



GOUVERNEMENT DU DISTRICT DE COLUMBIA
DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ COMPORTEMENTALE
AVIS CONJOINT SUR LES PRATIQUES DE CONFIDENTIALITÉ

**LE PRÉSENT AVIS DÉCRIT L'ÉVENTUELLE UTILISATION OU DIVULGATION D'INFORMATIONS MÉDICALES PRIVÉES, NOTAMMENT SUR LA SANTÉ MENTALE, LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DE L'ALCOOLISME ET/OU LA TOXICOMANIE DES PATIENTS.
MERCİ DE BIEN VOULOIR LIRE CET AVIS AVEC ATTENTION.**

Le réseau du Département de la santé comportementale (DSC) comporte le DSC et des prestataires agréés ou diplômés par le DSC qui ont conclu un contrat ou un accord avec le DSC pour proposer des services ou aides psychiatriques et/ou de traitement et prévention de l'alcoolisme/de la toxicomanie. Cet avis explique comment les membres du réseau du DSC utilisent, partagent et protègent les Informations Médicales Protégées (IMP) des patients.

Qu'est que les IMP ?

« IMP » désigne toute information verbale, écrite ou enregistrée susceptible d'identifier ou de servir à identifier un individu et liée à sa santé comportementale, notamment ses traitements et leur paiement.

UTILISATION ET DIVULGATION DES IMP SANS AUTORISATION PRÉALABLE

Dans quels cas mes IMP peuvent-elles se voir transmises sans mon accord/autorisation ?

(1) **Vos IMP (dont les informations sur votre santé mentale et les traitements et prévention de l'alcoolisme et/ou d'une toxicomanie tenus par un prestataire) peuvent être divulgués sans accord ni autorisation préalable(s) dans les situations suivantes :**

- Signalement d'un potentiel cas de maltraitance ou de négligence d'un ou plusieurs enfant(s).
- En cas d'urgence médicale, lorsque la santé d'un individu est menacée et nécessite une attention médicale immédiate.
- Lors d'activités de surveillance de la santé comme des programmes d'évaluation et des audits.
- En réponse à une injonction légale ou une incitation à comparaître.
- À des fins de recherches, par exemple dans le développement de meilleurs traitements à condition que l'étude réponde à des exigences en matière de respect de la vie privée.
- Signalement d'un délit ou d'une suite de délits dans les locaux de travail du prestataire ou à l'encontre du personnel du prestataire.
- Conformément à la demande d'un organisme de services certifié ou dans le cadre d'un accord de partenariat.

(2) **Des Informations de santé mentale.** En outre, les IMP relatives à la santé mentale d'une personne peuvent être divulguées sans consentement ni autorisation préalable dans les situations suivantes :

- Besoin de coordonner le traitement, les avantages et les services des prestataires du réseau de la DSC ou du Département américain de la santé et des services à la personne du district avec leurs homologues prestataires couverts par la loi américaine HIPAA, dont le Département des services sociaux, le Bureau des services d'aide à l'enfance, le Ministère de la santé et le Ministère des finances médicales.
- Besoin de coordonner le traitement, les avantages et les services de prestataires de santé physique et mentale extérieurs au réseau de la DSC. Cette autorisation n'est toutefois pas absolue. Il est possible d'explicitement refuser au prestataire le droit de partager ses IMP, les prestataires ne pourront alors

divulguer leurs notes d'évolution. « Refus explicite » désigne le fait de ne pas vouloir laisser le prestataire partager ses IMP avec d'autres prestataires hors du réseau de la DSC sans signer une autorisation préalable ou si le prestataire est obligé par la loi à partager ses IMP. Par exemple, un prestataire peut être contraint légalement à partager des IMP en cas d'urgence médicale ou conformément à une injonction pénale.

- Un professionnel de la santé mentale estime nécessaire de demander une hospitalisation d'urgence en clinique psychiatrique ou pour protéger le patient ou un tiers de graves préjudices physiques.
- Signalement d'un potentiel cas de maltraitance ou de négligence d'un ou plusieurs enfant(s).
- Sur demande d'un représentant d'agence mandaté par un organisme de défense et de protection du district de Columbia au cours d'une enquête sur des allégations de maltraitance ou de négligence de personnes souffrant de maladie(s) mentale(s).
- À des représentants mandatés des forces de l'ordre ou d'établissements pénitenciers chargés de la garde légitime du patient, afin de faciliter la prestation de services de santé mentale ou d'aide psychologique.
- Pour surveiller la conformité des IMP dans le cadre d'une libération avant procès, sur parole, supervisée ou d'une entente de déjudiciarisation au regard d'une thérapie psychiatrique.

QUESTIONS FRÉQUENTES

Si je suis un programme de traitement prophylactique ou thérapeutique contre l'alcoolisme/la toxicomanie, mon prestataire peut-il partager les renseignements de mon traitement avec un autre prestataire du réseau sans mon consentement ?

Non. L'article 42 section 2 du Code des Règlements Fédéraux stipule qu'un consentement écrit est nécessaire pour divulguer les informations d'un traitement prophylactique ou thérapeutique pour alcooliques et toxicomanes sauf si l'une des exceptions mentionnées en (1) s'applique.

Si j'en donne l'autorisation, mes IMP peuvent-elles être divulguées ou servir à d'autres fins ?

Oui. Vos IMP peuvent être partagées à d'autres fins que celles décrites ci-dessus sous réserve d'en donner l'autorisation explicite avec un formulaire d'autorisation signé. Par exemple, il est possible de nous autoriser à transmettre vos IMP à un prestataire extérieur au réseau de la DSC pour lui permettre de vous fournir un service ou une thérapie nécessaire. Il est possible de déclarer l'autorisation valide pour une période donnée jusqu'à trois cent soixante-cinq (365) jours sauf si l'autorisation de divulgation a été effectuée afin de toucher une assurance-vie ou toute assurance de santé renouvelable non-résiliable ou garantie, auquel cas la durée de validité de l'autorisation peut être étendue jusqu'à deux (2) à partir de la date de prise d'effet de la police.

Si j'autorise la divulgation, puis-je révoquer mon autorisation ?

Oui. Sauf pour des raisons d'assurance, il est possible de révoquer une autorisation à tout moment par mise en demeure écrite auprès du prestataire. Cependant, ceci doit être fait par écrit et apporter la lettre au prestataire pour que les membres du réseau de la DSC cessent d'utiliser et de divulguer vos IMP. Les prestataires du réseau sont autorisés à utiliser et divulguer vos IMP sur la base de l'autorisation fournie jusqu'à réception de votre révocation écrite par le prestataire du réseau. La révocation d'une autorisation n'impacte en rien les actions du prestataire du réseau avant la réception de ladite révocation.

Que dois faire le réseau pour protéger mes IMP ?

Tous les prestataires du réseau sont tenus légalement de protéger la confidentialité de vos IMP et de vous fournir cet Avis sur leurs devoirs civiques et bonnes pratiques de confidentialité. Si la loi venait à changer les conditions de cet Avis, tous les prestataires du réseau seront tenus de suivre les conditions stipulées dans le nouvel Avis.

Quels sont mes droits vis-à-vis de mes IMP ?

- Vous avez le droit de refuser explicitement la divulgation des IMP relatives à votre santé mentale aux prestataires de soins qui n'appartiennent pas au réseau du DSC.
- Vous avez le droit de voir et de reproduire vos IMP à de rares exceptions près.
- Vous avez le droit de demander à faire éditer le dossier de vos IMP.
- Vous avez le droit d'être informé(e) sur vos IMP de la manière confidentielle de votre choix. Le mode de transmission des informations doit rester dans les limites du raisonnable pour nous.
- Vous avez le droit de demander à restreindre l'utilisation et la divulgation de vos IMP. Les prestataires du réseau ne sont pas tenus d'être d'accord avec vos restrictions mais en cas d'accord, ils sont tenus de les suivre.
- Vous avez le droit de restreindre la divulgation de vos IMP lorsque de l'argent peut vous être demandé en conséquence.
- Vous avez le droit d'être tenu informé(e) des divulgations que les prestataires du réseau ont effectué et concernant vos IMP.
- Vous avez le droit à une version papier du présent Avis de confidentialité.
- Vous avez le droit d'être notifié(e) de toute violation de vos IMP.

Que faire si je souhaite mettre en avant mes droits, si j'ai des questions ou si je veux me plaindre de l'utilisation et/ou de la divulgation de mes IMP ?

Si vous souhaitez exercer vos droits, que vous avez une question ou que vous voulez vous plaindre de l'utilisation et/ou de la divulgation de vos IMP, **veuillez contacter l'Agent de protection des renseignements privés auprès de l'agence qui vous dispense votre traitement.** Vous pouvez aussi joindre l'Agent de protection des renseignements privés auprès du DSC à l'adresse ci-dessous :

DBH Privacy Officer
D.C. Department of Behavioral Health
64 New York Avenue, NE, 2nd Floor
Washington, D.C. 20002
Téléphone : (202) 671-4088
ATS/ATME : (202) 673-7500
Courriel : dsh.privacy@dc.gov

Il est aussi possible de joindre le Bureau des droits civiques du Département américain de la santé et des services aux personnes à l'adresse suivante :

Office for Civil Rights – Region III
U.S. Department of Health and Human Services
150 S. Independence Mall West, Suite 372,
Public Ledger Building
Philadelphia, PA 19106-9111
Ligne principale : (215) 861-4441 ; Assistance téléphonique : (800) 368-1019 ;
Fax : (215) 861-4431 ; ATME (215) 861-4440
Courriel : ocrmail@hhs.gov

De plus, vous avez le droit de formuler un grief grâce à la procédure de réclamation du DSC. Il est interdit à quiconque de prendre des mesures contre vous en cas de plainte sur l'utilisation et la divulgation de vos IMP.

En cas de difficulté à comprendre cet Avis, merci de bien vouloir demander de l'aide.

MODIFICATIONS DE CET AVIS

Si la loi venait à changer les conditions de cet Avis, tous les prestataires du réseau seront tenus de suivre les conditions stipulées dans le nouvel Avis. En cas de modification de cet avis, les changements s'appliqueront à toutes les IMP (dont les informations sur votre santé mentale et les traitements prophylactiques et thérapeutiques de l'alcoolisme et/ou d'une toxicomanie tenus par un prestataire) créées ou transmises avant modification de l'avis. L'avis modifié sera publié sur le site internet du DSC; il doit vous être remis lors de votre prochaine visite et rapporté à tous les services rattachés.

**ACCUSÉ DE RÉCEPTION
DE L'AVIS SUR LES PRATIQUES DE CONFIDENTIALITÉ**

Par la présente, je reconnais avoir reçu l'Avis conjoint sur les pratiques de confidentialité du réseau du prestataire du DSC, et m'être vu remettre une copie de l'avis.

Signature : _____ Date : _____

Nom (en lettres majuscules) : _____

Relation (si différent d'une relation client) _____

_____ Je refuse de signer ce formulaire.

_____ Je refuse explicitement le partage de mes IMP avec les prestataires de santé physique et mentale extérieurs au réseau du DSC. Je comprends que ce refus explicite n'impacte en rien l'autorité de mon prestataire du DSC à divulguer des informations sur ma santé mentale sans consentement dans le cadre de la Loi du District de Columbia sur les informations de santé mentale dans les circonstances décrites section (2) du présent Avis conjoint sur les pratiques de confidentialité.

Note au personnel du réseau :

Si le client ou son mandataire refuse l'avis ou de signer l'avis, merci d'accepter ce refus et de fournir les renseignements suivants :

Nom du membre du réseau : _____

Poste : _____

Signature : _____ Date : _____

Commentaires : _____

Avis conjoint sur les pratiques de confidentialité et copie de l'Attestation de prise de connaissance (client)
Attestation originale de prise de connaissance (dossier clinique)



**GOVERNEMENT DU DISTRICT DE COLUMBIA
DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ COMPORTEMENTALE**

**Autorisation pour l'utilisation ou la divulgation d'Informations Médicales Protégées
(dont informations sur la santé mentale et traitements prophylactiques et/ou thérapeutiques contre l'abus
d'alcool/de drogues)**

Nom du client (en lettres majuscules) _____ **Numéro d'identification** _____

Adresse _____ **Date de naissance** _____

Ville/Département/Code postal _____ **Autres noms d'usage** _____

DESTINATAIRE DES INFORMATIONS:	INFORMATIONS COMMUNIQUÉES PAR:
Nom / Dénomination : _____	Nom / Dénomination : _____
Organisation : _____	Organisation : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Téléphone : _____ Fax _____	Téléphone _____ Fax _____

INFORMATIONS À DIVULGUER : Par la présente j'autorise et réclame de mon plein gré la divulgation de mon dossier médical (y compris les échanges papier, verbaux, et par voie électronique). En particulier, cette autorisation concerne la transmission de tout dossier et autre information concernant mes traitements, hospitalisations et soins de consultation dont : (Cocher les éléments dont vous souhaitez autoriser la divulgation)

- Abus d'alcool, de drogue ou autre(s) substance(s);
- Dossiers susceptibles d'indiquer la présence d'une maladie transmissible ou non-transmissible, fiches de compte-rendu de test pour le VIH/SIDA.

Restrictions de communiqué :

- Valide uniquement du _____ au _____
- Exceptions (lister les exceptions s'il y en a) _____
- Uniquement les éléments suivants (lister des documents précis le cas échéant) : _____

INFORMATIONS À UTILISER POUR LE(S) OBJECTIF(S) SUIVANT(S) (Liste) : _____

EXPIRATION : La validité de cette autorisation prendra fin dans trois cent soixante-cinq (365) jours à compter de la date de signature de ce formulaire sauf si l'une des deux cases suivantes est cochées, auquel cas la validité prendra fin à la date la plus proche :

- Le _____ (note : ne pas dépasser les trois cent soixante-cinq – 365 – jours à compter de la date de signature du formulaire).
- Le _____ lorsque _____
(Indiquer une date) (Préciser un événement particulier)

DROIT DE RÉSILIATION : Je reconnais pouvoir résilier la présente autorisation à tout moment par envoi d'une mise en demeure à l'organisation que j'avais autorisée à communiquer ces informations. Je reconnais que résilier cette autorisation n'impactera en aucune façon les actions entreprises par l'organisation autorisée à communiquer ces informations avant

réception de mon avis de résiliation écrit. Je reconnais que mon droit à résilier cette autorisation peut se voir limité si le but de l'autorisation comporte une candidature à une assurance santé ou à une assurance vie.

AUTRES DROITS : Je reconnais que ces informations ne peuvent être légalement divulgués sans mon autorisation par la personne ou l'organisation qui les a reçu sauf impératif légal. Je reconnais avoir le droit d'inspecter mon dossier d'Informations Médicales Protégées. Je reconnais aussi ne pas pouvoir me voir refuser l'inscription ou l'accès aux services si je décide de ne pas signer ce formulaire. Toutefois, je ne pourrais pas formuler de demande de prestations ou de renouvellement de prestations susceptibles de m'aider à régler ces services.

SIGNATURE DU CLIENT OU DE SON MANDATAIRE :

Je, sous-signé _____, reconnait autoriser l'utilisation et/ou la divulgation des informations médicales protégées ci-dessus définies.

Nom complet (en lettres majuscules) _____

Signature _____ Date _____

AUTORISATION À AGIR AU NOM DU CLIENT (cocher un seul élément) :

Soi _____ Proche _____ Mandataire* _____ (y compris tuteur et procuration)

Autre _____ (préciser) : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

** Tout mandataire doit présenter les pièces justificatives correspondantes. En attacher une copie au présent formulaire.*

SIGNATURE D'UN INDIVIDU MINEUR : Si l'âge du client est d'au moins quatorze (14) ans mais sous les dix-huit (18) ans, la présente autorisation n'est pas valide, sauf apposition d'une signature supplémentaire par un proche, un tuteur légal ou tout autre mandataire majeur. Tout individu mineur peut autoriser la divulgation de ses informations sur la seule base de sa signature si (1) il s'agit d'un mineur émancipé ou (2) il suit un traitement ou reçoit des services sans le consentement d'un proche ou d'un tuteur légal.

Nom complet (en lettres majuscules) _____ Date de naissance ____ No. de téléphone _____

Adresse : _____

Signature du mineur _____ Date _____

LA VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ DU CLIENT OU MANDATAIRE AUTORISANT DE PLEIN GRÉ LA DIVULGATION EST IMPÉRATIVE

- Photo d'identité officielle : Joindre en copie.
- Déclaration verbale d'un agent gouvernemental officiel ou d'un prestataire du Département de la santé comportementale.

Répétez ce qui vous a été dit et expliquer pourquoi ce recours était raisonnable compte tenu des circonstances.

En cas d'envoi du formulaire par courrier postal, la signature sur le formulaire doit être certifiée conforme / la personne qui donne son consentement doit faire certifier sa signature comme conforme ou joindre une copie de sa carte d'identité officielle.

J'ai vérifié l'identité de la personne qui donne son consentement

Nom complet (en lettres majuscules) _____ Poste _____

Signature _____ Date _____

La validité de cette autorisation sera nulle à compter du : _____ Signature _____

(Date)

(Client / mandataire et relation entre lui et le client)

À L'ATTENTION DU DÉPOSITAIRE DES DOSSIERS :

1. Fournir une copie de cette autorisation au client ou à son mandataire.
2. Placer l'original signé dans le dossier médical du client.
3. Enregistrer cette autorisation / La transmettre à l'Agent de protection des renseignements privés ou à son suppléant pour enregistrement.
4. Envoyer une copie de ce formulaire avec toute information à divulguer.

Formulaire DBH-HIPAA 3
2016-06-01

Page 2 sur 2