



## CADRE CANADIEN D'ANALYSE DES INCIDENTS

### *Entente de confidentialité*

© 2012 Institut canadien pour la sécurité des patients

Tous droits réservés. Une permission est accordée par les présentes pour redistribuer ce document, en partie ou en totalité, à des fins pédagogiques non commerciales, sous réserve que son contenu ne soit pas modifié, que l'Institut canadien pour la sécurité des patients soit dûment reconnu pour ce travail et qu'il soit mentionné clairement que l'Institut canadien pour la sécurité des patients ne soutient pas cette redistribution du document. Une permission écrite de l'Institut canadien pour la sécurité des patients doit être obtenue pour faire usage de ce document à toute autre fin, y compris pour en utiliser les illustrations dans un but commercial.

Citation entière :

Partenaires collaborant à l'analyse des incidents. Cadre canadien d'analyse des incidents. Edmonton, Alberta : Institut canadien pour la sécurité des patients, 2012. Les partenaires collaborant à l'analyse des incidents sont l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, Saskatchewan Health, Patients pour la sécurité des patients du Canada (un programme de l'ICSP dirigé par les patients), Paula Beard, Carolyn E. Hoffman et Micheline Ste-Marie.

Cette publication est téléchargeable gratuitement à : [www.securitedespatients.ca](http://www.securitedespatients.ca)

Pour obtenir des renseignements supplémentaires ou pour faire des commentaires, veuillez utiliser

l'adresse suivante : [analysis@cpsi-icsp.ca](mailto:analysis@cpsi-icsp.ca)

## E. ENTENTE DE CONFIDENTIALITÉ

Nom (en lettres moulées): \_\_\_\_\_

Affilié à \_\_\_\_\_ en tant que \_\_\_\_\_  
(Inscrire le nom de l'établissement) (Poste ou titre d'emploi)

1. Je comprends que l'établissement a la garde et le contrôle des renseignements qu'il doit protéger pour des raisons éthiques et juridiques. Le présent document témoigne de mon engagement à traiter toute information qui m'est révélée durant le processus d'analyse d'une manière qui respecte la vie privée des praticiens, des patients et des organismes concernés, y compris l'information qui ne dévoile pas l'identité des professionnels de la santé, des institutions ou des patients.
2. Je considérerai, dans le cadre de l'analyse, tous les renseignements liés à l'incident, ainsi que toute information administrative, financière, liée aux employés et autre, comme étant confidentiels. Cela inclut l'information détenue sur tout type de support, comme la télécopie, le courrier électronique, les notes de discussion et tout autre document. Cette obligation ne s'applique pas à l'information du domaine public.
3. Je conviens de respecter les règles suivantes en ce qui concerne le traitement de l'information que possède l'établissement.
  - (a) Je ne consulterai pas les renseignements liés à l'incident à moins d'en avoir absolument besoin pour effectuer mes tâches régulières ou m'acquitter des responsabilités professionnelles qui m'incombent dans le cadre du processus d'analyse.
  - (b) Je ne divulguerai aucune information relative au processus d'analyse, sauf pour exercer mon métier ou assumer mes responsabilités envers l'établissement.
  - (c) Je n'amorcerai aucune discussion concernant l'information découlant du processus d'analyse, que ce soit en public ou dans un endroit susceptible d'attirer l'attention de tierces personnes, qui ne sont pas autorisées à recevoir une telle information, comme dans les corridors, les ascenseurs, les salles de toilette, la cafétéria, les vestiaires, les salons, les aires publiques d'accueil, etc.
  - (d) Je ne permettrai à quiconque d'utiliser mon accès autorisé (nom d'utilisateur et mot de passe) pour consulter l'information relative à l'analyse et conservée sur support informatique, numérique ou autre.
  - (e) Je consulterai, traiterai et transmettrai l'information uniquement à l'aide des moyens autorisés (matériel, logiciels et autre équipement).
4. Je conviens que l'établissement se réserve le droit de mener des vérifications pour s'assurer que l'information est protégée contre toute consultation, utilisation, divulgation, duplication, modification et destruction non autorisée.
5. J'ai lu la présente entente de confidentialité et je m'engage à respecter les modalités qui y sont précisées même si mon association avec l'établissement prend fin.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date