

# OhioHealth

## Avis conjoint relatif aux pratiques de confidentialité

**Le présent Avis décrit la manière dont les renseignements médicaux vous concernant peuvent être utilisés et communiqués, et la manière dont vous pouvez accéder à ces renseignements. Veuillez en prendre connaissance attentivement.**

OhioHealth est un système de santé qui comprend les hôpitaux, les cliniques, les centres de santé communautaires, les soins médicaux à domicile et beaucoup d'autres professionnels de la santé. Le présent Avis conjoint relatif aux pratiques de confidentialité (Avis) s'applique à OhioHealth, son personnel médical et ses prestataires communautaires affiliés qui participent à des Ententes en matière de soins de santé organisés (Organized Health Care Arrangement). Il ne s'applique qu'aux services rendus dans notre rôle de prestataire de soins de santé et ne s'applique pas aux fonctions ne faisant pas partie des soins de santé comme celles relatives à certains services de remise en forme, bien-être, style de vie, éducation, employeur, entraînement sportif et aide sociale.

Nos prestataires de soins de santé travaillent ensemble pour fournir des soins de qualité à nos patients. Comme le permet la législation en vigueur, les renseignements médicaux sont partagés comme nécessaire pour effectuer le traitement, le paiement et les opérations de soins de santé. L'objectif du présent Avis est de vous expliquer comment nous partageons vos renseignements médicaux et comment vous pouvez en savoir plus sur nos pratiques de partage de renseignements.

Vous pouvez recevoir le présent Avis avant une consultation à l'hôpital ou à l'endroit de votre consultation lorsque vous arrivez. Sur le formulaire de consentement au traitement qui vous sera remis, il vous sera demandé de confirmer la réception du présent Avis conjoint relatif aux pratiques de confidentialité.

**I. En vertu de la législation, nous sommes tenus de protéger vos renseignements médicaux.** Nous sommes tenus par la loi de maintenir la confidentialité de vos renseignements médicaux protégés et de vous fournir un avis concernant nos obligations légales et pratiques de confidentialité. Nous sommes tenus de vous informer dans le cas peu probable d'un accès non autorisé à vos renseignements médicaux protégés. Nous sommes tenus de nous conformer aux dispositions du présent Avis tant que celui-ci reste en vigueur. Nous nous réservons le droit de modifier les dispositions du présent Avis si nécessaire, le nouvel avis entrant alors en vigueur pour tous les renseignements médicaux protégés tenus à jour par nos soins. Vous pourrez obtenir un exemplaire de tout avis révisé auprès du service des admissions de cet établissement ou en contactant le responsable de la protection des renseignements personnels d'OhioHealth. Consultez les informations de contact dans la Section VIII du présent Avis.

**II. Nous pouvons utiliser et communiquer (partager) vos renseignements médicaux protégés.**

- 1. Votre autorisation.** Sauf mention contraire dans le présent Avis, nous n'utiliserons et ne communiquerons en aucun cas vos renseignements médicaux protégés, à moins que vous ayez signé un formulaire autorisant leur utilisation et/ou communication. Vous avez le droit de révoquer cette autorisation par écrit sauf si des actions ont déjà été entreprises par nos soins sur la base de votre autorisation. Il existe certaines utilisations et communications de vos renseignements médicaux protégés pour lesquelles nous vous demanderons une autorisation préalable ; elles comprennent :

- **Les communications marketing** (sauf si la communication vous est faite directement et en personne, est simplement un cadeau promotionnel d'une valeur nominale, est un rappel de renouvellement d'ordonnance, est à propos d'informations générales sur la santé ou le bien-être, ou concerne des produits ou services relatifs à la santé que nous offrons ou qui sont directement en relation avec votre traitement).
  - **La plupart des ventes de vos renseignements médicaux** (sauf à des fins de traitement ou de paiement, ou conformément à la loi).
  - **La plupart des utilisations et communications des notes prises lors des séances de psychothérapie** (sauf autorisation contraire ou conformément à la loi).
2. **Traitement.** Nous pouvons utiliser et communiquer vos renseignements médicaux protégés tel que nécessaire pour votre traitement. Par exemple :
- Les médecins, le personnel infirmier et autres professionnels qui prennent part à vos soins utiliseront les renseignements dans votre dossier médical et ceux que vous fournissez concernant vos symptômes et réactions afin d'établir pour vous un traitement pouvant inclure des procédures, médicaments, tests, etc.
  - Nous pouvons communiquer vos renseignements médicaux protégés à un autre établissement ou professionnel de soins de santé qui n'est pas affilié avec nous, mais qui vous fournit ou vous fournira un traitement. Par exemple, si après votre sortie de l'hôpital, vous allez recevoir des soins de santé à domicile, nous pouvons communiquer vos renseignements médicaux protégés à l'agence de soins à domicile afin d'établir pour vous un plan de soins.
  - Si vous êtes traité pour une blessure au genou, nous pouvons partager vos renseignements médicaux avec le personnel de physiothérapie, afin qu'il vous aide à planifier votre activité.
3. **Paiement de votre traitement.** Nous pouvons utiliser et communiquer vos renseignements médicaux protégés, si nécessaire, pour le paiement des professionnels et établissements de santé qui vous ont traité ou vous ont fourni des services. Par exemple, nous pouvons transmettre des renseignements concernant vos procédures et traitements médicaux à votre compagnie d'assurance afin d'organiser le paiement pour les services qui vous ont été fournis, ou nous pouvons utiliser vos renseignements pour préparer une facture qui sera envoyée soit à vous directement, soit à la personne responsable du paiement de vos soins médicaux.
4. **Opérations de soins de santé.** Nous pouvons utiliser et communiquer vos renseignements médicaux protégés, si nécessaire et conformément à la loi, pour nos opérations de soins de santé qui incluent l'amélioration clinique, l'évaluation professionnelle par les pairs, la gestion opérationnelle, l'accréditation, les licences, etc. Par exemple :
- Nous pouvons utiliser et communiquer vos renseignements médicaux protégés afin d'améliorer les traitements et soins cliniques de nos patients.
  - Nous pouvons utiliser et communiquer vos renseignements médicaux protégés au sein de/parmi nos établissements de soins de santé affiliés ainsi que les membres qui font partie de l'Entente en matière de soins de santé organisés (Organized Health Care Arrangement) pour nos opérations de soins de santé et ceux de l'Entente.
  - Nous pouvons également communiquer vos renseignements médicaux protégés à d'autres établissements de soins de santé, professionnels de la santé ou régimes de santé dans le cadre de procédures d'assurance qualité ou de gestion de cas, mais seulement si cet établissement, ce professionnel ou régime est ou a été en relation avec vous, en tant que patient.

5. **Recherche.** Dans certaines circonstances limitées, nous pouvons utiliser et communiquer vos renseignements médicaux à des fins de recherche. Par exemple :
- Un organisme de recherche désirant comparer les résultats d'un ensemble de patients ayant reçu un médicament particulier aura besoin d'examiner une série de dossiers médicaux.
  - Dans les cas où votre autorisation expresse n'a pas été obtenue, vos renseignements seront protégés conformément à de strictes exigences en matière de confidentialité appliquées par un comité d'examen institutionnel ou un comité privé qui supervise la recherche, ou par les représentations des chercheurs qui limitent l'utilisation et la communication des renseignements des patients.
6. **Rendez-vous et services.** Nous pouvons vous contacter pour vous rappeler vos rendez-vous ou vous informer de résultats de tests ou d'autres services. Vous disposez de certains droits concernant ces communications, comme expliqué à la Section VI.
7. **Associés commerciaux.** Certains éléments de nos services sont effectués par des entités externes ou des organisations avec lesquelles nous avons des accords, comme les services juridiques, d'audit, d'accréditation, etc. Il nous est parfois nécessaire de fournir vos renseignements médicaux protégés à l'une ou plusieurs de ces entités externes ou organisations qui nous assistent. Dans tous les cas, nous demandons à ces associés commerciaux de protéger de façon appropriée la confidentialité de vos renseignements.
8. **Autres utilisations et communications.** Nous sommes autorisés ou obligés par la loi d'utiliser et de communiquer vos renseignements médicaux protégés sans votre consentement ou autorisation.
- Nous pouvons communiquer vos renseignements médicaux protégés dans tous les cas où la législation nous y oblige ;
  - Nous pouvons communiquer vos renseignements médicaux protégés pour les activités de santé publique, comme le signalement obligatoire d'une maladie, d'une blessure, d'une naissance, d'un décès, et pour les enquêtes de santé publique ;
  - Nous pouvons communiquer vos renseignements médicaux protégés, conformément à la loi, si nous suspectons un cas de maltraitance ou de négligence d'enfants, et, conformément à la loi, si nous sommes persuadés que vous êtes victime de mauvais traitements, de négligence ou de violence domestique ;
  - Nous pouvons communiquer les carnets de vaccination à l'établissement scolaire d'un étudiant, mais seulement si les parents ou tuteurs (ou l'étudiant s'il est majeur) y consentent oralement ou par écrit ;
  - Nous pouvons communiquer vos renseignements médicaux protégés à la Food and Drug Administration (FDA), le cas échéant, pour signaler des événements indésirables, des produits défectueux, ou pour participer à des rappels de produits ;
  - Nous pouvons communiquer vos renseignements médicaux protégés à votre employeur lorsque nous vous avons fourni des soins à la demande de celui-ci afin de déterminer des maladies ou blessures professionnelles, et dans la plupart des cas, vous serez informé de la communication des renseignements à votre employeur ;
  - Nous pouvons communiquer vos renseignements médicaux protégés, si la loi l'exige, à des organismes publics en charge de la supervision qui effectuent des audits, des enquêtes ou des procédures civiles ou pénales ;

- Nous pouvons communiquer vos renseignements médicaux protégés en cas d'assignation ou de demande d'enquête, et, dans certains cas, vous serez avisé de telles communications.
- Nous pouvons communiquer vos renseignements médicaux protégés aux autorités policières, conformément à la loi exigeant le signalement des crimes et blessures ;
- Nous pouvons communiquer vos renseignements médicaux protégés à des médecins légistes et/ou des directeurs funéraires, conformément à la loi ;
- Nous pouvons communiquer vos renseignements médicaux protégés, le cas échéant, pour organiser un don de vos organes ou tissus, ou une transplantation pour vous.
- Nous pouvons communiquer vos renseignements médicaux protégés à des fins de recherche particulière lorsqu'une telle recherche est approuvée par un comité d'examen institutionnel avec des règles établies pour garantir toute confidentialité ;
- Nous pouvons communiquer vos renseignements médicaux protégés dans certains cas limités si nous suspectons une menace grave envers la santé ou la sécurité ;
- Nous pouvons communiquer vos renseignements médicaux protégés si vous faites partie de l'armée, tel que requis par les services de forces armées, et aussi si cela est nécessaire dans le cadre de la sécurité nationale ou des activités de renseignement ; et
- Nous pouvons communiquer vos renseignements médicaux protégés à des organismes d'indemnisation des travailleurs, le cas échéant, pour la détermination d'indemnisations compensatoires.

### **III. Entente en matière de soins de santé organisés**

OhioHealth participe à une ou plusieurs ententes en matière de soins de santé organisés (organized health care arrangements, OHCA) avec d'autres prestataires communautaires, tels que des hôpitaux ou des cabinets de médecins, qui utilisent Epic, notre système électronique de tenue des dossiers médicaux. En participant à l'OHCA, nous pouvons recevoir de manière électronique des renseignements vous concernant de la part d'autres prestataires participant à l'OHCA, et nous mettons vos renseignements à la disposition des autres prestataires participants. Nous-mêmes et les autres prestataires participants utilisons vos renseignements pour vous traiter, coordonner vos soins, obtenir le paiement de vos soins et des opérations de soins de santé (par exemple, l'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins dispensés par les prestataires participant à l'OHCA).

Les prestataires participant à l'OHCA sont des organismes indépendants et aucun prestataire participant n'est un employé, un agent, un partenaire ou co-entrepreneur d'un autre prestataire participant (sauf dans des cas limités où un prestataire participant a conclu un accord séparé avec un autre prestataire participant). Chacun des prestataires a pris, séparément, les mesures nécessaires afin de participer à l'OHCA et partage des renseignements relatifs aux patients à des fins de traitement et d'autres raisons autorisées par la loi.

### **IV. Health Information Exchange (HIE, ou échange de renseignements médicaux)**

Vos renseignements médicaux protégés peuvent être communiqués à un organisme HIE agréé pour faciliter la prestation de vos soins de santé. L'organisme HIE agréé est tenu de disposer de systèmes de protection administratifs, physiques et techniques appropriés pour garantir la confidentialité et la sécurité des renseignements médicaux protégés. Seuls les individus autorisés peuvent accéder aux renseignements médicaux protégés de l'échange des renseignements médicaux agréé et les utiliser. Vous disposez de certains droits concernant cette communication, tel que stipulé à la Section V ci-dessous.

**V. Vous avez la possibilité d'objecter (« refuser ») les utilisations et communications suivantes :**

- 1. Le répertoire de notre établissement.** Nous tenons à jour un répertoire de notre établissement qui comprend votre nom, votre localisation ou numéro de chambre, votre état de santé général et, si vous le désirez, votre appartenance religieuse. Sauf si vous choisissez d'exclure vos renseignements du répertoire, ceux-ci, à l'exception de votre appartenance religieuse, seront communiqués à toute personne qui le demande en mentionnant votre nom. Ces renseignements, y compris votre appartenance religieuse, pourront être également communiqués aux membres du clergé. Vous avez le droit, pendant l'admission, de demander l'exclusion de vos renseignements dans ce répertoire, et vous pouvez également restreindre raisonnablement les renseignements pouvant être fournis et à qui ils peuvent être communiqués.
- 2. Famille et amis prenant part à vos soins.** Avec votre autorisation, nous pouvons communiquer de temps à autre vos renseignements médicaux à un membre de votre famille, des amis ou toute autre personne prenant part à vos soins ou au paiement associé à vos soins afin de faciliter la participation de cette personne à vos soins ou à leurs paiements. Si vous êtes indisponible, inapte, ou si, face à une situation médicale urgente, nous déterminons qu'une communication limitée peut être dans votre meilleur intérêt, nous pourrions partager un nombre limité de renseignements médicaux avec de tels individus sans votre approbation. Nous pouvons également communiquer un nombre limité de renseignements médicaux protégés à une entité publique ou privée qui est autorisée à prêter assistance dans le cadre d'efforts de secours à la suite d'une catastrophe afin que cette entité puisse localiser un membre de votre famille ou d'autres personnes pouvant prendre part, d'une façon ou d'une autre, à vos soins.
- 3. Collecte de fonds.** Nous pouvons vous contacter pour vous demander de faire un don ou de lever des fonds dans le cadre de nos efforts de collecte. Vous avez le droit de refuser de recevoir des matériels/communications concernant nos collectes de fonds, et vous pouvez le faire en envoyant votre nom et votre adresse à OhioHealth Foundation, 180 East Broad Street, 31<sup>st</sup> Floor, Columbus, Ohio 43215 ou par courriel à **OptOut\_OHF@OhioHealth.com** en joignant une déclaration stipulant que vous ne désirez pas recevoir de matériels ou communications concernant nos collectes de fonds.
- 4. Health Information Exchange (HIE, ou échange de renseignements médicaux).** En ce qui concerne un HIE, vous-même ou votre représentant avez le droit de demander par écrit à ce que nous respections le point (a) ou le point (b) ou bien les deux ci-dessous : (a) nous ne communiquons aucun de vos renseignements médicaux protégés à l'organisme HIE agréé ; (b) nous ne communiquons que certaines catégories de vos renseignements médicaux protégés à l'organisme HIE agréé. Toute restriction de communication de vos renseignements médicaux protégés que vous imposez en vertu de (a) ou de (b) peut entraîner l'interdiction d'accès d'un prestataire de soins de santé à des renseignements qui lui seraient nécessaires pour vous établir un traitement médical approprié. Nous devons respecter toute restriction de communication des renseignements médicaux protégés que vous imposez en vertu de (a) ou de (b) ci-dessus, conformément aux exigences juridiques existantes. Vous pouvez faire cette demande écrite en contactant le Service des dossiers médicaux de cet établissement.

**VI. Vos droits concernant vos renseignements médicaux.**

**1. Accès à vos renseignements médicaux protégés.** Vous avez le droit de copier et/ou vérifier tous les renseignements médicaux que nous tenons à jour vous concernant.

- Toutes les demandes d'accès doivent être faites par écrit et signées par vous-même ou votre représentant. Si ce service est payant, nous vous en informerons à l'avance.
- Des frais d'expédition vous seront également facturés si vous voulez obtenir une copie par la poste et vous serez facturé pour l'élaboration d'un récapitulatif des renseignements demandés si vous nous faites une telle demande. Vous pouvez obtenir un formulaire de demande d'accès auprès du Service des dossiers médicaux de cet établissement.
- Vous avez le droit d'obtenir une copie électronique de vos renseignements médicaux qui existent sous format électronique, et vous pouvez demander à ce que cette copie soit transmise directement à une entité ou personne que vous aurez désignée, sous réserve qu'une telle désignation soit claire, manifeste et spécifique avec un nom complet et une adresse postale ou toute autre information d'identification personnelle.
- Nous pouvons vous facturer des frais pour la main-d'œuvre et les fournitures lors de l'élaboration de la copie de vos renseignements médicaux électroniques.

**2. Modifications de vos renseignements médicaux protégés.** Si vous pensez qu'il y a une erreur dans vos renseignements médicaux ou estimez que les renseignements doivent être modifiés afin d'être exacts, vous avez le droit de demander par écrit que nous modifions ou corrigions vos renseignements médicaux.

- Nous ne sommes pas obligés de procéder à toutes les modifications demandées, mais nous étudierons attentivement chaque demande.
- Toutes les demandes de modification, afin d'être considérées, devront être faites par écrit, signées par vous-même ou votre représentant, et devront indiquer les raisons des modifications/corrections à apporter.
- Si nous procédons à une modification ou correction à la suite de votre demande, nous en aviserons également ceux qui travaillent avec nous et disposent de copies du dossier non corrigé si nous estimons qu'une telle notification est nécessaire.
- Vous pouvez obtenir un formulaire de demande de modification auprès du Service des dossiers médicaux de cet établissement.

**3. Relevé des communications de vos renseignements médicaux protégés.** Vous avez le droit de recevoir un relevé de certaines communications de vos renseignements médicaux protégés, effectuées par nos soins. Ce droit ne s'applique pas aux communications effectuées à des fins de traitement, de paiement ou d'opérations de soins de santé.

- Ces demandes doivent être faites par écrit et signées par vous-même ou votre représentant.
- Les formulaires de demande de relevé sont disponibles auprès du Service des dossiers médicaux de cet établissement.
- Le premier relevé de toute période de 12 mois est gratuit ; des frais pourront vous être facturés pour chaque relevé suivant que vous demanderez au cours de cette même période de 12 mois.
- Les relevés seront limités à une période de six ans précédant la date de la demande.

**4. Restrictions de l'utilisation et des communications de vos renseignements médicaux protégés.** Vous avez le droit d'imposer des limites quant à la manière dont nous utilisons et

communiquons vos renseignements médicaux protégés pour votre traitement, le paiement ou les opérations de soins de santé.

- Vous ne pouvez pas limiter les utilisations qui nous sont autorisées par la loi.
- Vous pouvez obtenir un formulaire de restriction auprès du Service des dossiers médicaux (Medical Records Department) de cet établissement.
- Dans la plupart des cas, nous ne sommes pas obligés d'accepter votre demande de restriction, mais nous ferons notre possible pour répondre aux demandes raisonnables lorsque celles-ci seront appropriées.
- Nous nous réservons le droit de mettre fin à une restriction à laquelle nous avons convenu si nous estimons qu'il est approprié de le faire. Dans ce cas, nous vous en informerons.
- Vous avez également le droit de mettre fin à une restriction à laquelle nous avons convenu en envoyant une notification par écrit, signée par vous-même ou votre représentant, au Service des dossiers médicaux (Medical Records Department) de cet établissement.
- Si vous réglez vous-même le total de la facture pour ce service et nous demandez de ne pas envoyer d'informations concernant ce service particulier à votre compagnie d'assurance pour paiement, nous honorerons cette demande à partir du moment où ces informations ne sont pas nécessaires pour expliquer d'autres services pour lesquels votre assurance sera facturée.

**5. Communications confidentielles.** Vous ou votre représentant avez le droit de demander à ce que les communications concernant vos renseignements médicaux protégés vous soient envoyées par nos soins à l'aide d'un autre moyen ou à un autre endroit, et nous satisferons aux demandes raisonnables. Par exemple, si vous désirez que les rappels de rendez-vous ne soient pas laissés dans votre boîte vocale ou qu'ils soient envoyés à une adresse particulière, nous satisferons aux demandes raisonnables. De telles demandes doivent être faites par écrit et envoyées au Service des dossiers médicaux (Medical Records Department) de cet établissement.

**6. Copie sur papier.** Vous avez le droit d'obtenir une copie sur papier de cet Avis, même si vous en avez demandé une copie par courriel ou un autre moyen électronique.

**VII. Notification de communications non autorisées.** Dans le cas peu probable de compromission de vos renseignements médicaux protégés, nous nous en informerons et vous indiquerons les mesures à prendre afin de vous protéger.

**VIII. Questions et réclamations.** Si vous avez des questions ou besoin d'aide supplémentaire concernant cet Avis, vous pouvez contacter le responsable de la protection des renseignements personnels d'OhioHealth à l'adresse suivante : 180 East Broad Street, 32<sup>nd</sup> Floor, Columbus, Ohio 43215 ou composez le 1-866-411-6181. Si vous estimez que votre droit à la vie privée a été violé ou si vous n'êtes pas d'accord avec une décision que nous avons prise concernant l'accès à vos renseignements médicaux, vous pouvez contacter :

- le responsable de la protection des renseignements personnels d'OhioHealth, ou
- le Secrétaire du Département américain de la santé et des services sociaux à Washington D.C., par écrit et dans un délai de 180 jours après la violation de vos droits.
- Aucune mesure de représailles ne sera prise à votre égard si vous portez réclamation.

**IX. Date d'entrée en vigueur.** Le présent Avis conjoint relatif aux pratiques de confidentialité entre en vigueur à compter du 1er juin 2017.