

## CLINIQUES PROACTIVE SANTÉ

### Engagement à la confidentialité au respect de l'éthique professionnelle et des principes

---

En tant que personne œuvrant au sein des cliniques Proactive santé (Maizerets ou Neufchâtel), je reconnais que, conformément aux lois et à l'éthique, toute information obtenue dans l'exercice de mes fonctions ou de mes activités et qui concerne les usagers ainsi que le personnel demeure strictement confidentielle.

Par conséquent, je m'engage à respecter :

- les codes de déontologie professionnels;
- les règles d'éthique;
- les règlements et principes de l'entreprise;
- l'intégrité et la confidentialité des renseignements obtenus dans le cadre du travail;
- la confidentialité quant à l'identité de la clientèle.

Aussi, je m'engage à :

- traiter avec le plus grand souci de confidentialité tout dossier et/ou tout document (papier, numérique, audio, vidéo, etc.) et, par le fait même, à ne jamais apporter ou consulter ceux-ci hors des lieux physiques de l'entreprise, à moins qu'une permission ou une licence spécifique l'autorisant ne me soit octroyée;
- ne jamais divulguer d'information, à qui que ce soit, sans l'assentiment de l'autorité compétente (supérieur hiérarchique ou administrateur désigné de l'entreprise);
- ne jamais utiliser les renseignements qui proviennent du travail à des fins personnelles;
- ne jamais recueillir de renseignements nominatifs ou confidentiels si cela n'est pas nécessaire dans le cadre de mes activités professionnelles;
- signaler tout bris ou toute suspicion de bris de confidentialité à mon supérieur immédiat ou à l'administrateur désigné de l'entreprise à des fins de saine gestion des risques;
- ne jamais utiliser d'appareils électroniques personnels ou de l'entreprise pour photographier, numériser ou acquérir des informations cliniques d'un dossier d'utilisateur;
- ne consulter que les renseignements de santé pertinents aux soins et services, incluant ceux accessibles au DSQ. Les gestes suivants sont notamment considérés comme inappropriés, même dans le cadre d'activités de formation ou de révision :
  - consultation de mon propre dossier;
  - consultation du dossier d'un membre de ma famille;
  - consultation du dossier d'un collègue de travail;
  - consultation du dossier d'une personne pour qui je n'effectue pas le suivi de santé

*Je comprends que des mesures et sanctions administratives proportionnelles, allant jusqu'au congédiement immédiat sans compensation, seront appliquées devant tout manquement à cet engagement.*

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

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

\_\_\_\_\_

FONCTION :

\_\_\_\_\_

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT  
D'ENSEIGNEMENT, LE CAS ÉCHÉANT :

\_\_\_\_\_

SIGNATURE :

\_\_\_\_\_

DATE :

\_\_\_\_\_

SIGNATURE DU  
TÉMOIN :

\_\_\_\_\_

DATE :

\_\_\_\_\_

**REMETTRE CE DOCUMENT À VOTRE SUPÉRIEUR OU ADMINISTRATEUR DESIGNÉ  
DES CLINIQUES PROACTIVE SANTÉ**

