

## Département de la Santé et de l'Hygiène Mentale de la Ville de New York Avis sur les pratiques de confidentialité

Entrée en vigueur le 2 juin 2016

LE PRÉSENT AVIS DÉCRIT LA FAÇON DONT LES INFORMATIONS MÉDICALES VOUS CONCERNANT PEUVENT ÊTRE UTILISÉES ET COMMUNIQUÉES ET COMMENT VOUS POUVEZ LES CONSULTER. VEUILLEZ LE LIRE ATTENTIVEMENT.

Si vous avez des questions, contactez le Directeur (la Directrice) clinique ou le (la) Responsable des services de santé de l'établissement. Vous pouvez également contacter le (la) Responsable de la protection des données du Département de la Santé et de l'Hygiène Mentale de la Ville de New York au 347 396 6007 ou à [PrivacyOfficer@health.nyc.gov](mailto:PrivacyOfficer@health.nyc.gov).

Les « données de santé protégées » (protected health information, PHI) sont des données de santé nominatives, exprimées par voie orale, écrite ou électronique. Elles comprennent les données démographiques (telles que votre âge, votre adresse physique, votre adresse électronique) et d'autres informations relatives à votre état physique ou mental passé, présent ou futur. Les PHI comprennent également les services de santé connexes ou les paiements relatifs à ces services. Le Département de la Santé et de l'Hygiène Mentale de la Ville de New York (DOHMH) respecte la confidentialité des PHI et les protégera de manière responsable, conformément à toutes les lois, règles et réglementations en vigueur.

Le présent Avis sur les pratiques de confidentialité (avis) vous est fourni conformément à la loi Health Insurance Portability and Accountability Act (Transférabilité de l'assurance maladie et responsabilité des assureurs, HIPAA) de 1996. Cet avis explique comment le DOHMH est autorisé à utiliser et communiquer vos PHI et les mesures prises pour les protéger. Il décrit également vos droits et les obligations incombant au DOHMH à propos de l'utilisation et de la communication de vos PHI.

### Qui est concerné par cet avis ?

Le DOHMH est considéré comme une « entité hybride » conformément à la loi HIPAA, parce qu'il fournit des services de soins de santé et des services de santé publique. Les services de soins de santé sont couverts par la loi HIPAA, alors que les services de santé publique ne le sont pas.

Cet avis décrit les éléments relatifs aux soins de santé couverts par la loi HIPAA. Les obligations prévues par cet avis concernent tous les employés, étudiants et bénévoles autorisés à donner, recevoir ou partager vos données de santé protégées à des fins de traitement, de paiement ou de soins de santé.

### Responsabilités du DOHMH

En vertu de la loi, les cliniques du DOHMH doivent :

- assurer la confidentialité et la sécurité de vos PHI ;

- vous aviser des obligations légales et des pratiques liées à la protection des données par rapport à l'utilisation et à la communication de vos PHI ;
- vous aviser rapidement en cas de violation pouvant compromettre la confidentialité ou la sécurité de vos PHI ;
- respecter les conditions du présent avis ;
- vous communiquer toutes les modifications apportées à l'avis.

### Lois et réglementations sur la protection des données

Plusieurs lois fédérales, nationales ou locales à propos de la protection des données prévoient des restrictions supplémentaires pour l'utilisation et la communication des données de santé. Ces lois concernent le traitement de la toxicomanie, le dépistage et le traitement du VIH/SIDA, le dépistage et le traitement des maladies sexuellement transmissibles et le traitement de la santé mentale. Les politiques du DOHMH et le présent avis sont conformes à ces lois complémentaires.

### Comment le DOHMH est-il autorisé à utiliser et communiquer vos PHI ?

**Utilisations et communications obligatoires.** En vertu de la loi, le DOHMH est dans l'obligation de vous communiquer vos PHI, sauf si un professionnel de santé a indiqué qu'une telle communication serait préjudiciable à votre santé.

Si le secrétaire d'État américain à la Santé et aux Services sociaux le demande, le DOHMH doit également lui communiquer vos PHI pour lui permettre de mener une enquête et s'assurer que nous respectons les lois qui protègent vos PHI.

**Traitement.** Le NYC DOHMH peut utiliser ou communiquer vos PHI, y compris les recommandations d'un médecin, pour vous fournir le traitement ou les services qui vous sont nécessaires.

**Paiement.** Vos PHI seront utilisées, le cas échéant, pour facturer et recouvrer le règlement du traitement et des services qui vous auront été fournis. Le DOHMH peut

partager des informations relatives à un traitement avec votre régime de santé (y compris Medicaid) ou avec un organisme de gestion des soins, pour obtenir une autorisation de paiement.

**Activités de soins de santé.** Le DOHMH peut utiliser et communiquer vos PHI pour l'administration de soins de santé réguliers. Le personnel médical utilisera vos données de santé pour évaluer vos soins et les résultats par rapport à des cas semblables. Par exemple, vos données peuvent être analysées à des fins de formation, de gestion du risque ou d'amélioration de la qualité dans le cadre de nos efforts d'amélioration continue de la qualité et de l'efficacité des soins et des services que nous fournissons.

Le DOHMH partagera vos PHI avec des partenaires tiers qui entreprennent des activités (par exemple les services de facturation) pour le Département. Les partenaires seront également tenus de protéger vos données de santé.

Le DOHMH peut supprimer des informations permettant de vous identifier de sorte à permettre à autrui d'étudier des soins et des prestations de santé sans connaître votre identité.

**Rappels de rendez-vous.** Le DOHMH peut utiliser et communiquer vos PHI pour envoyer des rappels de rendez-vous. Ces rappels ne préciseront pas le motif de votre visite.

**Obligation légale.** Le DOHMH communiquera vos données de santé si les lois, règles ou réglementations fédérales, nationales ou locales en vigueur l'exigent.

**Activités de santé publique.** Le DOHMH peut, sans votre consentement, communiquer vos PHI à une agence de santé publique qui est légalement autorisée à recueillir ou recevoir des PHI à des fins de surveillance de la santé publique ou dans le but de prévenir ou de contrôler les maladies, des blessures ou des handicaps. Il s'agit notamment mais sans exclusivité toutefois du signalement de maladies, naissances ou décès.

**Maltraitance des enfants.** Le DOHMH peut communiquer vos PHI à une autorité gouvernementale, autorisée par la loi à recevoir les signalements de maltraitance des enfants.

**Surveillance sanitaire.** Le DOHMH peut communiquer vos PHI à une agence de surveillance sanitaire pour des activités légales (telles que des audits, des enquêtes, des inspections et des autorisations) permettant de surveiller le système de soins de santé, les programmes gouvernementaux de prestations, les autres programmes réglementaires gouvernementaux et les textes sur les droits civils.

**Food and Drug Administration (Organisme gouvernemental de contrôle pharmaceutique et alimentaire, FDA).** Le DOHMH peut communiquer vos

données de santé protégées à une personne ou une société selon ce que prévoit la FDA pour :

- signaler les défauts, les effets indésirables ou les problèmes relatifs à un produit ;
- signaler des écarts des produits biologiques ;
- procéder au suivi des produits ;
- permettre le rappel des produits ;
- procéder à des réparations ou des remplacements ;
- réaliser une surveillance postérieure au marketing.

**Procédures juridiques.** Le DOHMH peut transmettre vos PHI en réponse à une ordonnance judiciaire ou administrative si vous êtes impliqué(e) dans un procès ou un litige. Nous pouvons également communiquer vos PHI en réponse à une assignation, une demande de communication de preuves ou toute autre procédure juridique par une autre personne impliquée dans le litige, mais uniquement si des mesures ont été prises pour tenter de vous informer de la demande.

**Application des lois.** Le DOHMH peut transmettre des PHI si les responsables de l'application des lois nous le demandent :

- en réponse à une ordonnance d'un tribunal, une assignation, un mandat, une sommation ou autre procédure semblable ;
- pour identifier ou trouver un suspect, un fugitif, un témoin important ou une personne disparue ;
- au sujet de la victime d'un crime si, dans certaines circonstances, nous ne sommes pas en mesure d'obtenir le consentement de la personne concernée ;
- au sujet d'un décès qui nous semble résulter d'un acte criminel ;
- au sujet d'un acte criminel dans une clinique du DOHMH ;
- en situation d'urgence, pour signaler un crime, le lieu où s'est déroulé un crime ou bien où se trouvent les victimes, l'identité de la personne qui a commis le crime ou le lieu où elle se trouve.

**Coroners, entrepreneurs de pompes funèbres et don d'organes.** Le DOHMH peut communiquer des PHI à un coroner ou à un médecin légiste afin de permettre l'identification d'une personne décédée ou de déterminer la cause du décès. Nous pouvons également communiquer des PHI à des entrepreneurs de pompes funèbres pour les aider à entreprendre leurs fonctions, conformément à la loi. Les PHI peuvent aussi être utilisées et communiquées dans le cadre de dons d'organes.

**Recherche.** Dans certaines circonstances, nous pouvons utiliser et communiquer vos PHI à des fins de recherche. La recherche doit respecter les lois, règlements et réglementations en vigueur et doit en premier lieu être approuvée par le Comité d'éthique de la recherche (Institutional Review Board) du DOHMH.

**Accès parental.** Diverses lois de l'État de New York réglementent les PHI qui peuvent être communiquées aux parents et tuteurs. Le DOHMH respectera la loi à ce titre.

**Indemnisation des accidents du travail.** Le DOHMH peut communiquer vos PHI afin de respecter les lois relatives à l'indemnisation des accidents du travail ou d'autres programmes semblables en cas de blessures ou de maladies liées au travail.

**Activité criminelle.** Conformément à certaines lois fédérales et d'état, le DOHMH peut communiquer vos PHI si nous pensons que leur utilisation ou leur communication est nécessaire afin d'éviter ou d'atténuer une menace grave et imminente pour la santé ou la sécurité d'une personne ou du grand public. Nous pouvons également communiquer vos PHI si cela est nécessaire pour permettre aux autorités responsables de l'application des lois d'identifier ou d'appréhender une personne.

**Détenus.** Si vous êtes détenu(e) dans un service pénitentiaire, le DOHMH peut communiquer au service ou à ses agents les données de santé nécessaires pour votre santé, ainsi que la santé et la sécurité d'autres personnes.

**Activité militaire et vétérans.** Si vous faites partie des forces armées, le DOHMH peut communiquer vos données médicales conformément aux exigences du commandement militaire. Nous pouvons également communiquer des données de santé concernant le personnel de forces armées étrangères aux autorités militaires étrangères concernées.

**Sûreté nationale et renseignement.** Nous pouvons communiquer vos données médicales à des agents fédéraux autorisés dans le cadre d'activités de renseignement, contre-espionnage et autres activités liées à la sûreté nationale qui sont autorisées par la loi. Nous pouvons également communiquer vos données de santé à des agents fédéraux autorisés afin de leur permettre de procéder à des enquêtes spéciales, d'assurer la protection du Président, d'autres personnes autorisées ou de chefs d'État étrangers.

**Personnes impliquées dans vos soins de santé.** Sauf si vous émettez une objection, le DOHMH peut utiliser ou communiquer vos données de santé pour informer ou faciliter la notification d'un membre de votre famille ou de votre représentant personnel de l'endroit où vous vous trouvez, de votre état général ou de votre décès. Si vous êtes présent(e), vous pourrez exprimer votre objection à ce type d'utilisation ou de communication. Si vous n'êtes pas capable de prendre des décisions ou en cas d'urgence, nous pourrions communiquer vos PHI si nous décidons que nous agissons ainsi dans votre intérêt.

### **Vos droits par rapport à vos données de santé**

Bien que votre dossier médical soit la propriété du DOHMH, les données vous appartiennent. Vous avez les droits suivants par rapport à vos données de santé protégées. Vous pouvez faire les demandes suivantes en soumettant une demande écrite au Directeur (à la Directrice) clinique, au (à la) Responsable des services de santé ou à la personne qu'il (elle) a désignée pour le (la) représenter.

**Droit de vérification et de copie.** Vos PHI sont conservées dans un « dossier spécifique » et peuvent être utilisées pour prendre des décisions à propos de vos soins. Le dossier spécifique contient généralement vos dossiers médicaux et financiers. Vous avez le droit de consulter ces informations tant que le DOHMH est en possession de vos dossiers de santé. Ce droit ne couvre pas :

- les notes de psychothérapie ;
- les informations recueillies pour anticiper raisonnablement ou dans le cadre de poursuites civiles, pénales ou administratives ;
- des données de santé protégées soumises à des lois qui en interdisent l'accès.

Le DOHMH peut refuser votre demande de vérification et de copie des dossiers dans certaines circonstances très limitées. Si nous vous refusons l'accès à vos données de santé, vous pouvez contacter le (la) Responsable de la protection des données afin de réclamer l'examen du refus.

**Droit de demander des modifications.** Si vous pensez que les données que nous avons en notre possession à votre propos sont incorrectes ou incomplètes, vous pouvez nous demander de les modifier (de les changer ou de les compléter). Vous avez le droit de demander une modification tant que le DOHMH est en possession de ces données. Le DOHMH peut opposer un refus à votre demande si elle n'est pas faite par écrit ou ne précise pas un justificatif. En outre, nous pouvons opposer un refus à votre demande si vous nous demandez de modifier des données qui :

- n'ont pas été créées par le DOHMH, sauf si la personne physique ou morale qui les a créées n'est plus disponible pour apporter la modification ;
- ne font pas partie des données de santé conservées par ou pour le DOHMH ;
- ne font pas partie des informations que vous avez l'autorisation de vérifier et de copier ;
- sont exactes et complètes.

**Droit de recevoir un avis de violation.** Le DOHMH est tenu de vous informer rapidement en cas de violation pouvant compromettre la confidentialité ou la sécurité de vos données.

**Droit à un compte rendu des communications.** Un « compte rendu des communications » est une liste des communications de vos PHI. Cette liste ne contient pas les communications faites à des fins de traitement, de paiement et de soins de santé décrits dans le présent avis et certaines autres communications (comme celles auxquelles vous nous avez demandé de procéder). Vous avez le droit de recevoir un « compte rendu des communications » de vos données de santé pour les six années précédant la date de votre demande.

**Droit de demander des restrictions.** Vous avez le droit de demander une restriction ou une limite par rapport aux données de santé que nous utilisons ou que nous communiquons à votre propos à des fins de traitement,

de paiement ou de soins de santé. Vous avez également le droit de demander une limite aux données de santé vous concernant que nous communiquons à une personne impliquée dans vos soins ou dans le paiement de vos soins. Nous ne sommes pas tenus d'accéder à votre demande.

Si vous réglez de vous-même l'intégralité du service ou des soins de santé, vous pouvez nous demander de ne pas communiquer vos données à votre mutuelle au titre des paiements ou de soins de santé. Nous accèderons à votre demande sauf si la loi exige la communication de ces données.

#### **Droit de demander des communications confidentielles.**

Vous pouvez demander que nous communiquions avec vous par d'autres voies ou à une adresse différente afin de protéger votre confidentialité. Par exemple, vous pouvez demander que nous vous contactions sur votre lieu de travail ou par message électronique. Vous pouvez également demander que nous vous envoyions des informations par courrier dans une enveloppe scellée plutôt que par carte postale.

Pour demander des communications confidentielles, vous devez envoyer votre demande par écrit au Directeur (à la Directrice) clinique ou la personne qu'il (elle) a désignée pour le (la) représenter. Votre demande doit préciser comment et où vous voulez être contacté(e). Si vous recevez des services dans plusieurs cliniques, vous devez faire une demande distincte auprès de chacune d'entre elles.

#### **Droit de choisir une personne pour vous représenter.**

Si vous avez donné une procuration médicale à une personne ou si vous avez un tuteur, cette personne peut exercer vos droits et prendre des décisions concernant vos données de santé.

**Droit d'obtenir une copie du présent avis.** Vous avez le droit d'obtenir une copie papier du présent avis à tout moment. Contactez le Directeur (la directrice) clinique, le (la) Responsable des services de santé ou le (la) Responsable de la protection des données au 347 396 6007.

#### **Autorisation d'utiliser vos PHI**

L'HIPAA exige que nous obtenions votre autorisation écrite pour les utilisations ou communications suivantes à propos de vos PHI :

- à des fins de marketing ;
- la vente de vos données (remarque : le DOHMH a pour principe de ne pas vendre vos PHI) ;
- la majorité des communications des notes de psychothérapie.

Le DOHMH vous demandera votre autorisation écrite pour les autres utilisations et communications de vos PHI qui ne sont pas couvertes par le présent avis ou par les lois en vigueur. Si vous nous autorisez à utiliser ou communiquer vos PHI, vous pouvez révoquer ou annuler cette autorisation par écrit à tout moment.

Si vous révoquez votre autorisation, le DOHMH n'utilisera plus et ne communiquera plus vos PHI pour les motifs précisés dans votre autorisation écrite. Nous ne sommes pas en mesure d'annuler les communications auxquelles nous avons déjà procédé avec votre autorisation et que nous devons conserver dans nos dossiers.

#### **Modifications du présent avis**

Nous nous réservons le droit de modifier nos pratiques en matière de protection des données et le présent avis. Nous nous réservons le droit de rendre l'avis modifié applicable aux données de santé que nous possédons déjà à votre propos, ainsi que toutes les informations que nous recevrons.

Nous publierons une copie de notre avis actuellement en vigueur dans chacune de nos cliniques. La date d'entrée en vigueur sera indiquée centrée en haut de la première page et au coin inférieur droit de la dernière page de l'avis. En outre, une copie de l'avis actuellement en vigueur sera mise à votre disposition à chaque révision. Vous pouvez également demander une copie de notre avis à tout moment et vous pouvez consulter l'avis actuellement en vigueur sur le site [nyc.gov/health](http://nyc.gov/health) (saisissez « HIPAA » dans la boîte de recherche).

#### **Réclamations**

Si vous pensez avoir été victime d'une violation de vos droits à la confidentialité, vous pouvez envoyer une réclamation écrite au Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services (secrétaire d'État à la Santé et aux Services sociaux) ou au Responsable de la protection des données du DOHMH à l'adresse ci-dessous. Vous ne ferez l'objet d'aucunes représailles si vous déposez une réclamation.

**Envoyez vos réclamations par courriel à :**  
[PrivacyOfficer@health.nyc.gov](mailto:PrivacyOfficer@health.nyc.gov)

**Envoyez vos réclamations par courrier à :**  
NYC DOHMH Chief Privacy Officer  
Gotham Center  
42-09 28th Street, 14<sup>th</sup> Floor, CN-30  
Queens, NY 11101

**Entrée en vigueur le 2 juin 2016**



**Avis sur les pratiques de confidentialité  
Accusé de réception**

*Notice of Privacy Practices Acknowledgement of Receipt*

En signant et en datant ce formulaire, vous accusez réception d'une copie de l'Avis sur les pratiques de confidentialité du Département de la Santé et de l'Hygiène Mentale de la Ville de New York.

Nom du patient ( <i>en lettres majuscules</i> )   Patient's Name	
Signature du patient (de la patiente)   Patient's Signature	Date   Date

Si vous êtes un représentant personnel et que vous remplissez ce formulaire pour le compte du patient (de la patiente), veuillez indiquer votre nom en majuscules dans l'espace prévu à cet effet ci-dessous.

Nom du représentant personnel ( <i>en lettres majuscules</i> )   Personal Representative's Name	
Signature du représentant personnel   Personal Representative's Signature	Date   Date

**Usage administratif**

- Patient refused to sign
- Patient unable to sign

DOHMH Employee Initials	Date
-------------------------	------

*Original Patient Record*