



ENGAGEMENT DE L'INTERVENANT RELATIVEMENT À L'UTILISATION D'UN OUTIL DE RECONNAISSANCE VOCALE ET DE TRANSCRIPTION BASÉ SUR L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE (IA)

Considérant que Santé Québec est fiduciaire des renseignements personnels de ses usagers et conformément aux lois en vigueur, Santé Québec a évalué les impacts sur la vie privée liés à l'utilisation des outils de reconnaissance vocale et de transcription basés sur l'intelligence artificielle par ses intervenants. À la suite de cette analyse, l'utilisation de certains outils est autorisée dans les établissements de Santé Québec, sous certaines conditions. Étant donné la sensibilité des renseignements traités, des mesures strictes s'imposent, dont la signature du présent engagement par tout intervenant souhaitant utiliser ce type d'outil.

En tant qu'intervenant, je m'engage envers Santé Québec et l'établissement auquel je suis rattaché, le CISSS de la Montérégie-Ouest, à respecter les modalités suivantes :

1. Finalité de l'utilisation

Je m'engage à utiliser les outils de reconnaissance vocale et de transcription basés sur l'IA approuvés par Santé Québec exclusivement à des fins de documentation clinique, soit pour l'enregistrement d'une rencontre en vue de la transcription de la note évolutive ou pour la dictée de notes cliniques, dans le cadre de ma pratique professionnelle.

2. Consentement de l'utilisateur

Je m'engage à obtenir le consentement libre et éclairé de l'utilisateur avant toute utilisation de l'outil. Ce consentement doit être obtenu lors de la première consultation, verbalement ou à l'aide du [formulaire CLI-60794](#), et appuyé par une discussion explicative adaptée et de la mise à disposition de la [fiche informative](#) adaptée à ce genre d'outil. Ce consentement doit être déposé ou consigné au dossier de l'utilisateur.

Pour toute consultation subséquente avec le même usager, je m'engage à m'assurer que le consentement demeure valide et éclairé, notamment en lui mentionnant le recours à une telle technologie. Je m'engage également à respecter tout retrait de consentement de l'utilisateur, que ce retrait soit verbal ou écrit et à documenter ce retrait.

3. Responsabilité professionnelle, respect des règles de l'établissement et exactitude de la documentation

Je m'engage à utiliser l'outil en conformité avec les règles de l'établissement, les obligations déontologiques propres à ma profession, les meilleures pratiques en matière de protection des renseignements personnels et les limites inhérentes à l'IA.

Plus précisément, je m'engage à :

- Respecter en tout temps les règles applicables au sein de l'établissement en matière de sécurité de l'information et de protection des renseignements personnels;
- Réviser, corriger et valider chaque note générée avant son intégration au dossier de l'utilisateur;
- M'assurer de la pertinence du contenu retenu, de l'exactitude des termes médicaux et des nuances cliniques, ainsi que de la suppression de toute information non pertinente.





4. Sécurité et accès individualisé

Je comprends que l'accès à l'outil m'est strictement réservé. À ce titre, je m'engage à :

- Utiliser l'outil à l'aide de mon adresse courriel professionnelle;
- Utiliser l'outil uniquement sur un appareil corporatif et sécurisé de mon établissement;
- Utiliser l'outil sur les réseaux sécurisés de l'établissement pour limiter les risques d'intrusion ou de fuite de données;
- Ne pas partager mes identifiants d'accès;
- M'inscrire au [répertoire d'utilisation des outils de reconnaissance vocale et transcription basés sur l'IA du CISSS de la Montérégie-Ouest](#).

5. Protection des renseignements

J'agirai avec diligence pour prévenir toute atteinte à la confidentialité, à l'intégrité ou à la sécurité des renseignements des usagers. Je m'engage à informer, **au plus tard dans les 24 heures de la connaissance**, l'établissement de tout manquement aux obligations prévues au présent engagement ou de tout incident de confidentialité, de toute violation ou tentative de violation soupçonnée ou avérée par toute personne de l'une ou l'autre des obligations relatives à la confidentialité des renseignements personnels, et de collaborer à toute vérification ou enquête. Cette déclaration devra se faire par le biais du formulaire AH-223, [RAPPORT DE DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT](#), conformément à la *Politique de déclaration et d'analyse des incidents et des accidents - Usagers (POL-10046)*.

6. Mise à jour des compétences

Je m'engage à suivre les formations requises ou recommandées par l'établissement ou par Santé Québec en lien avec l'évolution des outils basés sur l'IA, notamment celles ayant trait à la sécurité de l'information, à la protection des renseignements personnels, à l'utilisation responsable de l'intelligence artificielle ou à la documentation clinique assistée.

7. Avis de surveillance

Sous réserve des lois applicables, je suis par les présentes dûment informé que je peux en tout temps être soumis à un audit ou à une vérification de mon utilisation de l'outil au sein de l'établissement quant au respect du présent engagement, et ce, en toute collaboration avec le fournisseur de celui-ci. Ce faisant, je comprends que je ne peux m'attendre à ce que mon utilisation de l'outil au sein de l'établissement ait un caractère privé ou confidentiel. Je comprends également qu'il pourrait y avoir des mesures administratives ou disciplinaires prises à mon égard dans le cas où je manquerais aux présents engagements.

En cochant « Oui » dans le [formulaire du répertoire d'utilisation des outils de reconnaissance vocale et transcription basés sur l'IA du CISSS de la Montérégie-Ouest](#), vous vous engagez à respecter toutes les modalités décrites.

