

Demande de formulaire de directive de consentement du dossier de santé électronique

Aperçu

Une directive de consentement permet à une personne/un patient, ou à son mandataire spécial, de restreindre l'accès, dans certaines circonstances, à des renseignements personnels sur la santé figurant dans le [dossier de santé électronique \(DSE\)](#) provincial.

Une demande de directive de consentement peut être présentée par la personne à laquelle les renseignements personnels sur la santé se rapportent ou par le mandataire spécial de cette personne (MS) (c.-à-d. une personne autorisée en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* [LPRPS] à consentir, au nom de la personne, à la collecte, à l'utilisation ou à la divulgation de renseignements personnels sur la santé la concernant). Une demande de directive de consentement présentée par un mandataire spécial doit être accompagnée de documents attestant son pouvoir d'agir. Pour plus d'informations, voir **Instructions supplémentaires pour un mandataire spécial** (pages 6 et 7).

Santé Ontario reçoit des renseignements sur la santé destinés au DSE de la part de nombreux fournisseurs de soins de santé partout dans la province. Par conséquent, certains types de renseignements sur la santé peuvent être conservés dans plus d'un répertoire du DSE. Cela signifie que l'application d'une directive de consentement à l'information contenue dans un répertoire peut ne pas limiter l'accès à cette même information dans un autre répertoire. Par exemple, l'information sur les résultats d'analyses de laboratoire conservée dans le répertoire du SILO ou l'information sur les médicaments conservée dans le RNM peut également figurer dans un rapport du répertoire RDCsa (tel qu'un sommaire de congé). Il convient d'en tenir compte lors de la présentation d'une demande au moyen du formulaire de demande de directive de consentement du DSE.

Dérogations au consentement

Conformément à la LPRPS, il existe certaines circonstances dans lesquelles un dépositaire de renseignements sur la santé peut accéder à des renseignements du DSE visés par une directive de consentement. C'est ce qu'on appelle une dérogation au consentement. La *Politique sur les directives de consentement et la dérogation à la préséance du consentement pour le dossier de santé électronique* précise les circonstances dans lesquelles une dérogation est permise. La politique est accessible ici :

https://ehealthontario.on.ca/files/public/support/EHR_Consent_Directive_Consent_Override_Policy.pdf

Il convient de que, dans certains cas, un dépositaire de renseignements sur la santé peut ne pas disposer des capacités techniques nécessaires pour effectuer une dérogation au consentement et, par conséquent, peut ne pas être en mesure d'accéder aux renseignements personnels sur la santé pendant qu'une directive de consentement est en vigueur, même s'il existe un risque important de préjudice corporel grave pour la personne concernée ou pour une autre personne ou un groupe de personnes.

Instructions pour établir, modifier ou retirer une directive de consentement :

1. Remplissez les champs obligatoires (*).
2. Indiquez vos instructions relatives à la directive de consentement à la section 3.
3. Soumettez le formulaire dûment rempli, accompagné de copies des documents attestant votre pouvoir d'agir (obligatoires si vous présentez la demande à titre de mandataire spécial), à Santé Ontario :
 - a. **En ligne :** <https://consentform.ontariohealth.ca/Home/CreateConsentFr>
 - b. **Par la poste :** Santé Ontario - Bureau de la protection de la vie privée
500 - 525, avenue University
Toronto, Ontario
M5G 2L3
 - c. **Télécopieur :** 416-586-4397 ou 1-866-831-0107

4. Une fois votre demande traitée, Santé Ontario vous fera parvenir une lettre de confirmation.

N'utilisez pas le courriel pour soumettre ce formulaire afin d'assurer la sécurité des renseignements personnels sur la santé. Les demandes transmises par courriel seront refusées et supprimées, et la personne qui présente la demande sera invitée à la soumettre de nouveau par la poste, par télécopie ou par le portail en ligne.

Questions

Pour toute question concernant ce formulaire ou la façon de le remplir, veuillez communiquer avec le Bureau de la protection de la vie privée de Santé Ontario, comme suit :

- **Téléphone** : 416-946-4767 ou 1-888-411-7742
- **Courriel** : OH-DS_privacy@ontariohealth.ca

Remarque : N'incluez aucun renseignement personnel sur la santé dans votre courriel (par exemple, numéro de carte Santé ou antécédents médicaux).

- **Courrier et télécopie** : comme indiqué ci-dessus

De plus amples renseignements sont disponibles sur notre site Web :

<https://ehealthontario.on.ca/fr/privacy/managing-access-to-your-ehr>

VEUILLEZ REMPLIR LES CHAMPS OBLIGATOIRES (*)

SECTION 1 : PERSONNE POUR LAQUELLE UNE DIRECTIVE DE CONSENTEMENT EST DEMANDÉE

*PRÉNOM		*NOM DE FAMILLE		*DATE DE NAISSANCE AAAA-MM-JJ	
*VEUILLEZ FOURNIR L'UN DES ÉLÉMENTS SUIVANTS :					
☐ NUMÉRO DE CARTE SANTÉ ONTARIO : _____					
☐ NUMÉRO DE DOSSIER MÉDICAL (NDM) : _____					
et ORGANISME AYANT ÉMIS LE NDM : _____					
☐ NUMÉRO DE CLIENT DU SYSTÈME D'INFORMATION SUR LA SANTÉ ET LES SERVICES CONNEXES (CHRIS) : _____					
*ADRESSE POSTALE :					
N° DE RUE		NOM DE LA RUE		N° D'UNITÉ	
VILLE		PROVINCE		CODE POSTAL	
*VEUILLEZ INDiquer VOTRE MODE DE COMMUNICATION PRÉFÉRÉ SI UN SUIVI EST REQUIS :					
☐ TÉLÉPHONE ☐ COURRIEL		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : _____			
		ADRESSE COURRIEL : _____			
SECTION 2 : RENSEIGNEMENTS SUR LE MANDATAIRE SPÉCIAL (si vous faites la demande pour une autre personne). Des documents justificatifs sont requis; voir INSTRUCTIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR UN MANDATAIRE SPÉCIAL (pages 6 et 7)					
*LIEN AVEC LA PERSONNE : _____					
* PRÉNOM :			* NOM DE FAMILLE :		
* ADRESSE POSTALE :					
N° DE RUE		NOM DE LA RUE		N° D'UNITÉ	
VILLE		PROVINCE		CODE POSTAL	
*VEUILLEZ INDiquer VOTRE MODE DE COMMUNICATION PRÉFÉRÉ SI UN SUIVI EST REQUIS :					
☐ TÉLÉPHONE ☐ COURRIEL		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : _____			
		ADRESSE COURRIEL : _____			

SECTION 3 : DÉTAILS DE LA DEMANDE DE DIRECTIVE DE CONSENTEMENT

Indiquez votre directive de consentement à l'option 1 OU à l'option 2 ci-dessous en sélectionnant Bloquer ou Autoriser

Option n° 1 – Répertoire (un ou plusieurs)

Répertoire des données cliniques sur les soins actifs et communautaires (RDCsa)

Données démographiques du patient, rapports du service des urgences, rapports de consultation, sommaires de congé, résultats cardiovasculaires, rapports en santé mentale, ainsi que dossiers de soins à domicile et en milieu communautaire, y compris les renseignements sur le placement en soins de longue durée, les évaluations des risques et les plans de soins. Source des dossiers : Hôpitaux et organismes de soins à domicile et en milieu communautaire.

- ☐ Bloquer l'accès de tous les utilisateurs aux renseignements personnels sur la santé de la personne dans ce répertoire
OU
☐ Autoriser tous les utilisateurs à consulter les renseignements personnels sur la santé de la personne dans ce répertoire

Répertoire des services communs d'imagerie diagnostique (SC ID)

Rapports et images d'imagerie diagnostique, tels que radiographies, tomodensitométrie, IRM, échographies et autres. Source des dossiers : Hôpitaux et centres de services de santé communautaires intégrés.

- ☐ Bloquer l'accès de tous les utilisateurs aux renseignements personnels sur la santé de la personne dans ce répertoire
OU
☐ Autoriser tous les utilisateurs à consulter les renseignements personnels sur la santé de la personne dans ce répertoire

Système d'information de laboratoire de l'Ontario (SILO)

Demandes et résultats d'analyses de laboratoire en biochimie, hématologie, pathologie, banque de sang, microbiologie et analyses génétiques. Source des dossiers : Ministère de la Santé, hôpitaux, laboratoires communautaires et laboratoires de santé publique.

- ☐ Bloquer l'accès de tous les utilisateurs aux renseignements personnels sur la santé de la personne dans ce répertoire
OU
☐ Autoriser tous les utilisateurs à consulter les renseignements personnels sur la santé de la personne dans ce répertoire

Répertoire numérique des médicaments (RNM)

Registres des médicaments préparés et des services de pharmacie fournis dans les pharmacies communautaires ainsi que des médicaments administrés dans les hôpitaux. Source des dossiers : Ministère de la Santé, pharmacies communautaires et hôpitaux.

- ☐ Bloquer l'accès de tous les utilisateurs aux renseignements personnels sur la santé de la personne dans ce répertoire
OU
☐ Autoriser tous les utilisateurs à consulter les renseignements personnels sur la santé de la personne dans ce répertoire

Option n° 2 - Global

Tous les dossiers contenus dans l'ensemble des répertoires cliniques du DSE (énumérés ci-dessus) AINSI que dans tout répertoire futur du DSE.

- ☐ Bloquer l'accès de tous les utilisateurs aux renseignements personnels sur la santé de la personne dans le DSE
OU
☐ Autoriser tous les utilisateurs à consulter les renseignements personnels sur la santé de la personne dans le DSE

SECTION 4 : DÉTAILS DE L'AUTORISATION

4A : DÉCLARATION DE COMPRÉHENSION

- Je comprends que les renseignements personnels sur la santé figurant sur ce formulaire sont recueillis par Santé Ontario en vertu du Règlement de l'Ontario 329/04, qui désigne Santé Ontario comme organisme prescrit aux fins de la partie V.1 de la LPRPS, et qu'ils seront utilisés par Santé Ontario aux fins de la présente demande de directive de consentement conformément à l'article 55.6 de la LPRPS. Toute question concernant cette collecte ou cette utilisation doit être adressée au Bureau de la protection de la vie privée de Santé Ontario.
- Je comprends qu'il existe des conséquences et des risques potentiels inhérents au fait de bloquer l'accès des dépositaires de renseignements sur la santé, y compris les hôpitaux et les professionnels de la santé, aux renseignements personnels sur la santé aux fins de la prestation ou de l'aide à la prestation de soins de santé à la personne concernée, et j'accepte d'assumer l'entière responsabilité de ces conséquences et de ces risques.
- Je comprends que certains dépositaires de renseignements sur la santé, y compris des professionnels de la santé, peuvent ne pas avoir la capacité technique d'effectuer un contournement de consentement et, par conséquent, peuvent ne pas être en mesure d'accéder aux renseignements personnels sur la santé tant qu'une directive de consentement est en vigueur, même s'il existe un risque important de préjudice corporel grave pour la personne à laquelle les renseignements se rapportent ou pour une autre personne ou un groupe de personnes.
- Je comprends que Santé Ontario peut utiliser les renseignements personnels sur la santé contenus dans le dossier de santé électronique afin d'exercer ses fonctions à titre d'organisme prescrit aux fins de la partie V.1 de la LPRPS, et ce, indépendamment de l'existence d'une directive de consentement.
- Je comprends que, dans certaines situations, Santé Ontario peut être autorisée ou tenue par la loi de communiquer des renseignements personnels sur la santé contenus dans le dossier de santé électronique à d'autres personnes, notamment à un coroner, à un médecin hygiéniste, au ministère de la Santé et/ou au ministère des Soins de longue durée, ainsi qu'à certaines autres personnes, selon les directives du ministre compétent de temps à autre, et ce, indépendamment de l'existence d'une directive de consentement.
- Je comprends que les directives de consentement ne peuvent pas s'appliquer aux renseignements personnels sur la santé figurant dans le Registre provincial des clients du dossier de santé électronique.
- Je comprends qu'il est interdit, en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, d'affirmer sciemment de façon inexacte que je suis autorisé(e) à consentir à la collecte, à l'utilisation ou à la communication de renseignements personnels concernant une autre personne.
- Je comprends qu'en signant et en soumettant le présent formulaire de demande de directive de consentement à Santé Ontario, j'affirme que je suis autorisé(e) à consentir à la collecte, à l'utilisation ou à la communication de renseignements personnels sur la santé concernant la personne identifiée à la section 1 du présent formulaire.

4B : SIGNATURE

J'ai lu et compris la déclaration de compréhension ci-dessus et j'affirme que les renseignements fournis dans le présent formulaire ainsi que dans tout document soumis à l'appui de la présente demande sont exacts, complets et à jour.

*PRÉNOM ET NOM DE FAMILLE DE LA **PERSONNE QUI SOUMET LA DEMANDE** (EN LETTRES MOULÉES) :

*DATE :
AAAA-MM-JJ

*SIGNATURE :

Vous souhaitez obtenir ce renseignement dans un format accessible? 1-877-280-8538, ATS 1-800-855-0511,

info@ontariohealth.ca.

Document available in English by contacting info@ontariohealth.ca

Instructions supplémentaires pour un mandataire spécial

Un mandataire spécial est une personne autorisée, en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, à consentir au nom d'une personne à la collecte, à l'utilisation ou à la communication de renseignements personnels sur la santé la concernant.

Avant de soumettre une demande à titre de mandataire spécial au nom d'une personne, veuillez examiner les renseignements ci-dessous afin de vous assurer que vous êtes autorisé(e) à le faire. **Si vous soumettez une demande à titre de mandataire spécial, vous devez joindre des documents justificatifs.**

Remarque : veuillez soumettre des copies des documents justificatifs requis. N'envoyez pas les originaux, car les documents justificatifs ne sont pas retournés à la personne qui soumet la demande.

1. **Si la personne est incapable de consentir**, une personne* décrite dans l'un des paragraphes suivants peut consentir en son nom :
 1. Le tuteur à la personne ou le tuteur aux biens de la personne, si le consentement relève de l'autorité du tuteur de prendre une décision au nom de la personne.
 2. Le procureur aux soins personnels ou le procureur aux biens de la personne, si le consentement relève de l'autorité du procureur de prendre une décision au nom de la personne.
 3. Le représentant de la personne nommé par la Commission en vertu de l'article 27, si ce représentant est autorisé à donner le consentement.
 4. Le conjoint ou le partenaire de la personne.
 5. Un enfant ou un parent de la personne, ou une société d'aide à l'enfance ou toute autre personne légalement autorisée à donner ou à refuser le consentement à la place du parent. Le présent paragraphe n'inclut pas un parent qui ne dispose que d'un droit d'accès à la personne. Si une société d'aide à l'enfance ou une autre personne est légalement autorisée à consentir à la place du parent, le présent paragraphe n'inclut pas le parent.
 6. Un parent de la personne qui ne dispose que d'un droit d'accès à la personne.
 7. Un frère ou une sœur de la personne.
 8. Tout autre membre de la famille de la personne.

*La personne ne peut consentir que si elle est la personne la plus haut placée sur la liste, qu'elle est apte à consentir, qu'elle est âgée d'au moins 16 ans (ou qu'elle est le parent de la personne), qu'elle n'est pas interdite par une ordonnance judiciaire ou une entente de séparation, et qu'elle est disponible et disposée à assumer cette responsabilité.

Documents justificatifs :

- Une copie d'un document juridique démontrant que le mandataire spécial est autorisé à consentir au nom de la personne (par exemple, procuration relative aux soins personnels; documents de garde ou de tutelle), **OU**
- Pour un enfant de moins de 16 ans : une copie du certificat de naissance de la personne indiquant les signatures des deux parents figurant sur le certificat de naissance du patient **et** une pièce d'identité des deux parents délivrée par une autorité fédérale, territoriale, provinciale, municipale ou étatique, **OU**
- Si ce qui précède ne s'applique pas, une lettre d'un dépositaire de renseignements sur la santé ou d'un organisme de soins de santé confirmant que le mandataire spécial est autorisé à consentir au nom de la personne

2. **Si la personne est apte à consentir** et âgée d'au moins 16 ans, la personne peut autoriser par écrit une autre personne (âgée d'au moins 16 ans et apte à consentir) à agir en son nom.

Documents justificatifs :

- Lettre signée par la personne indiquant que le mandataire spécial est autorisé à consentir en son nom **et** une copie de la carte étudiante de la personne ou d'une pièce d'identité délivrée par une autorité fédérale, territoriale, provinciale, municipale ou étatique

3. **Si la personne est âgée de moins de 16 ans**, un parent* de l'enfant, une société d'aide à l'enfance ou toute autre personne légalement autorisée à donner ou à refuser le consentement à la place du parent peut consentir, sauf si les renseignements se rapportent à :
- a. Un traitement au sens de la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*, à l'égard duquel l'enfant a pris lui-même une décision conformément à cette loi, ou
 - b. Des séances de conseil auquel l'enfant a participé seul en vertu de la *Loi de 2017 sur les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille*.

Exception : Si la personne est un enfant de moins de 16 ans, qu'elle est apte à consentir, et qu'elle prend une décision concernant ses renseignements personnels sur la santé qui est en conflit avec la décision du parent ou d'une autre personne légalement autorisée, la décision de l'enfant prévaut.

*Le terme « parent » n'inclut pas un parent qui ne dispose que d'un droit d'accès à l'enfant.

Documents justificatifs :

- Une copie du certificat de naissance de la personne, **ainsi** qu'une pièce d'identité (délivrée par une autorité fédérale, territoriale, provinciale, municipale ou étatique) des deux parents inscrits sur le certificat de naissance, **et** le formulaire de demande doit être signé par les deux parents, **OU**
- Une copie d'un document juridique démontrant que le mandataire spécial est autorisé à consentir au nom de la personne (par exemple, documents de garde ou de tutelle)

4. **Si la personne est décédée**, le fiduciaire de la succession ou la personne qui a assumé la responsabilité de l'administration de la succession de la personne décédée, si la succession n'a pas de fiduciaire de succession.

Documents justificatifs :

- Une copie du testament de la personne désignant le demandeur à titre de fiduciaire de la succession, **OU**
- Une copie du certificat de nomination (ou d'une ordonnance judiciaire conférant une autorité équivalente)

5. **Une personne qu'une loi de l'Ontario ou du Canada autorise ou oblige à agir au nom de la personne** (que celle-ci soit apte ou inapte).

Documents justificatifs :

- Une copie d'un document juridique démontrant que le mandataire spécial est autorisé à consentir au nom de la personne

Vous souhaitez obtenir ce renseignement dans un format accessible? 1-877-280-8538, ATS 1-800-855-0511, info@ontariohealth.ca.

Document available in English by contacting info@ontariohealth.ca