipements et d’appareils de télécommunication mobile \(DRIM-201\)](#)
- [Procédure de gestion des formulaires cliniques intégrés au dossier de l’usager \(DSM-701a\)](#)
- [Procédure sur l’appartenance au système professionnel \(DSM-001\)](#)
- [Procédure de gestion et de conservation des dossiers des usagers \(DSMSSS-104a\)](#)
- [Politique sur le consentement aux soins \(DSP-002\)](#)
- [Politique sur la prise, l’utilisation et la diffusion et/ou partage d’enregistrements audio, photo et vidéo par les usagers et les visiteurs \(DSP-005\)](#)
- [Politique sur le transfert de l'information aux points de transition des soins et services pour l’usager inscrit ou admis \(DSI-101\)](#)
- [Politique de déclaration des incidents et des accidents liés à une prestation de soins et de services aux usagers \(POL-24\)](#)
- [Politique de télésanté \(PDGA-810\)](#)
- [Cadre règlementaire sur l’organisation et les bonnes pratiques de la recherche au CISSS de la Montérégie-Centre \(R-2016-07\)](#)
- [Code d’éthique organisationnel \(R-2017-15\)](#)
- [Modes opératoires normalisés \(MON\) des essais cliniques au CISSS de la Montérégie-Centre \(R-2023-33\)](#)
- Tout autre procédure et document découlant de la présente politique.

Dans cette politique, à moins que le contexte ne le requière autrement, les variations grammaticales de tout terme ont une signification similaire, le singulier inclut le pluriel, et le masculin inclut le féminin, et vice versa.

2 CHAMPS D’APPLICATION

La présente politique s’applique aux personnes visées, aux lieux, aux ressources et aux renseignements suivants :

- **Personnes visées** : Toutes les personnes contribuant à la réalisation de la mission du CISSSMC (notamment, mais non limitativement aux administrateurs, gestionnaires, employés, professionnels, membres du Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes (**CMDPSF**), résidents, bénévoles, stagiaires, étudiants, chercheurs, membres de comités et prestataires de services).
- **Lieux** : Ensemble des installations du CISSSMC, de même que tous les lieux où les personnes à qui cette politique est destinée offrent des soins ou des services sociaux, ou des services administratifs, y compris les lieux de télétravail.
- **Ressources** : Tous les actifs informationnels sans égard à leur support ou à leur format, qu’ils soient conservés à l’interne ou à l’externe du CISSSMC.
- **Renseignements** : Les renseignements de santé et de services sociaux (**RS**) et les renseignements personnels (**RP**) que détient le CISSSMC, peu importe leur format et leur endroit de conservation.

La présente politique traite de deux types de renseignements, chacun soumis à des régimes juridiques distincts : **(1)** les RP régis par la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, RLRQ, c. A-2.1 (**LADOPPRP**), et **(2)** les RS encadrés par la *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux*, RLRQ, c. R-22.1 (**LRSSS**). L'acronyme « RP », lorsqu'utilisé seul, fait uniquement référence aux renseignements personnels, de sorte que le texte n'est applicable qu'à ce type de renseignements. De même, l'utilisation seule de l'acronyme « RS » indique que le texte s'applique uniquement aux renseignements de santé et de services sociaux. À moins que le contexte ne précise le contraire, l'utilisation des acronymes « RP-RS » englobe à la fois les renseignements personnels et les renseignements de santé et de services sociaux.

3 CADRE JURIDIQUE ET ADMINISTRATIF

Cette politique s'applique conformément aux lois et aux règlements en vigueur, soit :

- *Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ, c. C-12;
- *Code civil du Québec*, RLRQ, c. CCQ-1991;
- *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, RLRQ, c. A-2.1;
- *Loi concernant le cadre juridique des technologies de l'information*, RLRQ, c. C-1.1;
- *Loi concernant le partage de certains renseignements de santé*, RLRQ, c. P-9.0001;
- *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux*, RLRQ, c. R-22.1;
- *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*, RLRQ, c. G-1.021;
- *Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement*, RLRQ, c. G-1.03;
- *Loi sur les archives*, RLRQ, c. A-21.1;
- *Code des professions*, RLRQ, c. C-26;
- *Règlement d'application de certaines dispositions de la Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux*, RLRQ, c. R-22.1, r. 1;
- *Règlement sur l'anonymisation des renseignements personnels*, RLRQ, c. A-2.1, r. 0.1;
- *Règlement sur la gouvernance des renseignements de santé et de services sociaux*, RLRQ, c. R-22.1, r. 2;
- *Règlement sur les incidents de confidentialité*, RLRQ, c. A-2.1, r. 3.1;
- *Règlement sur les frais exigibles pour la transcription, la reproduction et la transmission de documents et de renseignements personnels*, RLRQ, c. A-2.1, r. 3;
- *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, RLRQ, c. S-5, r. 3.01;
- *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains – EPTC 2*;
- Lignes directrices de « *l'International Council for Harmonisation of Technical Requirements of Pharmaceuticals for Human Use* » (**ICH**).

4 DÉFINITIONS

Dans cette politique, les termes suivants ont le sens qui leur est donné ci-après :

| | |
|--|--|
| Actif informationnel | Actif composé ou supportant de l'information ou des RP-RS, notamment, une banque d'informations, un système d'informations, un réseau de télécommunication, une infrastructure technologique ou un ensemble de ces éléments. |
| Anonymisation | Processus de traitement d'un RP ou d'un RS selon les meilleures pratiques généralement reconnues et selon les critères et modalités déterminés par règlement. Un renseignement anonymisé est un renseignement dont tous les identificateurs directs sont irrévocablement retirés et pour lesquels aucun code permettant une réidentification ultérieure n'est conservé. Le risque de réidentification de la personne à partir des identificateurs indirects est faible ou très faible. |
| Blessures graves | Toute blessure physique ou psychologique qui nuit d'une manière importante à l'intégrité physique, à la santé ou au bien-être d'une personne ou d'un groupe de personnes identifiable. |
| Calendrier de conservation | Calendrier de conservation au sens de la <i>Loi sur les archives</i> et approuvé par la Bibliothèque et Archives nationales du Québec. |
| Catégorisation | Processus permettant au CISSSMC d'évaluer les catégories de personnes exerçant leur profession au CISSSMC et du degré de sensibilité des RP-RS auxquels elles auront accès, dans le but d'en déterminer le niveau de protection eu égard aux risques encourus en matière de disponibilité, d'intégrité et de confidentialité. |
| Comité sur l'accès à l'information et la protection des renseignements personnels et des renseignements de santé et de services sociaux (CAI-PRPRS) | Comité constitué par le CISSSMC en vertu des lois applicables et chargé de soutenir la personne qui exerce la fonction de Responsable de l'accès aux documents et de la protection des renseignements personnels et des renseignements de santé et de services sociaux dans l'exercice de ses responsabilités et dans l'exécution de ses obligations et d'exercer les fonctions qui lui sont confiées par les lois applicables. |
| Communication | Toute action visant à transmettre à un tiers des RP-RS ou à y donner accès. |
| Cycle de vie d'un renseignement | Ensemble des étapes visant le traitement d'un RP--RS, soit la collecte, l'utilisation, la communication, la conservation, la destruction et l'anonymisation, le cas échéant. |
| Détenteur d'actif | Personne œuvrant au sein du CISSSMC, appartenant à la classe d'emploi de niveau cadre ou à une classe d'emploi de niveau supérieur, dont le rôle consiste notamment à assurer la sécurité de l'information et des ressources qui la sous-tendent, relevant de la responsabilité de son unité administrative. |
| Document administratif | Tout document qui se rapporte aux activités de l'administration du CISSSMC dans ses divers aspects, peu importe le support (incluant les correspondances par courriel). Inclut notamment le dossier administratif des employés, le |

| | |
|--|---|
| | <p>dossier de santé des employés, les dossiers de paie et le dossier médical des travailleurs (santé au travail).</p> <p>Pour les fins de la présente politique, cette définition exclut le dossier des usagers et tout autre document contenant des RS.</p> <p>Dans la présente politique, l'utilisation du mot « document » réfère à un document administratif.</p> |
| Dossier d'emploi ou d'affiliation | Dossier administratif ou de santé des membres du personnel ou des personnes affiliées au CISSSMC qui comprend tout RP relatif à l'emploi ou à l'affiliation qu'il reçoit, quel qu'en soit le support. |
| Dossier de l'utilisateur | Dossier d'un usager qui comprend tout renseignement relatif aux soins de santé et services sociaux qu'il reçoit quel qu'en soit le support (RS). |
| Évaluation des facteurs relatifs à la vie privée (ÉFVP) | Démarche préventive visant à prendre en considération l'ensemble des facteurs susceptibles d'avoir un impact sur le respect de la vie privée des personnes visées par un projet. Elle vise à identifier les risques d'atteinte à la vie privée, à évaluer les impacts de ceux-ci et à mettre en place les mesures requises afin d'atténuer ces risques. |
| Fins d'enseignement | Activité d'enseignement structurée et organisée, laquelle est dispensée à des personnes en situation d'apprentissage au sein de Santé Québec (dont le CISSSMC) et réalisée dans le cadre de fonctions d'enseignement approuvées par Santé Québec et le CISSSMC. Le droit d'accès aux RS à des fins d'enseignement ne permet pas la diffusion de ces renseignements en l'absence du consentement de l'utilisateur ou d'une disposition législative autorisant cette diffusion. |
| Fins de formation | Activité de formation, notamment de formation continue, visant le développement des compétences ou connaissances d'un ou plusieurs intervenants œuvrant à Santé Québec (dont le CISSSMC). Fait également référence à une activité de formation destinée à un public autre que les intervenants œuvrant à Santé Québec (ex. : congrès professionnel, conférence, etc.), lorsque l'intervenant y participe dans le cadre de ses fonctions d'intervenant œuvrant à Santé Québec. Le droit d'accès aux RS à des fins de formation ne permet pas la diffusion de ces renseignements en l'absence du consentement de l'utilisateur ou d'une disposition législative autorisant cette diffusion. |
| Fins de pratique réflexive | Démarche personnelle et proactive visant l'analyse, par un intervenant professionnel, des actes ou interventions qu'il a effectués afin d'en comprendre les conséquences et d'en tirer des apprentissages. Il s'agit d'un examen critique qui permet aux intervenants professionnels d'améliorer leurs compétences et la qualité des services qu'ils offrent. La pratique réflexive est une démarche différente de celle relative à un projet de recherche ou à un projet lié à l'organisation ou l'évaluation des services de santé et des services sociaux (incluant notamment l'évaluation ou l'amélioration de la qualité, l'évaluation |

| | |
|---|---|
| | de la qualité d'un acte professionnel, l'évaluation de la performance et toute autre démarche de même nature). L'accès à des fins de pratique réflexive n'est possible pour un intervenant professionnel qu'à l'égard des RS reliés aux interventions que cet intervenant a effectuées. |
| Format structuré et couramment utilisé | Format que des applications logicielles d'usage courant peuvent facilement reconnaître et dont elles peuvent extraire les informations qui y sont contenues. Un format difficile à traiter et dont l'utilisation implique l'acquisition d'un logiciel ou d'une licence payante n'est pas considéré comme étant un format technologique structuré et couramment utilisé. |
| Incident de confidentialité | Accès à un RP-RS ou toute autre utilisation ou communication d'un tel renseignement non autorisée par la loi, la perte d'un tel renseignement ou toute autre atteinte à sa protection. |
| Intervenant | Personne physique qui offre des services du domaine de la santé et des services sociaux au sein de l'établissement ou d'un autre organisme du secteur de la santé et des services sociaux ou qui fournit à une telle personne des services de soutien technique ou administratif. L'intervenant peut être professionnel (par exemple, un médecin, une infirmière, une inhalothérapeute, un travailleur social, etc.), ou non-professionnel (par exemple, un préposé aux bénéficiaires, une adjointe administrative, un éducateur, etc.). |
| Membre du personnel | L'ensemble du personnel du CISSSMC, que leur fonction soit en lien ou non avec une prestation de soins et services sociaux à l'utilisateur. |
| Participant | Toute personne dont les RP-RS, le matériel biologique, les réactions ou les réponses à des interventions, des stimuli ou des questions de la part de chercheurs sont utilisés pour répondre aux questions d'une recherche. |
| Personnes affiliées | Membre du CMDPSF, chercheur, étudiant, stagiaire et bénévole. |
| Personne concernée | Personne concernée par le RP. |
| Préjudice sérieux | Acte ou événement susceptible de porter atteinte à la personne concernée ou à l'utilisateur, ou à ses biens, et de nuire à ses intérêts de manière non négligeable. |
| Produit ou service technologique | Équipement, application ou service requis afin de recueillir, de conserver, d'utiliser ou de communiquer un RP-RS, tels qu'une banque, un système d'informations, un réseau de télécommunication, une infrastructure technologique, un logiciel ou une composante informatique d'un équipement médical. |
| Professionnel | Toute personne qui est titulaire d'un permis délivré par un ordre professionnel et qui est inscrite au tableau de ce dernier. |
| Recherche | Démarche visant le développement des connaissances, notamment à des fins |

| | |
|--|---|
| | d'innovation, au moyen d'un projet structuré ou d'une investigation systématique. |
| Renseignement personnel (RP) | <p>Tout renseignement qui porte sur une personne physique et permet, directement ou indirectement, de l'identifier. Un tel renseignement revêt les caractéristiques suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Il doit faire connaître quelque chose à quelqu'un; 2. Il doit avoir un rapport avec une personne physique; 3. Il doit être susceptible de distinguer cette personne par rapport à une autre ou de reconnaître sa nature. <p>Cette définition inclut les renseignements :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificatoires : Adresse, numéro de téléphone, sexe, âge, numéro d'assurance sociale, identifiant numérique, etc.; 2. Financiers : Revenu d'une personne, renseignements relatifs à l'impôt, numéro de compte bancaire, biens possédés, numéros de cartes de crédit, etc.; 3. Relatifs au travail ou à l'affiliation : Conditions de travail ou d'exercice, dossier disciplinaire, motifs d'absence, dates de vacances, salaire, évaluation du rendement, heures d'entrée et de sortie liées au lieu de travail, etc.; 4. Scolaires : résultats scolaires, diplômes, curriculum vitæ, etc.; 5. Relatifs à l'état civil : Document qui atteste, par exemple, l'état civil, le fait qu'une personne ait ou non des enfants ou qu'elle reçoive des prestations d'aide sociale ou de chômage, etc. |
| Renseignement personnel sensible | <p>Tout RP qui, par sa nature ou en raison du contexte de son utilisation ou de sa communication, suscite un haut degré d'attente raisonnable en matière de respect de la vie privée. Certains RP sont sensibles par leur nature ou en raison du contexte de leur utilisation ou de leur communication. Leur référence se révèle assez large et englobante et tient compte des circonstances particulières dans lesquelles s'inscrivent l'utilisation ou la communication eu égard à l'expectative élevée, mais raisonnable, de protection de la vie privée qui en découle. Pour déterminer la sensibilité d'un tel RP, il faut évaluer l'attente en matière de respect de la vie privée de la personne concernée et se demander si une personne raisonnable et bien informée, placée dans la même situation que la personne concernée, aurait un haut degré d'attente en matière de respect de sa vie privée. Par exemple, le numéro d'assurance sociale est considéré comme un RP sensible.</p> <p>Les RP sensibles sont régis par la LADOPRP.</p> |
| Renseignements de santé et de services sociaux (RS) | <p>Tout renseignement qui permet, même indirectement, d'identifier une personne et qui répond à l'une des caractéristiques suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Il concerne l'état de santé physique ou mentale de cette personne et ses facteurs déterminants, y compris les antécédents médicaux ou familiaux de la personne; 2. Il concerne tout matériel prélevé sur cette personne dans le cadre d'une évaluation ou d'un traitement, incluant le matériel biologique, ainsi que |

| | |
|--|--|
| | <p>tout implant ou toute orthèse, prothèse ou autre aide suppléant à une incapacité de cette personne;</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Il concerne les services de santé ou les services sociaux offerts à cette personne, notamment la nature de ces services, leurs résultats, les lieux où ils ont été offerts et l'identité des personnes ou des groupements qui les ont offerts; 4. Il a été obtenu dans l'exercice d'une fonction prévue par la <i>Loi sur la santé publique</i>; 5. Toute autre caractéristique déterminée par règlement du gouvernement. <p>Un renseignement permettant l'identification d'une personne tels son nom, sa date de naissance, ses coordonnées ou son numéro d'assurance maladie est un RS lorsqu'il est accolé à un renseignement visé ci-dessus ou qu'il est recueilli en vue de l'enregistrement, de l'inscription ou de l'admission de l'utilisateur dans l'Établissement ou de sa prise en charge par un autre organisme du secteur de la santé et des services sociaux.</p> <p>Un renseignement qui concerne un membre du personnel ou un professionnel du CISSSMC qui y exerce sa profession, y compris un étudiant ou un stagiaire, ou qui concerne un mandataire ou un prestataire de services n'est pas un RS lorsqu'il est recueilli à des fins de gestion des ressources humaines.</p> <p>Par conséquent, les renseignements concernant les usagers de l'Établissement sont des RS.</p> <p>Les RS sont régis par la LRSSS.</p> |
| <p>Responsable de l'accès aux documents administratifs ou son substitut</p> | <p>Personne exerçant la fonction de Responsable de l'accès aux documents administratifs en vertu de la LADOPPRP.</p> <p>Cette fonction a été déléguée par la présidente et cheffe de la direction de Santé Québec (PCD de Santé Québec) à la personne inscrite au « <i>Répertoire des organismes assujettis et des responsables de l'accès aux documents des organismes publics et de la protection des renseignements personnels</i> » de la Commission d'accès à l'information (CAI). La PCD de Santé Québec a aussi délégué aux présidents-directeurs généraux et présidentes-directrices générales de chacun de ses établissements, le pouvoir de nommer des responsables de l'accès aux documents administratifs substitués.</p> <p>Pour le CISSSMC, la PCD de Santé Québec a procédé à la nomination de la personne suivante :</p> <p>Responsable de l'accès aux documents administratifs: Directrice des affaires corporatives et partenariats Direction des affaires corporatives et partenariats CISSS de la Montérégie-Centre 3141, boulevard Taschereau, bureau 220 Greenfield Park (Québec) J4V 2H2 Courriel: prp.ciassmc16@ssss.gouv.qc.ca</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>Afin de l'appuyer dans ses fonctions, le président-directeur général a procédé à la nomination de la personne suivante :</p> <p>Responsable de l'accès aux documents administratifs substitut Cheffe des affaires juridiques – Services des affaires juridiques Direction des affaires corporatives et partenariats CISSS de la Montérégie-Centre 2727, boulevard Taschereau Saint-Hubert, Québec J4T 2E6 Courriel: aces.information.ciSSSMC16@SSSS.gouv.qc.ca</p> |
| <p>Responsable de la protection des RP-RS ou ses substituts</p> | <p>Personne exerçant la fonction de la protection des RP-RS en vertu des cadres légaux applicables.</p> <p>Cette fonction a été déléguée par la PCD de Santé Québec aux personnes inscrites au « Répertoire des organismes assujettis et des responsables de l'accès aux documents des organismes publics et de la protection des renseignements personnels » de la CAI. La PCD de Santé Québec a aussi délégué aux présidents-directeurs généraux et présidentes-directrices générales de chacun de ses établissements, le pouvoir de nommer des responsables de la protection des RP-RS substituts.</p> <p>Pour le CISSSMC, la PCD de Santé Québec a procédé à la nomination des personnes suivantes :</p> <p>Responsable de la protection des RP-RS Directrice des affaires corporatives et partenariats Direction des affaires corporatives et partenariats CISSSMC 3141, boulevard Taschereau, bureau 220 Greenfield Park (Québec) J4V 2H2 Courriel: prp.ciSSSMC16@SSSS.gouv.qc.ca</p> <p>Responsable de la protection des RS substitut – dossiers usagers Cheffe de service des archives Direction des services multidisciplinaires de santé et de services sociaux 3120, boulevard Taschereau Greenfield Park (Québec) J4V 2H1 HCLM: archivesmedicales.hclm.ciSSSMC16@SSSS.gouv.qc.ca HHR: corr.hrr.ciSSSMC16@SSSS.gouv.qc.ca Autres sites : https://www.santemonteregie.qc.ca/services/archives#installation-33</p> <p>Afin de l'appuyer dans ses fonctions, le président-directeur général a procédé à la nomination des personnes suivantes :</p> <p>Responsable de la protection des RP substitut - dossiers employés : Coordonnatrice des ressources humaines – volet relations de travail et relations avec les employés</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>Direction des ressources humaines et du développement organisationnel CISSS de la Montérégie-Centre 365, rue Normand Saint-Jean-sur-Richelieu (Québec) J3A 1T6 Courriel: prp.ci/sssmc16@ssss.gouv.qc.ca</p> <p>Responsables de la protection des RP-RS substitués Directeur adjoint des affaires corporatives et partenariats Direction des affaires corporatives et partenariats CISSS de la Montérégie-Centre 3141, boulevard Taschereau Greenfield Park (Québec) J4V 2H2 Courriel: prp.ci/sssmc16@ssss.gouv.qc.ca</p> <p>Conseillères-cadres à la protection des RP-RS Direction des affaires corporatives et partenariats CISSS de la Montérégie-Centre 3141, boulevard Taschereau, Greenfield Park (Québec) J4V 2H2 Courriel: prp.ci/sssmc16@ssss.gouv.qc.ca</p> |
| <p>Responsable de la protection des RS pour la recherche</p> | <p>Personne exerçant les pouvoirs d'autorisation ainsi que les responsabilités dévolues à la plus haute autorité de Santé Québec aux articles 44 à 53 de la LRSSS.</p> <p>Cette fonction a été déléguée par la PCD de Santé Québec aux présidents-directeurs généraux et présidentes-directrices générales de chacun de ses établissements, avec le pouvoir de subdéléguer ces pouvoirs et responsabilités à un ou des membres du personnel de leur établissement.</p> <p>Le président-directeur général du CISSSMC a délégué cette fonction aux personnes suivantes :</p> <p>Conseillères-cadres à la protection des RP-RS Direction des affaires corporatives et partenariats CISSS de la Montérégie-Centre 3141, boulevard Taschereau, Greenfield Park (Québec) J4V 2H2 Courriel: prp.ci/sssmc16@ssss.gouv.qc.ca</p> |
| <p>Santé Québec</p> | <p>Société d'État dont la mission est principalement d'offrir des services de santé et des services sociaux par l'entremise d'établissements publics ainsi que de coordonner et de soutenir l'activité des établissements privés et de certains autres prestataires de services.</p> |
| <p>Tiers</p> | <p>Personne physique ou morale externe à Santé Québec et ses établissements, qu'elle soit liée ou non à Santé Québec par contrat.</p> |

| | |
|---------------|---|
| Usager | Toute personne qui reçoit ou ayant reçu des services de santé ou des services sociaux fournis par un établissement ou par un prestataire de services pour le compte d'un établissement. |
|---------------|---|

5 OBJECTIFS

- Instituer un modèle de gouvernance fondé sur la transparence, la responsabilité et l'imputabilité;
- Promouvoir et supporter une approche d'amélioration continue;
- Établir les principes directeurs devant soutenir les décisions relatives au maintien de la sécurité et de la confidentialité des RP-RS détenus par le CISSSMC;
- Établir les mécanismes de journalisation et les normes assurant la protection des RP-RS tout en permettant l'optimisation de l'utilisation qui en est faite et leur communication en temps opportun;
- Améliorer la qualité des services offerts en simplifiant la circulation des RS;
- Établir les différentes possibilités d'accès aux RP-RS;
- Prévoir les cas et les conditions dans lesquels peuvent être utilisés ou communiqués les RP--RS;
- Prévoir les cas et les conditions dans lesquels peuvent être utilisés ou communiqués les RP-RS à des fins de recherche;
- Définir les rôles et les responsabilités des différents acteurs et instances concernés;
- Définir la composition et le mandat du CAI-PRPRS;
- Prévoir une procédure de gestion des incidents de confidentialité;
- Prévoir une procédure à l'égard des ÉFVP;
- Prévoir le processus de traitement des plaintes concernant les RP-RS, lequel doit être complémentaire aux fonctions des commissaires aux plaintes et à la qualité des services.

6 RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Les rôles, responsabilités et obligations en matière de protection des RP-RS sont les suivants :

6.1 Président-directeur général

- Adopter la présente politique;
- Veiller à assurer le respect et la mise en œuvre des lois applicables, de la Politique-cadre de Santé Québec et de la présente politique et des procédures qui lui sont associées;
- Procéder à la nomination de substituts à la Responsable de l'accès aux documents administratifs et à la Responsable de la protection des RP-RS afin de les appuyer dans leurs fonctions, et subdéléguer son autorité à l'un des membres de son personnel pour agir à titre de Responsable de la protection des RS pour la recherche;
- S'assurer que le CISSSMC respecte ses obligations en matière d'accès à l'information et de protection des RP-RS, notamment en matière de gestion des incidents de confidentialité;
- Veiller à ce que soient mises en place les mesures requises en matière de protection des RP-RS et de sécurité de l'information et s'assurer de leur conformité;
- Favoriser la collaboration entre les directions du CISSSMC à l'égard des obligations en matière d'accès à l'information et de protection des RP-RS;
- Arbitrer les risques résiduels ayant une criticité élevée dans le cadre des ÉFVP;

- Faciliter l'exercice des fonctions de la Responsable de l'accès aux documents administratifs et de la Responsable de la protection des RP-RS et leurs substituts s'assurant que le CISSSMC alloue des ressources adéquates permettant l'application et la mise en œuvre de l'ensemble des exigences législatives en matière de protection des RP-RS;
- Intégrer la protection des RP-RS dans l'ensemble des initiatives et des services;
- Procéder à la signature du rapport de reddition de compte annuel adopté par le CAI-PRPRS à l'attention de Santé Québec.

6.2 Comité de direction (CODIR)

- Recommander la présente politique au président-directeur général.

6.3 Direction des affaires corporatives et partenariats (DACP)

- Élaborer la présente politique;
- Réviser la présente politique aux trois (3) ans;
- Assurer la mise en application et la diffusion de la présente politique.

6.3.1 Responsable de l'accès aux documents administratifs et Responsable de l'accès aux documents administratifs substitut

- Exercer les fonctions qui lui sont déléguées de manière autonome et indépendante;
- Veiller au respect et à la mise en œuvre des cadres légaux applicables à l'accès aux documents administratifs détenus par le CISSSMC pour Santé Québec;
- Agir à titre de personnes-ressources en matière d'accès;
- Contribuer, avec les différents partenaires, au développement des outils facilitant la compréhension et l'appropriation des obligations en matière d'accès;
- Assurer une vigie concernant les processus de traitement des demandes d'accès;
- Tenir les registres exigés par la LADOPPRP;
- En ce qui concerne la Responsable de l'accès aux documents administratifs substitut :
- Agir à titre de substitut à la Responsable de l'accès aux documents administratifs;
- Recevoir, traiter et répondre aux demandes d'accès des documents administratifs dans les délais prescrits;
- Participer au CAI-PRPRS

6.3.2 Responsable de la protection des RP-RS et Responsables de la protection des RP-RS substituts

- Exercer les fonctions qui leur sont déléguées de manière autonome et indépendante;
- Veiller au respect et à la mise en œuvre des cadres légaux applicables à la protection des RP-RS détenus par le CISSSMC pour Santé Québec;
- Coordonner les travaux du CAI-PRPRS du CISSSMC;
- Agir à titre de personnes-ressources en matière de protection des RP-RS;
- Contribuer, en collaboration avec les différents partenaires, au développement des outils facilitant la compréhension et l'appropriation des obligations en matière de protection des RP-RS;
- Assurer une vigie concernant les processus de traitement des demandes d'accès, de communication ou de rectification des RP-RS;

- Assurer la gestion des incidents de confidentialité concernant les RP-RS détenus par le CISSSMC et prendre toutes les mesures requises pour prévenir la survenue de tels incidents;
- Tenir les registres exigés par la LRSSS;
- Prendre part à l'évaluation des risques organisationnels liés à la protection des RP-RS et à l'identification des mesures d'atténuation;
- Aviser le président-directeur général de tout incident de confidentialité présentant un risque de préjudice sérieux;
- Aviser la CAI et la personne concernée/l'utilisateur de tout incident de confidentialité impliquant un RP-RS présentant un risque de préjudice sérieux. Si l'incident de confidentialité présentant un risque de préjudice sérieux implique plutôt un RS, le ministre de la Santé et des Services sociaux doit également en être avisé;
- Assurer la mise en œuvre des activités de formation et de sensibilisation;
- Assurer l'application de la politique dans le CISSSMC et soutenir les secteurs dans sa mise en œuvre;
- Assurer les suivis avec la CAI et le ministre de la Santé et des Services sociaux lorsque requis;
- Voir à la reddition de comptes;
- Soutenir les différentes directions du CISSSMC dans la mise en œuvre de la présente politique.

6.3.3 Responsable de la protection des RS pour la recherche

- Exercer les fonctions qui lui sont déléguées de manière autonome et indépendante;
- Veiller au respect et la mise en œuvre des cadres légaux applicables à la protection des RS pour la recherche détenus par le CISSSMC pour Santé Québec;
- Examiner la conformité des demandes écrites des chercheurs, notamment quant à la complétude de la présentation détaillée du projet de recherche, à l'ÉFVP et à la décision du comité d'éthique de la recherche;
- Évaluer, ou contribuer à l'évaluation, du caractère proportionné et adéquat des ÉFVP, incluant celles impliquant la communication de RS à l'extérieur du Québec;
- S'assurer que les organismes détenteurs de RS concernés sont consultés dans les délais prescrits et que leurs observations sont prises en considération;
- Vérifier que les conditions prévues à la LRSSS sont satisfaites avant toute autorisation, notamment en ce qui concerne l'intérêt public, la minimisation des atteintes à la vie privée et la suffisance des mesures de sécurité;
- Procéder à la signature des ententes écrites conclues avec les chercheurs, en s'assurant qu'elles respectent l'ensemble des exigences prévues à la LRSSS;
- Surveiller le respect des obligations découlant des ententes, incluant l'utilisation, la conservation, la destruction des RS et la gestion des incidents de confidentialité;
- Évaluer les mesures à prendre en cas de non-respect des conditions d'autorisation, incluant la révocation de celle-ci;
- Veiller à ce que les obligations applicables aux tiers, mandataires, prestataires de services ou autres personnes impliquées dans un projet de recherche soient adéquatement encadrées et respectées;
- Contribuer à la reddition de comptes annuelle relative aux projets de recherche nécessitant une autorisation d'accès aux RS, destinée au ministre de la Santé et des Services sociaux et à la CAI;
- Participer au sous-comité ÉFVP recherche;

- Participer au CAI-PRPRS.

6.3.4 Service de la gestion documentaire

- Élaborer et maintenir à jour les documents pour lesquels il est responsable;
- Conserver les documents selon les règles et la durée établies au calendrier de conservation;
- Procéder à la destruction des documents semi-actifs arrivés à échéance qui lui ont été transférés, conformément aux règles en vigueur;
- Assurer la confidentialité des documents numériques et papier comportant des RP-RS qui sont transférés ou versés en vertu de la Loi sur les archives, RLRQ, c. 21.1;-RS qui sont transférés ou versés en vertu de la Convertir les documents physiques en formats numériques pour une conservation à long terme;
- Veiller à la sécurité des informations sensibles, en mettant en place des mesures pour empêcher l'accès non autorisé et les atteintes à la confidentialité;
- Réviser, en collaboration avec la Responsable de la protection des RP-RS ou ses substituts, les politiques et procédures en matière de gestion documentaire afin de les rendre conformes aux exigences des cadres légaux applicables;
- Participer au CAI-PRPRS.

6.3.5 CAI-PRPRS

- Soutenir le CISSSMC dans l'exercice de ses responsabilités et dans l'exécution de ses obligations découlant de la LADOPPRP et de la LRSSS;
- Recommander l'adoption d'une politique unifiée encadrant la gouvernance du CISSSMC à l'égard des RP-RS ainsi que toute autre politique ou procédure régissant la gouvernance des RP-RS;
- Assurer la mise en place d'un plan de diffusion entourant la protection des RP-RS en partenariat avec la Direction des communications et des affaires publiques;
- Identifier les bonnes pratiques en matière de protection des RP-RS et soutenir leur diffusion au sein du CISSSMC;
- Assurer la mise en place d'un plan de formation entourant la protection des RP-RS en partenariat avec la Direction des ressources humaines et du développement organisationnel;
- Assurer une vigie des activités de ses sous-comités;
- Donner son avis sur l'ÉFVP de tout projet d'acquisition, de développement et de refonte de système d'information ou de prestation électronique de services impliquant la collecte, l'utilisation, la communication, la conservation, la destruction ou l'anonymisation de RP-RS, RS;
- Effectuer le suivi des recommandations formulées dans le cadre du traitement d'une plainte;
- Émettre les orientations, assurer une vigie et élaborer un plan d'amélioration continue quant à la gestion des incidents de confidentialité;
- Émettre les orientations qu'il juge appropriées en matière d'accès et de protection des RP-RS afin d'assurer une application adéquate des règles et principes énoncés à la Politique-cadre de Santé Québec ainsi que des exigences législatives;
- Réviser annuellement l'offre d'activités de formation et de sensibilisation en matière de protection des RP-RS et évaluer le taux de participation à ces activités;

- Réviser annuellement les risques organisationnels du CISSSMC en matière d'accès et de protection des RP-RS et prendre les mesures appropriées afin d'atténuer ces risques;
- Adopter annuellement le rapport de reddition de comptes des activités du CAI-PRPRS et soumettre le rapport à Santé Québec.

6.4 Direction générale

Intégrer la protection des RP-RS dans l'ensemble des initiatives et des services.

6.4.1 Bureaux des projets organisationnels et de la transformation numérique

- Participer aux ÉFVP pour les projets dont ils sont porteurs;
- Solliciter la Responsable de la protection des RP-RS ou ses substituts lors d'enjeux impliquant la protection des RP-RS.

6.5 Direction régionale des ressources informationnelles de la Montérégie (DRIM)

- Soutenir les détenteurs d'actifs dans l'élaboration et la mise en œuvre des mesures technologiques déterminées lors des analyses de risques technologiques de sécurité ainsi que pour la gestion des risques identifiés et des mesures prises pour assurer la sécurité de leurs actifs informationnels;
- Fournir et maintenir les mesures de sécurité technologiques requises pour les actifs sous sa responsabilité afin de respecter les encadrements provinciaux en vigueur et les besoins de l'organisation en matière de sécurité de l'information;
- Collaborer avec la Responsable de la protection des RP-RS ou ses substituts dans la mise en place de mesures visant une protection optimale des RP-RS collectés, conservés, utilisés, communiqués ou détruits sur des supports technologiques;
- Soumettre au CAI-PRPRS tous ses projets d'acquisition, de développement et de refonte de système d'informations ou de prestation électronique de services impliquant la collecte, l'utilisation, la communication, la conservation, la destruction ou l'anonymisation de RP-RS;
- Participer au sous-comité ÉFVP impliquant des actifs technologiques en effectuant une évaluation de la conformité et une analyse de risques technologiques de sécurité informationnelle et participer à la gestion des risques identifiés;
- Participer, lorsque la nature de l'incident le requiert, au sous-comité de gestion des incidents de confidentialité concernant les RP-RS;
- Assurer une gestion des fournisseurs informatiques ayant accès aux actifs informationnels sous sa responsabilité, ainsi qu'une journalisation de leurs activités, au mieux des outils technologiques et processus rendus disponibles par Santé Québec;
- Assurer la destruction sécuritaire des RP-RS sur support informatique sous sa responsabilité;
- Collaborer avec les détenteurs d'actifs pour la mise en œuvre des processus de gestion des accès et de journalisation selon les exigences des encadrements provinciaux;
- Assurer, en collaboration avec les directions concernées, la couverture des risques de sécurité informationnelle dans le cadre des ententes avec des tiers, notamment dans le cadre de l'élaboration des contrats et des appels d'offres;
- Participer au CAI-PRPRS.

6.6 Direction des ressources humaines et du développement organisationnel (DRHDO)

- Assurer la planification et la mise en œuvre des activités de formation et de sensibilisation en lien avec la présente politique en collaboration avec la Responsable de la protection des RP-RS ou ses substituts;
- Développer, en partenariat avec la Responsable de la protection des RP-RS ou ses substituts, des outils facilitant la compréhension et l'appropriation des obligations en matière de protection des RP-RS;
- Assurer la complétion du formulaire d'engagement à respecter la politique de gouvernance des RP-RS du CISSSMC par les membres du personnel;
- Verser au dossier des membres du personnel le formulaire d'engagement à respecter la politique de gouvernance des RP-RS du CISSSMC;
- Accompagner les gestionnaires lors des suivis requis auprès des membres du personnel en lien avec le respect de leurs obligations en matière de protection des RP-RS;
- Assurer une gestion des dossiers des employés du CISSSMC conforme aux exigences prévues à la présente politique;

6.6.1 Responsable de la protection des RP substitut – dossiers employés

- Agir à titre de substitut à la Responsable de la protection des RP pour les dossiers des employés;
- Participer aux processus d'enquête administratives et/ou disciplinaires dans le cadre de non-respect de la présente politique;
- Participer, lorsque la nature de l'incident le requiert, au sous-comité de gestion des incidents de confidentialité concernant les RP-RS;
- Participer au CAI-PRPRS.

6.7 Direction de la recherche et de l'innovation (DRI)

- Participer à la mise en œuvre, à la diffusion et à l'application de la politique ainsi que des procédures qui en découlent au sein de sa direction et auprès des chercheurs, membres de leurs équipes, ainsi que de la communauté étudiante;
- Assurer la complétion du formulaire d'engagement à respecter la politique de gouvernance des RP-RS du CISSSMC par les chercheurs lors de l'octroi des privilèges de recherche au CISSSMC;
- S'assurer que toute recherche fasse l'objet d'une évaluation éthique, scientifique et de convenance et, le cas échéant, d'une ÉFVP;
- Coordonner la réalisation des ÉFVP concernant la recherche;
- S'assurer que les chercheurs, les membres de leurs équipes de recherche et les étudiants complètent les formations obligatoires portant sur les Modes Opératoires Normalisés (**MON**) du CISSSMC et sur les bonnes pratiques cliniques;
- Veiller à ce que la gestion des dossiers des chercheurs sous la responsabilité de sa direction soit conforme aux exigences de la présente politique;
- Participer au sous-comité ÉFVP recherche;
- Tenir un registre des recherches qui ont nécessité une ÉFVP;
- Rendre compte annuellement au CAI-PRPRS;
- Assurer la reddition de compte annuelle des ÉFVP concernant la recherche à Santé Québec.

6.8 Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU)

- Participer à la mise en œuvre, à la diffusion et à l'application de la politique ainsi que des procédures qui en découlent au sein de sa direction et auprès des étudiants, stagiaires et professeurs;
- Assurer la complétion du formulaire d'engagement à respecter la politique de gouvernance des RP-RS du CISSSMC par les étudiants, professeurs et stagiaires;
- Assurer les suivis requis avec les étudiants, professeurs et les stagiaires en lien avec le respect de leurs obligations en matière de protection des RP-RS;
- Évaluer la nécessité d'effectuer une évaluation de protection des RS pour toute demande d'accès, d'utilisation ou de communication de RS pour fins de formation et d'études et coordonner la réalisation de cette évaluation si requise;
- Tenir un registre des évaluations autorisées dans le CISSSMC;
- Veiller à ce que la gestion des dossiers des professeurs, des stagiaires et des étudiants sous la responsabilité de sa direction soit conforme aux exigences de la présente politique.

6.9 Direction de la logistique (DL)

- Veiller à ce que les règles de la présente politique soient portées à l'attention de tout prestataire de services, fournisseur ou sous-traitant agissant pour le compte du CISSSMC lorsque ce dernier est susceptible d'avoir accès à des RP-RS;
- Veiller, en collaboration avec le service des affaires juridiques, la Responsable de la protection RP-RS ou ses substituts et la DRIM, à ce que tout appel d'offres comporte les critères appropriés en matière de protection des RP-RS et de sécurité de l'information;
- Veiller, en collaboration avec le service des affaires juridiques et la Responsable de la protection des RP-RS ou ses substituts à ce que tout contrat avec un prestataire de services, un fournisseur ou sous-traitant agissant pour le compte du CISSSMC comporte des clauses contractuelles appropriées en matière de protection des RP-RS.

6.10 Direction médicale des services professionnels (DMSP)

- Assurer la complétion du formulaire d'engagement à respecter la politique de gouvernance des RP-RS du CISSSMC par tout membre du CMDPSF exerçant leur profession au CISSSMC;
- Appliquer les mesures disciplinaires ou administratives appropriées, ainsi que les mesures prévues aux codes de déontologie ou aux codes d'éthique, à l'égard des personnes régies par sa direction et reconnues responsables du non-respect de la présente politique.

6.11 Direction des communications et des affaires publiques (DCAP)

- Développer, en partenariat avec la Responsable de la protection des RP-RS ou ses substituts, un plan de communication visant la compréhension et l'appropriation des obligations en matière de protection des RP-RS;
- Participer, lorsque la nature de l'incident le requiert, au Comité de gestion des incidents de confidentialité concernant les RP-RS;
- Participer au CAI-PRPRS.

6.12 Direction des services multidisciplinaires de santé et de services sociaux (DSMSSS)

6.12.1 Responsable de la protection des RS substitut – dossiers usagers

- Agir à titre substitut à la Responsable de la protection des RP-RS pour les dossiers des usagers;
- S'assurer que les dossiers des usagers répondent aux normes des différents cadres normatifs ainsi qu'aux lois et règlements applicables;
- Collaborer, avec la Responsable de la protection des RP-RS ou ses substituts, à la révision et l'élaboration des politiques et procédures requises en matière de gestion des accès et de conservation des dossiers des usagers;
- S'assurer de la communication des dossiers usagers et des RS contenues dans ceux-ci en conformité avec les règles et lois en vigueur;
- Recevoir et répondre aux demandes de rectification aux dossiers des usagers;
- Participer à la mise à jour du calendrier de conservation et en assurer l'application pour les dossiers des usagers;
- Mettre en place les processus de travail nécessaires au sein de son équipe afin d'assurer la gestion, l'accès et la conservation des dossiers des usagers;
- Procéder à la journalisation des accès aux dossiers des usagers;
- Collaborer à la gestion des risques liés à la confidentialité et à la sécurité de l'information;
- Participer au sous-comité de gestion des incidents de confidentialité concernant les RP-RS;
- Participer au sous-comité ÉFVP, lorsque requis;
- Participer au CAI-PRPRS.

6.12.2 Service des bénévoles

- Assurer la complétion du formulaire d'engagement à respecter la politique de gouvernance des RP-RS du CISSSMC par tout nouveau bénévole;
- Assurer les suivis requis avec les membres bénévoles en lien avec le respect de leurs obligations en matière de protection des RP-RS;
- S'assurer que les formations pertinentes en matière de protection des RP-RS soient disponibles, suffisantes et qu'elles soient suivies par les bénévoles.

6.13 Direction de la qualité, évaluation, performance, éthique et Lean (DQEPEL)

- Intégrer la protection des RP-RS aux points statutaires du Comité de gestion des risques organisationnels;
- Assurer la vigie des incidents impliquant des RS lors de la réception des formulaires de déclaration des incidents et des accidents liés à une prestation de soins et de services aux usagers, conformément à la Procédure en matière de gestion des incidents de confidentialité (DACP-001b);
- Participer, lorsque la nature de l'incident le requiert, au sous-comité de gestion des incidents de confidentialité concernant les RP-RS;
- Participer au sous-comité gestion des accès;
- Participer au CAI-PRPRS.

6.14 Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS)

- Veiller au traitement des plaintes concernant des RS;
- Produire annuellement un bilan des plaintes reçues concernant des RS et transmettre le bilan au CAI-PRPRS.

6.15 Comité d'éthique de la recherche (CER)

- Veiller, dans le cadre de l'autorisation des projets de recherche, à ce que ceux-ci respectent les règles et principes applicables en matière de protection des RP-RS, incluant les modalités de conservation et de destruction des renseignements.

6.16 Ensemble des directions cliniques et administratives, incluant les directions mentionnées dans les rubriques ci-dessus

- Participer à la mise en œuvre, à la diffusion et à l'application de la politique ainsi que des procédures qui en découlent au sein de leur direction;
- Assurer la mise en œuvre et le suivi des activités de formation et de sensibilisation en lien avec la présente politique auprès de leur direction;
- Aviser le CAI-PRPRS de tout incident de confidentialité dont leur direction prend connaissance en effectuant une déclaration d'incident de confidentialité conformément aux procédures applicables.

6.16.1 Directeurs

- Informer et soutenir les gestionnaires de leur direction quant aux obligations liées à la protection des RP-RS.

6.16.2 Gestionnaires

- S'assurer d'une gestion rigoureuse des accès aux RP-RS pour le personnel sous son autorité;
- Sensibiliser et communiquer les attentes à l'ensemble du personnel sous son autorité quant à l'importance de la protection des RP-RS;
- S'assurer que les membres du personnel sous son autorité connaissent et respectent l'ensemble des règles applicables en matière de protection des RP-RS ainsi que les mesures de protection recommandées par le CAI-PRPRS;
- S'assurer de la conservation et de la destruction sécuritaire des RP-RS sous sa responsabilité conformément aux procédures en vigueur;
- Déclarer les incidents de confidentialité conformément aux procédures applicables;
- Interpeller la Responsable de la protection des RP-RS ou ses substituts pour toute question ou enjeu en lien avec les obligations liées à la protection des RP-RS;
- Interpeller la Responsable de la protection des RP-RS ou ses substituts pour tout projet ou initiative impliquant une nouvelle collecte, nouvelle communication ou nouvelle utilisation des RP-RS.

6.17 Personnes visées par la politique

- Prendre connaissance de la présente politique ainsi que des procédures et directives qui en découlent et s’y conformer;
- Accorder une grande sensibilité à la protection des RP-RS;
- Respecter l’ensemble des règles applicables en matière de protection des RP-RS ainsi que des mesures de protection recommandées par le CAI-PRPRS;
- Appliquer les pratiques ainsi que les orientations prônées dans la présente politique, notamment en prenant les mesures nécessaires pour que les conversations comportant des RP-RS demeurent confidentielles;
- Utiliser, dans le cadre de l’exercice de ses fonctions, les droits d’accès qui lui sont confiés strictement pour les fins pour lesquelles ils sont recueillis;
- S’adresser à la Responsable de la protection des RP-RS ou ses substituts, ou à son gestionnaire s’il s’agit d’un membre du personnel, en cas de doute sur ses obligations liées à la protection des RP-RS;
- Signaler à la Responsable de la protection des RP-RS ou à ses substituts, ou à son gestionnaire s’il s’agit d’un membre du personnel, tout non-respect des obligations liées à la protection des RP-RS;
- Déclarer tout incident de confidentialité dont il prend connaissance, conformément aux procédures applicables.

7 PRINCIPES DIRECTEURS

La présente politique se fonde sur les principes directeurs énoncés à la Politique-cadre de Santé Québec, en plus des suivants :

- Le CISSSMC peut recueillir des RP-RS lorsque ces renseignements sont nécessaires à l’accomplissement des différentes missions qui lui sont confiées;
- Le droit d’un usager de recevoir des services de santé et des services sociaux ne peut être compromis par sa décision de ne pas consentir à l’utilisation ou à la communication d’un RS le concernant ou par sa volonté d’en restreindre ou d’en refuser l’accès;
- Toute personne a droit au respect de sa vie privée, de même qu’au respect du secret professionnel;
- Le CISSSMC doit faire preuve de transparence envers les personnes concernées et les usagers auprès de qui sont recueillis des RP-RS. La transparence est essentielle à la protection de la vie privée de la personne concernée ou de l’usager qui doit recevoir une information claire et simple lui permettant de savoir de quelle façon et à quelles fins ses RP-RS seront utilisés et circuleront afin qu’il puisse exercer un contrôle et faire valoir ses droits en toute connaissance de cause;
- Les RP-RS détenus par le CISSSMC sont confidentiels;
- Le CISSSMC est responsable d’assurer la protection des RP-RS afin de garantir leur confidentialité et cette responsabilité est partagée par l’ensemble des personnes visées par la présente politique;
- Les personnes visées par la politique doivent respecter les restrictions quant à l’accès aux RP-RS, prendre les mesures de sécurité propres à assurer la protection de ces renseignements et s’assurer d’appliquer l’ensemble des procédures, des directives et des consignes applicables à l’accès, à l’utilisation, à la communication, à la destruction et à l’anonymisation des RP-RS, le cas échéant;
- Le CISSSMC doit veiller à ce que les RP-RS qu’il détient soient à jour, exacts et complets pour servir aux fins pour lesquelles ils ont été recueillis. Le CISSSMC doit également veiller à ce que ces RP-RS soient détruits au terme de la durée de conservation applicable;

- Le CISSSMC doit s’assurer que la communication des RP-RS qu’il recueille s’effectue de manière structurée et conforme aux dispositions des différentes lois applicables.

8 CAI-PRPRS

8.1 Gouvernance du comité

Le comité relève du président-directeur général du CISSSMC.

Le CAI-PRPRS doit exercer son mandat à la lumière des responsabilités indiquées à la [section 6.3.5](#) et conformément aux orientations émises par Santé Québec. Il doit exercer son mandat en collaboration et en complémentarité avec les autres instances existantes au sein du CISSSMC, notamment celles exerçant des responsabilités en matière de sécurité de l’information, de qualité des services, de gestion des risques et de gouvernance des données.

8.2 Composition

Le comité se compose de la Responsable de la protection des RP-RS et de toute autre personne dont l’expertise est requise, incluant, notamment :

- Responsable de la protection des RP-RS et ses substituts;
- Responsable de l’accès aux documents administratifs et de son substitut;
- Responsable de la protection des RS pour la recherche;
- Responsable de la protection des RS substitut - dossiers usagers;
- Responsable de la protection des RP substitut – dossiers employés;
- Responsable de la gestion documentaire;
- Conseillère à la protection des RP-RS;
- Adjoint au directeur régional des ressources informationnelles de la Montérégie;
- Analyste spécialisée en Informatique – Cybersécurité
- Directrice de la qualité, évaluation, performance, éthique et Lean;
- Directrice des communications et des affaires publiques.

Le CAI-PRPRS peut inviter des représentants de toutes autres directions du CISSSMC ou du CMDPSF, lorsque jugé requis.

8.3 Séances

Le CAI-PRPRS se réunit un minimum de 10 séances par an.

8.4 Rapport

Le CAI-PRPRS soumet un rapport de reddition de compte au président-directeur général le 31 mars de chaque année. Le comité transmet à Santé Québec le rapport de reddition de compte signé par le président-directeur général au plus tard le 15 mai de chaque année.

8.5 Sous-comités

Afin d'assurer une gouvernance rigoureuse, le CAI-PRPRS a procédé à la création de plusieurs sous-comités notamment :

- Sous-comité d'ÉFVP – Volet technologiques, ententes, communications et sondages;
- Sous-comité d'ÉFVP – Volet recherche;
- Sous-comité de gestion des incidents de confidentialité;
- Sous-comité d'arrimage Affaires juridiques – Protection des RP-RS;
- Sous-comité de la gestion des accès aux RP-RS.

Tout sous-comité ou instance ainsi créé relève du CAI-PRPRS et doit régulièrement lui présenter l'avancement de ses travaux et actions. Pour plus d'informations, veuillez consulter la **Structure des comités organisationnels – Protection des RP-RS** ([Annexe 1](#)).

9 CONSENTEMENT

Sous réserve des exceptions prévues à la présente politique et aux lois applicables, le CISSMC obtient le consentement des personnes concernées et des usagers avant de procéder à l'utilisation ou la communication d'un RP-RS. Un consentement peut être donné de façon écrite ou verbale, et doit, pour être valide, répondre aux critères suivants :

- Être manifeste : le consentement doit être évident, certain et indiscutable et il ne doit laisser aucun doute quant à la volonté qui y est exprimée. Afin de s'assurer d'obtenir un consentement manifeste, toute demande de consentement faite par écrit est présentée distinctement de toute autre information présentée à la personne concernée ou à l'utilisateur.
- Être libre : le consentement doit être donné sans contrainte. Ce critère ne serait pas satisfait si, par exemple, le consentement résultait d'une pression exercée sur la personne concernée ou l'utilisateur.
- Être éclairé : le libellé de l'action requérant le consentement doit être précis et rigoureux et permettre à la personne concernée ou à l'utilisateur de donner son consentement en toute connaissance de cause.
- Être donné à des fins spécifiques : le consentement doit être demandé pour chacune de ces fins. Il ne peut donc pas être général ni englober d'autres fins. Cependant, en matière de recherche, le consentement peut viser des thématiques de recherche, des catégories d'activités de recherche ou des catégories de chercheurs. La personne concernée ou l'utilisateur doit être en mesure de comprendre et de choisir les fins pour lesquelles elle donne ou non son consentement, par exemple en cochant des cases dans un formulaire électronique.
- Être demandé en termes simples et clairs : Le consentement doit être obtenu de manière compréhensible. Cela signifie que les informations fournies doivent être formulées dans un langage simple, sans jargon technique ou ambigu. Si les explications sont trop complexes ou obscures, la personne peut ne pas saisir pleinement ce à quoi elle consent.
- Avoir une durée : le consentement ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles il a été demandé, sous réserve des périodes minimales requises par les lois applicables.

Ce consentement s'évalue donc au cas par cas. Cette durée peut être un nombre de jours, de mois ou d'années, ou alors faire référence à un événement déterminé ou à une situation précise.

- Être donné par une personne apte à consentir: Un consentement libre et éclairé doit être obtenu d'une personne apte. En cas d'inaptitude, le consentement peut être donné par le représentant légal de l'utilisateur. En ce qui concerne le mineur de moins de 14 ans, le consentement doit être donné par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur. Le consentement du mineur de 14 ans et plus est donné par le mineur, à moins que les lois ne prévoient un consentement par le titulaire de l'autorité parentale.

Conformément aux lois applicables, le CISSSMC obtient le consentement exprès de la personne concernée, lorsque requis, ou de l'utilisateur. La manifestation du consentement est dite « expresse » ou « explicite » lorsque la personne démontre sa volonté d'une manière apparente, sous forme verbale ou écrite, notamment quand elle appose sa signature sur un document ou qu'elle effectue une déclaration en public ou devant un témoin. Le consentement exprès exige un acte positif de la personne concernée ou de l'utilisateur, soit une action volontaire, comme le fait de remplir un formulaire, de répondre par l'affirmative à une question ou de cocher une case.

Le CISSSMC conserve la preuve de tout consentement qu'il reçoit. Lorsque le consentement est donné verbalement, celui-ci est consigné au dossier de la personne concernée ou de l'utilisateur.

Pour les éléments spécifiques relatifs au consentement aux soins, veuillez consulter la [Politique sur le consentement aux soins \(DSP-002\)](#) du CISSSMC.

10 COLLECTE ET CONSERVATION DES RP-RS

10.1 Principes généraux

Le CISSSMC doit respecter ses obligations d'information applicables lors d'une collecte de RP-RS. Les lois applicables exigent que le CISSSMC informe la personne concernée ou l'utilisateur, en termes simples et clairs, des éléments suivants :

- Du fait que le RP-RS est recueilli pour et au nom du CISSSMC;
- Des fins pour lesquelles le RP-RS est recueilli (sauf exception prévue à la LADOPPRP ou LRSSS);
- Des moyens par lesquels le RP-RS est recueilli;
- De son droit d'avoir accès au RP-RS et de le faire rectifier;
- De la durée de conservation du RS;
- S'il s'agit d'un RS:
 - De la durée de conservation;
 - De la possibilité de restreindre ou de refuser l'accès ainsi que des modalités selon lesquelles il peut manifester sa volonté à cet effet;
- S'il s'agit d'un RP :
 - Du caractère obligatoire ou facultatif de la demande;
 - Du nom des tiers ou des catégories de tiers à qui il est nécessaire de communiquer les renseignements aux fins visées et de la possibilité que les renseignements soient communiqués à l'extérieur du Québec;
- Toutes autres informations prévues par les lois applicables, le cas échéant.
 - La transmission de l'information aux personnes concernées et aux usagers s'effectue

par le biais de tout moyen jugé approprié (par exemple, par le site internet du CISSSMC, par le biais d'affiches ou de messages sur les réseaux sociaux, etc.), lesquels ne doivent pas perturber la prestation des soins et services et doivent être déterminés en tenant compte des ressources disponibles ainsi que du contexte dans lequel les RP-RS sont collectés.

Toute personne concernée ou usager qui fournit un RP-RS le concernant conformément à la présente section consent à son utilisation aux fins visées et, lorsqu'il s'agit d'un RP, à sa communication à des tiers aux fins visées (à condition que la personne ait été informée du nom des tiers).

10.2 Nécessité de la collecte

La collecte doit s'avérer nécessaire et l'évaluation de la nécessité de recueillir des RP-RS doit prédominer en toute circonstance. La nécessité s'évalue en fonction de la finalité de la collecte et de sa proportionnalité. Une collecte sera nécessaire si les conditions suivantes sont toutes réunies :

- L'objectif poursuivi est légitime, important et réel : Il est crucial que l'objectif pour lequel le consentement est demandé soit justifié et significatif. Cela signifie que l'intention derrière la demande doit être honnête et respectueuse des droits et des besoins de la personne concernée ou de l'utilisateur.
- L'atteinte à la vie privée est proportionnelle à cet objectif (la collecte des RP-RS est rationnellement liée aux objectifs) : Cela signifie que la portée de l'atteinte à la vie privée doit être limitée et justifiée par la nécessité d'atteindre l'objectif visé. Une collecte excessive ou intrusive de RP-RS peut nuire à la confiance de la personne concernée ou de l'utilisateur et soulever des préoccupations éthiques. Ainsi, il est important de s'assurer que chaque RP-RS collecté a un lien clair et rationnel avec les objectifs, garantissant ainsi une approche équilibrée et respectueuse des droits individuels.
- L'atteinte au droit à la vie privée est minimisée (il n'existe pas d'autres moyens d'atteindre les mêmes objectifs d'une façon qui porte le moins atteinte à la vie privée) : Il est primordial que la collecte de RP-RS soit réalisée de la manière la moins intrusive possible. Cela implique d'évaluer si d'autres méthodes ou approches pourraient atteindre les mêmes objectifs sans compromettre la vie privée des individus. En démontrant qu'il n'existe pas d'autres moyens moins intrusifs, on assure une approche respectueuse et éthique envers la confidentialité.
- La collecte, l'utilisation ou la communication du RP-RS est nettement plus utile au CISSSMC que préjudiciable à la personne concernée ou à l'utilisateur : Une approche équilibrée doit être adoptée, garantissant que la protection des droits des personnes concernées et des usagers est une priorité tout en visant des résultats positifs pour le CISSSMC.

10.3 Particularités à la collecte de RP dans le cadre d'une collaboration avec un autre organisme

Le CISSSMC peut recueillir un RP si cela est nécessaire à l'exercice des attributions ou à la mise en œuvre d'un programme d'un autre organisme public avec lequel il collabore pour la prestation de services ou pour la réalisation d'une mission commune.

Cette collecte de RP est conditionnelle à ce qu'une ÉFVP soit réalisée.

De plus, cette collecte doit être précédée d'une entente écrite qui doit être transmise à la CAI, laquelle doit contenir toutes les exigences de la LADOPRP. L'entente entre en vigueur 30 jours après sa réception par la CAI.

Le CISSSMC s'assure du respect de ce principe à travers des processus de travail qui s'y conforment.

10.4 Informations additionnelles à fournir préalablement à une collecte d'un RP-RS à l'aide de certaines technologies

Le CISSSMC fournit des informations additionnelles aux personnes concernées et aux usagers si les RP-RS sont recueillis en utilisant une technologie comprenant des fonctions permettant :

- D'identifier ces personnes;
- De les localiser;
- D'effectuer un profilage à leur sujet.

Dans un tel cas, les personnes concernées et les usagers sont informés de l'utilisation de cette technologie et des moyens offerts pour activer les fonctions d'identification, de localisation ou de profilage. Ces fonctions ne peuvent pas être activées par défaut et la personne concernée ou l'utilisateur doit pouvoir le faire elle-même, volontairement.

10.5 Conservation des RP-RS

Le CISSSMC ne conserve pas de RP-RS qu'il détient au-delà de la durée nécessaire à la réalisation des fins pour lesquelles il l'a recueilli ou utilisé, sous réserve des délais prévus par les lois applicables. En ce sens, le CISSSMC s'est doté d'un [Calendrier de conservation des documents](#) conformément aux lois applicables et ce calendrier continuera d'être applicable jusqu'à l'adoption par Santé Québec de son calendrier de conservation.

Les RP sont conservés conformément à la [Politique de gestion intégrée des documents administratifs \(DG-301\)](#) et à la [Procédure de gestion des documents semi-actifs sous format papier \(DG-301a\)](#)

Les RS sont conservés conformément à la [Procédure de gestion et de conservation des dossiers des usagers \(DSMSSS-104a\)](#)

Les RP-RS conservés doivent être à jour, exacts et complets. Le CISSSMC s'assure du respect de ce principe à travers des processus de travail qui s'y conforment.

11 RS DES USAGERS DU CISSSMC : ACCÈS ET UTILISATION

Dans le cadre de ses différentes missions, dont celle d'offrir aux usagers l'ensemble des services sociaux et des soins de santé, il est nécessaire pour le CISSSMC de collecter, utiliser ou autrement traiter les RS des usagers. Dans l'esprit de la LRSSS, qui a comme ambition de simplifier la circulation des RS et d'optimiser leur utilisation et leur communication afin d'améliorer la qualité des services offerts à la population, la présente section vise à encadrer cette circulation, permettant d'atteindre l'objectif tout en s'assurant de la protection adéquate des RS.

En ce sens, même si l'accessibilité aux RS est élargie, chaque personne qui consultera le dossier des usagers et/ou qui aura accès aux RS devra le faire uniquement si les critères détaillés dans la présente politique sont rencontrés, **en s'attardant particulièrement à la nécessité de cet accès ou de cette utilisation.**

Tout RS des usagers est confidentiel, et sous réserve du consentement exprès de l'utilisateur, ne peut être utilisé ou communiqué que conformément à la présente section.

11.1 Catégories de personnes pouvant utiliser les RS dans l'exercice de leurs fonctions

11.1.1 Catégorisation et types d'accès

Les catégories de personnes pouvant avoir accès aux RS sont déterminées par la Politique-cadre de Santé Québec. Les catégories de personnes définies ci-dessous doivent recevoir une interprétation large afin de permettre l'utilisation, par les personnes œuvrant au sein du CISSSMC, des RS nécessaires à l'exercice de leurs fonctions. Cette catégorisation est mise à jour par Santé Québec. Sous réserve de l'approbation de la Responsable de la protection des RP-RS, il sera possible pour le CISSSMC de donner accès aux RS à une personne ne faisant pas partie des catégories établies ci-dessous, mais qui aurait dû l'être, afin de s'assurer que la prestation des services à l'utilisateur ne soit en aucun temps compromise.

Catégorie 1 : Intervenant exerçant des fonctions de prestation de services de santé et de services sociaux

Tout intervenant exerçant des fonctions de prestation de services de santé et de services sociaux, qu'il soit un professionnel ou non.

Catégorie 2 : Intervenant en soutien à un intervenant exerçant des fonctions de prestation de services de santé et de services sociaux

Tout intervenant qui fournit des services de soutien technique ou administratif à un intervenant exerçant des fonctions de prestation de services de santé et de services sociaux.

Catégorie 3 : Chercheur lié et les membres de son équipe de recherche

Tout chercheur lié à un établissement de Santé Québec et les membres de son équipe de recherche.

Catégorie 4 : Personne exerçant des fonctions administratives, de soutien ou de conseil

Toute personne œuvrant à Santé Québec exerçant des fonctions administratives, de soutien ou de conseil, à titre de professionnel ou non.

Catégorie 5 : Gestionnaire

Toute personne œuvrant à Santé Québec qui occupe un poste d'encadrement.

Catégorie 6 : Personne exerçant des fonctions relatives à l'organisation ou à l'évaluation des services de santé et des services sociaux

Toute personne œuvrant à Santé Québec qui exerce des fonctions relatives à l'organisation ou à l'évaluation des services de santé et des services sociaux, notamment à des fins d'amélioration de la qualité des services ou d'évaluation de la performance.

Catégorie 7 : Personne exerçant des fonctions relatives au traitement des plaintes ou à la réalisation d'inspections ou d'enquêtes

Toute personne œuvrant à Santé Québec qui exerce des fonctions relatives au traitement des plaintes ou à la réalisation d'inspections ou d'enquêtes en application de la loi ou d'un règlement.

Catégorie 8 : Personne membre d'un comité ou conseil

Toute personne œuvrant à Santé Québec et membre d'un comité ou conseil dont la constitution au sein de Santé Québec est prévue par la loi ou un règlement et dont les fonctions nécessitent l'utilisation de RP-RS.

11.1.2 Catégorisation et types d'accès établis par le ministre

Dans la mesure où un règlement du gouvernement est établi afin de définir certaines catégories de personnes pouvant avoir accès aux RS ou de définir des profils d'accès types par catégorie de personnes, cette catégorisation aura préséance sur la catégorisation de Santé Québec.

De plus, dans la mesure où un règlement du gouvernement est établi afin de déterminer les catégories de RS qui, en raison du fait que le risque de préjudice qu'entraînerait leur divulgation serait nettement supérieur aux bénéfices escomptés pour l'utilisateur, le CISSSMC mettra en place des restrictions d'accès conformes aux conditions déterminées par ce règlement.

11.1.3 RS obtenus en application de la Loi sur la protection de la jeunesse

Les RS obtenus en application de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, RLRQ, c. P-34.1, ne peuvent être accessibles qu'aux personnes agissant dans le cadre de l'application de cette loi.

Malgré l'alinéa précédent, ces RS peuvent toutefois être accessibles à certaines personnes lorsque le directeur de la protection de la jeunesse de la Montérégie juge que cet accès est dans l'intérêt de l'enfant.

11.1.4 RS obtenus en application de la Loi sur la santé publique

Les RS obtenus en application de la *Loi sur la santé publique*, RLRQ, c. S-2.2, et visant les éléments suivants ne peuvent être accessibles qu'avec l'autorisation du directeur de santé publique du CISSSMC :

- Les intoxications, les infections et les maladies à déclaration obligatoire;
- Le traitement obligatoire et les mesures de prophylaxie à respecter pour certaines maladies ou infections contagieuses;

- Les enquêtes épidémiologiques et les autres pouvoirs des autorités de santé publique et du gouvernement en cas de menace à la santé de la population;
- Les manifestations cliniques inhabituelles temporellement associées à une vaccination.

11.2 Restriction d'accès par l'utilisateur

11.2.1 Restriction d'accès à un intervenant ou une catégorie d'intervenants

L'utilisateur peut déterminer qu'un intervenant ou une catégorie d'intervenants ne puisse avoir accès à un ou plusieurs RS le concernant. Pour faire une demande de droit de restriction d'accès aux RS, l'utilisateur doit faire sa demande par écrit, via le Formulaire de demande de restriction ([Annexe 2](#)) et transmis par courriel ou par la poste aux coordonnées suivantes :

Responsable de la protection des RS substitut – dossiers usagers

Cheffe de service des archives

Direction des services multidisciplinaires

3120, boulevard Taschereau

Greenfield Park (Québec) J4V 2H1

HCLM: archivesmedicales.hclm.ciissmc16@ssss.gouv.qc.ca

HHR: corr.hrr.ciissmc16@ssss.gouv.qc.ca

Autres sites : <https://www.santemonteregie.qc.ca/services/archives#installation-33>

Cette demande doit inclure :

- Les coordonnées de l'utilisateur ou les coordonnées de la personne titulaire de l'autorité parentale, du tuteur, de la tutrice ou de la personne mandataire, le cas échéant;
- La date de la demande de restriction;
- Le nom de l'intervenant ou de la catégorie d'intervenants dont l'utilisateur veut restreindre l'accès aux RS;
- Une description des RS visés par la restriction;
- La signature de l'utilisateur.

Le CISSSMC analysera la demande à la lumière des impératifs cliniques, notamment ceux relatifs à la continuité et à la qualité des soins et services et de la faisabilité technique de sa mise en œuvre. Le CISSSMC communiquera avec l'utilisateur afin de l'informer des modalités et des conséquences possibles que la restriction de RS peut entraîner dans son dossier.

11.2.2 Exceptions à la restriction d'accès

La restriction de l'accès peut être levée dans les cas suivants :

- Lorsqu'il y a risque de mettre en péril la vie ou l'intégrité de l'utilisateur et qu'il est impossible d'obtenir à temps son consentement pour lever la restriction d'accès;
- Lorsque la communication des RS est exigée par la loi.

11.2.3 Autres types de restriction d'accès

L'utilisateur peut également restreindre l'accès à ses RS aux personnes suivantes :

- Son conjoint ou un proche parent, si l'accès envisagé s'inscrit dans un processus de deuil;
- Son conjoint, son ascendant direct ou son descendant direct, s'il s'agit d'un RS relatif à la cause de son décès;
- Un chercheur, si l'accès envisagé est à des fins de sollicitation en vue de sa participation à un projet de recherche;
- Un chercheur qui n'est pas lié à un établissement public ou à toute autre catégorie prévue en annexe de la LRSSS;
- Au CISSSMC, si l'accès envisagé est à des fins de sollicitation pour un don à son bénéficiaire ou au bénéfice de l'une de ses fondations.

Pour ce faire, l'utilisateur doit adresser sa demande par écrit, via le **Formulaire de demande de refus d'accès (Annexe 2)** et transmis aux coordonnées mentionnées au point [11.2.1](#). Cette demande doit contenir :

- Les coordonnées de l'utilisateur ou les coordonnées de la personne titulaire de l'autorité parentale, du tuteur, de la tutrice ou de la personne mandataire, le cas échéant;
- La date de la demande de restriction;
- Le nom de la ou des personnes mentionnées aux points 1 à 3 précédents, dont l'utilisateur veut restreindre l'accès aux RS;
- Dans le cas d'une restriction au point 4, les RS, les thématiques de recherche ou les catégories d'activités de recherche visés par le refus;
- La signature de l'utilisateur.

11.2.4 Modification à la restriction d'accès

L'utilisateur peut en tout temps retirer ou modifier une demande de restriction d'accès, et retirer ou modifier une restriction active. Pour ce faire, l'utilisateur doit adresser sa demande par écrit aux coordonnées mentionnées au point [11.2.1](#). Cette demande doit contenir :

- Le nom et les coordonnées de l'utilisateur ou les coordonnées de la personne titulaire de l'autorité parentale, du tuteur, de la tutrice ou de la personne mandataire, le cas échéant;
- S'il s'agit d'une modification, les RS qui doivent être modifiés par cette modification;
- S'il s'agit d'un retrait de la restriction, cette information doit être inscrite;
- La signature de l'utilisateur.

11.3 Accès aux RS par l'utilisateur ou certaines personnes liées

Toute personne qui veut demander l'accès ou la rectification d'un RS en fonction des éléments visés à cette section 11.3 doit suivre la procédure détaillée à la [section 23](#) de la présente politique.

11.3.1 L'utilisateur de 14 ans et plus

L'utilisateur a le droit, sauf exceptions prévues par la loi :

- D'être informé de l'existence de tout RS le concernant et détenu par le CISSSMC et d'y avoir accès;
- D'être informé du nom de toute personne ou de tout groupement qui a accédé, utilisé ou reçu communication à un RS détenu par le CISSSMC le concernant;

- D'être informé de la date et de l'heure de cet accès, utilisation ou communication;
- De demander la rectification d'un RS détenu par le CISSSMC et le concernant s'il est inexact, incomplet ou équivoque ou s'il a été recueilli ou est conservé en contravention à la loi.

Toutefois, cet accès pourrait lui être refusé dans les cas suivants :

- Si, de l'avis d'un intervenant professionnel, il en découlerait vraisemblablement d'un préjudice grave pour sa santé;
- Si le RS de l'utilisateur provient d'un tiers, autre qu'un intervenant dans l'exercice de ses fonctions, lorsque cette divulgation permettrait d'identifier ce tiers, à moins du consentement écrit de ce dernier.

Dans le cas du point 1, si le préjudice grave pour la santé de l'utilisateur est temporaire, l'utilisateur sera informé du moment où son droit d'accès pourra être exercé.

Le mineur de moins de 14 ans n'a pas le droit d'être informé de l'existence d'un RS le concernant et détenu par le CISSSMC ni d'y avoir accès, sauf par l'intermédiaire de son avocat dans le cadre d'une procédure judiciaire.

11.3.2 Personnes liées à un majeur inapte

A) Le tuteur ou le mandataire en règle d'un majeur inapte a le droit :

- D'être informé de l'existence de tout RS détenu par le CISSSMC concernant ce majeur et d'y avoir accès;
- De demander la rectification de tout RS détenu par le CISSSMC concernant un majeur inapte s'il est inexact, incomplet ou équivoque ou s'il a été recueilli ou est conservé en contravention à la loi.

B) La personne liée à l'utilisateur majeur inapte a le droit :

- D'être informée de l'existence d'un RS contenu dans les rapports d'évaluation médicale et psychosociale de l'utilisateur, détenus par le CISSSMC;
- D'avoir accès à un tel renseignement;

Uniquement si (i) l'évaluation conclut à l'inaptitude de l'utilisateur à prendre soin de lui-même et à administrer ses biens ou à accomplir un acte déterminé; et (ii) que la personne liée à l'utilisateur majeur inapte atteste sous serment qu'elle entend demander, à l'égard ce dernier, l'ouverture ou à la révision d'une tutelle, l'homologation d'un mandat de protection ou la représentation temporaire. (La personne liée peut consulter [Formulaire MC-590 - Attestation sous serment \(Annexe 3\)](#)).

11.3.3 Personnes liées à un défunt

Une personne liée à un défunt a le droit :

- D'être informée de l'existence d'un RS détenu par le CISSSMC concernant le défunt et d'y avoir accès, à condition que cela soit nécessaire à l'exercice de ses droits et de ses obligations à ce titre (par exemple, à titre de liquidateur de la succession);
- De demander la rectification d'un RS détenu par le CISSSMC concernant le défunt s'il est inexact, incomplet ou équivoque ou s'il a été recueilli ou est conservé en contravention à la loi, à condition que cette rectification mette en cause ses intérêts ou ses droits à titre d'héritier, de légataire particulier, de liquidateur de la succession ou de bénéficiaire.

11.3.4 Conjoint ou proche parent d'une personne décédée

Le conjoint ou un proche parent d'une personne décédée a le droit d'être informé de l'existence d'un RS concernant la personne décédée et d'y avoir accès lorsque ce renseignement est susceptible de l'aider dans son processus de deuil, à moins que la personne décédée n'ait refusé l'accès à ce RS conformément aux dispositions légales applicables et à la [section 11.2.3](#).

Le conjoint, l'ascendant direct ou le descendant direct d'une personne décédée a le droit d'être informé de l'existence d'un RS relatif à la cause du décès détenu par le CISSSMC et d'y avoir accès, à moins que la personne décédée n'ait refusé l'accès à ce renseignement conformément aux dispositions légales applicables et à la [section 11.2.3](#).

Les personnes liées génétiquement à une personne décédée ont le droit d'être informées de l'existence d'un RS détenu par le CISSSMC concernant la personne décédée et d'y avoir accès, à condition que cela soit nécessaire à la vérification de l'existence d'une maladie génétique ou d'une maladie à caractère familial. Ce droit s'exerce même si la personne décédée avait refusé l'accès à un RS relatif à la cause de son décès conformément aux dispositions légales applicables et à la [section 11.2.3](#).

11.3.5 Titulaire de l'autorité parentale ou tuteur d'un mineur

Dans le cas d'un mineur de moins de 14 ans, vivant ou décédé, sauf exceptions prévues par la loi, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur a le droit :

- D'être informé de l'existence de tout RS détenu par le CISSSMC concernant ce mineur et d'y avoir accès;
- De demander la rectification de tout RS détenu par le CISSSMC concernant ce mineur s'il est inexact, incomplet ou équivoque ou s'il a été recueilli ou est conservé en contravention à la loi.

Toutefois, il ne sera pas possible pour le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur d'avoir accès à ces RS:

- Si un directeur de la protection de la jeunesse détermine qu'il en découlerait vraisemblablement un préjudice pour la santé ou la sécurité du mineur dans l'une des situations prévues à la LRSSS et à la Loi sur la protection de la jeunesse, RLRQ, c. P-34.1;
- Si le mineur de moins de 14 ans est décédé et que le RS est de nature psychosociale.

Dans le cas d'un mineur de 14 ans et plus, si **(i)** après avoir consulté le mineur; et **(ii)** après avoir consulté le directeur de la protection de la jeunesse, le cas échéant, le CISSSMC est d'avis

qu'il ne découlerait vraisemblablement pas de préjudice pour la santé et la sécurité de celui-ci, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur a le droit :

- D'être informé de l'existence de tout RS détenu par le CISSSMC concernant ce mineur et d'y avoir accès, sauf certains RS visés à la Loi sur la protection de la jeunesse, RLRQ, c. P-34.1;
- De demander la rectification de tout RS détenu par le CISSSMC concernant ce mineur s'il est inexact, incomplet ou équivoque ou s'il a été recueilli ou est conservé en contravention à la loi.

11.4 Accès aux RS par les intervenants externes à Santé Québec

Afin de clarifier les procédures en place, le CISSSMC a élaboré un schéma illustrant les différentes situations d'accès et d'utilisation des RS du CISSSMC par des intervenants des organismes de la santé et des services sociaux au sens de la LRSSS (« OSSS ») autres que ceux de Santé Québec. Veuillez consulter le **Schéma d'accès aux RS par les intervenants internes et externes** ([Annexe 4](#)).

11.4.1 Intervenant professionnel

Un intervenant professionnel externe à Santé Québec peut demander l'accès aux RS détenus par le CISSSMC s'il lui est nécessaire pour offrir à l'utilisateur des services de santé ou des services sociaux.

Cette demande doit se faire par le biais du [Formulaire MC-24 – Partage de renseignements de santé et de services sociaux](#) ([Annexe 5](#)).

Cet accès pourrait toutefois lui être refusé si des restrictions d'accès ont été demandées par l'utilisateur, sous réserve des conditions établies aux sections [11.1.3](#), [11.1.4](#) et [11.2](#).

11.4.2 Intervenant non-professionnel

Un intervenant non-professionnel externe à Santé Québec peut demander l'accès aux RS détenus par le CISSSMC :

- S'il lui est nécessaire pour offrir à l'utilisateur des services de santé ou des services sociaux;
ou
- S'il lui est nécessaire pour fournir du soutien technique ou administratif à un autre intervenant qui offre des services de santé ou de services sociaux;
et
- S'il a obtenu une autorisation d'accès de l'organisation pour lequel il exerce.

Cette demande doit se faire par le biais du [Formulaire MC-24 – Partage de renseignements de santé et de services sociaux](#) ([Annexe 5](#)).

Cet accès pourrait toutefois lui être refusé si des restrictions d'accès ont été demandées par l'utilisateur, sous réserve des conditions établies aux sections [11.1.3](#), [11.1.4](#) et [11.2](#).

11.5 Accès et utilisation au sein de Santé Québec, des RS détenus par le CISSSMC

Afin de clarifier les procédures en place, le CISSSMC a élaboré un schéma illustrant les différentes situations d'accès et d'utilisation des RS au sein de Santé Québec : **Schéma d'accès aux RS par les intervenants internes et externes (Annexe 4)**.

11.5.1 Intervenant professionnel

Un intervenant professionnel qui exerce au sein de Santé Québec peut accéder et utiliser les RS détenus par le CISSSMC :

- S'il fait partie d'une catégorie de personnes identifiées à la [section 11.1](#) ou à un règlement;

et s'il répond à l'un des critères suivants :

- S'il lui est nécessaire pour offrir à l'utilisateur des services de santé ou des services sociaux;
ou
- Si l'accès ou l'utilisation est requise à des fins d'enseignement, de formation et de pratiques réflexive;
ou
- Si l'utilisation est nécessaire aux fins pour lesquelles les RS ont été recueillis;
ou
- Si l'utilisation est nécessaire à l'exercice des fonctions du CISSSMC relatives à l'organisation ou à l'évaluation des services de santé et services sociaux (ex : audits internes, sondages sur la qualité, etc).
ou
- Si l'utilisation est nécessaire à d'autres fins si l'une des conditions suivantes est remplie :
 - a. Les fins sont compatibles avec celles pour lesquelles il a été recueilli (lien pertinent et direct) : par exemple, le lien entre les antécédents médicaux et le suivi de l'utilisateur est direct, comme les antécédents peuvent influencer le traitement et les soins de l'utilisateur; ou
 - b. Manifestement au bénéfice de l'utilisateur : l'utilisation des RS peut aller au-delà des finalités initiales, tant que cela sert le bien-être et la santé de l'utilisateur; ou
 - c. Nécessaire à l'application d'une loi au Québec (que cette utilisation soit ou non prévue expressément par la loi) : par exemple, le signalement d'un potentiel abus aux autorités compétentes.

Si la demande d'utilisation est faite par un intervenant professionnel d'un autre établissement de Santé Québec que le CISSSMC, l'utilisation du [Formulaire MC-24 – Partage de renseignements de santé et de services sociaux \(Annexe 5\)](#) est fortement encouragée.

Malgré les points ci-dessus, il se pourrait que l'accès ou l'utilisation ne soit pas possible pour l'intervenant professionnel si des restrictions d'accès ont été demandées par l'utilisateur, sous réserve des conditions établies aux sections [11.1.3](#), [11.1.4](#) et [11.2](#).

11.5.2 *Intervenant non-professionnel*

Un intervenant non-professionnel qui exerce au sein de Santé Québec pourra utiliser les RS détenus par le CISSSMC :

- S'il fait partie d'une catégorie de personnes identifiées à la [section 11.1](#) ou à un règlement;
et
- S'il obtient une autorisation d'accès de la personne déléguée après avoir rempli toutes les conditions suivantes :
 - a. Être un membre du personnel, un étudiant ou un stagiaire sous supervision d'un professionnel œuvrant dans un établissement d'enseignement collégial ou universitaire, un bénévole exerçant les activités visées aux articles 39.7 et 39.8 du *Code des professions*, ou un salarié d'une agence de placement, une personne qui est de la main-d'œuvre indépendante visée à l'article 338.2 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis*, RLRQ, c. S-4.2 ou par l'article 668 de la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*, RLRQ, c. G-1.021; et
 - b. Avoir complété une formation sur la protection des RP-RS; et
 - c. S'engager par écrit à faire preuve de discrétion et à ne pas divulguer les RP-RS.

et s'il répond à l'un des critères suivants :

- S'il lui est nécessaire pour offrir à l'utilisateur des services de santé ou des services sociaux;
ou
- S'il lui est nécessaire pour fournir du soutien technique ou administratif à un autre intervenant qui offre des services de santé ou de services sociaux;
ou
- Si l'utilisation est nécessaire aux fins pour lesquelles les RS ont été recueillis;
ou
- Si l'accès est nécessaire à l'exercice des fonctions du CISSSMC relatives à l'organisation ou à l'évaluation des services de santé et services sociaux.
ou
- Si l'utilisation est nécessaire à d'autres fins si l'une des conditions suivantes est remplie :
 - a. Les fins sont compatibles avec celles pour lesquelles il a été recueilli (lien pertinent et direct); ou
 - b. Manifestement au bénéfice de l'utilisateur; ou
 - c. Nécessaire à l'application d'une loi au Québec (que cette utilisation soit ou non prévue expressément par la loi).

Si la demande d'utilisation est faite par un intervenant professionnel d'un autre établissement de Santé Québec que le CISSSMC, l'utilisation du [Formulaire MC-24 – Partage de renseignements de santé et de services sociaux \(Annexe 5\)](#) est fortement encouragée.

Malgré les points ci-dessus, il se pourrait que l'accès ou l'utilisation ne soit pas possible pour l'intervenant non-professionnel interne si des restrictions d'accès ont été demandées par l'utilisateur, sous réserve des conditions établies aux sections [11.1.3](#), [11.1.4](#) et [11.2](#).

11.5.3 Tout autre membre du personnel

Tout autre membre du personnel de Santé Québec, qu'il soit professionnel ou non-professionnel, et qui ne correspond pas à la définition d'intervenant peut utiliser les RS :

- S'il fait partie d'une catégorie de personnes identifiées à la [section 11.1](#) ou à un règlement;
- et**
- S'il a complété une formation sur la protection des RP-RS.

et s'il répond à l'un des critères suivants :

- Si l'utilisation est nécessaire aux fins pour lesquelles les RS ont été recueillis;
- ou
- L'accès est nécessaire à l'exercice des fonctions du CISSSMC relatives à l'organisation ou à l'évaluation des services de santé et services sociaux;
- ou
- Si l'utilisation est nécessaire à d'autres fins si l'une des conditions suivantes est remplie :
 - a. Les fins sont compatibles avec celles pour lesquelles il a été recueilli (lien pertinent et direct); ou
 - b. Manifestement au bénéfice de l'utilisateur; ou
 - c. Nécessaire à l'application d'une loi au Québec (que cette utilisation soit ou non prévue expressément par la loi).

Malgré les points ci-dessus, il se pourrait que l'accès ou l'utilisation ne soit pas possible pour ce membre du personnel si des restrictions d'accès ont été demandées par l'utilisateur, sous réserve des conditions établies aux sections [11.1.3](#), [11.1.4](#) et [11.2](#).

11.5.4 Accès et utilisation de RS à des fins d'organisation et d'évaluation des services de santé et des services sociaux

Une personne faisant partie des catégories de personnes identifiées à la [section 11.1](#) peut avoir accès et utiliser des RS lorsque cela est nécessaire à l'exercice de fonctions relatives à l'organisation ou à l'évaluation des services de santé et de services sociaux. Cet accès et cette utilisation de RS doivent être effectués conformément aux processus décrits ci-dessous.

11.5.5 Fonctions relatives à l'organisation, l'évaluation de la qualité des services et l'évaluation de la performance

Toute personne qui occupe des fonctions relatives à l'organisation, l'évaluation de la qualité des services ou l'évaluation de la performance peut avoir accès, sans formalité particulière, aux RS nécessaires à l'exercice de ces fonctions. Cette personne doit en tout temps veiller à accéder uniquement aux RS qui sont nécessaires à ces fonctions et à protéger la confidentialité de ces renseignements. Cette personne doit détruire toute copie de RS dès qu'elle n'est plus nécessaire aux objectifs poursuivis.

Par ailleurs, et afin d'évaluer l'expérience des usagers et les besoins des communautés, toute personne qui occupe des fonctions relatives à l'organisation ou à l'évaluation de la qualité des services peut utiliser, sans formalité particulière, le nom, l'adresse, le numéro de

téléphone et les autres coordonnées permettant de joindre un usager contenus à son dossier dans l'objectif de réaliser des sondages sur la satisfaction et les attentes en matière de services de santé et de services sociaux. Ces RS doivent être utilisés de façon responsable et conforme aux règles en vigueur. En tout temps, un usager peut demander au CISSSMC que ses RS ne soient plus utilisés à cette fin.

11.5.6 *Projet d'évaluation ou d'amélioration de la qualité des services*

Tout accès et utilisation de RS dans le cadre d'un projet d'évaluation ou d'amélioration de la qualité des services, autre qu'un projet mené par une personne visée à la [section 11.6.1](#), doivent être autorisés par l'équipe de la protection des RP-RS, le cas échéant. Il en va de même pour toute collecte de RS nécessaires à la réalisation de ce projet.

Toute personne qui aura accès à des RS dans le cadre d'un projet d'évaluation ou d'amélioration de la qualité des services doit s'engager par écrit à respecter la confidentialité de ces renseignements et à les détruire de façon sécuritaire à la fin du projet. Ces personnes doivent en tout temps veiller à accéder uniquement aux RS qui sont nécessaires aux objectifs poursuivis par le projet.

L'équipe de la protection des RP-RS tient un registre des accès aux RS qu'elle autorise.

11.5.7 *Évaluation de la qualité et de la performance des activités par un gestionnaire*

Le gestionnaire d'une personne œuvrant au sein du CISSSMC (peu importe son lieu d'affectation) peut avoir accès, sans formalité particulière, aux RP-RS nécessaires à l'évaluation de la qualité ou de la performance des activités réalisées par cette personne, lorsque cette évaluation s'inscrit dans le droit de gérance de ce gestionnaire. Ce gestionnaire doit en tout temps veiller à accéder uniquement aux RP-RS qui sont nécessaires à cette évaluation et à protéger la confidentialité de ces renseignements. Ce gestionnaire doit détruire toute copie de RP-RS dès qu'elle n'est plus nécessaire aux objectifs poursuivis.

11.5.8 *Évaluation de la qualité d'un acte professionnel ou de trajectoire clinique*

Les membres des conseils professionnels (CMDPSF, Conseil des infirmières et infirmiers, Conseil multidisciplinaire) peuvent avoir accès aux RS nécessaires à l'exercice de leurs fonctions relatives à l'évaluation de la qualité d'un acte professionnel ou de la trajectoire clinique. Cet accès doit être préalablement autorisé par la DMSP.

Les membres des conseils professionnels doivent en tout temps veiller à accéder uniquement aux RS qui sont nécessaires à cette évaluation et à protéger la confidentialité de ces renseignements. Toute copie de RS doit être détruite dès qu'elle n'est plus nécessaire aux objectifs poursuivis.

L'expert externe auquel a recours un conseil professionnel peut également se prévaloir de ce droit d'accès, à condition que cet accès soit autorisé par la DMSP et que cet expert ait prêté le serment prévu à l'annexe I de la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*, RLRQ, c. G-1.021. L'expert externe doit alors en tout temps veiller à accéder uniquement aux RS qui sont nécessaires à son mandat et à protéger la confidentialité de ces

renseignements. Toute copie de renseignements personnels doit être détruite dès qu'elle n'est plus nécessaire aux objectifs poursuivis.

Les étudiants et les stagiaires peuvent, dans le cadre de leur formation, avoir accès aux RS nécessaires à leurs travaux, notamment ceux relatifs à l'évaluation de la qualité d'un acte professionnel ou de la trajectoire clinique, suivant le processus établi par la DEAU et suivant l'autorisation de la DEAU. Les étudiants et les stagiaires doivent en tout temps veiller à accéder uniquement aux RS qui sont nécessaires à cette évaluation et à protéger la confidentialité de ces renseignements. Toute copie de RS doit être détruite dès qu'elle n'est plus nécessaire aux objectifs poursuivis.

La DMSP et la DEAU tiennent un registre des accès aux RS qu'elles autorisent.

11.6 Utilisation et communication de RS à des fins de recherche

11.6.1 Utilisation des RS avec consentement

La section 11.7 n'est pas applicable à une recherche dont il est possible d'obtenir le consentement du participant (par exemple, les essais cliniques). Veuillez consulter la [section 12](#).

11.6.2 Utilisation des RS sans consentement

Un chercheur lié à un établissement public, à l'une ou l'autre des catégories en annexe de la LRSSS ou à un établissement privé conventionné qui exploite un centre hospitalier peut avoir accès à un RS si celui-ci est nécessaire à la réalisation d'un projet de recherche. Le chercheur doit démontrer qu'il est nécessaire pour le projet de recherche d'obtenir des RS qui permettent d'identifier l'utilisateur, plutôt que des renseignements anonymisés ou agrégés. La forme dépersonnalisée (c'est-à-dire qui ne permet pas l'identification directe de la personne concernée) doit toujours être favorisée.

11.6.3 Demande d'autorisation et ÉFVP

Une ÉFVP doit être effectuée pour toute demande d'autorisation d'un chercheur à être informé de l'existence d'un RS et d'y avoir accès, sans le consentement de l'utilisateur.

L'ÉFVP doit conclure que :

- Il est déraisonnable d'exiger l'obtention du consentement de l'utilisateur;
- L'objectif du projet de recherche l'emporte, eu égard à l'intérêt public, sur l'impact de l'utilisation ou de la communication du RS sur la vie privée de l'utilisateur;
- Les mesures de sécurité qui seront en place pour la réalisation du projet de recherche sont propres à assurer la protection du RS et sont conformes à la présente politique et aux règles particulières définies par le dirigeant réseau de l'information;
- Lorsque le projet de recherche implique la communication d'un RS à l'extérieur du Québec, l'ÉFVP doit démontrer que le RS bénéficierait d'une protection adéquate, notamment au regard des principes de protection des RS généralement reconnus.

Une fois les documents reçus et l'ÉFVP favorable réalisée, le CISSSMC, par le biais de la Responsable de la protection des RS pour la recherche, signe avec le chercheur une **Entente de communication** ([Annexe 6](#)). Cette entente est ensuite transmise à la CAI.

Pour plus d'informations concernant le processus d'ÉFVP au sein du CISSSMC, veuillez consulter la **Procédure concernant les évaluations des facteurs relatifs à la vie privée** ([Annexe 7](#)), le **Processus organisationnel de demande d'évaluation et d'avis de protection des renseignements personnels et des renseignements de santé et de services sociaux** ([Annexe 8](#)) et le **Formulaire de demande d'autorisation à être informé de l'existence de renseignements de santé et de services sociaux nécessaires à la réalisation d'un projet de recherche et d'y avoir accès, sans le consentement des personnes concernées par ces renseignements** ([Annexe 9](#)).

11.6.4 Responsabilité du chercheur lors des projets de recherche sans consentement

Les obligations du chercheur envers les RS sont plus amplement détaillées à l'**Entente de communication** ([Annexe 6](#)). Dans l'éventualité où le chercheur s'adjoint d'un tiers pour la réalisation du projet de recherche, le chercheur doit communiquer avec le cr-info@rrsss16.gouv.qc.ca afin de mettre en place le processus applicable. Le chercheur doit s'assurer que le tiers respecte l'ensemble des obligations qui incombent au chercheur en vertu de l'entente de communication.

11.6.5 Recherche multicentrique ou impliquant l'accès aux RS détenus par plusieurs établissements

Lorsqu'un projet de recherche nécessite l'utilisation de RS dans plusieurs établissements de Santé Québec, le chercheur dépose sa demande d'autorisation dans l'établissement auquel il est lié. La personne ayant la plus haute autorité au sein de cet établissement (ou toute personne déléguée) est celle responsable d'autoriser l'accès et la communication des RS de tous les établissements visés par la demande d'accès. Avant de faire droit à la demande, la personne ayant la plus haute autorité au sein de cet établissement (ou toute personne déléguée) doit consulter chacun des autres établissements détenteurs de RS visés par la demande, qui disposent alors de 10 jours pour présenter leurs observations. Ce processus s'applique également à l'égard d'un projet de recherche qui nécessite l'utilisation de RS dans plusieurs OSSS.

Une entente de transfert de données ou de collaboration pourrait alors être requise entre les établissements. Pour plus d'information concernant cette entente, veuillez communiquer avec: cr-info@rrsss16.gouv.qc.ca

11.6.6 Révocation des accès

La Responsable de la protection des RS pour la recherche peut révoquer l'autorisation qu'elle a octroyée au chercheur en vertu de la [section 11.7.3](#) dès qu'elle a des raisons de croire que les normes d'éthique et d'intégrité scientifique généralement reconnues, les mesures de sécurité ou toute autre mesure prévue par l'entente ne sont pas respectées ou que la protection des RS est autrement compromise.

11.6.7 Rapport annuel

Le CISSSMC transmet annuellement à Santé Québec un rapport qui concerne les projets de recherche pour lesquels une demande d'autorisation lui a été adressée. Ce rapport est produit par le sous-comité ÉFVP - volet recherche.

12 RP-RS CONCERNANT LES PARTICIPANTS D'UNE RECHERCHE

12.1 Recherche avec consentement

Le CISSSMC, par le biais d'un chercheur, procède à la collecte, à l'utilisation et à la communication de RP-RS concernant des participants ayant consenti expressément à participer à la recherche menée au CISSSMC. Tout RP-RS recueilli et traité à cette fin le sera conformément aux modalités et précisions fournies au formulaire de consentement approuvé par le CÉR, et signé par chaque participant, ainsi que les autres documents applicables, dont, le protocole de recherche approuvé par le CÉR (collectivement, les « **documents de recherche** »).

Les documents de recherche détaillent également les fins auxquelles ces RP-RS seront utilisés et les circonstances dans lesquelles les RP-RS pourront être communiqués à des tiers. Ces documents de recherche prévoient également les processus de conservation et de destruction des RP-RS des participants. Les documents de recherche ont préséance sur la présente politique.

12.2 Recherche impliquant une banque de données ou une biobanque

Le CISSSMC procède également, par le biais d'un chercheur, à la collecte, l'utilisation et la communication de RP-RS concernant des participants ayant consenti expressément à ce que leurs RP-RS soient conservés dans des banques de données ou des biobanques de recherche. Tout RP-RS sera recueilli et traité conformément aux modalités et précisions fournies au formulaire de consentement approuvé par le CÉR et signé par chaque participant à la banque de données ou à la biobanque, ainsi que les autres documents applicables, dont, notamment, le cadre de gestion applicable à chaque banque de données ou biobanque approuvé par le CÉR (collectivement, les « **documents de la banque de données/biobanque** »).

Les documents de la banque de données/biobanque détaillent les fins auxquelles ces RP-RS seront utilisés et les circonstances dans lesquelles ils pourront être communiqués à des tiers. Finalement, les documents de la banque de données/biobanque prévoient les processus de conservation et de destruction des RP-RS. Les documents de la banque de données/biobanque ont préséance sur la présente politique.

Pour plus d'informations concernant les règles en matière de recherche au sein du CISSSMC, veuillez consulter le [Cadre réglementaire sur l'organisation et les bonnes pratiques de la recherche au CISS de la Montérégie-Centre \(R-2016-07\)](#), la [Politique sur la conduite responsable et l'intégrité scientifique en recherche \(DR 001\)](#), la [Procédure d'évaluation de la convenance institutionnelle de la recherche au CISS de la Montérégie-Centre \(DR-003\)](#) et les [Modes opératoires normalisés \(MON\) des essais cliniques au CISS de la Montérégie-Centre \(R-2023-33\)](#).

13 RP DES MEMBRES DU PERSONNEL, DES PERSONNES AFFILIÉES À L'ÉTABLISSEMENT OU DE TIERS : ACCÈS ET UTILISATION

13.1 Collecte de RP

Il est nécessaire pour le CISSSMC de collecter divers RP des membres de son personnel afin de gérer adéquatement sa relation d'emploi avec son personnel. De même, il est nécessaire pour le CISSSMC de collecter des RP auprès des personnes affiliées au CISSSMC, lui permettant ainsi de gérer le lien d'affiliation avec celles-ci. Les RP collectés sont spécifiés au [Calendrier de conservation des documents du CISSSMC](#).

Le CISSSMC procède également à la collecte de RP des personnes qui interagissent avec lui, que ce soit via son site internet (par exemple, le dépôt d'une candidature à un emploi), par courriel (par exemple, pour des questions sur divers sujets) ou par tout autre moyen dans le cadre de l'exercice de sa mission. Les détails concernant les RP recueillis sont précisés au [Calendrier de conservation des documents du CISSSMC](#) (notamment le nom, l'adresse courriel, le numéro de téléphone, l'adresse civique, etc.).

La [sections 10](#) est applicable à la présente section 13, avec les adaptations nécessaires suivant la LADOPPRP.

13.2 Utilisation des RP au sein du CISSSMC

Les RP des membres du personnel, des personnes affiliées et des tiers ne seront accessibles qu'aux membres du personnel du CISSSMC (ou de Santé Québec) dont les fonctions l'exigent. Dans le cas d'un dossier de cadre, le CISSSMC s'est doté d'une [Politique sur le dossier du cadre \(DRHDO-AJ-012\)](#).

En soumettant des RP au CISSSMC, les membres du personnel, les personnes affiliées et les tiers reconnaissent avoir consenti aux pratiques de collecte, d'utilisation et de communication établies à la présente politique.

13.3 Utilisation aux fins pour lesquelles ils ont été recueillis et exceptions

Toute personne qui fournit ses RP conformément aux conditions prévues à la [section 10](#) consent à leur utilisation aux fins pour lesquelles ils ont été recueillis.

Pour une utilisation à d'autres fins, le consentement de la personne concernée doit être obtenu. S'il s'agit d'un RP sensible, le consentement de la personne concernée doit être obtenu de façon expresse.

Certaines exceptions permettent son utilisation à d'autres fins, sans consentement de la personne concernée:

- Lorsque son utilisation est à des fins compatibles avec celles pour lesquelles il a été recueilli, soit lorsqu'il existe un lien pertinent et direct;
- Lorsque son utilisation est manifestement au bénéfice de la personne concernée;
- Lorsque son utilisation est nécessaire à l'application d'une loi au Québec;
- Lorsque son utilisation est nécessaire à des fins d'étude, de recherche ou de production de statistiques et qu'il est dépersonnalisé.

Lorsqu'un RP est utilisé dans le cas des exceptions « 1, 2 et 3 », une inscription au Registre des communications de RP est requise.

13.4 Utilisation dans le cadre d'une décision fondée exclusivement sur un traitement automatisé

Lorsque les RP sont utilisés dans le cadre d'une décision fondée exclusivement sur un traitement automatisé (décision prise sans aucune intervention humaine, par exemple, uniquement à l'aide d'algorithmes), il faut en informer la personne concernée au plus tard au moment où elle est informée de la décision et lui permettre de présenter ses observations.

Sur demande, la personne concernée doit aussi être informée :

- Des RP utilisés pour prendre la décision;
- Des principaux facteurs et des paramètres ayant mené à la décision;
- De leur droit de faire rectifier les RP utilisés.

13.5 Utilisation et communication des RP à des fins d'étude, de recherche, ou de statistiques

Le CISSSMC peut utiliser et/ou communiquer, sans le consentement de la personne concernée, des RP à une personne ou à un organisme qui souhaite utiliser ces renseignements à des fins d'étude, de recherche ou de production de statistiques.

Pour ce faire, la personne ou l'organisme qui souhaite utiliser des RP à des fins d'étude, de recherche ou de production de statistiques doit :

- Faire sa demande par écrit;
- Joindre à sa demande une présentation détaillée des activités de recherche;
- Exposer les motifs pouvant soutenir que les critères de l'ÉFVP sont remplis;
- Mentionner toutes les personnes et tous les organismes à qui il fait une demande similaire aux fins de la même étude, recherche ou production de statistiques;
- Le cas échéant, décrire les différentes technologies qui seront utilisées pour effectuer le traitement des RP;
- Le cas échéant, transmettre la décision documentée d'un comité d'éthique de la recherche relative à cette étude, recherche ou production de statistiques.

Cette utilisation/communication est conditionnelle à ce qu'une EFVP soit réalisée.

De plus, l'utilisation/ communication doit être précédée d'une **Entente de communication (Annexe 6)** avec la personne ou l'organisme à qui le CISSSMC transmet les RP. Cette entente doit être transmise à la Commission et entre en vigueur 30 jours après sa réception par celle-ci. Finalement, l'entente doit être inscrite au Registre des communications de RP.

Pour plus d'informations concernant le processus d'ÉFVP au sein du CISSSMC, veuillez consulter la **Procédure concernant les évaluations des facteurs relatifs à la vie privée (Annexe 7)** et le **Processus organisationnel de demande d'évaluation et d'avis de protection des renseignements personnels et des renseignements de santé et de services sociaux (Annexe 8)**.

14 RP RECUEILLIS OU UTILISÉS DANS LE CADRE D'UN SONDAGE

Dans le cadre de ses activités, le CISSSMC peut recueillir des RP dans le cadre de la réalisation d'un sondage.

Dans le cadre de tout sondage visant des RP, le CISSSMC :

- S'assure du respect de la législation applicable en matière de protection des RP;
- Évalue la nécessité de recourir au sondage;
- Évalue l'aspect éthique du sondage compte tenu, notamment, de la sensibilité des RP recueillis et de la finalité de leur utilisation;
- Évite autant que possible la saisie d'informations confidentielles, notamment en privilégiant les sondages anonymes ainsi que les choix de réponses;
- Consulte la DRIM, afin de s'assurer de la sécurité technologique de l'outil pressenti pour le sondage comportant des RP;
- Met en place les mesures requises pour préserver la confidentialité des RP des personnes participantes au sondage.

Le sous-comité ÉFVP – volet technologiques, ententes, communications et sondages est responsable de ce volet.

15 COMMUNICATION RP-RS

Toute communication de RP-RS doit s'effectuer de façon sécurisée. Les mesures de sécurité prises pour assurer la sécurité de la communication doivent être proportionnelles à la sensibilité des RP-RS communiqués ainsi qu'à leur quantité.

15.1 Communication nécessaire à l'application d'une loi au Québec

Le CISSSMC peut communiquer un RP-RS qu'il détient à une personne ou à un groupement dans la mesure où ce RP-RS est nécessaire à l'application d'une loi au Québec et qu'une communication, une transmission, une divulgation ou toute autre action permettant de prendre connaissance de ce RP-RS est prévue expressément par la loi. En ce qui concerne un RP, la communication peut être prévue ou non prévue expressément par la loi.

15.2 Communication nécessaire pour prévenir un risque sérieux de mort ou de blessures graves

Un RP-RS détenu par le CISSSMC peut être communiqué sans le consentement de l'utilisateur en vue de protéger une personne ou un groupe de personnes identifiables lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un risque sérieux de mort ou de blessures graves, lié notamment à une disparition ou à un acte de violence, dont une tentative de suicide, menace cette personne ou ce groupe et que la nature de la menace inspire un sentiment d'urgence.

Les RP-RS peuvent alors être communiqués à la ou aux personnes exposées à ce risque, à leur représentant ou à toute personne susceptible de leur porter secours. Seuls les RP-RS nécessaires aux fins poursuivies par la communication peuvent leur être communiqués.

Les RP-RS peuvent être communiqués par les personnes autorisées en fonction des processus établis par la **Procédure sur les conditions et les modalités de divulgation de renseignements personnels et de renseignements de santé et de services sociaux pour prévenir un risque sérieux de mort ou de blessures graves** ([Annexe 10](#)).

Toute divulgation de RP-RS doit être rapportée à la Responsable de la protection des RP-RS ou ses substituts et sera consignée au dossier de l'utilisateur selon les modalités établies par l'[Annexe 10](#). Les communications effectuées en application des dispositions de la présente section doivent être consignées au registre tenu à cette fin par la Responsable de la protection des RP-RS ou ses substituts.

15.3 Communication de RP-RS à l'extérieur du Québec

Le CISSSMC procède à une ÉFVP avant de communiquer des RP-RS à l'extérieur du Québec ou de confier à une personne ou à un organisme à l'extérieur du Québec la tâche de détenir, d'utiliser ou de communiquer pour son compte des RP-RS.

L'obligation de réaliser une ÉFVP lors d'une communication de RP-RS à l'extérieur du Québec n'est pas applicable lorsque les deux conditions suivantes sont satisfaites :

- La personne concernée ou l'utilisateur consent, de façon libre et éclairée, à cette communication et en accepte les risques inhérents ;
- Les circonstances mettent en lumière une impossibilité pour le CISSSMC de réaliser une ÉFVP ou une absence claire de pertinence de cette démarche.

Le CISSSMC s'assure que les RP-RS transférés hors du Québec bénéficient d'une protection adéquate, notamment au regard des principes de protection des RP-RS généralement reconnus. De plus, une entente écrite entre le CISSSMC et la personne ou l'organisme à l'extérieur du Québec est rédigée et tient compte des résultats de l'ÉFVP et des modalités convenues dans le but d'atténuer les risques identifiés dans le cadre de l'ÉFVP.

Afin de se conformer à ce qui précède, le CISSSMC a élaboré une **Procédure concernant les évaluations des facteurs relatifs à la vie privée** ([Annexe 7](#)).

Pour plus d'informations concernant le processus d'ÉFVP au sein du CISSSMC, voir le **Processus organisationnel de demande d'évaluation et d'avis en protection des renseignements personnels et des renseignements de santé et de services sociaux** ([Annexe 8](#)).

16 COMMUNICATION PROPRE AUX RS

16.1 Communication au Directeur des poursuites criminelles et pénales ou à un corps de police

Le CISSSMC peut communiquer un RS qu'il détient au Directeur des poursuites criminelles et pénales ou à une personne ou à un groupement qui, en vertu de la loi, est chargé de prévenir, de détecter ou de réprimer le crime ou les infractions aux lois lorsque le RS est nécessaire aux fins d'une poursuite pour une infraction à une loi applicable au Québec. Il s'agit d'une possibilité de communication de RS à l'initiative du CISSSMC et dont le CISSSMC peut choisir de se prévaloir,

notamment dans le contexte de dénonciations d'infractions commises à l'endroit de son établissement, de ses employés et de ses usagers.

Le secret professionnel constitue toutefois une limite importante à cette communication, protégeant les RS acquis par un intervenant professionnel dans l'exercice de sa fonction, lorsque l'utilisateur a une expectative raisonnable de vie privée.

Les renseignements suivants peuvent généralement être communiqués pour ces fins, sans briser le secret professionnel, considérant qu'une autre victime sans connaissance professionnelle de l'auteur du délit aurait pu fournir ce type de renseignements, notamment:

- Les gestes posés par l'auteur du délit;
- Le lieu du délit (ex. : numéro de chambre);
- Une description physique détaillée de l'auteur du délit;
- La nature du préjudice subi;
- Le nom, l'âge, la taille de l'auteur du délit.

Les renseignements protégés par le secret professionnel ne peuvent être divulgués à ces fins, notamment :

- Le diagnostic de l'utilisateur;
- Les résultats d'examen;
- Les traitements ou soins reçus;
- Toute autre information clinique confidentielle.

Le CISSSMC peut également communiquer un RS qu'il détient à un corps de police lorsqu'il est nécessaire à la planification ou à l'exécution d'une intervention adaptée aux caractéristiques d'une personne ou de la situation, dans l'un ou l'autre des cas suivants :

- Le corps de police intervient, à la demande du CISSSMC, pour lui apporter de l'aide ou du soutien dans le cadre des services qu'il fournit à une personne;
- Le CISSSMC et le corps de police agissent en concertation ou en partenariat dans le cadre de pratiques mixtes d'interventions psychosociales et policières;
- Le corps de police intervient auprès d'une personne faisant l'objet d'un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux ou d'inaptitude à subir son procès qui est sous la responsabilité du CISSSMC suivant une décision rendue en vertu de la partie XX.1 du Code criminel, L.R.C. 1985, c. C-46 par un tribunal ou par une commission d'examen.

Le RS communiqué ne peut être utilisé qu'aux fins de la planification ou de l'intervention pour laquelle il est communiqué.

Pour plus d'informations concernant le processus de communication de RS à un corps de police, veuillez consulter la **Procédure sur les conditions et les modalités de divulgation de renseignements personnels et de renseignements de santé et de services sociaux pour prévenir un risque sérieux de mort ou de blessures graves (Annexe 10)**, la **Procédure en matière de divulgation de renseignements personnels et de renseignements de santé et de services sociaux (Annexe 11)** et les **Schémas de communication de renseignements de santé et de services sociaux à un corps de police (Annexe 12)**.

16.2 Communication nécessaire à l'exercice d'un mandat ou à l'exécution d'un contrat de services ou d'entreprise

Le CISSSMC peut communiquer un RS qu'il détient à un fournisseur ou un prestataire de services à qui il confie l'exercice d'un mandat ou avec qui il conclut un contrat de services, d'entreprise ou d'approvisionnement autre que celui visant la prestation de services de santé ou de services sociaux, lorsque ce RS est nécessaire à l'exercice de ce mandat ou à l'exécution de ce contrat.

Un tel mandat ou un tel contrat doit être, selon le cas, confié ou conclu par écrit et, lorsque le fournisseur ou le prestataire de services à qui il est confié ou avec qui il est conclu n'est pas un OSSS, prévoir, sous peine de nullité, toutes les exigences prévues à la LRSSS visant la conclusion d'un tel mandat ou contrat.

Le fournisseur et le prestataire de services devra transmettre au CISSSMC, avant toute communication, un engagement de confidentialité complété par toute personne à qui le RS peut être communiqué ou qui peut l'utiliser dans l'exercice du mandat ou pour l'exécution du contrat. À ce titre, voir le **Modèle d'engagement de confidentialité dans le cadre d'un mandat ou à l'exécution d'un contrat de service, d'entreprise ou d'approvisionnement (Annexe 13)**. L'engagement est collecté par la direction concernée.

Le fournisseur et le prestataire de services qui s'adjoint d'un tiers pour exercer un mandat ou pour exécuter un contrat de services ou d'entreprise doit obtenir l'autorisation préalable du CISSSMC. Le tiers est soumis aux mêmes obligations que celles qui sont imposées au fournisseur ou prestataire de services à l'exception de l'engagement de confidentialité qui doit être transmis par le tiers au fournisseur ou au prestataire de services, et non au CISSSMC.

17 COMMUNICATION PROPRE AUX RP

17.1 Communication dans le cadre d'un mandat ou d'un contrat de services

Le CISSSMC peut, sans le consentement de la personne concernée, communiquer un RP à toute personne ou à tout organisme si cette communication est nécessaire à l'exercice d'un mandat ou à l'exécution d'un contrat de service ou d'entreprise qu'elle a confié.

Dans tous les cas, il doit confier le mandat par écrit.

À moins que le mandataire ou l'exécutant du contrat soit membre d'un ordre professionnel ou qu'il soit un autre organisme public, le CISSSMC doit respecter ces exigences additionnelles avant de communiquer un RP, soit :

- Prévoir dans cet écrit que les dispositions de la LADOPPRP lui sont applicables et prévoir les mesures que doit prendre cette personne ou organisme pour en assurer le caractère confidentiel;
- Obtenir un engagement de confidentialité complété par toute personne à qui le renseignement peut être communiqué.

La communication doit être inscrite au Registre des communications de RP.

17.2 Autres communications possibles sans consentement de la personne concernée

En plus de ce qui est prévu à la [section 16](#), d'autres situations permettent de communiquer sans consentement un RP :

- Lorsque la communication est nécessaire à l'application d'une convention collective, d'un décret, d'un arrêté, d'une directive ou d'un règlement qui établissent des conditions de travail;
- Lorsque le CISSSMC désire communiquer un renseignement sur l'identité d'une personne afin de recueillir des RP déjà colligés par une personne ou un organisme privé, toutefois, la CAI doit préalablement en être informé.

Ces communications nécessitent une inscription au Registre des communications de RP.

- Au Directeur des poursuites criminelles et pénales si le renseignement est nécessaire aux fins d'une poursuite pour infraction à une loi applicable au Québec;
- Au procureur du CISSSMC, ou au procureur général lorsqu'il agit comme procureur du CISSS, si le renseignement est nécessaire aux fins d'une procédure judiciaire autre qu'une procédure visée au paragraphe précédent;
- À une personne ou à un organisme qui, en vertu de la loi, est chargé de prévenir, détecter ou réprimer le crime ou les infractions aux lois, si le renseignement est nécessaire aux fins d'une poursuite pour infraction à une loi applicable au Québec.

18 PROJET TECHNOLOGIQUE IMPLIQUANT DES RP-RS

18.1 Utilisation d'un produit ou service technologique autorisé

Tout membre du personnel ou personne affiliée œuvrant au sein du CISSSMC a l'obligation d'utiliser uniquement les produits ou services technologique autorisés par le CISSSMC pour le traitement de RP-RS.

18.2 Évaluation au début du projet et mise à jour

L'ÉFVP est une démarche préventive visant à protéger les RP-RS et à respecter la vie privée des personnes concernées par ces renseignements. L'ÉFVP constitue une analyse d'impact qui considère tous les facteurs d'un projet ou d'une communication ayant des conséquences sur le respect de la vie privée et la protection des RP-RS des personnes concernées ou des usagers, notamment :

- La conformité à la législation applicable et le respect des principes qui l'appuient ;
- L'identification des risques d'atteinte à la vie privée et l'évaluation de leurs impacts ;
- La mise en place de stratégies pour éviter ces risques ou les réduire efficacement.

Afin de respecter les exigences légales applicables et d'assurer la confidentialité et la sécurité des RP-RS, le CISSSMC procédera à une ÉFVP de tout projet d'acquisition, de développement et de refonte d'un système d'informations ou de prestation électronique de services impliquant la collecte, l'utilisation, la communication, la conservation, la destruction ou l'anonymisation de RP-RS. La réalisation de cette évaluation devra être proportionnée à la sensibilité des RP-RS concernés, à la finalité de leur utilisation, à leur quantité, à leur répartition et à leur support.

Santé Québec favorise la mise en commun des efforts dans le cadre des démarches ÉFVP visant des projets ou communications identiques ou similaires. Ainsi, conformément à la Politique-cadre de Santé Québec, le CISSSMC peut s'appuyer sur une ÉFVP réalisée par un autre établissement ou par Santé Québec, lorsque le projet ou la communication à évaluer correspond, de façon identique ou similaire, à celui ou celle ayant déjà été évalué. Selon les circonstances, un complément à l'ÉFVP devra être réalisé, le cas échéant. Lorsqu'une nouvelle ÉFVP doit être effectuée, la Responsable de la protection des RP-RS ou ses substituts doit valider si une ÉFVP pour un projet ou une communication identique ou similaire a déjà été effectuée au sein de Santé Québec.

18.3 ÉFVP des produits ou services technologiques

Il revient au détenteur de l'actif ou au responsable du projet de veiller à ce que l'ÉFVP soit effectuée dès le début du projet.

L'ÉFVP est réalisée à l'aide des formulaires rendus disponibles à cet effet par la Responsable de la protection des RP-RS ou ses substituts, lesquels sont complétés par les personnes responsables du projet ou par le détenteur de l'actif, selon le cas. L'analyse des risques technologiques et l'identification des stratégies de mitigation de ces risques sont effectuées par la DRIM, en collaboration avec les personnes responsables du projet ou le détenteur de l'actif, selon le cas. Le sous-comité ÉFVP - volet technologique, évalue ensuite le projet sous l'angle de la protection des RP-RS.

Lorsque l'ÉFVP concerne un projet d'acquisition, de développement ou de refonte d'un produit ou service technologique ou d'un système de prestation électronique de services certifié (certification TGV), le CISSSMC doit tenir compte de cette certification et des critères qui la sous-tendent dans le cadre de la réalisation de l'ÉFVP.

Le fait qu'un produit ou service technologique ou d'un système de prestation électronique de services soit certifié ne dispense pas de l'obligation de réaliser une ÉFVP, sauf si les conditions suivantes sont satisfaites :

- Une ÉFVP a déjà été réalisée dans le cadre du processus menant à cette certification ;
- L'ÉFVP réalisée dans le cadre du processus de certification est cohérente avec les finalités d'utilisation dudit produit ou service technologique ou système de prestation électronique de services ;
- L'ÉFVP réalisée dans le cadre du processus de certification englobe l'ensemble des facettes du projet auquel le produit ou service technologique ou système de prestation électronique de services est destiné.

À la suite de son analyse, et en continu, le sous-comité ÉFVP - volet technologique, peut suggérer des mesures de mitigation à mettre en œuvre afin de réduire les risques en matière de vie privée. Les personnes responsables du projet ou le détenteur de l'actif, selon le cas, sont responsables de mettre en œuvre les stratégies de mitigation des risques déterminées dans le cadre de l'ÉFVP.

Le sous-comité ÉFVP - volet technologique tient un registre des ÉFVP effectuées.

Afin de se conformer à ce qui précède, le CISSSMC a élaboré une **Procédure concernant les évaluations des facteurs relatifs à la vie privée** ([Annexe 7](#)).

Pour plus d'informations concernant le processus d'ÉFVP au sein du CISSSMC, voir le **Processus organisationnel de demande d'évaluation et d'avis en protection des renseignements personnels et des renseignements de santé et de services sociaux (Annexe 8)**.

19 MESURES VISANT LA PROTECTION DES RP-RS

19.1 Principes généraux

Le CISSSMC met en place des mesures visant à protéger les RP-RS tout au long de leur cycle de vie.

En matière de sécurité technologique de l'information, des mesures de protection (incluant celles exigées par le MSSS, le dirigeant réseau de l'information et le ministre de la Cybersécurité et du Numérique) sont mises en place afin d'assurer la sécurité des infrastructures et des actifs informationnels et de réduire le risque de menaces telles que les cyberattaques, les virus informatiques ainsi que les pannes du réseau et de ces actifs. Une équipe responsable de la cybersécurité veille à la mise en place des mesures et assure la cybersurveillance, afin de sécuriser les infrastructures et les actifs informationnels contenant des RP-RS. Le Chef de la sécurité de l'information organisationnelle et la DRIM ont pour mandat d'assurer la mise en œuvre et l'application de la politique et des directives sous-jacentes applicables en matière de sécurité technologique de l'information. Pour plus d'informations, veuillez consulter la [Politique de sécurité des ressources informationnelles \(DRIM-101\)](#).

En ce qui concerne les RS contenus au dossier d'un usager, les mesures liées à leur protection sont également prévues à la [Procédure de gestion et de conservation des dossiers des usagers \(DSMSSS-104a\)](#).

19.2 Mécanismes de journalisation

19.2.1 Obligation relative à la journalisation des accès aux RP-RS détenus par le CISSSMC

Le CISSSMC procède à la journalisation des accès aux RP-RS qu'il détient par toute personne visée par la présente politique. Cette journalisation permet de savoir quel RP-RS a fait l'objet d'un accès, a été utilisé ou a fait l'objet d'une communication, de même que permettre de savoir qui y a accédé, l'a utilisé ou l'a communiqué. L'information journalisée précise la date et l'heure de l'accès, de l'utilisation ou de la communication.

19.2.2 Obligation de journalisation des RP-RS numériques

Le CISSSMC s'assure également que les actifs informationnels qu'il opère ou utilise permettent de journaliser les RP-RS conformément à l'obligation prévue au point précédent. De plus, lorsqu'il procède à l'acquisition d'un actif informationnel, le CISSSMC exige que les capacités de journalisation de cet actif permettent de se conformer à la présente politique.

Dans le cas où le CISSSMC détient un actif informationnel ne permettant pas une journalisation conforme à la présente politique, le CISSSMC analyse la possibilité de remplacer cet actif par un autre permettant une journalisation conforme à la présente politique.

19.2.3 Obligation de journalisation des RP-RS qui ne sont pas sur support numérique

Le CISSSMC met en place un processus visant à journaliser l'accès, l'utilisation ou la communication de RP-RS qui ne sont pas détenus sur un support numérique. Ce processus prévoit les modalités afin d'assurer le suivi efficace des RP-RS à l'extérieur de leurs lieux d'entreposage ou d'archivage.

19.2.4 Obligation d'auditer la journalisation effectuée

Le CISSSMC met en place un processus visant à procéder à un audit de la journalisation effectuée. Cet audit doit permettre au CISSSMC de vérifier si l'accès, l'utilisation ou la communication des RP-RS est effectué de manière conforme à la présente politique.

Les résultats d'audit sont communiqués au CAI-PRPRS le 31 mars et le 30 septembre de chaque année.

Tout incident de confidentialité constaté lors d'un audit doit être signalé sans délai au CAI-PRPRS.

19.2.5 Obligation de reddition de compte quant à la journalisation

Le CISSSMC transmet annuellement à Santé Québec un rapport faisant état des accès, des utilisations ou des communications de RP-RS qui ne sont pas conformes à la présente politique. Ce rapport est produit par le CAI-PRPRS.

Pour plus d'informations concernant la journalisation, veuillez consulter la **Procédure sur la journalisation des accès, l'anonymisation et la destruction des renseignements personnels et des renseignements de santé et de services sociaux** ([Annexe 14](#)).

19.3 Activités de formation et sensibilisation en matière de protection des RP-RS

Le CISSSMC prend les mesures requises pour s'assurer que toutes les personnes visées par la présente politique soient au fait des règles en matière de vie privée prévues aux lois applicables, de même qu'à cette politique. La sensibilisation et la formation de manière continue sont essentielles pour assurer la protection des RP-RS.

19.3.1 Communication de la présente politique

Le CISSSMC communique la présente politique à l'ensemble des personnes visées par celle-ci. Il s'assure également que ces personnes reçoivent les explications et la sensibilisation requise quant aux principes qu'elle contient.

Le CISSSMC s'assure que les membres du personnel et les personnes affiliées s'engagent à respecter la présente politique et documente cet engagement par le biais du **Formulaire d'engagement à respecter la politique de gouvernance des RP-RS du CISSSMC** ([Annexe 15](#)). Ce formulaire sera transmis et consigné par le CISSSMC par le biais de ses directions concernées.

À ce titre :

- La DRHDO s'assure de diffuser la politique et de collecter le formulaire d'engagement signé à tout nouveau membre du personnel lors de l'embauche;
- La DEAU s'assure de diffuser la politique et de collecter le formulaire d'engagement signé à tout étudiant, professeur ou stagiaire sous sa responsabilité;
- La DR s'assure de diffuser la politique et de collecter le formulaire d'engagement signé à tout chercheur sous sa responsabilité;
- La DMSP s'assure de diffuser la politique et de collecter le formulaire d'engagement signé à tout membre du CMDPSF exerçant leur profession au sein du CISSSMC.

La politique est ensuite communiquée de nouveau à chaque personne visée de façon périodique.

19.3.2 Formation obligatoire

Conformément aux directives de Santé Québec, le CISSSMC s'assure que les membres de son personnel et les personnes affiliées reçoivent une formation en matière de protection des RP-RS reconnue par le MSSS, dès leur entrée en fonction ou le début de l'exercice de leur profession/affiliation au sein du CISSSMC. Cette obligation s'applique également à l'égard des personnes mentionnées par règlement.

En matière de recherche, les formations portant sur les MON du CISSSMC et sur les bonnes pratiques cliniques doivent obligatoirement être complétées par les chercheurs et les membres de leurs équipes de recherche. Ces formations traitent de la protection des RP-RS.

Le CISSSMC veille également à ce que ces personnes mettent à jour annuellement leurs connaissances en matière de protection des RP-RS. Cette mise à jour porte sur:

- Les rôles et les responsabilités des membres du personnel du CISSSMC et des professionnels qui y exercent leur profession, y compris les étudiants et les stagiaires, à l'égard des RP-RS qu'il détient;
- Les règles et les modalités de conservation, de destruction et d'anonymisation des RP-RS;
- Les mesures de sécurité propres à assurer la protection des RP-RS que le CISSSMC a mises en place, notamment celles visant à minimiser les risques d'incident de confidentialité;
- Le processus de traitement des incidents de confidentialité;
- L'utilisation sécuritaire des produits ou services technologiques du CISSSMC.

Le CAI-PRPRS révisé annuellement l'offre d'activités de formation et de sensibilisation en matière de protection de RP-RS et détermine celles qui doivent être obligatoires en tenant compte de la catégorie de personnes exerçant leur profession au CISSSMC et du degré de sensibilité des RP-RS auxquels elles auront accès.

19.3.3 Activités de formation et de sensibilisation

Plusieurs activités de formation et de sensibilisation en matière de protection des RP-RS sont offertes aux membres du personnel et aux personnes affiliées, notamment en lien avec la tenue de dossier et rédaction de notes, la protection des RP-RS, la sécurité de l'information et la cybersécurité.

Des capsules de formation sur la sécurité de l'information sont également disponibles sur la plateforme « Environnement numérique d'apprentissage » (ENA) du MSSS, et ce, pour l'ensemble des membres du personnel et des personnes affiliées du CISSSMC (exemples : Cybersécurité, sensibilisation en sécurité informationnelle, confidentialité et sécurité de l'information, etc.).

Enfin, le CAI-PRPRS procède à la rédaction de feuillets d'information à l'égard des bonnes pratiques en matière de protection des RP-RS. Ces feuillets sont diffusés aux membres du personnel et aux personnes affiliées et sont disponibles sur l'intranet du CISSSMC dans la section [Boîte à outils PRP](#).

19.4 Mesures de sécurité supplémentaires

Le CISSSMC déploie divers mécanismes de protection des RP-RS afin d'en assurer la confidentialité.

19.4.1 Accès aux installations et aux actifs informationnels

Le CISSSMC restreint l'accès aux RP-RS via l'utilisation de cartes d'identité ou d'autres dispositifs d'accès tel la clé d'authentification SécurSanté (communément appelée clé DSQ) ou le processus Single Sign-On (SSO). Ces dispositifs permettent la protection des RP-RS notamment en sécurisant physiquement les entrées dans les bâtiments et les zones restreintes et en créant une barrière de sécurité numérique (accès aux logiciels, systèmes et autres actifs informationnels informatisés).

Les cartes d'identité du CISSSMC remises aux membres du personnel et personnes affiliées enregistrent l'heure et les endroits où elles sont utilisées. De plus, des caméras de sécurité installées dans les locaux du CISSSMC enregistrent sur bande vidéo les espaces clés des installations du CISSSMC. L'information tirée des cartes d'identité et des enregistrements des caméras de sécurité est accessible et utilisable à des fins de sécurité ou pour se conformer aux politiques du CISSSMC. Selon l'emplacement du poste de travail, certains RP-RS associés aux cartes d'identité et aux caméras de sécurité peuvent être recueillis, et dans un tel cas, ces RP-RS sont assujettis à la présente politique. Pour plus d'informations concernant la surveillance par caméra de sécurité, veuillez consulter la **Politique sur la vidéosurveillance (Annexe 16)**.

Afin que ces mécanismes soient efficaces, le CISSSMC s'assure de diffuser aux membres du personnel et personnes affiliées les bonnes pratiques qui doivent être respectées de tous.

Le CISSSMC veille à gérer les droits d'accès des membres du personnel et des personnes affiliées de manière à ce que les RP-RS soient rendus accessibles aux seules personnes pour lesquelles un tel accès est nécessaire dans le cadre de leurs fonctions.

Le CISSSMC doit analyser les accès aux RP-RS qu'elle détient et toutes autres utilisations et communications de ceux-ci, notamment afin de détecter les situations qui ne sont pas conformes aux normes applicables et, le cas échéant, prendre les mesures appropriées.

Pour plus d'informations, veuillez consulter le **Cadre de gestion des accès (Annexe 17)**, la [Politique de sécurité des ressources informationnelles \(DRIM-101\)](#) et la [Politique sur](#)

19.4.2 Installation de logiciels et d'équipements

Toute installation de logiciel ou d'équipement est effectuée exclusivement sous la supervision ou sur la préapprobation d'une personne compétente en la matière. D'ailleurs, le CISSSMC contrôle la circulation et les accès des représentants des fournisseurs, prestataires de service, entrepreneurs et autres à l'intérieur des installations du CISSSMC. Pour plus d'informations, veuillez consulter la [Procédure relative à l'encadrement de la présence des représentants de fournisseurs dans le CISSSMC \(DL-101\)](#).

19.4.3 ÉFVP

Tel que mentionné à la présente politique, le CISSSMC effectue des ÉFVP afin de mieux protéger les RP-RS :

- Avant de communiquer ou de confier des RP-RS à une personne à l'extérieur du Québec (voir [section 15.3](#));
- En cas de communication de RS sans le consentement des usagers à des fins de recherche (voir [section 11.7.2](#));
- En cas de communication de RP à des fins d'étude, de recherche ou de production de statistiques sans le consentement de la personne concernée ([section 13.5](#));
- Dans le cadre de projet d'acquisition, de développement et de refonte d'un système d'informations ou de prestation électronique de services impliquant des RP-RS (voir [section 16](#));
- En cas de collecte de RP pour le compte d'un autre organisme ([section 10.3](#)).

D'autres situations peuvent mener à la réalisation d'une ÉFVP, notamment en raison d'une obligation législative ou des risques en matière de vie privée engendrés par un projet.

20 DESTRUCTION ET ANONYMISATION DES RP-RS

Lorsque les finalités pour lesquelles un RP-RS a été collecté ou utilisé sont accomplies et sous réserve des délais prévus au calendrier de conservation, le CISSSMC procède à la destruction ou à l'anonymisation des RP-RS de manière sécuritaire.

20.1 Destruction

20.1.1 Documents papier

Les documents papier renfermant des RP-RS sont détruits par déchiquetage en respectant les exigences minimales émises par le MSSS et/ou la CAI. Entre autres, les documents papier à détruire et contenant des RP-RS sont placés dans la boîte ou le bac prévu à cet effet dans les services et unités du CISSSMC afin qu'ils soient déchiquetés. Les documents contenant des RP-RS ne doivent jamais être jetés à la poubelle ou au recyclage.

20.1.2 Support informatique

Les RP-RS sur support informatique (notamment les disques durs, les supports amovibles, les appareils mobiles) sont détruits de façon sécuritaire. La DRIM doit être contactée pour du soutien à cet égard.

20.2 Anonymisation

Le CISSSMC peut, au lieu de la destruction, procéder à l'anonymisation d'un RP-RS pour l'utiliser à des fins d'intérêt public. Il s'agit d'une possibilité, et non d'une obligation. L'anonymisation devra respecter les critères et exigences prévus par règlement.

Pour plus d'informations sur le processus de destruction ou d'anonymisation, veuillez consulter la **Procédure sur la journalisation des accès, l'anonymisation et la destruction des renseignements personnels et des renseignements de santé et de services sociaux** ([Annexe 14](#)).

21 OBLIGATIONS DES PERSONNES VISÉES À LA POLITIQUE À L'ÉGARD DES RP-RS

21.1 Obligations relatives au respect de la confidentialité des RP-RS

En plus des obligations susmentionnées, les personnes visées par la présente politique doivent en tout temps :

- Prendre les mesures permettant de maintenir le caractère confidentiel des RP-RS, le tout dans le respect des procédures, directives ou consignes quant aux lieux où ces RP-RS sont consultés, quant aux actifs informationnels utilisés pour accéder aux RP-RS et quant aux modalités d'entreposage, d'archivage ou de sauvegarde des RP-RS;
- Utiliser ou communiquer les RP-RS, lorsqu'il est possible de le faire, sous une forme ne permettant pas d'identifier directement la personne concernée ou l'utilisateur;
- Communiquer les RP-RS qu'aux personnes y ayant un droit d'accès;
- Ne jamais laisser une carte d'identité ou autre dispositif sans surveillance et ne pas jumeler la carte d'identité avec un autre dispositif d'accès;
- Signaler immédiatement toute perte ou vol de la carte d'identité ou autre dispositif afin de permettre au CISSSMC de les désactiver;
- Ne jamais prêter sa carte d'identité ou autre dispositif à d'autres personnes;
- Informer immédiatement son gestionnaire si un accès ne fonctionne pas ou si des comportements suspects sont observés;
- Utiliser un mot de passe fort et unique à chaque logiciel, système ou autres actifs informationnels pour protéger les accès;
- Modifier régulièrement les mots de passe;
- Utiliser les actifs informationnels mis à sa disposition par le CISSSMC exclusivement dans le cadre de l'exercice de ses fonctions;
- Se conformer aux règles, procédures, directives et consignes encadrant l'utilisation de ces actifs, notamment celles relatives à l'accès aux RP-RS, à leur transmission, ainsi qu'à leur conservation, leur archivage et leur sauvegarde;
- Faire un usage diligent et sécuritaire des actifs informationnels et de prendre les mesures appropriées afin d'éviter tout incident de confidentialité, ou toute atteinte à l'intégrité ou à la disponibilité des RP-RS, incluant toute communication ou tout accès non autorisé;

- Ne pas conserver de RP-RS à l'extérieur des actifs informationnels ou du réseau du CISSSMC;
- Prendre connaissance et s'appropriier les meilleures pratiques en matière de protection des RP-RS.

Les personnes visées à la présente politique reconnaissent que les actifs informationnels du CISSSMC sont fournis à des fins professionnelles et, en conséquence, qu'elles doivent limiter l'utilisation de ces actifs aux fins professionnelles. En ce sens, les personnes visées à la présente politique ne peuvent pas s'attendre à ce que leurs communications personnelles effectuées via le réseau ou le matériel du CISSSMC demeurent en tout temps confidentielles.

Pour plus d'information veuillez consulter la [Politique de sécurité des ressources informationnelles \(DRIM-101\)](#), la [Politique sur l'attribution et l'utilisation d'équipements et d'appareils de télécommunication mobile \(DRIM-201\)](#) et la [Politique sur le port obligatoire de la carte d'identité \(DL-112\)](#).

21.2 Transmission d'information

Les communications verbales, de visu ou par téléphone, au sujet d'une personne doivent se faire dans un endroit retiré pour respecter la confidentialité. Tout membre du personnel et toute personne affiliée doivent s'assurer de l'identité de la personne à qui elle communique des RP-RS.

Tout membre du personnel et toute personne affiliée doit également :

- Récupérer un document imprimé immédiatement après son impression;
- Utiliser l'impression sécurisée, lorsque disponible, notamment sur les imprimantes multifonctions;
- Protéger adéquatement un document contenant des RP-RS (par exemple : enveloppe sécurisée, cachetée, courrier recommandé, etc.) lors d'un envoi par courrier interne/externe ou par la poste;
- Sécuriser physiquement les documents papier dans un lieu sûr et sécuritaire (par exemple : tiroir ou classeur barré, local verrouillé avec accès limité, etc.);
- Disposer des documents dans un bac verrouillé « confidentiel » prévu à cet effet et non dans la récupération régulière ou dans les corbeilles pour le papier;
- Récupérer un document immédiatement après l'avoir transmis par télécopie. Le télécopieur doit être situé dans un endroit sûr et ne doit être utilisé que par les personnes autorisées;
- Aviser le destinataire qu'il y aura transmission et s'assurer qu'il en attendra la réception;
- Accompagner les envois d'un formulaire de transmission, en indiquant le caractère confidentiel de l'envoi, le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du destinataire ainsi que le nom et le numéro de téléphone de l'expéditeur;
- Vérifier le numéro du télécopieur du destinataire après la composition pour éviter les erreurs;
- Vérifier le rapport de transmission et le classer au dossier.

En ce qui concerne la transmission par messagerie électronique, tout membre du personnel et toute personne affiliée doivent présumer que toute communication qu'ils créent, envoient, reçoivent ou mémorisent sur les systèmes électroniques d'informations ou les systèmes informatiques du CISSSMC peut être lue par quelqu'un d'autre que le destinataire. Ainsi, tout membre du personnel et toute personne affiliée ne doivent pas envoyer d'information confidentielle, de RP ou de RS par une messagerie électronique autre que celle autorisée par le CISSSMC (Outlook du réseau de la

santé et des services sociaux (RSSS)) ou par les outils de collaboration fournis par le MSSS (suite Office 365).

Les systèmes tels que Outlook (du RSSS) ou des applications spécialisées comme DSIE, RSIPA, SyMo et autres, comportent les mécanismes garantissant la confidentialité des données transmises à l'intérieur du RSSS. Pour les envois vers l'externe par courriel Outlook du RSSS, les messages et les pièces jointes doivent d'abord être protégés en suivant les règles énoncées par le MSSS sur la plateforme Office 365.

L'échange de courriel comporte des risques reliés à l'altération possible du contenu de l'information et des risques associés aux erreurs de destinataires. Ce mode de transmission est une mesure exceptionnelle si les autres modes de communications ne peuvent fonctionner. Il peut arriver dans certaines situations d'avoir à communiquer ou échanger des informations relatives à un usager via courriel, soit avec l'utilisateur, ses proches ou des partenaires du réseau. Il faut donc obtenir un consentement éclairé à l'échange de courriels et déposer les courriels au dossier que si la teneur du contenu est nécessaire à la compréhension de l'intervention. Sinon, une note au dossier décrivant le contenu du courriel est suffisante, tout comme l'est le rapport d'un échange téléphonique au dossier. Le courriel doit être imprimé et signé par l'intervenant avant d'être déposé au dossier.

21.3 Divulgence de tout incident de confidentialité

Tout incident de confidentialité doit être déclaré au CAI-PRPRS selon les procédures suivantes :

- Si l'incident de confidentialité concerne un RS d'un usager, selon la [Procédure de déclaration des incidents et des accidents liés à une prestation de soins et de services aux usagers \(DQEPEL-206a\)](#)
- Pour tout autre RP, selon la [Procédure de déclaration des incidents de confidentialité impliquant des renseignements personnels reliés aux documents administratifs \(DACP-001a\) \(Annexe 18\)](#).

Le CISSSMC a élaboré une [Procédure en matière de gestion des incidents de confidentialité \(DACP-001b\) \(Annexe 19\)](#) laquelle (i) énonce les rôles et les responsabilités des membres de son sous-comité de gestion des incidents de confidentialité, lors de la survenance d'un tel incident; (ii) établit les critères applicables pour déterminer si un incident de confidentialité présente un risque qu'un préjudice sérieux soit causé; (iii) prévoit les mesures devant être mises en place pour gérer les incidents de confidentialité et (iv) prévoit les délais et les seuils de réalisation de chaque mesure.

Cette procédure s'applique à tout incident de confidentialité impliquant des RP-RS détenus par le CISSSMC.

21.4 Autres obligations

En plus des diverses politiques et procédures énumérées ci-dessus et visant les membres du personnel et les personnes affiliées au CISSSMC, ces derniers sont également liés aux obligations contenues aux autres politiques, procédures et directives du CISSSMC visant à assurer la confidentialité des RP-RS dans le cadre de leur fonction, notamment:

- [Politique d'utilisation des médias sociaux \(DCAP-001\)](#)

- [Politique sur le télétravail \(DRHDO-AJ-501\)](#)
- [Procédure sur la gestion du télétravail \(DRHDO-AJ-501a\)](#)
- [Procédure sur l'appartenance au système professionnel \(DSM-001\)](#)
- [Code d'éthique organisationnel \(R-2017-15\)](#)
- [Politique de communication interne et externe \(DCAP-002\)](#)

22 REGISTRES DU CISSSMC ET INVENTAIRE

22.1 Registre de produit ou service technologique

Le CISSSMC doit inscrire dans un registre tout produit ou service technologique qu'il utilise. Le CISSSMC rend accessible ce registre au public par tout moyen approprié.

22.2 Registre des incidents de confidentialité

Le CISSSMC tient un registre des incidents de confidentialité, lequel est sous la responsabilité du CAI-PRPRS.

Dans la mesure où le CISSSMC comptabilise les incidents de confidentialité dans un ou plusieurs actifs informationnels, le CAI-PRPRS a accès à ces actifs afin d'y constituer le registre mentionné ci-haut.

Le registre des incidents de confidentialité contient les informations prévues par règlement.

Les informations contenues au registre sont tenues à jour et conservées pendant une période minimale de 5 ans après la date ou la période au cours de laquelle le CISSSMC a pris connaissance de l'incident.

22.3 Registre des communications

Le CISSSMC tient à jour un registre de communication de RP-RS sans consentement.

Pour les fins de la tenue de ce registre, le Service de la gestion documentaire doit être avisé de toute transmission de RP-RS faite sans le consentement de la personne concernée ou de l'utilisateur.

Lors de la communication avec le Service de la gestion documentaire, les informations suivantes doivent être transmises :

- Le type de RP-RS communiqué;
- La personne ou l'organisme qui reçoit les RP-RS;
- La fin pour laquelle il y a communication de RP-RS;
- Les raisons et les dispositions de la LADOPPRP ou de la LRSSS qui justifient la communication.

Ce registre contient les informations prévues aux lois applicables.

22.4 Inventaire de fichiers contenant des RP

Lors de la conservation de RP, le CISSSMC verse certains RP dans un fichier de RP (par exemple, les dossiers des employés, les dossiers de paie, etc.).

Le CISSSMC maintient à jour un inventaire de ses fichiers de RP.

Le Service de la gestion documentaire doit être avisé de toute nouvelle collecte de données ou informations amenant à la création de nouveaux fichiers de RP qui :

- Sont identifiés ou se présentent de façon à être retrouvés par référence au nom d'une personne ou à un signe ou symbole propre à celle-ci, comme un numéro de dossier par exemple; ou
- Ont servi ou sont destinés à servir pour une décision concernant une personne.

Les RP qui ne tombent pas dans l'une de ces deux catégories n'ont pas à être versés dans un fichier de RP.

23 DEMANDE D'ACCÈS ET DE RECTIFICATION

23.1 Demande d'accès et de rectification par l'utilisateur ou certaines personnes liées aux RS

Les modalités d'accès ou de rectification aux RS contenus au dossier des usagers sont prévues à la [section 11.3](#).

La personne responsable du traitement transmettra à la demanderesse un avis écrit de la date de la réception de sa demande. Cet avis indiquera les délais prescrits pour donner suite à la demande et l'effet que la loi attache à son défaut de les respecter. En outre, l'avis de réception informera la demanderesse du recours en révision prévu à la LRSSS.

La personne responsable du traitement de la demande d'accès ou de rectification y donnera suite au plus tard dans les 30 jours qui suivent la date de sa réception. À défaut de répondre à une demande dans le délai applicable, la personne responsable est réputée avoir refusé d'y faire droit et ce défaut donne ouverture au recours en révision prévu à la LRSSS comme s'il s'agissait d'un refus de faire droit à la demande.

Un processus sera mis en place et communiqué afin d'encadrer les demandes de rectification.

23.2 Demande d'accès et de rectification aux RP contenus à son propre dossier

La personne responsable du traitement de la demande d'accès ou de rectification transmettra à la demanderesse un avis écrit de la date de la réception de sa demande, contenant les délais prescrits pour donner suite à la demande et l'effet que la loi attache à son défaut de les respecter. En outre, l'avis de réception informera la demanderesse du recours en révision prévu à la LADOPPRP.

La personne responsable du traitement donnera suite à une demande au plus tard dans les 20 jours qui suivent la date de sa réception. La personne responsable du traitement peut prolonger le délai

d'une période supplémentaire de 10 jours si le traitement de la demande nécessite plus de temps, mais elle doit alors donner avis à la personne concernée effectuant la demande par écrit dans le premier délai de 20 jours.

À défaut de répondre à une demande dans le délai applicable, la personne responsable du traitement est réputée avoir refusé d'y faire droit et ce défaut donne ouverture au recours en révision prévu à la LADOPPRP comme s'il s'agissait d'un refus de faire droit à la demande.

Un processus sera mis en place et communiqué afin d'encadrer les demandes de rectification.

23.3 Modalité de communication à la suite d'une demande d'accès ou de rectification prévue aux sections [23.1](#) et [23.2](#)

Si la demande d'accès est accordée, le CISSSMC communiquera le RP-RS visé et permettra à la personne demanderesse d'en prendre connaissance sur place pendant les heures habituelles de travail ou à distance et d'obtenir une copie des documents. Sur demande, la personne responsable s'assure de fournir à la personne demanderesse l'assistance d'un professionnel qualifié pour l'aider à comprendre le RP-RS.

23.3.1 *Format des communications*

Si la personne demanderesse le requiert, un RP-RS informatisé doit lui être communiqué sous la forme d'une transcription écrite et intelligible, à moins que cela ne soulève des difficultés pratiques sérieuses (voir [section 24](#)).

23.3.2 *Mesures d'accommodement*

Lorsque la personne demanderesse est une personne handicapée et que les formes usuelles de transmission ne lui permettent pas de recevoir communication des RP-RS, des mesures d'accommodement raisonnable seront prises par le CISSSMC, sur demande, pour lui permettre de recevoir communication des RP-RS auxquels elle a droit.

23.4 Demande d'accès aux RS par un intervenant externe à Santé Québec

Les modalités d'accès aux RS par un intervenant externe à Santé Québec sont prévues à la [section 11.4](#).

L'intervenant ne conserve le RS ainsi communiqué que si cela est nécessaire aux services de santé ou aux services sociaux qu'il offre ou, le cas échéant, au respect de ses obligations professionnelles. L'organisme au sein duquel l'intervenant offre ces services est alors considéré détenteur du RS conservé.

24 DROIT À LA PORTABILITÉ

24.1 Personnes visées

Toute personne peut obtenir, dans un format technologique structuré et couramment utilisé, un RP-RS informatisé qu'elle a fourni ou demandé, que celui-ci soit transmis à une autre personne ou à un organisme autorisé par les lois applicables à les recueillir dans ce même format.

24.2 Capacité des systèmes

Le CISSSMC s'assure que tout projet d'acquisition, de développement et de refonte d'un système d'informations ou de prestation électronique de services impliquant des RP-RS permet qu'un RP-RS informatisé recueilli auprès de la personne concernée ou de l'utilisateur puisse lui être communiqué dans un format technologique structuré et couramment utilisé.

24.3 Format technologique structuré et couramment utilisé

Le CISSSMC communique les RP-RS dans un format technologique permettant à des applications logicielles d'usage courant de reconnaître et d'extraire les informations qui y sont contenues. Le CISSSMC privilégie des formats adaptés aux RP-RS demandés, ouverts et interopérables.

24.4 RP-RS visés

Seuls les RP-RS informatisés recueillis auprès de la personne concernée ou de l'utilisateur sont visés par le droit à la portabilité.

Les RP-RS informatisés incluent :

- Les RP-RS que la personne a fournis directement au CISSSMC;
- Les RP-RS recueillis indirectement auprès de la personne concernée ou de l'utilisateur et qui sont, notamment, générés par son activité.

24.5 Exclusion de certains RP-RS

Les RP-RS qui ne sont pas recueillis auprès de la personne concernée ou de l'utilisateur et qui sont créés ou inférés à partir des RP-RS de la personne concernée ou de l'utilisateur ne sont pas visés par la présente section.

24.6 Exercice et modalité du droit à la portabilité

Le droit à la portabilité peut s'exercer à condition qu'il ne soulève pas de difficultés pratiques sérieuses dont, notamment, des coûts importants pour donner suite à la demande ou la complexité que nécessite le transfert.

Lorsqu'une personne demande la transmission dans un format particulier, le CISSSMC en tient compte, sauf si ce choix soulève des difficultés pratiques sérieuses.

La [section 23](#) relative aux demandes d'accès aux RP-RS s'applique au droit à la portabilité.

Lorsque le CISSSMC refuse de donner suite à une demande en raison de difficultés pratiques sérieuses, le CISSSMC doit être en mesure de fournir les justifications nécessaires lors d'une demande de révision devant la CAI.

Lorsque la demande implique la transmission de RP-RS à un organisme autorisé par la loi, le CISSSMC s'assure que le tiers est en droit de recueillir de tels RP-RS et tient compte, selon le cas :

- Des exigences de l'article 37 du *Code civil du Québec*, RLRQ, c. CCQ-1991;
- Des articles 4 et 5 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, RLRQ, c. P-39.1;
- De l'article 64 de la LADOPPRP.

24.7 Qualité des RP-RS

Le CISSSMC n'a pas l'obligation de vérifier la qualité des RP-RS avant de donner suite à chaque demande. Le CISSSMC s'assure que les RP-RS qu'il conserve sont à jour, exacts et complets pour servir aux fins pour lesquelles ils sont recueillis ou utilisés.

Pour plus d'informations au sujet de la portabilité, veuillez consulter la **Procédure sur la portabilité** ([Annexe 20](#)).

25 SITE INTERNET

Une politique de confidentialité a été incluse au site Internet du CISSSMC afin de diffuser des précisions quant à ses pratiques, comme le CISSSMC recueille, par un moyen technologique, des RP. Le CISSSMC met à jour cette politique lorsque cela est requis et s'assure que la politique de confidentialité est rédigée en termes simples et clairs. Pour plus d'informations, veuillez consulter la [Politique de confidentialité disponible sur le Portail Santé Montérégie](#) ([Annexe 21](#)).

26 PROCESSUS DE TRAITEMENT D'UNE PLAINTE RELATIVES À LA PROTECTION DES RP-RS

Si une personne estime que le CISSSMC, une personne œuvrant au CISSSMC, un consultant, un mandataire ou un fournisseur ne respecte pas la loi ou ne traite pas les RP-RS de façon appropriée, elle peut formuler une plainte à cet effet. Une plainte peut notamment porter sur la collecte, la conservation, l'utilisation, la communication ou la destruction de RP-RS.

26.1 Plainte concernant les RS

Toute plainte qui concerne le traitement des RS ou le dossier des usagers doit être déposée auprès de la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (**CLPQS**) via le formulaire de plainte en ligne: [Formulaire de plainte – CISSSMC | Portail Santé Montérégie \(santemonteregie.qc.ca\)](#).

Toute plainte portant sur des allégations de manquement à l'intégrité scientifique et à la conduite responsable en recherche eu égard aux RS sera traitée en fonction de la [Politique sur la conduite responsable et l'intégrité scientifique en recherche \(DR 001\)](#)

26.2 Plainte concernant les RP

Toute plainte qui concerne le traitement des RP ou le dossier des membres du personnel ou des personnes affiliées doit être adressée à la Responsable de la protection des RP-RS:

Responsable de la protection des renseignements personnels et de santé – services sociaux

Directrice des affaires corporatives et partenariats

Direction des affaires corporatives et partenariats

CISSS de la Montérégie-Centre

3141, boulevard Taschereau, bureau 220

Greenfield Park (Québec) J4V 2H2

Courriel: prp.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca

26.3 Transfert de la plainte

Tout membre du personnel ou toute personne affiliée qui reçoit une plainte relative à la protection des RP-RS doit la transmettre sans délai à la CLPQS, ou à la Responsable de la protection des RP-RS, selon le cas. Lorsque la plainte est formulée verbalement, le membre du personnel ou la personne affiliée accompagne la personne concernée en lui remettant les coordonnées ci-dessus mentionnées pour le dépôt de sa plainte.

26.4 Traitement d'une plainte

26.4.1 Plainte à la CLPQS

Un accusé de réception est automatiquement transmis lorsque la personne concernée complète le formulaire en ligne. La CLPQS examine la plainte pour bien cerner le problème et tenter de le résoudre. À ce moment et au besoin, elle pourra communiquer avec la personne concernée afin de valider sa version des faits.

La CLPQS informe la personne concernée des résultats de son enquête dans un délai n'excédant pas 45 jours suivant la réception de la plainte. Ses conclusions sont accompagnées des solutions pour résoudre le problème ou des mesures correctives recommandées au CISSSMC. Les conclusions sont transmises verbalement si la plainte est verbale et par écrit si elle est écrite.

Pour plus d'informations, veuillez consulter: [Plaintes, satisfaction et maltraitance - CISSSMC | Portail Santé Montérégie \(santemonteregie.qc.ca\)](#)

26.4.2 Plainte à la Responsable de la protection des RP-RS

La plainte sera examinée dès que possible. La Responsable de la protection des RP-RS pourra communiquer avec la personne concernée pour obtenir toute autre information requise au traitement. Toute plainte est traitée de façon impartiale et dans le respect de la confidentialité.

La Responsable de la protection des RP-RS informe la personne concernée des résultats de son enquête dans un délai n'excédant pas 45 jours suivant la réception de la plainte. Ses

conclusions sont accompagnées des solutions pour résoudre le problème ou des mesures correctives recommandées au CISSSMC.

26.5 Bilan des plaintes

Un bilan des plaintes relatives à la protection des RP-RS reçues au CISSSMC doit être présenté annuellement au CAI-PRPRS, incluant les mesures prises suivant le traitement d'une plainte.

27 MESURE DISCIPLINAIRE OU ADMINISTRATIVE

Lorsqu'un membre du personnel ou une personne affiliée contrevient ou déroge à la Politique-cadre de Santé Québec ou à la présente politique, le CISSSMC peut appliquer une mesure administrative ou disciplinaire en fonction de la nature du manquement. La mesure est proportionnelle au manquement et vise à le faire cesser.

En outre, si le membre du personnel ou une personne affiliée est membre d'un ordre professionnel, le CISSSMC se réserve le droit d'interpeller l'ordre professionnel concerné. À cette fin, la DRHDO accompagne les gestionnaires dans l'identification de la mesure adéquate et des démarches appropriées.

28 RÉFÉRENCES

[COMMISSION D'ACCÈS À L'INFORMATION DU QUÉBEC \(GOUV.QC.CA\). Modernisation des lois sur la protection des renseignements personnels au Québec](#)

[GOUVERNEMENT DU QUÉBEC \(quebec.ca\). Protection des renseignements personnels](#)

29 ANNEXES

Annexe 1 : [Structure des comités organisationnels – Protection des RP-RS](#)

Annexe 2 : [Formulaire de demande de restriction \(à venir\)](#)

Annexe 3 : [Formulaire MC-590 - Attestation sous serment](#)

Annexe 4 : [Schéma d'accès aux renseignements de santé et de services sociaux par les intervenants internes et externes \(à venir\)](#)

Annexe 5 : [Formulaire MC-24 – Partage de renseignements de santé et de services sociaux](#)

Annexe 6 : [Entente permettant d'être informé de l'existence de renseignements personnels ou de santé et services sociaux nécessaires à la réalisation d'un projet de recherche et d'y avoir accès, sans le consentement des personnes concernées par ces renseignements](#)

Annexe 7 : [Procédure concernant les évaluations des facteurs relatifs à la vie privée \(à venir\)](#)

- Annexe 8 : [Processus organisationnel de demande d'évaluation et d'avis de protection des renseignements personnels et des renseignements de santé et de services sociaux \(à venir\)](#)
- Annexe 9 : [Formulaire de demande d'autorisation à être informé de l'existence de renseignements de santé et de services sociaux nécessaires à la réalisation d'un projet de recherche et d'y avoir accès, sans le consentement des personnes concernées par ces renseignements](#)
- Annexe 10 : [Formulaire de demande d'autorisation à être informé de l'existence de renseignements de santé et de services sociaux nécessaires à la réalisation d'un projet de recherche et d'y avoir accès, sans le consentement des personnes concernées par ces renseignements](#)
- Annexe 11 : [Procédure en matière de divulgation de renseignements personnels et de renseignements de santé et de services sociaux \(à venir\)](#)
- Annexe 12 : [Schémas de communication de renseignements de santé et de services sociaux à un corps de police \(à venir\)](#)
- Annexe 13 : [Modèle d'engagement de confidentialité dans le cadre d'un mandat ou à l'exécution d'un contrat de service, d'entreprise ou d'approvisionnement](#)
- Annexe 14 : [Procédure sur la journalisation des accès, l'anonymisation et la destruction des renseignements personnels et des renseignements de santé et de services sociaux \(à venir\)](#)
- Annexe 15 : [Formulaire d'engagement à respecter la politique de gouvernance des RP-RS du CISSMC](#)
- Annexe 16 : [Politique sur la vidéosurveillance \(à venir\)](#)
- Annexe 17 : [Cadre de gestion des accès \(à venir\)](#)
- Annexe 18 : [Procédure de déclaration des incidents de confidentialité impliquant des renseignements personnels reliés aux documents administratifs \(DACP-001a\)](#)
- Annexe 19 : [Procédure en matière de gestion des incidents de confidentialité \(DACP-001b\)](#)
- Annexe 20 : [Procédure sur la portabilité \(à venir\)](#)
- Annexe 21 : [Politique de confidentialité disponible sur le Portail Santé Montérégie](#)

30 DISPOSITIONS FINALES ET TRANSITOIRES

30.1 Révision

La politique doit faire l'objet d'une révision aux trois (3) ans ou lorsque des modifications le requièrent. Toute modification apportée à la présente politique entre en vigueur le jour de son adoption par le président-directeur général.

HISTORIQUE DES VERSIONS (du plus ancien au plus récent)

| Numéro et titre | Date d'adoption | Établissement d'origine |
|---|------------------------|--------------------------------|
| DACP-001 – Politique de gouvernance des renseignements de santé et de services sociaux et des renseignements personnels | 2024-11-19 | CISSS de la Montérégie-Centre |
| POL-1 – Politique de gouvernance des renseignements de santé et de services sociaux et des renseignements personnels | 2026-03-10 | CISSS de la Montérégie-Centre |

RÉDIGÉE OU RÉVISÉE PAR

Direction des affaires coopératives et partenariats (DACP)

INSTANCES OU DIRECTIONS CONSULTÉES

Comité de direction

Membres du CAI-PRPRS

Comité d'éthique de la recherche