

Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé

Section “Santé”

CSSSS/17/205

DÉLIBÉRATION N° 17/089 DU 7 NOVEMBRE 2017 (SECTION SANTÉ) RELATIVE À LA COMMUNICATION DE DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL CODÉES DANS LE CADRE DE LA CONSULTATION DE L’ENQUÊTE DE SANTÉ (ISP) ET DE L’ÉCHANTILLON PERMANENT (AIM) AFIN DE RÉALISER UNE ÉTUDE SUR LE BUDGET NÉCESSAIRE POUR LA PROTECTION SOCIALE FLAMANDE (« VLAAMSE SOCIALE BESCHERMING » - VSB)

La section Santé du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé (dénommée ci-après « le Comité sectoriel »);

Vu la loi du 15 janvier 1990 *relative à l’institution et à l’organisation d’une Banque-carrefour de la sécurité sociale*, notamment l’article 37;

Vu la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l’égard des traitements de données à caractère personnel;

Vu les demandes d’autorisation de la KU Leuven;

Vu le rapport d’auditorat de la Plate-forme eHealth du 6 octobre 2017;

Vu le rapport de monsieur Yves Roger;

Émet, après délibération, la décision suivante, le 17 octobre 2017:

I. OBJET DE LA DEMANDE

1. La faculté d'Economie de la KU Leuven souhaite consulter des données de l'enquête de santé 2013 (Institut scientifique de santé publique) et de l'échantillon permanent (Agence intermutualiste) afin de réaliser une estimation correcte du budget nécessaire pour la Protection sociale flamande (« Vlaamse Sociale Bescherming », dénommée ci-après: VSB).
2. L'enquête de santé est une enquête nationale portant sur l'état de santé, le mode de vie et l'utilisation des services de santé. L'enquête de santé a été réalisée à la demande de la Conférence interministérielle Santé publique. La base du sondage comprend toutes les personnes inscrites au registre national. Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2013, 8.850 ménages ont été contactés pour les inviter à participer à l'enquête de santé. Par ménage, il s'agissait de maximum 4 personnes.
3. Un échantillon stratifié a été extrait du registre national. Préalablement, il avait été décidé d'interroger 3.500 personnes en Flandre, 3.500 personnes en Wallonie et 3.000 personnes à Bruxelles. Le nombre de personnes sélectionnées par province était proportionnel au nombre d'habitants. Dans chaque province et à Bruxelles, des communes ont été sélectionnées; au sein des communes des ménages ont été sélectionnés et au sein de ces ménages des personnes. Si un ménage sélectionné ne souhaitait pas participer, celui-ci était remplacé par un ménage avec des caractéristiques similaires (même taille de ménage, une personne de référence du même âge et habitant le même secteur statistique). Au total, 10.829 personnes ont été interrogées.
4. L'échantillon permanent (EPS) de l'AIM est sélectionné de manière aléatoire. Les données de l'échantillon sont actualisées le 31 décembre de chaque année, non seulement pour compléter les données des bénéficiaires existants dans l'échantillon, mais également pour ajouter de nouveaux bénéficiaires (nouveau-nés, immigrations et personnes ayant atteint l'âge de 65 ans) et supprimer des bénéficiaires (émigrations, décès). Le niveau d'observation de l'échantillon est l'individu et ses prestations détaillées (au sens large, y compris les traitements administratifs tels que les corrections comptables).
5. L'échantillon compte quelque 300.000 personnes par an. Les demandeurs souhaitent utiliser les données des bénéficiaires flamands et bruxellois. Les données d'environ 189.000 bénéficiaires flamands seront consultées via l'échantillon de base. En outre, une sélection supplémentaire d'environ 44.500 personnes est opérée dans le cadre du « sur-échantillonnage ». Pour Bruxelles, des données d'environ 30.500 personnes seront consultées via l'échantillon de base et une sélection supplémentaire de 7.200 personnes, également dans le cadre du sur-échantillonnage. Les données portent sur une période de dix ans.
6. Les chercheurs ont besoin des données à caractère personnel parce qu'il n'est actuellement pas possible de réaliser une estimation correcte du budget futur de la Protection sociale flamande (VSB), étant donné que l'ampleur des besoins de soins et d'aide du groupe-cible hétérogène de la VSB n'est pas suffisamment connu.

D'une part, les autorités flamandes veulent réaliser une évaluation des besoins actuels et futurs et, d'autre part, elles souhaitent que la VSB reste maîtrisable au niveau budgétaire à court terme et à long terme, ce qui requiert des indicateurs. Lors de l'analyse, une

distinction sera opérée entre les « besoins de soins » d'une part et la « demande de soins » d'autre part. Les facteurs qui contribuent à (ou empêchent) la traduction des besoins de soins en demande de soins seront analysés. A cet effet, des données relatives à l'autonomie, à l'état de santé, à l'utilisation de soins et d'aide, et aux soins formels et informels sont nécessaires.

7. Dans un premier temps, des modules de base spécifiques du modèle de départ du secteur des soins aux personnes âgées seront analysés en détail et améliorés sur la base des données de l'AIM, des données de l'enquête de santé et des fichiers administratifs disponibles.

La structure de panel de l'échantillon permanent de l'AIM permet de définir les tendances de manière empirique et de tenir compte d'autres variables liées à la charge des soins. Un approfondissement de cette dernière approche sera effectué sur la base de données de l'enquête de santé en ce qui concerne l'utilisation de certains indicateurs et du mode de vie pour la prédiction du comportement.

8. Sur la base des données relatives à la consommation de soins des bénéficiaires en provenance de tous les organismes assureurs d'une part et des données administratives de tous ces bénéficiaires (démographiques, socio-économiques et statut d'assuré) d'autre part, les fichiers de données de l'échantillon permanent (EPS) sont créés par l'AIM. L'EPS est composé de 1/40 des assurés sociaux affiliés ou inscrits auprès d'un organisme assureur, tirés de manière stratifiée sur base de la date de naissance et du sexe. Un tirage supplémentaire de 1/39 des assurés âgés de 65 ans ou plus assure un sur-échantillonnage permettant de disposer d'une personne sur 20 dans cette tranche.

9. Les données fournies par l'ISP sont les suivantes.

Informations relatives à l'interview, données démographiques, caractéristiques du ménage, informations relatives à la personne sélectionnée et à l'enquêté, formation, occupation, revenu, logement, perception individuelle de la santé, maladies chroniques, incapacités à long terme, santé mentale, douleur, qualité de vie en termes de santé, consommation d'alcool, tabagisme, activité physique, situation alimentaire, habitudes alimentaires, hygiène buccale, contact avec un médecin généraliste, contact avec un spécialiste, contact avec les services d'urgence, contact avec un dentiste, contact avec un praticien paramédical, contact avec des prestataires de soins non-conventionnés, soins à domicile, hospitalisation, utilisation de médicaments au niveau de la personne, utilisation de médicaments au niveau du médicament, accès financier aux soins de santé, expérience du patient auprès du médecin généraliste et du spécialiste, santé et environnement, accidents, santé sociale, prestations de santé informelles, dépistage du cancer, vaccinations, dépistage de facteurs de risque en ce qui concerne les maladies cardiovasculaires et le diabète.

10. Les données fournies par l'AIM sont les suivantes :

Données de population : ANON_BASE identification bénéficiaire (codée), PP0015A année de naissance, PP0020 sexe, PP0025 code INS, province/arrondissement, URB_CAT taux d'urbanisation, CRx_xxx région de soins, PP0030 Code Bénéficiaire 1, MAJOR_RISK_CAT (indique si la personne - salarié ou indépendant - a droit aux gros risques), MAJOR_BENEFIT_YN (indication selon laquelle le bénéficiaire est VIPO ou non), MAJOR_COVERAGE_YN (indication selon laquelle le bénéficiaire a droit au tarif

préférentiel de l'assurance obligatoire ou non), *MAJOR_INVALIDITY_YN* (indique si le bénéficiaire est invalide/handicapé d'après CGI), *PP0035 Code Bénéficiaire 2*, *PP0040 année et mois de décès*, *PP1002 bénéficiaire/personne à charge*, *PP1003 situation sociale*, *PP1004 code chômage*, *PP1008 nature montant revenu*, *PP1009 origine de la reconnaissance comme personne handicapée*, *CHRONICAL_YN attestation maladie chronique ou allocation handicapés*, *FAM_SIZE*, *PP1010 statut OMNIO*, *IC_AVAIL_xxx disponibilité éventuelle de membres du ménage comme aidants de proximité*, *PP2001 forfait B soins infirmiers*, *PP2002 forfait C soins infirmiers*, *PP2003 kinésithérapie E ou physiothérapie*, *PP2004 allocations familiales majorées*, *PP2005 allocation d'intégration personnes handicapées*, *PP2006 allocation pour l'aide aux personnes âgées*, *PP2007 allocation pour l'aide d'une tierce personne*, *PP2008 allocation d'invalidité majorée pour l'aide d'une tierce personne*, *PP2009 allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne*, *PP2010 critère hospitalisation*, *PP2011 critère hospitalisation*, *PP3001 droit MAF ménage*, *PP3002 catégorie MAF ménage*, *PP3003 catégorie MAF individuel*, *PP3004 remboursement et plafond ménage*, *PP3005 remboursement et plafond individu ou partie du ménage*, *PP3006 date droit MAF*, *PP3008 type de ménage*, *PP3010 droit revenu garanti/garantie de revenus aux personnes âgées ou revenu d'intégration*, *PP3011 droit allocation aux personnes handicapées*, *PP3012 plus de 12 mois d'allocations de chômage*, *PP3013 droit à l'aide du CPAS*, *PP3014 droit MAF maladies chroniques*, *PP3015 statut maladie chronique - critère financier*, *PP3016 statut maladie chronique - forfait maladie chronique*, *PP3017 statut maladie chronique-maladie orpheline*, *PP4001 nombre de jours de chômage*, *PP4002 nombre de jours d'incapacité de travail*, *PP4003 nombre de jours de maladie invalidité*, *PP4004 score échelle médico-sociale pour l'évaluation du taux d'autonomie*, *PP4005 pilier 1* *PP4006 pilier 2* et *PP4007 pilier 3 de l'échelle médico-sociale pour l'évaluation du taux d'autonomie d'un enfant handicapé*, *PP4008 famille monoparentale*.

Données relatives aux soins de santé : *ANON_BASE* identification bénéficiaire (codée), *SS00015* date de début prestation, *SS00020* code de nomenclature, *SS00050* nombre de cas de prestations, *SS00055* nombre de jours facturés, jours de congé ou forfaits facturés, *SS00060* montant remboursement, *SS00065B* qualification prestataire, *SS00070B* qualification prescripteur, *PRESCRIBER_C* numéro d'identification codé du prescripteur, *PRESCRIBER_CAT* type de prescripteur, *PRACTITIONER_C* numéro d'identification codé du prestataire, *PRACTITIONER_CAT* type de prestataire, *INSTITUTION_CAT* type d'établissement de séjour, *INSTITUTION_QUAL* qualification de l'établissement de séjour, *INSTITUTION_SITE_CAT* lieu de la prestation, *SS00075* établissement de séjour, *SS00080* code du service, *SS00105* numéro de tiers (date figurant sur l'accord de paiement ou la reconnaissance), *SS00110* date d'admission, *SS00115* date de sortie, *SS00120* type de facture, *SS00125* date dernière prestation, *SS00130* prestation relative, *SS00135* numéro du produit pharmaceutique, *SS00140* norme prestation, *SS00145* nuit/week-end, *SS00160* intervention personnelle (ticket modérateur), *SS00165* supplément, *SS00170* code implant, *SS00175* régime du tiers payant.

Données Pharmanet : *ANON_BASE* identification bénéficiaire (codée), *SS00015* date de délivrance, *SS00020* code catégorie de médicament, *PSEUDOPATH_xxxxx* groupe pseudo-pathologie, *ATC_xxx*, *SS00050* quantité, *SS00060* intervention AMI, *SS00075* établissement de séjour, *SS00090* régime dépenses (organisme assureur), *SS00135* numéro du produit, *SS00160* part personnelle pour médicaments, *SS00165* réduction par l'intervention de l'assurance / contribution des pharmaciens, *SS00200* codification honoraires, *SS00210* supplément.

II. COMPÉTENCE

11. En vertu de l'article 42, § 2, 3^o, de la loi du 13 décembre 2006 *portant dispositions diverses en matière de santé*, la section Santé du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé est compétente pour l'octroi d'une autorisation de principe concernant toute communication de données à caractère personnel relatives à la santé. La section Santé du Comité sectoriel estime qu'elle est compétente.
12. En ce qui concerne la mise à disposition de l'EPS (codé), l'article 279 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002¹ dispose que toute transmission de données à caractère personnel de l'Agence intermutualiste requiert une autorisation de principe du Comité sectoriel.
13. Par conséquent, le Comité sectoriel est compétent.

III. EXAMEN

A. ADMISSIBILITÉ

14. Le traitement de données à caractère personnel relatives à la santé est en principe interdit, et ce conformément au prescrit de l'article 7, § 1^{er}, de la loi du 8 décembre 1992 *relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel* (dénommée ci-après "loi relative à la vie privée").
15. L'interdiction ne s'applique pas lorsque le traitement est nécessaire à la recherche scientifique et est effectué conformément à l'arrêté royal du 13 février 2001 *portant exécution de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel*². Il en va de même lorsque le traitement est nécessaire à la promotion et à la protection de la santé publique y compris le dépistage³.
16. La section Santé du Comité sectoriel a formulé une recommandation positive concernant le traitement de données à caractère personnel dans le cadre de l'enquête nationale de santé (recommandation n° 12/03 du 20 novembre 2012).

B. FINALITÉ

17. L'article 4, § 1^{er}, de la loi relative à la vie privée autorise le traitement de données à caractère personnel uniquement pour des finalités déterminées, explicites et légitimes.
18. Conformément à la loi relative à la protection de la vie privée, les données à caractère personnel ne peuvent pas être traitées ultérieurement de manière incompatible avec les finalités pour lesquelles elles ont été initialement recueillies, compte tenu de tous les facteurs pertinents, notamment des attentes raisonnables de l'intéressé et des dispositions légales et réglementaires applicables.

¹ Loi-programme (I) du 24 décembre 2002, *M.B.* 31 décembre 2002.

² Cf. article 7, § 2, k), de la loi relative à la vie privée.

³ Cf. article 7, § 2, d), de la loi relative à la vie privée.

19. Par le biais de cette étude, les chercheurs se proposent de dresser la carte des besoins de soins et d'aide du groupe-cible de la VSB et donc de la demande de composants de la VSB. Les résultats de la recherche serviront de base au calcul du budget de la VSB. Le modèle actuel de surveillance du budget sera dès lors analysé et un nouveau modèle sera développé sur la base des prévisions.

C. PROPORTIONNALITÉ

20. Les données à caractère personnel doivent être adéquates, pertinentes et non excessives au regard des finalités pour lesquelles elles sont obtenues ou pour lesquelles elles sont traitées ultérieurement.
21. Le principe de proportionnalité implique que le traitement doit en principe être réalisé au moyen de données anonymes. Cependant, si la finalité ne peut être réalisée au moyen de données anonymes, des données à caractère personnel codées peuvent être traitées.
22. Vu la nécessité de réaliser des analyses très détaillées à partir de ces données, le demandeur a besoin d'avoir accès à des données codées puisque ces analyses ne peuvent pas être réalisées à l'aide de données anonymes. Cette finalité justifie donc le traitement de données à caractère personnel codées.
23. Conformément à l'article 4, § 1^{er}, 5^o, de la loi relative à la vie privée, les données à caractère personnel ne peuvent être conservées sous une forme (codée ou non) permettant l'identification des personnes concernées que pendant une durée n'excédant pas celle nécessaire à la réalisation des finalités pour lesquelles elles sont obtenues ou pour lesquelles elles sont traitées ultérieurement.
24. Un délai de conservation de juillet 2017 à décembre 2021 est prévu.
25. Les données à fournir par l'ISP sont justifiées comme suit :
- *Les informations relatives à l'interview* servent à identifier l'année de l'enquête, à déterminer le poids de l'enquêté dans l'échantillon, et à analyser la façon dont l'enquête a été complétée et le cluster ménage. *L'information relative à la personne sélectionnée* est importante pour vérifier la qualité des réponses.
 - *Les données démographiques* sont importantes pour l'établissement de statistiques en fonction de l'âge, du sexe et du domicile (contexte urbain ou rural), etc. Ces caractéristiques peuvent être déterminantes pour expliquer le besoin de soins et la demande de soins.
 - *La composition du ménage et le logement* ont un impact sur l'utilisation de prestations de soins formelles et informelles.
 - *Le niveau de formation* de l'enquêté ou *le niveau de formation des autres membres du ménage* peut avoir un impact sur l'utilisation de prestations de soins formelles ou informelles ou sur l'offre de ce type de prestations.
 - Les variables telles que *l'occupation* et *le revenu* servent à déterminer le statut économique et l'utilisation d'aide/soins formels/informels de l'enquêté.
 - *La santé subjective* est une variable indicative de l'état de santé de la personne interrogée.
 - Les données relatives aux *maladies chroniques*, les incapacités à long terme et la présence de douleur sont importantes pour l'analyse de l'utilisation de soins et d'aide.

Les personnes atteintes d'une maladie chronique font partie d'un groupe à risque en ce qui concerne l'accès aux soins de santé et à l'aide. Elles ont aussi souvent des frais supplémentaires élevés qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie. Des données de santé détaillées sur l'affection chronique dont souffre l'enquêté permettent d'avoir une idée de l'utilisation des soins de santé et de l'aide à cet égard.

- La *qualité de vie* peut constituer une variable indicative de la « santé ressentie » et est également associée à la dépression. La qualité de vie et le score de qualité de vie en termes de santé peuvent avoir un impact sur l'utilisation de soins et d'aide. De manière générale, les informations relatives au mode de vie et au comportement de santé peuvent contribuer au débat sur la question de savoir si les différences en matière de santé sont justifiées et s'il convient de faire une priorité politique de l'élimination de ces différences. Ce module peut être utilisé dans des analyses de scénario.
- *L'activité physique* peut avoir un impact sur le taux d'autonomie et le fonctionnement physique et sur l'utilisation de soins et d'aide.
- Les *informations sur l'état alimentaire* et les *habitudes alimentaires* constituent un indicateur pour l'état de santé.
- *Les variables sur la consommation d'alcool et le tabagisme* permettent de mieux connaître le mode de vie et sont liées à l'état de santé. Ces variables peuvent être pertinentes pour prédire le comportement de santé.
- *Les données sur l'hygiène buccale* peuvent être pertinentes pour l'utilisation de soins dentaires et le recours à l'aide pour l'hygiène quotidienne.
- *Les données sur les contacts avec les professionnels des soins de santé, les aidants de proximité, l'aide informelle* et les *données d'hospitalisation* sont pertinentes pour l'analyse de l'utilisation des soins et des besoins de soins.
- *L'utilisation de médicaments* peut avoir un impact sur l'utilisation des soins. Cette information peut également fournir une indication en ce qui concerne les dépenses en matière de médicaments.
- *Les données relatives à l'accès financier aux soins de santé* contiennent des informations sur les dépenses de soins de santé et constituent un indicateur quant à la perception de ces dépenses par rapport aux revenus. Elles contiennent des informations quant au report de soins de santé pour des raisons financières. Cette variable est essentielle pour une analyse de la qualité de la protection sociale.
- *Les données environnementales* sont pertinentes pour la demande de soins de santé et de soins à domicile. Elles peuvent constituer une variable indicative pour la situation financière.
- *Les accidents* peuvent entraîner l'utilisation des services d'urgence, l'hospitalisation et l'institutionnalisation.
- *Les données sur le dépistage du cancer et les vaccinations* peuvent apporter des précisions quant à la question de savoir si les mesures de prévention ont un impact sur les prévisions d'utilisation des soins et de l'aide. Ces données sont utilisées pour l'élaboration de scénarios d'utilisation future des soins de santé.
- *Les données sur la détection de facteurs de risque en ce qui concerne les maladies cardio-vasculaires et le diabète* peuvent apporter des précisions quant à la question de savoir si les mesures de prévention ont un impact sur les prévisions d'utilisation des soins et de l'aide. Ces données sont utilisées pour l'élaboration de scénarios d'utilisation future des soins de santé.

26. Les informations en provenance de l'AIM sont justifiées comme suit:

- *L'identification du bénéficiaire* est nécessaire pour l'identification univoque à travers le temps dans diverses parties des données, pour l'établissement de statistiques et comme base pour les études longitudinales prévues.
- *Les caractéristiques individuelles* du patient sont nécessaires pour l'étude de l'utilisation des soins, la description du statut socio-économique du patient, l'obtention de soins formels ou informels.
- *Les données relatives au statut du patient et à son environnement* sont nécessaires pour la description du statut socio-économique du patient et l'étude de l'utilisation des soins, des soins formels ou informels et de la situation financière du patient, ce qui est lié au financement des soins.
- *Les données relatives au prestataire de soins* sont nécessaires pour déterminer la fréquence des consultations et pour déterminer la spécialité des prestataires de soins consultés. La donnée relative à l'identification du prestataire de soins sera codée de sorte que le prestataire de soins ne puisse pas être identifié mais que sa spécialité soit connue. Ces données sont nécessaires pour l'analyse de l'offre de soins.
- *Les données relatives au traitement, aux prestations de soins et aux médicaments prescrits* permettent de définir l'état de santé du patient, d'analyser la fréquence des prestations de soins et (le coût de) l'utilisation de médicaments.
- *Les données relatives à l'assurabilité et aux interventions dans le coût des soins* sont nécessaires pour l'évaluation des conséquences financières personnelles des soins de santé et sont dès lors importantes pour la connaissance de la protection sociale.

D. TRANSPARENCE

- 27.** L'article 14 de l'arrêté royal du 13 février 2001 portant exécution de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel dispose que le responsable du traitement de données à caractère personnel, collectées à des fins déterminées, explicites et légitimes, ou l'organisation intermédiaire doit, préalablement au codage des données, communiquer certaines informations à la personne concernée.⁴
- 28.** Lors de l'organisation de l'enquête de santé, les ménages sélectionnés reçoivent une lettre d'invitation et un dépliant informatif expliquant ce qu'est l'enquête de santé, le type de questions qui seront posées lors de l'interview et les institutions susceptibles d'utiliser ces données. Il est également précisé que la participation à cette enquête n'est pas obligatoire.
- 29.** L'article 15 de l'arrêté royal précité dispense le responsable du traitement des données à caractère personnel d'effectuer la communication de ces informations lorsque l'organisation intermédiaire est une autorité administrative chargée, explicitement par ou en vertu de la loi, de rassembler et de coder des données à caractère personnel et soumise, à cet égard, à des mesures spécifiques visant à protéger la vie privée. La Direction générale Statistique du Service public fédéral Economie est chargée, en tant que sous-traitant de l'Institut scientifique de Santé publique, de coder les données recueillies lors des interviews. Or, la mission principale de la Direction générale Statistique est de collecter et de traiter des données.

⁴ Article 14 de l'arrêté royal du 13 février 2001 portant exécution de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

30. Préalablement à l'enquête de santé, la DG Statistique a envoyé aux personnes sélectionnées une lettre d'invitation, ainsi qu'un dépliant avec des informations sur les objectifs de l'enquête et les aspects de protection de la vie privée. Le dépliant indiquait clairement que les données seraient utilisées pour des études dans le cadre de la santé publique.
31. En ce qui concerne l'EPS, le responsable du traitement est toutefois dispensé de fournir ces informations lorsque l'information de la personne concernée se révèle impossible ou implique des efforts disproportionnés, en particulier lors d'un traitement à des fins scientifiques.⁵ Le Comité sectoriel estime que c'est le cas.

E. MESURES DE SÉCURITÉ

32. Conformément à l'article 16, § 4, de la loi relative à la vie privée, le demandeur doit prendre toutes les mesures techniques et organisationnelles requises pour protéger les données à caractère personnel. Ces mesures doivent garantir un niveau de protection adéquat, compte tenu, d'une part, de l'état de la technique en la matière et des frais qu'entraîne l'application de ces mesures et, d'autre part, de la nature des données à protéger et des risques potentiels.
33. Le responsable du traitement doit prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées qui sont nécessaires à la protection des données à caractère personnel contre la destruction accidentelle ou non autorisée, contre la perte accidentelle ainsi que contre la modification, l'accès et tout autre traitement non autorisé de données à caractère personnel⁶.
34. Le traitement de données à caractère personnel relatives à la santé doit être effectué sous la surveillance et la responsabilité d'un professionnel des soins de santé⁷. Même si ce n'est pas strictement requis, le Comité sectoriel estime qu'il est préférable de traiter ces données sous la responsabilité d'un médecin⁸. Le Comité sectoriel a effectivement reçu l'identité du médecin concerné. Le Comité sectoriel rappelle que lors du traitement de données à caractère personnel, le professionnel des soins de santé ainsi que ses préposés ou mandataires sont soumis au secret.
35. Le Comité sectoriel constate qu'un conseiller en sécurité a été désigné et il a reçu la communication de son identité.

L'enquête de santé

36. Les données à caractère personnel, qui sont recueillies au moyen des interviews, sont codées par la Direction générale Statistique avant d'être mises à la disposition de l'ISP. Ce codage consiste dans le remplacement du numéro d'identification de la sécurité sociale de chaque intéressé par un numéro d'ordre sans signification. La Direction générale Statistique est la seule à conserver le lien entre les deux numéros.
37. L'ISP procède à un deuxième codage et conserve les données à caractère personnel doublement codées sur un serveur spécifique. Lorsqu'un accès est autorisé pour un tiers,

⁵ Article 14 de l'arrêté royal du 13 février 2001 portant exécution de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

⁶ Article 16 de la loi relative à la vie privée.

⁷ Article 7, § 4, de la loi relative à la vie privée.

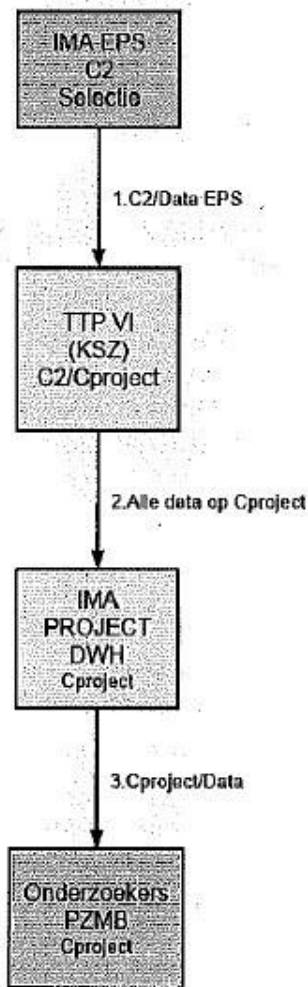
⁸ Délibération n° 07/034 du 4 septembre 2007.

ce dernier reçoit un login et un mot de passe personnalisés lui permettant de télécharger les données de l'ISP.

38. Le Comité sectoriel souligne qu'il y a lieu d'éviter tout risque de réidentification. Ceci doit être réalisé notamment en prévoyant une séparation de fonctions entre les personnes qui traitent les données à la source et les personnes qui traitent les données après leur couplage à d'autres données à des fins de recherche.
39. L'AIM a réalisé une analyse de risque « small cell » sur l'ensemble du fichier de l'enquête de santé 2013.
40. Le groupe de recherche de la KU Leuven est tenu à une obligation de confidentialité, prévue dans un contrat avec l'Institut scientifique de santé publique. Cette obligation est d'application pendant toute la durée du contrat et jusque cinq ans après la fin du contrat.

Echantillon permanent

41. Le trajet des données se déroule comme suit:
 - 1) L'AIM effectue la sélection sur l'EPS (C2)
 - 2) Le TTP OA de la BCSS code toutes les données sélectionnées en Cprojet. Toutes les données sur Cprojet sont placées dans le DWH AIM.
 - 3) Les séries de données, codées en Cprojet, sont mises à la disposition des chercheurs.



42. Le Comité sectoriel constate que l'AIM réalisera une analyse de risques "small cell".
43. Le Comité sectoriel est d'avis que les principes d'admissibilité, de finalité, de proportionnalité, de transparence et de sécurité sont respectés.

Par ces motifs,

la section santé du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé,

autorise, conformément aux dispositions de la présente délibération, le traitement de données à caractère personnel de l'enquête de santé (ISP) et de l'EPS (AIM) dans le cadre de l'étude relative au budget nécessaire pour la protection sociale flamande.

Yves ROGER
Président

Le siège du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé est établi dans les bureaux de la Banque Carrefour de la sécurité sociale, à l'adresse suivante: Quai de Willebroeck 38 - 1000 Bruxelles (tél. 32-2-741 83 11).