

# DÉCLARATION DE FICHIERS DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Dossier médical des employés (L'Effectif)

## OBJET

	a. Première déclaration du fichier	Oui
	b. Modification du fichier déjà déclaré	
	c. Destruction du fichier déjà déclaré	
	Date d'entrée en vigueur de la modification ou de la destruction (année-mois)	2013-02

## IDENTIFICATION DE L'ORGANISME

1	NOM DE L'ORGANISME :	Bibliothèque et Archives nationales du Québec	
2	RESPONSABLE DE LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	a. Nom, Prénom :	Lafrance, Isabelle
		b. Titre :	Directrice des affaires juridiques
		c. Adresse au travail :	475, boul. De Maisonneuve Est, Montréal
		d. Code Postal :	H2L 5C4
		e. Téléphone :	514 873-1101 poste 3203

## IDENTIFICATION DU FICHIER

3	DÉSIGNATION :	Dossier médical des employés (L'Effectif)	
4	DATE DE CRÉATION (année mois)	1999-04	
5	FINALITÉ(S) DU FICHIER :	a. en vue de l'application de la loi :	X
		b. en vue de l'application du règlement :	
		c. en vue de l'application du programme :	
		d. pour la gestion interne de l'organisme :	
		e. à des fins statistiques (cocher) :	
		z. autre(s) fins(s) (spécifier) :	
6	USAGE(S)	Fichier servant à gérer le volet médical du dossier des employés.	
7	DESCRIPTION :	Fichier constitué des rapports médicaux d'invalidité.	

<b>GESTION DU FICHIER</b>					
8	SUPPORTS PHYSIQUES UTILISÉS :	a. Manuel (papier, carton, etc.)	Oui		
		b. Mécanique (microfiche, microfilm, etc.)			
		c. Informatique (disque, bande, etc.)	Oui		
9	LOCALISATION : Le fichier est conservé dans un local unique		Oui		
10	DURÉE GÉNÉRALE DE CONSERVATION DES RENSEIGNEMENTS :		Actif : 1 an après la dernière décision déposée au dossier; semi-actif: 5 ans; disposition: destruction.		
11	UNE PERSONNE OU UN ORGANISME EXTÉRIEUR A ACCÈS AU FICHIER À DES FINS DE TRAITEMENT :		Non		
<b>COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS</b>					
			écrit	oral	les deux
12	PROVENANCE(S) ET MODALITÉ(S) DE COLLECTE DES RENSEIGNEMENTS :	a. La personne concernée	Oui		
		b. Un membre du personnel			
		c. Une autre personne physique	Oui		
		d. Un autre organisme public - remplir annexe 12.1	Oui (remplir annexe 12.1)		
		e. Une personne ou un organisme privé - remplir annexe 12.2			
<b>TRANSFERT DE RENSEIGNEMENTS À L'EXTÉRIEUR DE L'ORGANISME</b>					
13	LES RENSEIGNEMENTS VERSÉS AU FICHIER SONT TRANSFÉRÉS À UNE AUTRE PERSONNE OU À UN AUTRE ORGANISME :		Oui (remplir annexe 13.1)		
14	PERSONNES PRINCIPALEMENT CONCERNÉES PAR LES RENSEIGNEMENTS	a. Les client(e)s de l'organisme	Oui		
		b. Le personnel de l'organisme			
		c. une autre catégorie de personnes			
15	NOMBRE APPROXIMATIF DE PERSONNES RÉPERTORIÉES :		459		

<b>16</b> TYPE DE RENSEIGNEMENTS : A. Inscire, à partir du tableau ci-dessous (en B), la lettre correspondant au type principal de renseignements versés au fichier :  B. Indiquer si ce fichier contient aussi les types de renseignements mentionnés dans le même tableau ci-dessous (coder les espaces ap-propriés).	a. santé/services sociaux	A
	b. éducation	Oui
	c. emploi	Oui
	d. vie économique	
	e. justice	
	f. services aux individus	
	g. permis	
	h. logement	Oui
	i. loisirs	
	j. organisations	
	k. démographie	Oui
	z. autres (spécifier) :	
<b>17</b> LISTE DES RENSEIGNEMENTS D'IDENTITÉ :	a. nom de famille actuel et prénom	Oui
	b. nom de famille à la naissance	Oui
	c. nom et prénom (conjoint)	
	d. nom et prénom (mère)	
	e. nom et prénom (père)	
	f. numéro matricule	
	g. numéro d'assurance sociale	Oui
	h. numéro d'assurance-maladie	Oui
	i. numéro code permanent	
	j. adresse permanente	Oui
	k. téléphone (résidence)	Oui
l. nom de l'employeur	Oui	

	m. adresse (travail)	Oui
	n. téléphone (travail)	Oui
	o. profession/titre/métier/classification	Oui
	p. emploi actuel/emplois antérieurs	
	q. lieu de naissance	
	r. date de naissance	Oui
	s. langue	
	t. sexe	Oui
	u. état civil	
	v. citoyenneté/statut au Canada	
	w. origine ethnique	
	x. revenu annuel	Oui
	y. scolarité/formation/diplôme	
	z. enfant(s)/personne(s) à charge	
	aa. référence	
	bb.association professionnelle/syndicale	
	bb.appartenance religieuse	
	bb.photographie	
	bb.empreintes	
	bb.caractéristiques physiques (yeux, taille, etc.)	
	bb.autres (spécifier) :	

## ACCÈS ET RECTIFICATION PAR LA PERSONNE CONCERNÉE

18	ENDROIT(S) OÙ LA PERSONNE CONCERNÉE PEUT S'ADRESSER :	a. siège social	Oui
		b. succursale(s) (annexer les adresses et les numéros de téléphone)	
19	LES MESURES DE CONTRÔLE DE L'IDENTITÉ DU REQUÉRANT (spécifier) :	Les renseignements ne peuvent être transmis à d'autres personnes, sauf dans le cas de certains renseignements transmis aux assureurs, CSST, médecin désigné pour une expertise.	

## ACCÈS PAR LE PERSONNEL DE L'ORGANISME

### 20 LE PERSONNEL AYANT ACCÈS AU FICHIER

Indiquer, dans l'espace ci-dessous, les catégories de personnel qui ont accès au fichier dans l'exercice de leurs fonctions :

-Par unité administrative si toute l'unité administrative a accès au fichier.

-ou par corps d'emploi ou fonction(s) si une partie seulement de l'unité y a accès.

(Pour répondre à cette question, consultez le guide explicatif disponible en téléphonant à la Commission au (418) 528-7741 ou 1 888 528-7741)

Direction des ressources humaines

## MESURES DE SÉCURITÉ

### 21 IL EXISTE DES RÈGLES, DES POLITIQUES OU DES PROCÉDURES ÉCRITES RELATIVES AUX MESURES DE SÉCURITÉ :

Oui

### 22 MESURES DE SÉCURITÉ UTILISÉES :

A. Pour un fichier manuel ou mécanique :

1. contrôle des entrées/sorties de personnes

Oui

2. contrôle physique des installations

3. contrôle à l'utilisation du fichier

Oui

4. contrôle physique des locaux

Oui

5. contrôle des procédures

Oui

9. autres (spécifier) :

Politique administrative de BAnQ en matière d'accès à l'information et de protection des renseignements personnels

B. Pour un fichier informatique (consulter le guide pour plus de précisions) :

1. contrôle préventif de l'accès au fichier

Oui

2. journaux de vérification des données

3. vérification de l'intégrité du personnel

4. règles et pratiques de vérification de programme

5. règles et pratiques de vérification du fichier

6. procédures d'élimination de données

7. mesures en matière de matériels et de programmes

9. autres (spécifier) :

## ANNEXE 11.1 LISTE DES PERSONNES OU ORGANISMES AYANT ACCÈS AU FICHIER À DES FINS DE TRAITEMENT

1. Nom :

2. Adresse :

3. Mandat :

	1. Nom :	
	2. Adresse :	
	3. Mandat :	

**ANNEXE 12.1 COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS PROVENANT D'UN ORGANISME PUBLIC**

	1. Nom :	Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST)
	2. Adresse :	1, Complexe Desjardins, Tour Sud, 32e étage, C.P. 3, Succursale Desjardins, Montréal (Québec) H5B 1H1
	3. No-décret (année, no)	
	4. Renseignements recueillis :	Diagnostic, traitement

	1. Nom :	
	2. Adresse :	
	3. No-décret (année, no)	
	4. Renseignements recueillis :	

	1. Nom :	
	2. Adresse :	
	3. No-décret (année, no)	
	4. Renseignements recueillis :	

	1. Nom :	
	2. Adresse :	
	3. No-décret (année, no)	
	4. Renseignements recueillis :	

**ANNEXE 12.2 COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS PROVENANT D'UNE PERSONNE OU D'UN ORGANISME PRIVÉ**

	1. Nom :	Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST)
	2. Adresse :	1, Complexe Desjardins, Tour Sud, 32e étage, C.P. 3, Succursale Desjardins, Montréal (Québec) H5B 1H1

	3. Renseignements recueillis :	Diagnostic, traitement et les renseignements cochés à la question 17 ainsi que le salaire annuel (nécessaire au calcul des indemnités) et le rapport d'événement
	4. Fréquence :	au besoin



	1. Nom :	Centre d'expertise médical - Médysis - Plexo -Cira
	2. Adresse :	En fonction des besoins - Montréal, Québec, régions.
	3. Renseignements recueillis :	Expertise médicale
	4. Fréquence :	au besoin
	1. Nom :	
	2. Adresse :	
	3. Renseignements recueillis :	
	4. Fréquence :	
<b>ANNEXE 13.1 TRANSFERT DE RENSEIGNEMENTS À L'EXTÉRIEUR DE L'ORGANISME</b>		
	1. Nom :	Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST)
	2. Adresse :	1, Complexe Desjardins, Tour Sud, 32e étage, C.P. 3, Succursale Desjardins, Montréal (Québec) H5B 1H1
	3. No-décret (année, no)	
	4. Renseignements transférés :	
	1. Nom :	La Capitale, assurance de personnes inc.
	2. Adresse :	Édifice Le Delta II, 2875, boul. Laurier, bureau 100, Ste-Foy (Québec) G1V 2M2
	3. No-décret (année, no)	
	4. Renseignements transférés :	Diagnostic, traitement et les renseignements cochés à la question 17 ainsi que le salaire annuel (nécessaire au calcul des indemnités) et le rapport d'événement
	1. Nom :	SSQ Groupe Financier
	2. Adresse :	2525, boul. Laurier, C.P.10 500, Ste-Foy (Québec) G1V 4H6
	3. No-décret (année, no)	
	4. Renseignements transférés :	Diagnostic, traitement et les renseignements cochés à la question 17 ainsi que le salaire annuel (nécessaire au calcul des indemnités) et le rapport d'événement
	1. Nom :	Desjardins Sécurité financière
	2. Adresse :	200, avenue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 6R2
	3. No-décret (année, no)	

	4. Renseignements transférés :	Diagnostic, traitement et les renseignements cochés à la question 17 ainsi que le salaire annuel (nécessaire au calcul des indemnités) et le rapport d'événement
	1. Nom :	
	2. Adresse :	
	3. No-décret (année, no)	
	4. Renseignements transférés :	