



Politique de confidentialité des renseignements médicaux

Objectif

L'Association des professeurs de l'Université d'Ottawa, ci-après appelée « l'APUO », s'est engagée à maintenir l'intégrité, la sécurité et la confidentialité des renseignements médicaux appartenant aux membres de l'APUO.

Portée

Cette politique s'applique au comité exécutif, au conseil d'administration et au personnel de l'APUO, ci-après appelés « représentants de l'APUO ».

Définitions

Aux fins de cette politique,

Consultation, fait référence à toute enquête préalable à un grief effectuée par un membre ou un groupe de membres concernant des questions comprenant, mais sans s'y limiter, le renouvellement de contrats, la promotion et la permanence, le congé d'études, le congé de maladie, le retour au travail, les accommodements, les plaintes, la discipline et autres questions générales. L'ensemble des consultations ne deviennent pas nécessairement des griefs.

Grief, selon l'article 13 de la convention collective, fait référence à une différence entre un membre, un groupe de membres ou l'APUO et l'employeur, résultant de l'interprétation, de l'application, de l'administration ou de la violation présumée de la convention collective, y compris toute question à savoir si une question est arbitrable.

Renseignements médicaux, fait référence à tous renseignements médicaux sur un membre transmis au représentant de l'APUO, de manière verbale, électronique ou par copie papier.

Énoncé de politique

Les renseignements médicaux d'un membre peuvent être reçus par un représentant de l'APUO à tout moment au cours d'une consultation ou d'un grief. Lorsque les renseignements médicaux potentiels ou existants d'un membre sont mentionnés pour la première fois ou qu'ils ont

l'impression de leur existence, les représentants de l'APUO sont tenus de demander au membre de remplir le *formulaire de consentement sur les renseignements médicaux* (annexe A). Les membres peuvent,

- Identifier les personnes et les manières par lesquelles ce sera possible d'accéder à leurs renseignements médicaux en remplissant le formulaire;
- Modifier en tout temps l'accès ou l'utilisation des paramètres du formulaire en soumettant un *formulaire de consentement sur les renseignements médicaux*; ou
- Refuser de remplir le formulaire; dans ce cas le représentant de l'APUO avisera le membre des limites possibles de la portée des discussions ou du soutien en matière de consultation ou de grief.

Les renseignements médicaux devraient être conservés et sécurisés selon les principes suivants :

A. CLASSIFICATION

Les dossiers de grief ou de consultation du membre, en version électronique ou papier, contenant des renseignements médicaux doivent être identifiés comme « médical ». Cette classification distincte garantira que les dossiers contenant des renseignements médicaux sont sécurisés de manière adéquate.

B. SÉCURITÉ

Les dossiers des membres, en version électronique ou papier, contenant des renseignements médicaux doivent être conservés de manière sécuritaire. Les fichiers papier doivent être stockés dans un classeur verrouillé. Les fichiers électroniques doivent être cryptés avec un mot de passe unique pour chaque membre, accessible uniquement à ceux à qui on a accordé l'accès aux renseignements médicaux du membre, conformément au *formulaire de consentement sur les renseignements médicaux*.

C. COMMUNICATION

Les renseignements médicaux ne doivent jamais, en aucun cas être communiqués sans qu'un *formulaire de consentement sur le partage et la communication des renseignements médicaux* ne soit dûment rempli (annexe B). Une lettre sera envoyée au membre confirmant que ses renseignements médicaux ont été communiqués, conformément au *formulaire de consentement sur le partage et la communication des renseignements médicaux* dûment rempli.

D. CONSERVATION

Les renseignements médicaux seront conservés pendant deux à quinze ans sur l'avis d'un conseiller juridique, conformément à l'article OP2100 de l'annexe A de la *politique de gestion des dossiers*. La période de conservation commence à la fermeture du dossier de consultation ou de grief du membre. Une lettre sera envoyée au membre à la clôture

de son dossier, l'informant des politiques de l'APUO sur la conservation et la destruction des renseignements médicaux.

E. DESTRUCTION ET ÉLIMINATION

Une fois la période de conservation expirée, les renseignements médicaux doivent être détruits de manière à préserver la confidentialité. La destruction doit garantir que les renseignements ne peuvent en aucun cas être reconstruits. Les fichiers papier doivent être déchiquetés, pulvérisés ou incinérés. Les fichiers électroniques doivent être effacés de manière permanente et irréversible des emplacements dans lesquels ils ont été stockés, y compris, mais sans s'y limiter, les disques durs ou le stockage infonuagique de l'APUO.

La destruction et l'élimination des fichiers papier seront confiées à une entreprise professionnelle spécialisée dans la destruction et l'élimination des documents confidentiels.

Les membres peuvent demander que leurs renseignements médicaux soient détruits à tout moment en remplissant le *formulaire de consentement de destruction des renseignements médicaux* (Annexe C).

F. CONFORMITÉ

L'application de cette politique est la responsabilité du directeur administratif de l'APUO. Une copie de cette politique sera fournie aux représentants de l'APUO au début de leur mandat respectif. Les représentants de l'APUO autorisés à traiter les renseignements médicaux d'un membre sont tenus de se conformer pleinement à cette politique.

Dans le cas où une violation de la confidentialité est suspectée, le directeur administratif ou le président enquêteront afin de déterminer la suite des mesures correctives à prendre, si nécessaire. Le directeur administratif ou le président aviseront par écrit le membre concerné du résultat de l'enquête dans un délai de soixante jours.

Références

Politique de gestion des dossiers

Enquêtes

Michel Desjardins
Directeur administratif
(613) 230-3659

Historique administratif

Autorité	Conseil d'administration
Date d'approbation initiale	2020/03/04
Date de révision	Tous les deux (2) ans
Remplace	N/A

Approuvé par le comité exécutif le 2018/09/20

Amendé et approuvé par le comité exécutif le 2020/02/05

Approuvé par le conseil d'administration le 2020/03/04

Annexe A – Formulaire de consentement sur les renseignements médicaux

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT SUR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Par la présente, je, _____, autorise les représentant.e.s suivants de l'APUO :

- Conseiller/ère juridique : _____
- Agent.e.s de griefs : _____
- Directeur/rice administratif : _____
- Autre : (titre) _____ (nom) : _____

À

- Examiner tous renseignements médicaux soumis par moi à l'APUO ou ceux que possède le département des ressources humaines de l'Université d'Ottawa afin d'évaluer mes besoins médicaux ou accommodements,
- Discuter de mes renseignements médicaux avec le département des ressources humaines de l'Université d'Ottawa, et
- Discuter de mes renseignements médicaux avec mon médecin :

Ce consentement n'autorise pas la divulgation de tous renseignements médicaux, existants ou futurs, à tout autre tiers, y compris, mais sans s'y limiter, un avocat, une compagnie d'assurance, un expert en sinistre ou un membre du personnel médical de quelque nature que ce soit. Ce sera une autorité bonne et suffisante et continuera d'être **en vigueur** jusqu'à ce qu'elle soit modifiée ou révoquée par moi, par écrit. *Renonciation : en tant qu'administrateur réseau, le directeur administratif a accès à tous les dossiers électroniques.*

Daté à Ottawa, Ontario en ce _____^e jour de _____ 20____.

Signature : _____

Annexe B – Formulaire de consentement sur le partage et la communication des renseignements médicaux

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT SUR LE PARTAGE ET LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Par la présente, je, _____, autorise les représentants suivants de l'APUO :

- Conseiller/ère juridique : _____
- Agent.e.s de griefs : _____
- Directeur/rice administratif : _____
- Autre : (titre) _____ (nom) : _____

À partager le(s) document(s) suivant(s) :

À la (aux) personne(s)/organisme(s) suivant(s) :

Ce formulaire de consentement n'autorise pas la communication de tout autre renseignement médical non mentionné ci-dessus à tout autre tiers, incluant, mais sans s'y limiter, un avocat, une compagnie d'assurance, un expert en sinistre ou un membre du personnel médical de quelque nature que ce soit.

Annexe C – Formulaire de consentement de destruction des renseignements médicaux

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE DESTRUCTION DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Par la présente, je, _____, autorise les représentant.e.s suivants de l'APUO :

- Conseiller/ère juridique : _____
- Agent.e.s de griefs : _____
- Directeur/rice administratif : _____
- Autre : (titre) _____ (nom) : _____

À détruire tous mes renseignements médicaux détenus par l'APUO, conformément au calendrier suivant :

- Immédiatement;
- Dans _____ jours / semaines / mois / années; ou
- Conserver indéfiniment. Détruire immédiatement si je quitte l'université. (Je serai consulté tous les deux ans afin de réévaluer cette autorisation.)

Daté à Ottawa, Ontario en ce _____^e jour de _____ 20____.

Signature : _____