

***IDA — Protection des données
Secteurs de la santé et de la sécurité sociale***



COMMISSION
EUROPÉENNE

Commission européenne

***IDA — Protection des données
Secteurs de la santé et de la sécurité sociale***

Annexe au rapport annuel 1998
(XV D/5047/98)
du groupe de travail établi
par l'article 29 de la directive 95/46/CE

Direction générale
«Marché intérieur et services financiers»
1998

Remerciements

Cette publication a pour objet l'une des études lancées par la Commission européenne dans le cadre du programme IDA, lequel vise à favoriser la mise en place de réseaux transeuropéens (TEN) destinés à l'échange électronique de données entre administrations.

Elle répond au souhait de la Commission de disposer d'une analyse approfondie des problèmes majeurs de protection des données personnelles qui peuvent se présenter dans les secteurs sensibles de la santé et de la sécurité sociale, dans lesquels des échanges de données informatisées sont envisagés.

L'étude a été réalisée par le cabinet d'avocats Alain Bensoussan, sous la direction de M^e Ariane Molle et la collaboration de Catherine Chabert-Peltat.

La Commission européenne adresse ses plus vifs remerciements aux auteurs pour leur contribution majeure à l'étude.

De nombreuses autres informations sur l'Union européenne sont disponibles sur Internet via le serveur Europa (<http://europa.eu.int>).

Une fiche bibliographique figure à la fin de l'ouvrage.

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 1999

ISBN 92-828-4303-3

© Communautés européennes, 1999

Reproduction autorisée, moyennant mention de la source

Printed in Belgium

Partie A: RESUME DU RAPPORT FINAL

SOMMAIRE

I - INTRODUCTION

II - IDENTIFICATION ET ANALYSE DES PROBLEMES DE PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES ET DES MESURES D'HARMONISATION COMPLEMENTAIRES NECESSAIRES

1. LES PROBLEMES POSES AU REGARD DE LA DIRECTIVE PAR LA CARTE D'ASSURE SOCIAL PRECONISEE PAR LA COMMISSION ADMINISTRATIVE DES COMMUNAUTES EUROPEENNES POUR LA SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

1.1 Les travaux de la Commission administratives des Communautés Européennes pour la sécurité sociale des travailleurs migrants

1.1.1 Les données devant figurer sur la carte

1.1.2 La technique retenue

1.2 Les problèmes posés au regard de la Directive sur la protection des données

1.2.1 La nature des données et leur sensibilité

1.2.2 Les mesures de sécurité

1.2.3 La question du libre choix de l'assuré

1.2.4 La question de la technique utilisée

2. LES PROBLEMES DE PROTECTION DES DONNEES POSES PAR L'UTILISATION DE LA CARTE SANTE AU REGARD DES DISPOSITIONS DE LA DIRECTIVE

2.1 Le risque majeur identifié : la mise en oeuvre d'une « carte du citoyen »

2.1.1 Les divergences qui apparaissent entre les Etats membres

2.1.2 Les risques de détournement des finalités poursuivies

2.1.3 La question de la sécurité et de l'identification fiable du porteur de la carte

2.2 L'analyse de la problématique au regard des dispositions de la directive sur la protection des données à caractère personnel du 24 octobre 1995

2.2.1 Analyse des dispositions de la directive relatives à la délimitation des finalités et des destinataires

2.2.2 Analyse des dispositions de la directive relatives au traitement des données sensibles et au consentement des personnes

2.2.3 Analyse des dispositions de la directive relatives à l'information

2.2.4 Analyse des dispositions de la directive relatives au droit d'accès

III - PROPOSITIONS DE RECOMMANDATIONS

1. LA DEMARCHE PROPOSEE

2. LES PRECONISATIONS

I - INTRODUCTION

Le présent résumé constitue la synthèse du rapport final qui a été remis à la Commission dans le cadre du lot n° 1 de l'appel d'offres n° 85/C168/17 publié au Journal Officiel des Communautés européennes le 4 juillet 1995, lancé par la Commission européenne dans le cadre du programme IDA qui vise à favoriser la mise en place de Réseaux Trans-Européens (TEN) destinés à l'échange électronique de données entre administrations. Cette étude a été confiée au Cabinet Alain BENSOUSSAN sous la direction de Maître Ariane MOLE.

La Commission avait souhaité en effet pouvoir disposer d'une étude sur les problèmes majeurs de protection des données personnelles dans les secteurs sensibles de la santé et de la sécurité sociale, dans lesquels les échanges de données informatisés entre administrations sont envisagés.

Notamment, la Commission a souhaité savoir si des obstacles particuliers aux échanges électroniques de données prévus entre administrations pouvaient trouver leur origine dans les lois nationales actuelles de protection des données du fait de l'application de ces lois nationales à la collecte des données dans un Etat membre (en amont) ou au traitement ultérieur de ces données dans un Etat membre (en aval).

Les projets IDA suivants ont donc été recensés et analysés :

- en matière de santé :

- projet 8 : EMEA (European Medicine Evaluation Agency Network),
- projet 9 : EMCDDA (Centre Européen de Contrôle des Toxicomanies),
- projet 26 : REITOX (Réseau Européen d'Information sur les Toxicomanies),
- projet 25 : CARE,

- en matière de sécurité sociale :

- projet 22 : TESS,
- projet 23 : EURES.

Au vu de l'analyse de ces projets, il est apparu que la majorité des projets IDA identifiés en matière de santé et de sécurité sociale comme susceptibles de poser des problèmes quant à la protection des données personnelles, ne présentaient pas, à l'heure actuelle, les difficultés envisagées, à l'exclusion du projet TESS.

En accord avec la Commission, la majeure partie de l'étude porte sur les problèmes de protection des données susceptibles de se poser dans le cadre des projets TESS et SOSENET, du fait du sous-programme Build 7 qui a pour objet le remplacement des formulaires qui doivent être présentés par l'assuré pour avoir droit aux prestations sociales et plus particulièrement le formulaire E111.

Cette étude a été réalisée à partir de la documentation disponible dans les Etats membres, des réponses apportées par les responsables TESS au questionnaire établi par le Cabinet, et des résultats des entretiens menés au sein des Etats membres.

La structure du rapport est la suivante :

- la première partie analyse, en termes de protection des données personnelles, les différents projets du programme IDA,
- la seconde partie présente les travaux de la Commission administrative des travailleurs migrants, en ce qui concerne les projets de remplacement du formulaire E111 par une carte européenne harmonisée,
- la troisième partie présente l'ensemble des éléments relatifs aux cartes et projets de cartes en matière de santé et de sécurité sociale dans les pays de l'Union européenne, recueillis par le biais de la documentation, des interviews et/ou des réponses au questionnaire élaboré dans le cadre du présent appel d'offres retournées par les responsables TESS (une étude synthétique de ces éléments est présentée sous forme de tableau joint en annexe),
- la quatrième partie analyse d'une part les problèmes majeurs de protection des données, et d'autre part les mesures d'harmonisation complémentaires qui apparaissent nécessaires ;
- la cinquième partie fait état de recommandations en vue d'une proposition d'harmonisation complémentaire de la directive 95/46CE.

*** LES TRAVAUX EFFECTUES PAR LA COMMISSION ADMINISTRATIVE DES COMMUNAUTES EUROPEENNES POUR LA SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS :**

la Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants a soulevé à plusieurs reprises les problèmes administratifs et financiers engendrés par l'utilisation du formulaire E111 attestant du droit de l'assuré à l'octroi de prestations en nature lors d'un séjour dans un Etat membre.

La Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants a alors défini un projet visant à remplacer le formulaire E111 par une carte européenne harmonisée de soins médicaux immédiats.

L'analyse des projets de cartes dans les Etats membres, ainsi que l'analyse des projets de cartes européennes font apparaître une grande disparité en termes d'état d'avancement des projets, et une grande variété dans les finalités poursuivies et les moyens mis en oeuvre.

*** LES PROBLEMES DE PROTECTION DES DONNEES POSES PAR L'UTILISATION DE LA CARTE SANTE :**

Le risque majeur réside dans la mise en oeuvre d'une « carte du citoyen ».

A cet égard, la délimitation des finalités et des destinataires des informations revêt une importance cruciale.

En outre, compte tenu de la sensibilité des données relatives à la santé, la question du consentement des personnes et la sécurisation du système apparaissent essentielles.

*** LES PROPOSITIONS DE RECOMMANDATIONS :**

Il est donc proposé :

- d'établir une liste positive des finalités susceptibles d'être poursuivies, ainsi qu'une liste négative des finalités considérées comme non légitimes en ce domaine ;
- de déterminer selon chaque finalité, d'une part les grandes catégories de données susceptibles d'être traitées, d'autre part les profils d'utilisateurs correspondants.

Notamment, il convient d'éviter que la carte santé et/ou de sécurité sociale ne soit utilisée dans un but de contrôle des personnes autre que le contrôle nécessaire à la maîtrise de l'évolution des soins et/ou des dépenses, par exemple à des fins politiques et/ou sociales.

Dans cette perspective, l'intégration de données administratives, professionnelles, financières ou comportementales non nécessaires à la vérification des droits, à la maîtrise des dépenses ou à la prise en charge thérapeutique, devraient être considérées comme non pertinentes eu égard aux finalités légitimes du traitement.

De la même manière, l'accès aux données à des catégories de destinataires en-dehors du secteur des soins de santé ou de sécurité sociale devrait être proscrit.

De plus, il convient de prévoir des mesures de nature à assurer la confidentialité des données, une information suffisante du porteur de la carte, et de faciliter le droit d'accès du porteur aux données le concernant s'exerçant ; ce droit s'exercerait de préférence de manière directe, au moins sur les données administratives, par la mise en place de bornes télématiques.

**1. IDENTIFICATION ET ANALYSE DES PROBLEMES
DE PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES
ET DES MESURES D'HARMONISATION
COMPLEMENTAIRES NECESSAIRES**

1. LES PROBLEMES POSES AU REGARD DE LA DIRECTIVE PAR LA CARTE D'ASSURE SOCIAL PRECONISEE PAR LA COMMISSION ADMINISTRATIVE DES COMMUNAUTES EUROPEENNES POUR LA SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

1.1 LES TRAVAUX DE LA COMMISSION ADMINISTRATIVES DES COMMUNAUTES EUROPEENNES POUR LA SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

Un groupe de travail au sein de la Commission administrative des Communautés Européenne pour la sécurité sociale des travailleurs migrants, s'est réuni à plusieurs reprises entre 1991 et 1993, afin de proposer une stratégie de mise en service d'une « carte harmonisée de soins médicaux immédiats ».

L'objectif de ce groupe de travail, constitué de représentants de tous les Etats membres, a consisté à examiner de quelle manière les cartes nationales d'assuré social pouvaient être harmonisées pour remplacer le formulaire E111, dans le cadre du projet TESS/SOSENET.

1.1.1 Les données devant figurer sur la carte

Comme il est indiqué dans les comptes-rendus du groupe de travail, le groupe s'est occupé essentiellement des données qui doivent figurer sur la carte pour permettre un usage international ¹.

Outre une présentation harmonisée de la carte (couleurs, apposition du logo CEE), permettant de rendre la carte reconnaissable dans toute l'Union Européenne, le groupe a considéré que les données individuelles devant figurer sur la carte étaient les suivantes :

- le nom, le prénom et les initiales de l'assuré,
 - le code pays,
 - le code de l'institution d'assurance,
 - le statut codé de l'assuré (un travailleur, deux membres de la famille, trois pensionnés ou membres de la famille d'un pensionné),
 - le numéro d'immatriculation de l'assuré,
 - la date de naissance de l'assuré,
- ainsi que, de manière facultative :
- . l'adresse et le lieu de résidence de l'assuré,
 - . la durée de validité de la carte.

¹ Note du rapporteur du 25 octobre 1991 (CA.SS.TM. 77/91).

1.1.2 La technique retenue

Le rapport approuvé par la Commission administrative a proposé le transfert par timbrage comme niveau de technologie commun minimum.

Ceci signifie que la Commission administrative n'a pas considéré comme niveau de technologie commun minimum une technique permettant le transfert électronique des données.

Le timbrage permettrait en effet seulement le transfert des données sur papier grâce à un dispositif de lecture, permettant la transmission du document ainsi obtenu entre le médecin généraliste ou l'établissement hospitalier recevant l'assuré, et l'institution compétente du lieu de séjour temporaire.

Le timbrage de la carte permettrait par conséquent simplement d'une part une identification visuelle, et d'autre part le transfert des données sur papier grâce à un dispositif de lecture des données timbrées, et en aucun cas un transfert électronique.

1.2 LES PROBLEMES POSES AU REGARD DE LA DIRECTIVE SUR LA PROTECTION DES DONNEES

1.2.1 La nature des données et leur sensibilité

La carte décrite ci-dessus, résultant du groupe de travail de la Commission administrative des Communautés Européennes pour la sécurité sociale des travailleurs migrants, consiste en une simple carte à vocation administrative, destinée à remplacer, sous forme plastique, le formulaire E111, remis par l'assuré à un praticien ou au sein d'un établissement hospitalier.

L'objectif est uniquement de permettre de vérifier la qualité d'assuré sociale du porteur de la carte ou de ses ayants-droit.

Les informations qui y figurent seraient donc essentiellement le nom, l'institution d'assurance, le numéro d'immatriculation, les ayants-droit éventuels ainsi que les dates d'ouverture et de clôture des droits.

S'il s'agit bien de données à caractère personnel au sens de l'article 2a de la Directive, le risque d'atteinte à la vie privée que ce type de carte est susceptible de représenter reste, toutefois, faible, dans la mesure où elle a pour seule vocation de remplacer la carte d'assuré social papier.

Il n'en demeure pas moins que, même à ce stade, certaines données sont susceptibles d'être considérées comme sensibles au regard des dispositions de la Directive communautaire :

*** La question de la donnée relative au numéro d'immatriculation de l'assuré**

Si ce numéro d'immatriculation correspond à un numéro national d'identification ou à tout autre identifiant de portée générale, l'utilisation de cette donnée constitue un « traitement portant sur des catégories particulières de données » au sens de l'article 8 paragraphe 7 de la Directive.

En effet, en vertu du paragraphe 7 de l'article 8 de cette Directive « les Etats membres déterminent les conditions dans lesquelles un numéro national d'identification ou tout autre identifiant de portée générale peut faire l'objet d'un traitement ».

Ainsi, à titre d'exemple, il apparaît qu'en Italie, le numéro d'immatriculation de l'assuré serait le numéro fiscal.

En France, le numéro d'immatriculation de l'assuré est le numéro de sécurité sociale, ou numéro national d'identification au répertoire de l'INSEE, numéro créé sous la période de l'occupation allemande dans un objectif de classification des personnes, et considéré par la loi française Informatique et libertés comme une donnée sensible.

En Belgique existe un numéro national d'inscription au Registre, dont la Commission de contrôle de protection des données belge a déjà refusé qu'il figure sur la carte nationale d'identité, parce qu'elle le considère comme une donnée sensible.

L'article 8 paragraphe 7 de la Directive attire par conséquent l'attention des Etats membres sur le caractère sensible de tout numéro national d'identification ou de tout identifiant de portée générale, sans harmoniser les conditions dans lesquelles de tels numéros ou identifiants peuvent faire l'objet d'un traitement, puisqu'il laisse aux Etats membres le soin de déterminer les conditions d'un tel traitement.

Par conséquent, dans la mesure où le numéro d'assuré constitue également un numéro d'identification national ou de portée générale, chaque Etat membre est susceptible de légiférer de manière différente sur les modalités de traitement d'un tel numéro, ce qui est susceptible d'entraîner des distorsions entre les Etats membres.

Au demeurant, il convient, dès à présent, de poser la question de la mise en place éventuelle d'un numéro d'assuré européen, et des risques qu'une telle mise en place serait susceptible d'entraîner au regard de la protection de la vie privée et des libertés des personnes physiques :

Dans l'hypothèse minimale où la carte santé aurait pour seule vocation de remplacer le formulaire E111, la question de la nécessité d'un numéro européen d'immatriculation de l'assuré ne se poserait pas encore.

En effet, il s'agirait simplement pour l'assuré de présenter cette carte au lieu du formulaire E111 au médecin généraliste ou à l'établissement hospitalier pour recevoir des soins, les informations obtenues via la carte permettant seulement la transmission à l'institution d'assurance compétente du lieu de séjour temporaire.

En revanche, la transmission entre l'institution d'assurance du lieu de séjour temporaire, et l'institution d'assurance du lieu de résidence de l'assuré, continuerait, dans une telle hypothèse, à s'effectuer via un formulaire papier, pour le remboursement entre institutions nationales d'assurance maladie.

Il n'en demeure pas moins que le transfert électronique de données relatives à un ressortissant d'un Etat membre, entre une institution d'assurance maladie d'un Etat membre, et une institution d'assurance maladie d'un autre Etat membre, posera, à brève échéance, le problème de l'identification fiable de l'assuré concerné, ne serait-ce que par la mise en place d'une table de concordance entre les divers numéros d'immatriculation nationaux.

*** La question de la donnée relative à la nationalité :**

La question de l'indication de la nationalité sur la carte a fait l'objet de discussions au sein du groupe de travail.

En particulier, il est indiqué dans un des comptes-rendus des discussions de ce groupe que « l'indication de la nationalité sur la carte poserait des problèmes considérables dans un certain nombre de pays ». (cf. note du rapporteur du 25 octobre 1991)

Il ne s'agit pourtant pas d'une donnée sensible au sens de l'article 8 paragraphe 1 de la Directive, dans la mesure où il ne nous semble pas que l'indication de la nationalité puisse être confondue avec l'indication de la race, ou de la religion par exemple.

L'indication de la nationalité apparaît pourtant une question clé, dans la mesure où dans la plupart des Etats membres de la CEE, les droits sont servis à toute personne résidant sur le territoire, indépendamment de sa nationalité, alors que les règlements ne s'appliquent qu'aux ressortissants d'un Etat membre de la CEE.

Par conséquent, la carte serait délivrée à tous les assurés, indépendamment de leur nationalité.

A notre sens, il devrait suffir d'indiquer sur la carte la mention CEE/hors CEE, qui est une mention insusceptible d'être considérée comme une donnée sensible, afin de trouver une solution à ce problème.

A cet égard, les entretiens menés avec Madame FERY, qui développe l'utilisation d'EDIFACT dans le cadre du BUILD 6, ont révélé que les formulaires utilisés dans le cadre des échanges entre administrations nationales d'assurance vieillesse utilise cette terminologie CEE/hors CEE.

Le choix d'une telle mention apparaît au demeurant conforme aux principes relatifs à la qualité des données énumérées à l'article 6 de la Directive, en vertu desquels notamment les données à caractère personnel doivent être adéquates, pertinentes et non excessives au regard des finalités pour lesquelles elles sont collectées et pour lesquelles elles sont traitées ultérieurement.

*** La question des autres données :**

Enfin, et même si de telles données ne figurent pas a priori dans la liste établie par la Commission pour la sécurité sociale des travailleurs migrants comme devant figurer sur la carte, il convient de ne pas perdre de vue que certaines données additionnelles sont susceptibles de figurer ultérieurement sur une carte d'assuré sociale harmonisée, qui pourraient dans certains cas être considérées comme des données sensibles au sens de l'article 8 paragraphe 1 de la Directive.

Ainsi, le rapport de Sophie LOUVEAUX, sous la direction d'Yves POULLET, relatif à l'application de la Directive sur la protection des données à caractère personnel au projet de carte santé (septembre 1995) souligne que l'appartenance à certains types de mutuelles (mutualités chrétiennes, par exemple) est susceptible d'indiquer une opinion politique ou religieuse, voire même une appartenance syndicale.

En tout état de cause, l'ajout de certaines données administratives supplémentaires, telles que par exemple l'indication du lieu de soin, par exemple, est susceptible de constituer, quoiqu'étant une donnée administrative, une donnée sensible révélant indirectement des indications relatives à la santé du patient (dans l'hypothèse où il s'agirait par exemple d'un hôpital psychiatrique, ou d'un hôpital de traitement du cancer, etc...).

Bien évidemment, dans ces hypothèses, l'ajout de ces données administratives figurerait non pas sur la partie timbrée de la carte, qui a seule fait l'objet du consensus du groupe de travail de la Commission pour la sécurité sociale des travailleurs migrants, mais à l'intérieur de la carte, notamment dans une puce.

Dans cette mesure, il conviendrait de prévoir des mesures de sécurité permettant de garantir la confidentialité des données enregistrées.

1.2.2 Les mesures de sécurité

A priori, si la carte d'assuré social européenne harmonisée ne devait contenir que la liste des données minimales définie par le groupe de travail de la Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants, par la seule technique du timbrage, il ne serait pas nécessaire de prendre des mesures particulières pour assurer la confidentialité de telles données.

En effet, le fait que de telles données puissent figurer, par timbrage, sur une carte plastique, ne pose pas de problèmes sensiblement différents de l'inscription de telles données par écrit sur une carte papier.

Au regard de la confidentialité des données stricto sensu, le vol ou la perte de la carte plastique d'assuré social harmonisé ne devrait pas entraîner de risques supérieurs à ceux encourus par la perte ou le vol d'une carte d'assuré social papier telle qu'elle existe aujourd'hui.

Par conséquent, les mesures de sécurité, dans l'hypothèse de l'utilisation d'une carte d'assuré social harmonisée telle que définie ci-dessus, devrait tendre non pas à protéger la confidentialité des données figurant sur la carte, puisque ces données figureraient en clair, mais plutôt à protéger l'utilisation de sa carte par l'assuré, afin d'éviter, en cas de perte ou de vol, l'usurpation de ses droits par un tiers.

C'est dans cette mesure que l'utilisation d'un code confidentiel pour protéger l'utilisation de la carte harmonisée d'assuré social telle que définie par la Commission pour la sécurité sociale des travailleurs migrants, nous apparaît nécessaire.

La fourniture de son code confidentiel par l'assuré n'aurait pas pour objet d'exprimer son consentement au traitement au sens de l'article 8 paragraphe 2 de la Directive, puisque, comme il a été examiné ci-dessus, il apparaît que les informations qui figureraient en clair sur la carte par timbrage ne constitueraient pas des informations sensibles dont l'enregistrement serait interdit sauf consentement explicite de la personne.

En revanche, la fourniture par l'assuré de son code confidentiel aurait pour conséquence de permettre de déterminer que la personne qui fournit la carte d'assuré social en est bien le titulaire.

C'est dans cet objet qu'en 1989, la CNIL a donné un avis favorable à une expérimentation d'un traitement dénommé CASAM tendant au remplacement de la carte d'assuré social papier par une carte à microcircuits.

Cette carte contenait les mêmes informations que la cartes papier, et l'utilisation d'un code secret, propre à l'assuré, était destiné à protéger l'utilisation de sa carte par son titulaire. (délibération n° 89-113 du 10 octobre 1989 relative à l'expérimentation d'une carte d'assuré social à microcircuits dite CASAM, rapport annuel de la CNIL pour 1989, pages 231 et suivantes).

Toutefois, si l'usage du code confidentiel exclut en principe l'utilisation frauduleuse de la carte par suite notamment du vol de cette carte, il convient de relever que, du fait de l'existence d'ayants-droit, le porteur de la carte ne sera pas nécessairement l'assuré.

Dans ce cas, le code perdrait son caractère confidentiel s'il était remis au bénéficiaire des soins ou à un tiers connu de l'assuré pour permettre à ce dernier d'obtenir le remboursement des soins.

Pour ces raisons, il apparaît nécessaire qu'une carte d'assuré social puisse être remise non seulement à chacun des assurés, mais également à chacun des ayants-droit de l'assuré, chacune des cartes possédant un code confidentiel distinct permettant d'empêcher toute utilisation frauduleuse d'une telle carte.

1.2.3 La question du libre choix de l'assuré

La question se pose de savoir si, une fois la carte d'assuré social européenne harmonisée mise en service, tout ressortissant d'un Etat membre sera ou non tenu de l'utiliser au lieu et place du formulaire E111.

La réponse à une telle question dépend, pour une part, du degré de sophistication technique de la formule de carte d'assuré social harmonisée qui sera retenue.

En effet, si la carte d'assuré social harmonisée se réduit à une carte plastique sur laquelle sont apposées un certain nombre de données en clair par timbrage, une telle carte devrait facilement pouvoir être totalement substituée au formulaire papier E111.

En revanche, si la carte d'assuré social harmonisée doit comporter d'autres données, notamment enregistrées dans une puce, l'obligation de remplacer la carte d'assuré social par cette carte à puce sera plus difficile à imposer, et ce notamment dans la mesure où tous les praticiens ou établissements hospitaliers ne disposeront pas, dans chacun des Etats membres, et avec la même rapidité, de matériels permettant de lire le contenu d'une telle carte.

Toutefois, le fait que l'utilisation d'une simple carte plastique d'assuré social sur laquelle figureraient des données par timbrage, serait plus facile à imposer de manière généralisée, ne doit pas dissimuler le fait qu'une telle carte « minimaliste », d'une part ne correspondrait pas à l'état des techniques mises en oeuvre dans plusieurs pays de l'Union Européenne (France, Allemagne, Angleterre notamment), et d'autre part serait contraire au principe du transfert électronique des données tel qu'il résulte du projet IDA.

Enfin, la question du libre choix de l'assuré ne devrait pas, à notre sens, constituer un obstacle majeur à la mise en service d'une carte d'assuré social harmonisée européenne.

En effet, il convient de rapprocher le projet de mise en place d'une carte santé européenne avec la mise en place progressive de la carte bancaire.

En effet, dans le domaine de la carte bancaire, qui n'a jamais été imposé, les transactions commerciales sont toutefois passées en 20 ans de 100 % papier à 3 % aujourd'hui.

Il est par conséquent légitime de considérer que la généralisation de la carte santé, même si une telle carte n'est jamais imposée, pourrait suivre le même rythme de croissance que la carte bancaire dans les années qui viennent de s'écouler.

1.2.4 La question de la technique utilisée

Ainsi qu'il a été indiqué au point précédent, il apparaît que le choix effectué par le groupe de travail de la Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants, consistant en un transfert par timbrage comme niveau de technologie commun minimum, apparaît dépassé techniquement, tant au regard des développements techniques intervenus dans plusieurs des Etats membres en matière de carte santé, qu'au regard du programme IDA et de la télétransmission entre acteurs publics.

Par conséquent, seul le transfert électronique de données permettrait d'ouvrir la porte de SOSENET à la carte d'assurance maladie et permettrait le traitement automatique par télétransmission du remboursement des dépenses de santé.

Il convient à cet égard de rappeler qu'en France, le système SESAM VITALE, système d'échanges électroniques sécurisés entre les professionnels de santé et l'assurance maladie, associe deux cartes à microprocesseurs, d'une part la carte santé de l'assuré (VITALE) d'autre part la carte du professionnel de santé (CPS).

Cette carte à puce, dont la généralisation est prévue pour 1997 et dont les premières expérimentations ont eu lieu en 1985, est appelée à remplacer le dossier médical papier et donc la feuille de maladie remplie par les médecins et les pharmaciens.

Cette carte contient, outre des renseignements administratifs, des renseignements médicaux, comme par exemple les allergies, ou encore les numéros de ceux qui détiennent les informations vitales (antécédents médicaux, etc...).

Le projet TASS, déjà en place dans toute l'Andalousie, et qui devrait être bientôt étendu à toute l'Espagne, repose aussi sur la technique de la carte à microprocesseur.

Par conséquent, afin d'une part de permettre à la carte santé européenne de rester en prise directe sur l'état de développement technologique des Etats membres qui ont déjà mis en place un système de carte santé, et d'autre part de ne pas entraver les échanges par télétransmission dans le cadre de TESS/SOSENET, il apparaît nécessaire d'aller au-delà du choix opéré par le groupe de travail de la Commission administrative des Communautés Européennes pour la sécurité sociale des travailleurs migrants : en d'autres termes, il serait préférable de ne pas se limiter à mettre en place une carte d'assuré social harmonisée sur laquelle figureraient uniquement des données en clair par timbrage, mais d'envisager de manière concrète la mise en place d'une carte santé, destinée non seulement à remplacer le formulaire E111 mais également à permettre un système d'échanges électroniques sécurisés entre les professionnels de santé et les administrations de protection sociale des différents Etats membres, par la technologie de la carte à microprocesseur.

2. LES PROBLEMES DE PROTECTION DES DONNEES POSES PAR L'UTILISATION DE LA CARTE SANTE AU REGARD DES DISPOSITIONS DE LA DIRECTIVE

2.1 LE RISQUE MAJEUR IDENTIFIE : LA MISE EN OEUVRE D'UNE « CARTE DU CITOYEN »

L'analyse à laquelle il a été procédé au moyen d'une part de la documentation réunie, d'autre part des réponses apportées aux questionnaires et des entretiens réalisés, a fait apparaître l'importance cruciale de la détermination et de la limitation des finalités poursuivies par la mise en place d'une carte de sécurité sociale et/ou de santé.

Ce problème de la délimitation des finalités du traitement est intimement lié à celui de la délimitation des destinataires des informations.

2.1.1 Les divergences qui apparaissent entre les Etats membres

A cet égard, il existe une différence importante entre les Etats membres qui considèrent que seuls les organismes de sécurité sociale, les médecins, et de manière générale, les acteurs du domaine de la santé, peuvent être destinataires des informations, et les Etats membres qui considèrent au contraire, que d'autres administrations ou organismes privés peuvent être destinataire desdites informations.

Ce point est apparu comme particulièrement important à Madame FERRY-SANGARE, de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse en France (CNAVTS), que nous avons rencontrée, et qui est chargée, dans le cadre du projet TESS, et du sous-projet BUILD 6, de développer par une démarche transversale un modèle de données global, un glossaire de termes communs et des messages EDIFACT adaptés.

A l'occasion d'une conférence TESS, qui s'est tenue les 26, 27 et 28 janvier 1996 à Newcastle, au Royaume-Uni, Madame FERRY-SANGARE a indiqué que selon elle :

« La frontière pour la gestion des données entre le monde fiscal et le monde social, entre la police et le domaine social ne sont pas les mêmes dans les différents pays, par exemple en France, en Italie et aux Pays-Bas ». (« sécurité sociale et EDIFACT, une stratégie gagnant », Franceline FERRY-SANGARE, CNAVTS-France, support de Conférence TESS, Newcastle/Royaume-Uni, 26 au 28 janvier 1996, page 5).

Ainsi, le questionnaire grec, retourné par le ministère du Travail et de la Sécurité sociale le 25 octobre 1996, indique qu'un projet de carte propre aux assurés sociaux, retraités et employeurs, aurait pour objet de centraliser les informations administratives concernant ces personnes pour les diffuser auprès du ministère du Travail et de la Sécurité sociale, des institutions d'assurance sociale, mais également auprès du ministère de la Marine marchande, du ministère de la Défense et de celui des Finances.

De la même manière, le questionnaire espagnol, retourné en date du 12 novembre 1996 par le ministère du Travail et de la Sécurité sociale, a confirmé la vocation pluri-administrative de la carte mise en oeuvre dans le cadre du projet espagnol dénommé « TASS », qui est relative aux allocations de toutes natures versées au porteur de la carte ainsi qu'à ses ayants-droit, à la fois en matière d'assurance maladie, de chômage et autres allocations.

Or, plusieurs lois permettent l'interconnexion de données entre plusieurs administrations, afin de lutter contre la fraude.

En France, la loi prévoit également un droit étendu de communication à l'administration fiscale.

Par conséquent, il convient de veiller à ce que la mise en place d'une carte ne constitue pas une opportunité de mettre en place non seulement une carte de sécurité sociale ou une carte santé, mais une « carte du citoyen » comprenant différents volets, parmi lesquels un volet de sécurité sociale et/ou de santé, et intégrant par conséquent, en sus des données administratives de sécurité sociale et/ou des données de santé, des données administratives de tous ordres, ainsi que des données fiscales et sociales.

Pour apprécier le degré de risque pouvant être généré du fait de cette divulgation, il serait possible de différencier les projets dans lesquels des données de santé sont enregistrées et les projets dans lesquels seules des données administratives sont enregistrées :

La Belgique par exemple, selon les réponses au questionnaire fourni le 15 octobre 1996 par la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale, est un des pays dans lequel des administrations et/ou organisations appartenant à d'autres secteurs que la sécurité sociale ou la santé, peuvent être destinataires des informations : il s'agit notamment de l'administration fiscale, ainsi que des employeurs de l'assuré.

Cependant, il apparaît que les données enregistrées sont des données purement administratives et que seules les données dites « publiques » pourront être communiquées.

Un autre exemple est fourni par les réponses au questionnaire irlandais, qui a été retourné le 14 novembre 1996 par le Department of Social Welfare.

Ces réponses révèlent que seuls les organismes de sécurité sociale, ou les différents acteurs du domaine de la santé, ont en principe accès aux données contenues dans la carte ; toutefois, la carte mise en oeuvre en Irlande a pour objet également le paiement des indemnités de chômage.

De ce fait, même si l'institution qui verse ces indemnités fait partie de la sécurité sociale irlandaise, il n'en demeure pas moins qu'une des finalités poursuivies par cette carte - à savoir la gestion des indemnités de chômage- n'est pas tout à fait la même que celle poursuivie par une carte de sécurité sociale ayant pour seul objet de permettre la vérification des droits au remboursement des frais de soins.

La réponse irlandaise doit donc attirer notre attention sur le fait que l'organisation de la sécurité sociale est très variable selon les Etats membres considérés : ainsi, si, en Irlande, la même administration de sécurité sociale règle à la fois le paiement des indemnités de chômage et le remboursement des soins de santé, en revanche, dans d'autres pays, tels que la France, ces deux fonctions sont bien distinctes, et gérées par des organismes différenciés.

Or, l'organisation en vigueur dans chaque Etat membre détermine également les questions relatives à la nature des données liées à la détermination des finalités de la carte de sécurité sociale et/ou de santé, ainsi qu'à la nature des données susceptibles d'être transmises aux différentes administrations concernées.

En effet, si une même personne morale assure plusieurs fonctions différentes, le risque existe que les données dont elle est destinataire au titre de l'une de ses fonctions, soient utilisées non seulement pour l'accomplissement de cette fonction, mais également pour d'autres finalités.

Il serait donc intéressant, pour assurer le respect du principe de finalité du traitement, de pouvoir isoler par un procédé de lettrage, les seules données pertinentes pour la gestion des droits relatifs à la santé et à la sécurité sociale du titulaire.

Le système de lettrage des données consiste en l'identification de certaines données par une lettre.

Ce système permet, à l'occasion d'un transfert ou dans le cadre d'analyses, d'extraire les données lettrées afin de parvenir à l'objectif fixé ou de les rapprocher d'autres données lettrées.

De cette manière, soit ne seraient transférées que les seules données lettrées identifiées comme sensibles, soit l'ensemble des données seraient transférées (pour des raisons techniques) mais seules les données non lettrées pourraient être lues entièrement par le personnel administratif, les données lettrées étant réservées aux seuls services participant à l'opération de suivi thérapeutique ou de liquidation des droits, ou au remboursement des soins engagés et au règlement.

Une fois ainsi identifiées, ces données seraient reçues par le seul service habilité et par un professionnel soumis au secret professionnel.

Si ce tri n'est pas possible techniquement, il conviendrait que les données sensibles soient codées afin d'éviter qu'elles ne soient accessibles par un personnel non soumis au secret professionnel.

Aussi, et sauf fraude volontaire, l'administration intéressée à la gestion des indemnités de chômage par exemple, ne pourrait être destinataire de données étrangères à sa mission.

De la même façon, il pourrait être prévu que ces données soient forcément codées, et que seule l'administration concernée puisse détenir le code permettant de les lire.

Aussi, le transfert pourrait s'opérer librement, le destinataire habilité étant concomitamment contacté et le mot de passe lui étant adressé de façon à lui permettre la lecture des données ainsi transférées.

Bien entendu, cette question est intimement liée à la question de l'utilisation du numéro national d'identification qui ouvre la possibilité d'échange entre différentes administrations, mais aussi du regroupement au sein d'une même institution de services poursuivant des vocations différentes.

Il a déjà été évoqué le cas de la France, où les mutuelles privées, soumises au Code de la mutualité, sont amenées tout à la fois à rembourser des prestations de soins pour le compte de la sécurité sociale, à compléter le remboursement au titre de l'assurance complémentaire souscrite par l'assuré mais aussi, à proposer des polices d'assurance sur la vie ou la perte d'emploi, ou encore des placements financiers.

L'utilisation d'un système de lettrage des données permettrait, en réservant chaque catégorie de données à ses destinataires, de prévenir une confusion de finalités, et d'éviter que des personnes non soumises au secret médical aient accès à des données sensibles.

Il est d'autant plus important d'identifier avec précision les données sensibles que certaines données d'apparence administratives peuvent être lourdes de sens.

Il peut s'agir de l'appartenance à une mutualité chrétienne, de l'indication d'une hospitalisation à la clinique protestante, de l'admission dans un hôpital psychiatrique ou encore des services d'orthogénie.

Aussi, seules les données purement administratives doivent apparaître en clair ou être de libre accès, l'ensemble des autres devant être enregistrées de façon indépendante et accessibles aux seuls professionnels de santé ou agents administratifs soumis au secret.

2.1.2 Les risques de détournement des finalités poursuivies

Par conséquent, le risque en matière de protection des personnes au regard du traitement des données personnelles, peut provenir de deux sources :

- soit parce que la carte mise en place constituait une « carte du citoyen », c'est-à-dire une carte à vocation multifonctionnelle, de nature à constituer un dossier portable contenant l'ensemble des données administratives, sociales, financières et de santé relatives à la personne concernée : cette accumulation de données d'origines et de contenus différents sur un même support est à l'évidence de nature à générer des atteintes à la vie privée et ce même si des sécurités importantes sont mises en oeuvre afin de gérer un accès cloisonné aux données, car le risque en cas de perte de la carte, ou d'utilisation non autorisée, ne peut jamais être totalement maîtrisé,

- soit parce que les administrations ou organismes du secteur privé, destinataires des informations, peuvent assumer plusieurs missions très diverses, relatives par exemple non seulement à la sécurité sociale et/ou à la santé, mais également d'autres fonctions, sociales et encore fiscales : la tentation consisterait alors pour ces administrations ou organismes privés à utiliser les données auxquelles ils ont accès au titre d'une de leurs missions pour d'autres finalités.

2.1.3 La question de la sécurité et de l'identification fiable du porteur de la carte

Dès lors que des données sensibles sont inscrites sur la carte, la question du vol ou de la perte de la carte est posée.

Il semble que pour éviter les risques qui y sont attachés, la carte doit être individuelle et le titulaire muni d'un code confidentiel.

Si dans la plupart des cas les cartes en service ou les projets envisagés sont individuels, en revanche peu de pays ont prévu un code d'accès confidentiel pour le titulaire, soit pour des raisons tenant à la possibilité pour le médecin de laisser le patient dans l'ignorance de sa maladie, soit pour des raisons tenant à la nécessité éventuelle d'intervenir d'urgence, soit pour des raisons de fiabilité des données disponibles (en cas de modification ou de refus d'enregistrement de certaines données par le patient).

Par ailleurs, techniquement, le code confidentiel pour le patient n'a pas de fonctionnalité d'attestation du consentement.

Pourtant, l'utilisation d'un code confidentiel patient est un élément important de la protection des données personnelles qui peut venir compléter la sécurisation apportée par l'utilisation d'une carte de professionnel de santé.

La procédure d'identification expérimentée en Espagne dans le cadre du projet TASS, qui consiste en une reconnaissance de l'empreinte digitale enregistrée dans la carte, par comparaison avec l'empreinte du doigt que le porteur introduit dans le lecteur, est intéressante ; en effet, elle a le mérite de permettre une identification fiable du porteur, qui lui donne un droit d'accès direct aux données le concernant via une borne interactive, sans présenter apparemment de risque au regard de ses droits et libertés individuelles, puisque l'empreinte digitale n'est enregistrées que dans la carte dont il est porteur, à l'exclusion de tout autre enregistrement.

Il pourrait également être envisagé que le code confidentiel patient ouvre à celui-ci une zone correspondant aux données administratives ainsi qu'aux données médicales connues de lui, tout comme la carte professionnelle de santé ouvre au professionnel de santé les zones dont il pourrait être seul à avoir connaissance.

Ainsi, la carte du professionnel de santé pourrait fonctionner en dehors de l'insertion par le patient de son code confidentiel et le patient pourrait avoir accès à ses données administratives ainsi qu'à ses données médicales de base sans besoin du professionnel de santé.

Le risque lié à la non connaissance du code confidentiel patient en cas d'urgence ou de l'état du patient ne lui permettant pas de faire connaître son code serait ainsi écarté, de même le risque qu'à l'aide de ce code le patient ait connaissance de certaines données médicales qui ne lui ont pas été révélées serait également écarté.

L'utilisation de bornes de télé mise à jour pour ce faire pourrait être envisagée.

2.2 L'ANALYSE DE LA PROBLEMATIQUE AU REGARD DES DISPOSITIONS DE LA DIRECTIVE SUR LA PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL DU 24 OCTOBRE 1995

2.2.1 Analyse des dispositions de la directive relatives à la délimitation des finalités et des destinataires

*** Les dispositions de la directive :**

Dans le cadre du projet TESS, il convient de déterminer si les dispositions de la directive relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données personnelles (directive 95/46 du 24 octobre 1995) permettent d'harmoniser les finalités assignées par les Etats membres à la mise en place d'une carte de sécurité sociale et/ou de santé.

En effet, cette directive contient plusieurs dispositions relatives à la détermination des finalités du traitement, et à la pertinence des données transmises aux différents destinataires.

Il s'agit notamment des « principes relatifs à la qualité des données », énumérés à l'article 6 de la directive, ainsi que des « principes relatifs à la légitimation des traitements de données », qui figurent à son article 7.

- En effet, l'article 6 de la directive est rédigé comme suit :

*« 1. Les Etats membres prévoient que les données à caractère personnel doivent être :
(...)*

b) collectées pour des finalités déterminées, explicites et légitimes, et ne pas être traitées ultérieurement de manière incompatible avec ces finalités. Un traitement ultérieur à des fins historiques, statistiques ou scientifiques n'est pas réputé incompatible pour autant que les Etats membres prévoient des garanties appropriées ;

*c) adéquates, pertinentes et non excessives au regard des finalités pour lesquelles elles sont collectées et pour lesquelles elles sont traitées ultérieurement ;
(...)*

2. Il incombe au responsable du traitement d'assurer le respect du paragraphe 1. ».

Il s'agit là de l'affirmation des principes généralement connus sous la dénomination de « principe de finalité » et de « principe de pertinence », selon lesquels d'une part les données doivent toujours être collectées et traitées dans un objectif déterminé, et non pas sans raison, d'autre part les données ainsi collectées doivent correspondre aux finalités ainsi déterminées.

- L'article 7 de la directive énumère quant à lui les critères selon lesquels le traitement de données à caractère personnel sera considéré comme légitime par chacun des Etats membres concernés, en ces termes :

« Les Etats membres prévoient que le traitement de données à caractère personnel ne peut être effectué que si :

- a) la personne concernée a indubitablement donné son consentement ; ou*
- b) il est nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel la personne concernée est partie ou à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande de celle-ci ; ou*
- c) il est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis ; ou*
- d) il est nécessaire à la sauvegarde de l'intérêt vital de la personne concernée ; ou*
- e) il est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public ou relevant de l'exercice de l'autorité publique dont est investi le responsable du traitement ou le tiers auquel les données sont communiquées ; ou*
- f) il est nécessaire à la réalisation de l'intérêt légitime poursuivi par le responsable du traitement ou par le ou les tiers auxquels les données sont communiquées, à condition que ne prévalent pas l'intérêt ou les droits et libertés fondamentaux de la personne concernée, qui appellent une protection au titre de l'article 1er paragraphe 1 ».*

Dans le contexte d'IDA et dans le cadre du projet TESS, plusieurs de ces critères pourraient servir à légitimer la mise en place d'une carte santé et/ou sécurité sociale, à l'exception vraisemblablement du dernier critère énuméré au point f de l'article 7 de la directive (qui apparaît plutôt destiné aux traitements mis en oeuvre à des fins commerciales).

- En effet, la légitimité du traitement des données pourrait tout d'abord résulter du consentement de la personne (article 7a) ;

- Il pourrait également résulter des dispositions d'un contrat, si l'attribution d'une carte santé et/ou de sécurité sociale résultait de la signature d'un contrat par la personne attributaire de la carte (article 7b) ;

- Le critère pourrait également être celui de l'obligation légale, puisqu'il apparaît que dans un certain nombre de pays où la carte santé et/ou sécurité sociale est mise en oeuvre à l'échelon national, ceci résulte de la loi (tel est le cas en Allemagne, ou encore en France) (article 7c) ;

- Dans le cas où la carte mise en oeuvre serait une carte d'urgence, la légitimité de sa mise en oeuvre pourrait être considérée comme résultant du critère de sauvegarde de l'intérêt vital de la personne concernée (article 7d) ;

Enfin, le critère selon lequel le traitement est légitime parce qu'il est « nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public ou relevant de l'exercice de l'autorité publique, dont est investi le responsable du traitement ou le tiers auquel les données sont communiquées », devrait également à l'évidence dans de nombreux cas être considéré par l'Etat membre comme légitimant la mise en place d'une carte santé et/ou de sécurité sociale (article 7e).

*** La nécessité de mesures d'harmonisation complémentaires :**

A la lumière de l'analyse qui a été faite de la mise en place de cartes dans chacun des Etats membres considérés, il apparaît qu'en pratique, le consentement des personnes n'est jamais requis, et qu'au demeurant, l'utilisation de la carte ne résulte pas dans la majorité des cas de dispositions contractuelles conclues avec l'intéressé.

Par conséquent, les deux premiers critères ci-dessus de l'article 7 de la directive ne trouvent pas, en l'état actuel de la pratique par les Etats membres, à s'appliquer.

Les trois seuls critères susceptibles de légitimer la carte, en l'état actuel de la pratique, sont donc les trois autres critères, à savoir :

- la sauvegarde de l'intérêt vital de la personne concernée, étant entendu que ce critère n'est susceptible de s'appliquer qu'au cas où la carte mise en place est une carte d'urgence ;
- la législation de l'Etat membre ;
- la nécessité d'exécuter une mission d'intérêt public ou relevant de l'autorité publique.

De ce fait, il apparaît que la légitimité de la mise en oeuvre d'une carte de sécurité sociale ou d'une carte santé dans un Etat membre résultera le plus souvent de sa législation.

Cette législation de chaque Etat membre devra en principe déterminer, conformément à l'article 6 de la directive, les finalités selon lesquelles le traitement devra être opéré, ainsi que les données correspondant à ces finalités qui pourront être collectées et transmises à leurs différents destinataires.

Or, il apparaît que, ainsi qu'il a été exposé ci-dessus, la conception de la légitimité des données traitées, et des finalités poursuivies, peuvent varier selon l'Etat membre considéré.

A titre d'exemple, et notamment dans le contexte de l'utilisation d'une « carte du citoyen », le fait, après avoir collecté des données pour permettre le versement de prestations de sécurité sociale, de les communiquer ensuite à l'administration fiscale ou encore à la police, par exemple, à des fins de contrôle, pourrait être considéré comme illégitime, ou encore non conforme au principe de finalité et de pertinence dans un Etat membre, et au contraire parfaitement légitime et conforme dans un autre Etat membre.

Il existe par conséquent un risque de disparité entre les Etats membres, qui nécessite à notre avis l'adoption de mesures d'harmonisation complémentaires dans le domaine spécifique de la mise en place de cartes de sécurité sociale ou de cartes santé.

Tel est l'objectif qui a été poursuivi par la Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants (CA.SS.TM) qui avait essayé de définir d'une part la liste des informations nécessaires à la mise en place d'une carte de sécurité sociale harmonisée, et d'autre part la liste des différentes fonctions de la carte, ainsi que la liste des destinataires².

Toutefois, les délégués des administrations de sécurité sociale des Etats membres représentées au sein de cette commission ne sont pas parvenus à un consensus, et aucune décision n'a par conséquent pu être adoptée.

2.2.2 Analyse des dispositions de la directive relatives au traitement des données sensibles et au consentement des personnes

Il existe également un risque de disparité entre les Etats membres, concernant les modalités du traitement des données sensibles, notamment des données de santé.

*** Les dispositions de la directive :**

En effet, l'article 8 paragraphe 1 de la directive interdit le traitement de données sensibles, parmi lesquelles celles relatives à la santé, tout en aménageant un certain nombre de dérogations.

- Le principe :

En vertu des dispositions de l'article 8 paragraphe 1 de la directive, « Les Etats membres interdisent le traitement des données à caractère personnel qui révèlent l'origine raciale ou ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques, l'appartenance syndicale, ainsi que le traitement des données relatives à la santé et à la vie sexuelle ».

² cf. 4ème projet de Décision de la Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants établissant des critères pour la réception par une institution appropriée et pour l'identification de la personne assurée pour l'échange d'informations de sécurité sociale. (note du secrétariat du 1er septembre 1995, CA.SS.TM 262/95.

- Les dérogations prévues susceptibles de s'appliquer dans le cadre de l'utilisation d'une carte santé :

En vertu des paragraphes 2, 3 et 4 de l'article 8 de la directive, l'interdiction de traiter des données relatives à la santé ne s'applique pas lorsque :

- « *La personne concernée a donné son consentement explicite à un tel traitement, sauf dans le cas où la législation de l'Etat membre prévoit que l'interdiction visée au paragraphe 1 ne peut être levée par le consentement de la personne concernée* » (article 8.2a),
- « *Le traitement est nécessaire à la défense des intérêts vitaux de la personne concernée ou d'une autre personne dans le cas où la personne concernée se trouve dans l'incapacité physique ou juridique de donner son consentement* » (article 8.2c),
- « *Le traitement des données est nécessaire aux fins de la médecine préventive, des diagnostics médicaux, de l'administration de soins ou de traitements ou de la gestion de services de santé et que le traitement de ces données est effectué par un praticien de la santé soumis par le droit national ou par des réglementations arrêtées par les autorités nationales compétentes au secret professionnel, ou par une autre personne également soumise à une obligation de secret équivalente* » (article 8.3),
- « *Sous réserve de garanties appropriées, les Etats membres peuvent prévoir, pour un motif d'intérêt public important, des dérogations autres que celles prévues au paragraphe 2, soit par leur législation nationale, soit sur décision de l'autorité de contrôle* » (article 8.4).

- La carte santé au regard de l'article 8 de la directive :

Au regard des dérogations énumérées ci-dessus, il apparaît qu'en principe l'utilisation d'une carte santé permettant l'établissement d'échanges électroniques portant sur des données de santé entre différents participants du domaine de la santé, bénéficierait de la dérogation prévue à l'article 8 paragraphe 3 de la directive, à condition :

- d'une part, que le traitement ait seulement pour finalité la médecine préventive, l'établissement de diagnostics médicaux, l'administration de soins ou de traitements, ou encore la gestion de services de santé ;
- et d'autre part, que le traitement de ces données soit effectué par un praticien de la santé soumis au secret professionnel ou par une autre personne soumise à une obligation de secret équivalente.

Ceci pose également la question de savoir quel sera le régime applicable au transfert de données rendu possible par l'utilisation de la carte santé à destination d'organismes de sécurité sociale ou de tous destinataires autres que les praticiens de santé.

En effet, si ces destinataires ne sont pas considérés comme soumis à une obligation de secret équivalente à celle du secret professionnel auquel est soumis le praticien de santé, la dérogation prévue par l'article 8 paragraphe 3 ne sera pas applicable. Il conviendra alors d'envisager un autre cadre de dérogation.

En effet, dans tout autre cas, le traitement des données de santé serait interdit, ou devrait entrer dans le cadre de l'une des autres dérogations prévues par la directive, c'est-à-dire soit le consentement explicite de la personne concernée (article 8.2a), soit l'utilisation par les Etats membres de la dérogation prévue à l'article 8.4.

Il faut noter à cet égard que la transposition de la directive pourrait donner lieu à des disparités de la mise en oeuvre de l'article 8.4 qui pourraient avoir des incidences sur la circulation des données, tant à l'intérieur d'un Etat membre que dans la Communauté.

- La question de la transmission de données de santé aux organismes de sécurité sociale :

L'article 2b de la directive définit comme un traitement « la communication par transmission, diffusion ou tout autre forme de mise à disposition ».

Par conséquent, il apparaît, au sens de la directive, que si l'enregistrement d'informations dans la carte de santé ou leur collecte par un praticien de santé constitue un traitement, le transfert des données par un système d'échange électronique associé à la carte, à destination d'autres organismes, notamment de sécurité sociale, constitue également un traitement.

Par conséquent, il est possible que la dérogation prévue par l'article 8 paragraphe 3 ne permette pas aux organismes de sécurité sociale, dans l'hypothèse où ces derniers ne rempliraient pas les conditions posées par l'article 8 paragraphe 3, de recevoir des informations de santé.

De plus, il apparaît que le traitement des données par les organismes de sécurité sociale ne répond à aucune des finalités énumérées par l'article 8 paragraphe 3, à savoir, la médecine préventive, les diagnostics médicaux, l'administration de soins ou de traitements, ou encore la gestion de services de santé.

Par conséquent, le transfert de données de santé via la carte de santé aux organismes de sécurité sociale devra, pour être autorisé, soit faire l'objet de dérogations par les Etats membres en vertu de l'article 8 paragraphe 4, soit être autorisé par le consentement explicite de la personne concernée, conformément à l'article 8.2a.

A cet égard, il convient de préciser qu'en vertu des dispositions de la directive, le codage des données de santé transmises aux organismes de sécurité sociale ne constituerait pas en soi une solution à cette question.

En effet, conformément à la définition donnée par l'article 2a de la directive, une « donnée à caractère personnelle » est constituée par « toute information concernant une personne physique identifiée ou identifiable ».

Le considérant n° 26 de la directive précise à cet égard que « Pour déterminer si une personne est identifiable, il convient de considérer l'ensemble des moyens susceptibles d'être raisonnablement mis en oeuvre, soit par le responsable du traitement, soit par une autre personne, pour identifier ladite personne ».

Par conséquent, dès lors que l'identité de la personne concernée sera connue, et que les principes de protection doivent s'appliquer à toute information concernant une personne identifiée ou identifiable, le fait que des données de santé puissent être codées constitue certes une mesure de sécurité, mais non une mesure susceptible, en principe, de distinguer les destinataires de telles données, ou de prévoir les garanties posées par l'article 8 de la directive.

Le transfert aux organismes de sécurité sociale ne répondant pas aux conditions prévues par l'article 8 paragraphe 3 de la directive, il convient d'examiner selon quelles modalités le consentement de la personne concernée pourrait être donné dans le cadre d'un transfert électronique de données associé à une carte santé.

- Les modalités de recueil du consentement susceptibles d'être mises en oeuvre :

. La définition et le rôle du consentement :

En vertu de l'article 2h de la directive, le consentement de la personne concernée est constitué par « toute manifestation de volonté, libre, spécifique et informée par laquelle la personne concernée accepte que des données à caractère personnel la concernant fassent l'objet d'un traitement ».

L'article 8.2a de la directive précise que, s'agissant de données de santé, un tel consentement doit être « explicite ».

Par conséquent, en matière de traitement de données de santé, la directive prévoit que le consentement de la personne concernée devra être fourni de manière à attester de façon incontestable de l'accord de cette dernière.

Le consentement qui pourrait être donné par le patient, relativement au transfert de données le concernant aux organismes de sécurité sociale, devrait donc être formalisé par un acte permettant, non seulement d'authentifier le patient comme auteur de l'acte, mais également de traduire de manière non équivoque sa volonté de consentir au transfert de données.

La directive n'imposant pas que ce consentement soit nécessairement écrit, il pourrait s'agir d'un consentement fourni de manière électronique, à condition que les moyens électroniques retenus correspondent aux fonctions qui lui sont assignées, c'est-à-dire :

- l'authentification de l'auteur de l'acte,
- l'expression d'une volonté,
- la détermination du contenu de cette volonté.

. Les modalités d'expression électronique du consentement susceptibles d'être retenues :

Il apparaît que jusqu'à l'heure actuelle, les différents types de cartes santé utilisées ont essentiellement employé des procédés destinés à identifier le porteur de la carte et à permettre la vérification de l'ouverture des droits, et non à recueillir le consentement du patient.

Des procédés électroniques de recueil de consentement de la personne concernée peuvent être essentiellement de deux ordres : ils consistent, soit en l'utilisation d'un code confidentiel, soit en une signature par la carte elle-même, par son insertion dans un lecteur permettant de vérifier l'ouverture des droits :

1°) Le procédé retenu peut tout d'abord consister en l'utilisation d'un code confidentiel :

L'utilisation d'un code confidentiel associé à la carte de santé a essentiellement pour objet d'éviter les utilisations frauduleuses de la carte, par suite notamment du vol de cette carte.

L'utilisation d'un code confidentiel devrait également permettre d'identifier le porteur de la carte dont émanerait le consentement, à condition toutefois que seul le porteur légitime de la carte soit autorisé à utiliser ce code.

Or, dans la pratique, le porteur de la carte pourrait se révéler ne pas être l'assuré lui-même, mais par exemple l'ayant-droit de l'assuré, ou encore l'accompagnateur d'un assuré mineur.

Dans le cas où le porteur de la carte ne serait pas l'assuré mais un ayant-droit ou un tiers, auquel le code serait transmis par l'assuré pour permettre à ce dernier de se faire rembourser, le code perdrait alors son caractère confidentiel, et la signature par ce code ne servirait plus ni à identifier ni à authentifier son auteur.

Il semblerait par conséquent que la fourniture du consentement de la personne concernée au moyen d'un code suppose, soit une carte individuelle par ayant-droit, à laquelle serait associé un code confidentiel individuel, soit l'association au code confidentiel de l'assuré d'un ou plusieurs sous-codes confidentiels pour chacun des ayants-droit de l'assuré, et qui seraient techniquement des codes dérivés de celui de l'assuré.

Enfin, l'utilisation d'un code confidentiel en tant que manifestation du consentement doit non seulement authentifier l'auteur du consentement, mais également permettre de connaître la volonté de la personne concernée à l'égard de la collecte ou du transfert des données de santé.

Ceci implique que l'ayant-droit porteur de la carte compose ce code confidentiel après que les données aient été saisies, et qu'il ait pu avoir connaissance de la nature des données ainsi saisies (par exemple par affichage sur l'écran).

En effet, s'il se contente d'utiliser son code confidentiel pour initialiser le processus, la fonction d'adhésion et d'expression de sa volonté relativement au transfert des informations saisies, ferait alors défaut.

2°) Le procédé retenu peut également consister en une signature par la carte elle-même :

La vérification des droits de l'assuré peut également être effectuée par la carte elle-même, par son insertion dans un lecteur, la carte permettant alors de signer la feuille de soins électronique.

Toutefois, dans cette hypothèse, aucune intervention humaine n'est requise pour valider les renseignements saisis par le professionnel de santé sur son ordinateur, et inscrit sur la feuille de soins ultérieurement transmise à l'organisme de gestion d'assurance maladie.

La carte ne permet alors que de vérifier les droits au remboursement des soins, et l'opération de transfert de données de l'ordinateur du professionnel de santé à l'ordinateur de l'organisme de gestion maladie s'effectue sans intervention de l'assuré.

Une telle hypothèse exclut donc toute manifestation de son consentement par le patient, tant en ce qui concerne la saisie des données de santé qui lui sont personnelles, qu'en ce qui concerne le transfert de ces données de santé aux organismes de sécurité sociale.

En conclusion, il semble que l'obtention du consentement explicite de la personne concernée par des moyens électroniques devrait pouvoir être matérialisée par l'association d'un code confidentiel à l'utilisation de la carte santé.

Ceci suppose d'une part, qu'un tel code reste confidentiel, ce qui implique l'attribution d'une carte individuelle par ayant-droit, et d'autre part, que l'utilisation de ce code intervienne à un moment où il aura valeur d'adhésion aux informations saisies et transférées par le professionnel de santé.

*** La nécessité de mesures d'harmonisation complémentaires :**

Le consentement des personnes concernées n'est pas aujourd'hui demandé dans les Etats membres mettant en oeuvre une carte de sécurité sociale et/ou de santé.

Or, conformément à la directive, « pour un motif d'intérêt public important » les Etats membres pourront prévoir que les données de santé puissent être traitées en-dehors du secteur de la santé, c'est-à-dire par toute personne non soumise à une obligation de secret équivalente à l'obligation de secret à laquelle est soumise un praticien de la santé (article 8 paragraphe 4).

La notion d' »intérêt public important » limite cette faculté laissée aux Etats membres :

Il est toutefois loisible de penser que la lutte contre la fraude, par exemple, constituerait un intérêt public important visé par la directive.

Chaque Etat membre pourrait disposer de la faculté, dans ce contexte, de définir, par sa législation nationale ou sur décision de son autorité de contrôle, les administrations ou organismes pouvant être destinataires des données de santé, sans le consentement des intéressés, sous réserve des garanties appropriées qu'ils sont également libres de définir.

Des risques de disparités existent par conséquent, à la fois en ce qui concerne les organismes destinataires des données de santé, qui seront habilités à recevoir de telles données par la législation de chaque Etat membre, et en ce qui concerne les « garanties appropriées », qui seront prises par chacun des Etats membres.

Au demeurant, il convient d'éviter que du fait de l'article 8 paragraphe 4 de la directive, les Etats membres puissent prévoir, par leur législation nationale ou même sur décision de leur autorité de contrôle, des dérogations à l'interdiction de traiter des données sensibles qui puissent porter sur toutes les catégories de données sensibles énumérées au paragraphe 1 de l'article 8.

En effet, s'il peut être légitime et nécessaire, dans le cadre de l'utilisation de la carte de sécurité sociale et/ou de santé, de traiter des données de santé sans pour cela recueillir le consentement explicite des personnes, en revanche la dérogation ne devrait pas pouvoir s'étendre aux autres données sensibles énumérées par l'article 8 paragraphe 1 de la directive, telles que l'origine raciale ou ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques, ou encore l'appartenance syndicale.

A titre d'exemple, l'indication dans la carte de certains régimes alimentaires (refus de manger du porc par exemple), ou encore du refus de transfusion sanguine, serait révélatrice des opinions religieuses, ou en tout cas philosophiques des personnes.

Il convient à cet égard de relever que le Parlement européen, dans sa résolution sur une carte santé européenne, a indiqué que cette carte santé devrait contenir entre autres « *l'indication de tout refus pour des motifs religieux de transfusion sanguine ou de transfusion de produits sanguins* » (Résolution du Parlement européen sur les cartes santé, avril 1996)³.

Il nous apparaît qu'une telle information, si elle peut être effectivement très utile, notamment dans le cadre de l'utilisation d'une carte d'urgence, ne devrait pas pouvoir être portée sur la carte sans le consentement explicite de la personne concernée.

Il apparaît par conséquent nécessaire, dans le cadre de l'utilisation de la carte de sécurité sociale et/ou de santé :

³ Cette Résolution est jointe en annexe.

- d'une part, de définir, de manière limitative, en sus des personnes qui, en-dehors des praticiens de la santé et des personnes soumises à une obligation de secret équivalente (dérogations déjà prévues par l'alinéa 3 de l'article 8 paragraphe 3 de la directive), quels sont les autres destinataires qui pourraient être habilités à prendre connaissance des données de santé (ou relatives à la vie sexuelle), sans le consentement explicite de la personne ;
- d'autre part, de préciser que les autres données sensibles énumérées à l'article 8 paragraphe 1 de la directive, à savoir l'origine raciale ou ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques ainsi que l'appartenance syndicale, ne doivent pas faire l'objet d'un traitement, sauf si la personne concernée a donné son consentement explicite à un tel traitement.

En effet, il serait attentatoire à la vie privée et aux libertés que, sous couvert de la dérogation qui leur est permise au paragraphe 4 de l'article 8 de la directive, les Etats membres puissent déroger par leur législation nationale ou sur décision de l'autorité de contrôle à cette interdiction, pour de telles catégories de données, dont le traitement n'apparaît pas inhérent à l'utilisation d'une carte de sécurité sociale et/ou de santé.

2.2.3 Analyse des dispositions de la directive relatives à l'information

* Analyse des dispositions de la directive :

L'article 10 de la directive dispose que :

« Les Etats membres prévoient que le responsable du traitement ou son représentant doit fournir à la personne auprès de laquelle il collecte des données la concernant au moins les informations énumérées ci-dessous, sauf si la personne en est déjà informée :

- a) l'identité du responsable du traitement et, le cas échéant, de son représentant ;*
- b) les finalités du traitement auxquelles les données sont destinées ;*
- c) toutes informations supplémentaires telles que :*

- les destinataires ou les catégories de destinataires des données ;*
- le fait de savoir si la réponse aux questions est obligatoire ou facultative ainsi que les conséquences éventuelles d'un défaut de réponse ;*
- l'existence d'un droit d'accès aux données la concernant et de rectification de ces données, dans la mesure où, compte tenu des circonstances particulières dans lesquelles les données sont collectées, ces informations supplémentaires sont nécessaires pour assurer à l'égard de la personne concernée un traitement loyal des données ».*

Toutefois, le considérant n° 42 précise que :

« Les Etats membres peuvent, dans l'intérêt de la personne concernée ou en vue de protéger les droits et libertés d'autrui, limiter les droits d'accès et d'information ; (...) Ils peuvent, par exemple, préciser que l'accès aux données à caractère médical ne peut être obtenu que par l'intermédiaire d'un professionnel de la santé ».

*** La nécessité de mesures d'harmonisation :**

Pour l'heure, les mesures et le contenu des informations dispensées aux titulaires de cartes diffèrent selon les pays et selon le type de cartes.

2.2.4 Analyse des dispositions de la directive relatives au droit d'accès

***Les dispositions de la directive :**

Le considérant n° 41 de la directive dispose que *« toute personne doit pouvoir bénéficier du droit d'accès aux données la concernant qui font l'objet d'un traitement, afin de s'assurer notamment de leur exactitude et de la licéité de leur traitement »*.

Conformément à ce principe, l'article 12 de la directive, relatif au droit d'accès, est rédigé comme suit:

« Les Etats membres garantissent à toute personne concernée le droit d'obtenir du responsable du traitement :

a) sans contrainte, à des intervalles raisonnables et sans délais ou frais excessifs :

- la confirmation que des données la concernant sont ou ne sont pas traitées, ainsi que des informations portant au moins sur les finalités du traitement, les catégories de données sur lesquelles il porte et les destinataires ou les catégories de destinataires auxquels les données sont communiquées,

- la communication, sous une forme intelligible, des données faisant l'objet d'un traitement, ainsi que de toute information disponible sur l'origine des données,

- la connaissance de la logique qui sous-tend tout traitement automatisé des données la concernant, au moins dans le cas des décisions automatisées visé à l'article 15 paragraphe 1 ;

b) selon le cas, la rectification, l'effacement ou le verrouillage des données dont le traitement n'est pas conforme à la présente directive, notamment en raison du caractère incomplet ou inexact des données ;

c) la notification aux tiers auxquels les données ont été communiquées de toute rectification, tout effacement ou tout verrouillage effectué conformément au point b, si cela ne s'avère pas impossible ou ne suppose pas un effort disproportionné ».

Il s'agit là de l'affirmation des garanties relatives au droit d'accès et de rectification qui, conformément à la directive, doit pouvoir être exercé à l'égard de tout traitement automatisé de données à caractère personnel quel qu'il soit (sauf cas particulier tel que sûreté de l'Etat, défense, sécurité publique..., faisant l'objet des exceptions et limitations prévues à l'article 13 de la directive).

Dans le contexte particulier de l'utilisation de la carte de sécurité sociale et/ou de santé, étant donnée la multiplicité des intervenants, la sensibilité des données susceptibles d'être traitées, et la possibilité pour les Etats membres de se passer du consentement des personnes pour le traitement des données, il apparaît utile de pouvoir préciser les modalités selon lesquelles les personnes pourront avoir accès aux données, afin d'assurer la transparence à cet égard.

*** La nécessité de mesures d'harmonisation complémentaires :**

Tout d'abord, il convient de relever que la Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des application de la biologie et de la médecine adoptée par le comité des ministres du Conseil de l'Europe le 19 novembre 1996 (jointe en annexe) dispose en son article 10-2 « toute personne a le droit de connaître toute information recueillie sur sa santé ».

D'un point de vue pratique, plusieurs autorités de contrôle de protection des données nationales ont mis l'accent sur la nécessité, dans le domaine de la carte santé, de faciliter le droit d'accès des personnes, en permettant un accès direct par l'installation de lecteurs de cartes mis à la disposition des porteurs de ces cartes.

Ainsi, la Chambre d'Enregistrement des Pays-Bas, dans son avis sur la carte de soins médicaux rendu en octobre 1995 (Registratiekamer, avis sur la carte de soins médicaux - réponses apportées au ministre de la Santé publique, du Bien-être et des Sports - octobre 1995), a indiqué :

« Il est particulièrement important de créer la transparence en matière de types de données enregistrées et de parties concernées. Ceci implique aussi que les utilisateurs doivent pouvoir compter sur un nombre suffisant de lecteurs de cartes et sur des modalités simples de consultation et de correction ».

Le questionnaire qui a été retourné par la Hollande fait état d'un projet de carte à puce dénommé « ANOVA », qui prévoit que l'assuré pourra lire le contenu de sa carte à partir d'un terminal en utilisant un code.

La Commission Nationale de l'Informatique et des libertés française, à propos de la carte à mémoire dénommée « SANTAL », qui a pour objectif de simplifier les formalités d'admission hospitalières et d'améliorer leur prise en charge médicale, a relevé, dans un avis du 10 janvier 1995, que serait mis en oeuvre :

« Une application télématique afin de permettre la mise à jour régulière des informations du régime obligatoire contenues dans la carte SANTAL pour les assurés sociaux et ayants-droits (...); que ces derniers pourront accéder à cette application grâce à des bornes télématiques de type minitel disposées dans des endroits publics ; que l'accès à ce service de télé mise à jour s'effectue par présentation de la carte SANTAL et du code secret attribué au porteur de la carte; que cette mesure est de nature à garantir la confidentialité des données » (délibération de la CNIL n° 95-001 du 10 janvier 1995, portant avis notamment sur l'adaptation de la télé mise à jour des droits de sécurité sociale au projet SANTAL).

Enfin, en Espagne, ainsi que le rapporte le Centre interdisciplinaire de l'université de Louvain, et comme nous avons pu le vérifier en assistant à une démonstration à l'occasion de réunions organisées en Espagne en février 1997, il apparaît que dans le cadre du projet TASS, les personnes utilisant la carte de sécurité sociale disposent d'un accès direct aux données enregistrées sur la carte (rapport ICRI - K.U. LEUVEN, février 1996, p.140).

La Commission européenne pourrait par conséquent préconiser également des mesures d'harmonisation visant à faciliter l'exercice du droit d'accès des personnes au contenu de leur carte, par la mise en place de lecteurs, ou bornes télématiques, permettant aux personnes, par un accès direct, de consulter les données les concernant contenues dans la carte, ou tout au moins les données administratives le concernant ainsi que le cas échéant ses données de santé de base (cf. point 5.2.1.3 du présent rapport).

Ceci suppose une procédure d'identification rigoureuse, permettant d'assurer que le porteur de la carte souhaitant consulter les données, est bien la personne au sujet de laquelle des données sont contenues dans la carte.

En revanche, certains Etats membres pourraient considérer comme plus délicat d'aller au-delà de l'exercice direct du droit d'accès, et de permettre aux personnes de rectifier également sans intermédiaire les données les concernant : il apparaît raisonnable en effet de considérer que, si le droit de consultation peut être exercé directement, en tout cas en ce qui concerne les données administratives, en revanche, le droit de rectification directement par télé-mise à jour ne devrait pouvoir s'exercer que sur un nombre limité de données.

Le droit d'accès aux données sensibles, notamment de santé, ainsi que le droit de rectification ne seraient quant à eux exercés par le porteur de la carte que par l'intermédiaire des organismes ou personnes habilités (caisses de sécurité sociale ou médecins notamment).

* * *

Etant donnée l'analyse à laquelle il vient d'être procédé, il nous apparaît par conséquent nécessaire que la Commission européenne puisse préconiser des mesures d'harmonisation complémentaires notamment concernant « les garanties appropriées », de nature à éviter les distorsions qui pourraient apparaître du fait des exceptions figurant dans la directive, et qui laissent aux Etats membres la faculté de légiférer dans les domaines de la santé et de la sécurité sociale.

Ces préconisations pourraient reposer sur les propositions de recommandations qui suivent :

2. PROPOSITIONS DE RECOMMANDATIONS

2.1 LA DEMARCHE PROPOSEE

Il est proposé :

- d'établir une liste positive des finalités susceptibles d'être poursuivies, ainsi qu'une liste négative des finalités considérées comme non légitimes en ce domaine ;
- de déterminer selon chaque finalité, d'une part les grandes catégories de données susceptibles d'être traitées, d'autre part les profils d'utilisateurs correspondant.

Ces préconisations ont pour objectif de constituer une précision, compte tenu de la spécificité de la carte considérée, des dispositions de l'article 6 de la directive du 24 octobre 1995, concernant les « principes relatifs à la qualité des données ».

En effet, le paragraphe 1b de cet article 6, relatif aux finalités du traitement des données à caractère personnel, dispose que :

« Les Etats membres prévoient que les données à caractère personnel doivent être (...) collectées pour des finalités déterminées, explicites et légitimes, et ne pas être traitées ultérieurement de manière incompatible avec ces finalités ».

Il convient par conséquent de déterminer d'une part quelles sont les finalités légitimes pour lesquelles les données peuvent être collectées, et d'autre part quels sont les traitements de données qui seraient incompatibles avec ces finalités.

En effet, la démarche consistant à définir et à délimiter les finalités et les destinataires peut être double:

- en premier lieu, il est possible d'établir une liste positive des finalités susceptibles d'être poursuivies par la mise en place d'une carte de sécurité sociale et/ou de santé, en déterminant, selon chaque finalité, les profils d'utilisateurs correspondants ;
- en second lieu, il est également possible d'établir une liste négative des finalités pour lesquelles la carte ne doit pas être utilisée.

Cette double approche est d'ailleurs celle adoptée par la Chambre d'Enregistrement des Pays-Bas dans son avis sur la carte de soins médicaux rendu en octobre 1995 (Registratiekamer, avis sur la carte de soins médicaux - réponses apportées au ministre de la Santé publique, du Bien-être et des Sports - octobre 1995).

Dans cet avis, la Chambre d'Enregistrement néerlandaise, après avoir déterminé les différentes finalités susceptibles d'être poursuivies par une carte de soins, a considéré que « la mise en oeuvre de la carte à mémoire comme dossier médical rencontre tellement d'objections au plan normatif et pratique que son instauration doit être rejetée dans un avenir proche ».

Cette démarche, consistant à écarter spécifiquement une finalité comme insusceptible de faire partie des objectifs assignés à une carte de sécurité sociale et/ou de santé a également été celle du Parlement européen qui, dans sa résolution sur une carte santé européenne, a considéré :

« Que de telles cartes doivent avoir pour finalité première d'être au service du citoyen, et que si elles peuvent éventuellement permettre de réduire les coûts de santé, elles ne doivent jamais devenir un outil de surveillance pour les autorités publiques de quelque nature que ce soit ».
(Résolution du Parlement européen sur les cartes santé, avril 1996)

Les points n° 1, 2, 3 et 4 des préconisations qui suivent, correspondent par conséquent à cette double démarche visant à établir à la fois une liste positive des finalités susceptibles d'être poursuivies, et une liste négative des finalités non légitimes, avec en corollaire, les catégories de données et de destinataires correspondant.

Toutefois, compte tenu de la possibilité d'émergence de nouvelles finalités grâce à l'évolution des technologies (par exemple techniques de reconnaissance de l'ADN), il est envisageable que certaines finalités qui viendraient à émerger ne relèvent ni de la liste positive, ni de la liste négative, à plus ou moins brève échéance.

Il conviendrait par conséquent de prévoir une procédure de révision de ces listes, afin de les mettre à jour en fonction de l'apparition de nouvelles finalités, dues notamment à l'évolution technologique.

En particulier, si les préconisations qui suivent devaient contribuer à l'élaboration de lignes directrices par exemple, il conviendrait que celles-ci prévoient une procédure de mise à jour régulière.

Les points n° 5, 6 et 7 portent respectivement sur les garanties qui doivent entourer en l'espèce le traitement des données sensibles définies par l'article 8 de la directive, et sur la nécessité de faciliter l'information et le droit d'accès des personnes.

2.3 LES PRECONISATIONS

1. La mise en place par les Etats membres d'une carte dans le secteur des soins de santé et/ou de sécurité sociale doit faciliter la libre circulation des personnes au sein de l'Union européenne, en permettant les séjours temporaires et l'accès aux soins et aux traitements requis par leur état de santé, ainsi que le versement des prestations de sécurité et d'assurance sociale, conformément notamment :

- aux dispositions du règlement CEE n° 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale, aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté ;
- aux dispositions de la directive 95/46/CE du 24 octobre 1995 relative à la protection des personnes physiques vis-à-vis du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de celles-ci.

Pour l'accomplissement de cet objectif, les cartes peuvent être mises en place en vue de poursuivre une ou plusieurs des finalités suivantes :

- la vérification de la qualité d'assuré social du porteur et de ses ayants-droits, la détermination des droits acquis ou en voie d'acquisition, ainsi que la prise en charge et le remboursement des frais engagés ;
- la maîtrise des dépenses de santé ;
- une fonction d'alerte médicale, par l'inscription d'une zone relative aux informations nécessaires en cas d'urgence ;
- une fonction de suivi médical, permettant d'améliorer la prise en charge thérapeutique.

2. Les Etats membres doivent prendre les mesure permettant d'éviter notamment que la carte santé et/ou de sécurité sociale soit utilisée à des fins autres que celles énumérées ci-dessus.

Il conviendrait en particulier d'éviter qu'elle ne soit utilisée dans un but de contrôle des personnes, excepté le contrôle nécessaire à la maîtrise de l'évolution des soins et/ou des dépenses.

En particulier, l'attention des Etats membres est attirée sur la nécessité d'éviter que la carte santé et/ou de sécurité sociale soit utilisée dans un but de contrôle politique et/ou social des personnes.

Dans cette perspective, l'intégration de données administratives, professionnelles, financières ou comportementales non nécessaires à la vérification des droits, à la maîtrise des dépenses ou à la prise en charge thérapeutique devront être considérées comme non pertinentes eu égard aux finalités légitimes du traitement.

De la même manière, l'accès aux données à des catégories de destinataires en-dehors du secteur des soins de santé ou de sécurité sociale devrait être proscrit.

3. Les Etats membres prennent les mesures permettant d'assurer que, pour chacune des fonctions énumérées ci-dessus à l'article 1, seules pourront être enregistrées les catégories de données suivantes:

a) Pour la fonction correspondant à la vérification de la qualité d'assuré social du porteur et de ses ayants-droits, la détermination des droits acquis ou en voie d'acquisition, ainsi que la prise en charge et le remboursement des frais engagés :

- nom, prénom,
- date de naissance,
- adresse,
- sexe,
- numéro d'affiliation ou d'immatriculation,
- date de départ de la validité, durée de validité,

- nom de l'organisme d'affiliation (code),
- numéro d'adhérent,
- centre de paiement (code et adresse),
- nom de l'organisme de paiement complémentaire,
- compte bancaire où doit être effectué le virement.

b) Pour la fonction correspondant à la maîtrise des dépenses de santé :

- les données administratives énumérées au point a) ci-dessus, en totalité ou en partie,
- le code de l'acte effectué,
- le code de la pathologie, et le décalage constaté en termes de coût par rapport à une éventuelle évaluation standard,

Si ces deux codes sont transmis avec l'identification du patient, ils devraient, pour permettre d'assurer la confidentialité des données, faire l'objet de flux de données séparés.

- le nom du praticien et/ou de l'établissement dispenseur de soins.

c) Pour la fonction correspondant à une fonction d'alerte médicale :

- les données administratives énumérées au point a) ci-dessus, en totalité ou en partie,
- les données médicales, biologiques et pharmaceutiques nécessaires en cas d'urgence, relatives :
 - . aux éléments d'historique,
 - . aux séjours en hôpital,
 - . aux examens réalisés,
 - aux médecins généralistes et/ou spécialistes,
 - au groupe sanguin,
 - au temps de coagulation,
 - aux allergies,
 - aux prescriptions,
 - à la délivrance de médicaments.

d) Pour la fonction correspondant à une fonction de suivi médical, permettant d'améliorer la prise en charge thérapeutique :

- les données administratives énumérées au point a) ci-dessus, en totalité ou en partie,
- les pathologies,
- les date et lieux d'hospitalisation,
- les médicaments prescrits,
- le coût du traitement,
- les périodes de suivi en ambulatoire,
- les analyses et examens prescrits,

- le nom des praticiens et des différents intervenants dans le suivi, qu'il s'agisse de professionnels de santé ou non (tels qu'éducateurs, assistantes sociales, associations de malades).

4. Les Etats membres prennent les mesures permettant d'assurer que chaque destinataire habilité à accéder aux données contenues dans la carte (personnels hospitaliers, médecins de ville, biologistes, infirmiers, pharmaciens, assureurs sociaux...) soit doté d'une carte d'habilitation pour accéder, selon son niveau d'autorisation et en fonction de ses attributions, au contenu des cartes qui lui seront présentées, ou encore pour enregistrer les données et pour les modifier.

A cet égard, les Etats membres déterminent les profils d'utilisateurs correspondant à des niveaux d'habilitation différenciés, et prévoient que seuls pourront être habilités à traiter des données à caractère personnel relatives à la santé, les praticiens de la santé soumis par le droit national ou par des réglementations arrêtées par les autorités nationales compétentes au secret professionnel, les personnes également soumises à une obligation de secret équivalente, ou les personnes chargées de la prise en charge et du remboursement des dépenses de santé, dans les limites de l'exercice de leurs fonctions respectives.

5. Les dérogations prévues par les Etats membres en application de l'article 8 paragraphe 4 de la directive, sous réserve de garanties appropriées et pour un motif d'intérêt public important, pour la mise en place d'une carte dans le secteur des soins de santé et/ou de sécurité sociale, ne peuvent porter que sur les données à caractère personnel relatives à la santé et à la vie sexuelle, et non sur les autres données prévues au paragraphe 1er de ce même article, susceptibles de révéler l'origine raciale ou ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques, ainsi que l'appartenance syndicale.

6. Les Etats membres prennent les mesures permettant d'assurer l'information des personnes.

Cette information doit porter au moins sur :

- l'identité du responsable du traitement et, le cas échéant, de son représentant ;
- les finalités auxquelles la carte est destinée ;
- les destinataires ou catégories de destinataires des données ;
- les catégories de données relativement auxquelles les personnes disposent d'un accès direct et celles accessibles uniquement par l'intermédiaire d'un professionnel de santé ;
- les modalités pratiques d'exercice du droit d'accès et de rectification et notamment si celui-ci peut être exercé par l'intermédiaire de bornes télématiques, ainsi que l'indication de l'emplacement de celles-ci.

7. Les Etats membres prennent les mesures permettant de faciliter le droit d'accès du porteur au sujet duquel des données à caractère personnel sont enregistrées, par la mise en place d'un nombre suffisant de lecteurs de cartes, tels que des bornes télématiques, permettant la consultation directe des données à caractère personnel concernées, installés dans des endroits facilement accessibles ; à cet effet, les Etats membres prévoient la mise en place de mesures permettant l'identification du porteur de la carte, afin de garantir la confidentialité des données ; ils peuvent également si cela est nécessaire réserver les possibilités d'accès direct du porteur aux données administratives et à certaines données de santé, les autres données n'étant accessibles que par le professionnel de santé ou par son intermédiaire.

Partie B: RAPPORT FINAL

SOMMAIRE DETAILLE

1. PREAMBULE

2. LE CONTEXTE

2.1 Rappel des objectifs

2.1.1 La directive du 24 octobre 1995 sur le traitement des données à caractère personnel

2.1.2 Le programme IDA

2.1.3 Définition de la problématique

2.2 Le recensement des projets IDA et leur analyse préalable

2.2.1 Le projet EMEA (European Medicine Evaluation Agency Network)

2.2.2 Le projet EMCDDA (Centre Européen de Contrôle des Toxicomanies) et le projet REITOX (Réseau Européen d'information sur les Toxicomanies)

2.2.3 Le projet CARE

2.2.4 Le projet EURES

2.2.5 Les projet TESS et SOSENET

2.3 L'articulation avec la réponse a l'appel d'offres

2.3.1 La planification du travail prévue dans la réponse à l'appel d'offres

2.3.2 L'organisation de l'étude

3. LES TRAVAUX EFFECTUES PAR LA COMMISSION ADMINISTRATIVE DES COMMUNAUTES EUROPEENNES POUR LA SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

3.1 Le formulaire E 111

3.1.1 Les informations véhiculées

3.1.2 Les difficultés d'utilisation

3.1.3 La détermination des besoins des intervenants

3.2 Les solutions rejetées

3.2.1 La reconnaissance mutuelle des cartes nationales d'assurance

3.2.2 La carte européenne de séjour temporaire

3.3 La carte européenne harmonisée

3.3.1 L'objectif final à atteindre

3.3.2 Présentation de la carte et de ses fonctions

3.3.3 Les données minimales

3.3.4 Le transfert des données

3.3.5 Le mode d'utilisation de la carte européenne harmonisée

3.4 La carte électronique européenne harmonisée

4. LES CARTES ET PROJETS DE CARTES EN EUROPE

4.1 Synthèse des cartes ou des projets de cartes dans les Etats membres

- 4.1.1 Les cartes et projets de cartes en Allemagne
- 4.1.2 Les cartes et projets de cartes en Angleterre
- 4.1.3 Les cartes et projets de cartes en Belgique
- 4.1.4 Les cartes et projets de cartes au Danemark
- 4.1.5 Les cartes et projets de cartes en Espagne
- 4.1.6 Les cartes et projets de cartes en Finlande
- 4.1.7 Les cartes et projets de cartes en France
- 4.1.8 Les cartes et projets de cartes en Grèce
- 4.1.9 Les cartes et projets de cartes en Hollande
- 4.1.10 Les cartes et projets de cartes en Irlande
- 4.1.11 Les cartes et projets de cartes en Italie
- 4.1.12 Les cartes et projets de cartes au Portugal
- 4.1.13 Les cartes et projets de cartes en Suède
- 4.1.14 Le défaut d'interopérabilité des cartes

4.2 Les différents projets de cartes européennes

- 4.2.1 La carte DIABCARD
- 4.2.2 Les projets CARDLINK et CARDLINK 2
- 4.2.3 Le réseau CoCo

5. IDENTIFICATION ET ANALYSE DES PROBLEMES

5.1 Les problèmes posés au regard de la directive par la carte d'assuré social préconisée par la Commission administrative des Communautés Européennes pour la sécurité sociale des travailleurs migrants

- 5.1.1 Rappel des résultats des travaux de la Commission administratives des Communautés Européennes pour la sécurité sociale des travailleurs migrants
- 5.1.2 Les problèmes posés au regard de la Directive sur la protection des données

5.2 Les problèmes de protection des données posés par l'utilisation de la carte santé au regard des dispositions de la directive

- 5.2.1 Le risque majeur identifié : la mise en oeuvre d'une « carte du citoyen »
- 5.2.2 L'analyse de la problématique au regard des dispositions de la directive sur la protection des données à caractère personnel du 24 octobre 1995

6. PROPOSITIONS DE RECOMMANDATIONS

- 6.1 La démarche proposée
- 6.2 Les préconisations

1. PREAMBULE

Le présent rapport constitue le rapport final prévu dans le cadre du lot n° 1 de l'appel d'offres n°85/C168/17 publié au Journal Officiel des Communautés européennes le 4 juillet 1995, lancé par la Commission européenne dans le cadre du programme IDA qui vise à favoriser la mise en place de Réseaux Trans-Européens (TEN) destinés à l'échange électronique de données entre administrations. Cette étude a été confiée au Cabinet Alain BENSOUSSAN sous la direction de Maître Ariane MOLE.

La Commission avait souhaité en effet pouvoir disposer d'une étude sur les problèmes majeurs de protection des données personnelles dans les secteurs sensibles de la santé et de la sécurité sociale, dans lesquels les échanges de données informatisés entre administrations sont envisagés.

L'étude a été réalisée par l'équipe du Cabinet Alain BENSOUSSAN, sous la direction de Maître Ariane MOLE.

Toute l'équipe adresse ses remerciements à Monsieur Ulf BRUHANN, Monsieur Peter VERBEEK, ainsi qu'à toutes les autres personnes au sein de la Commission européenne et des Etats membres avec lesquelles elle a été en relation, pour leur soutien et leurs remarques pertinentes et constructives tout au long de cette étude.

La structure du rapport est la suivante :

- la première partie analyse, en termes de protection des données personnelles, les différents projets du programme IDA dans les secteurs de la santé et de la sécurité sociale,
- la seconde partie présente les travaux de la Commission administrative des travailleurs migrants, en ce qui concerne les projets de remplacement du formulaire E111 par une carte européenne harmonisée,
- la troisième partie présente l'ensemble des éléments relatifs aux cartes et projets de cartes en matière de santé et de sécurité sociale dans les pays de l'Union européenne, recueillis par le biais de la documentation, des interviews et/ou des réponses au questionnaire élaboré dans le cadre du présent appel d'offres retournées par les responsables TESS (une étude synthétique de ces éléments est présentée sous forme de tableau joint en annexe),
- la quatrième partie analyse d'une part les problèmes majeurs de protection des données, et d'autre part les mesures d'harmonisation complémentaires qui apparaissent nécessaires ;
- la cinquième partie fait état de recommandations en vue d'une proposition d'harmonisation complémentaire de la directive 95/46CE.

2. LE CONTEXTE

2. LE CONTEXTE

2.1 RAPPEL DES OBJECTIFS

Le sujet de l'étude pour laquelle la Commission a procédé par voie d'appel d'offres est intitulé « Problèmes majeurs de protection des données personnelles dans les secteurs de la santé et de la sécurité sociale ».

2.1.1 La directive du 24 octobre 1995 sur le traitement des données à caractère personnel

La présente étude est intervenue alors que la directive européenne 95/46/CE relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données a été adoptée le 24 octobre 1995, et publiée au Journal Officiel du 23 novembre 1995.

Les Etats membres disposent donc depuis cette date d'un délai de trois ans pour mettre en vigueur les dispositions législatives, réglementaires et administratives nécessaires afin de se conformer à la directive.

Cette directive poursuit deux objectifs complémentaires :

- l'harmonisation des législations nationales des Etats membres relatives à la protection des données à caractère personnel, permettant la sauvegarde des droits et des libertés des personnes,
- la libre circulation de ces données entre les Etats membres.

2.1.2 Le programme IDA

Le programme IDA vise quant à lui à favoriser la mise en place coordonnée de nouveaux réseaux de télécommunication entre administrations, dans le cadre de l'espace sans frontière que constitue le marché intérieur.

En effet, les administrations des Etats membres sont appelées, en application du droit communautaire, à collaborer et à échanger entre elles des données à caractère personnel afin de pouvoir accomplir leur mission ou exécuter des tâches pour le compte d'une administration d'un autre Etat membre, et ces nouveaux Réseaux Trans-Européens nécessitent et facilitent la circulation transfrontalière de données à caractère personnel.

2.1.3 Définition de la problématique

Compte tenu des politiques nationales, la Commission a souhaité savoir si des obstacles particuliers aux échanges électroniques de données prévus entre administrations pouvaient trouver leur origine dans les lois nationales actuelles de protection des données du fait de l'application de ces lois nationales à la collecte des données dans un Etat membre (en amont) ou au traitement ultérieur de ces données dans un Etat membre (en aval).

Au demeurant, la directive prévoit que les Etats membres pourront préciser dans leur législation nationale les conditions dans lesquelles les traitements de données à caractère personnel sont licites, dans les limites des dispositions de la directive : ils disposeront donc d'une marge de manoeuvre, et des disparités pourront se produire dans la mise en oeuvre de la directive, qui pourront avoir des incidences sur la circulation des données tant à l'intérieur d'un Etat membre que dans la Communauté.

Le secteur de la santé et de la sécurité sociale constitue notamment à cet égard un domaine sensible qui fait l'objet de dispositions spécifiques de la directive, laquelle habilite les Etats membres à prévoir des garanties appropriées et des conditions particulières pour le traitement de données dans ce secteur.

Par conséquent, dans le secteur de la santé et de la sécurité sociale, la directive permet aux Etats membres de prévoir, indépendamment des règles générales, des conditions particulières.

C'est pourquoi la Commission a souhaité pouvoir disposer d'une étude approfondie sur les problèmes majeurs de protection des données susceptibles de se poser dans ce secteur.

Une telle étude pourrait permettre d'identifier des besoins d'harmonisation complémentaires à la directive ou aux législations spécifiques existantes, en vue d'assurer le bon développement des échanges de données informatisés entre administrations dans le domaine de la santé et de la sécurité sociale.

2.2 LE RECENSEMENT DES PROJETS IDA ET LEUR ANALYSE PREALABLE

Dans un premier temps, il a été procédé au recensement des différents projets mis en place dans le cadre du programme IDA, dans les secteurs de la santé et de la sécurité sociale.

Ces projets sont les suivants :

- en matière de santé :

- projet 8 : EMEA (European Medicine Evaluation Agency Network,
- projet 9 : EMCDDA (Centre Européen de Contrôle des Toxicomanies),
- projet 26 : REITOX (Réseau Européen d'Information sur les Toxicomanies),
- projet 25 : CARE,

- en matière de sécurité sociale :

- projet 22 : TESS/SOENET,
- projet 23 : EURES.

Dans cette perspective, les adjudicataires ont rencontré plusieurs personnes en charge de ces projets, notamment dans le cadre de réunions organisées sur place dans les locaux de la Commission européenne.

2.2.1 Le projet EMEA (European Medicine Evaluation Agency Network)

2.2.1.1 Les questions posées

S'agissant d'un projet relatif à la gestion de l'autorisation de mise sur le marché d'un nouveau produit dans le cadre de la pharmacovigilance et de la coopération scientifique, il était envisageable que des données nominatives fussent enregistrées.

Il convenait en effet de vérifier :

- dans le cadre de l'autorisation de mise sur le marché d'un nouveau produit, quelles étaient les données nominatives figurant notamment sur les demandes d'autorisation (y compris les informations relatives au nom des médecins),
- dans le cadre de la procédure de pharmacovigilance, si des données nominatives relatives aux patients et aux médecins ayant signalé les cas étaient fournies dans le cadre des procédures de pharmacovigilance,
- dans le cadre de la coopération scientifique, quelles étaient les données nominatives susceptibles d'être échangées, notamment :
 - . des données nominatives relatives aux chercheurs et aux laboratoires et entités de recherche ;
 - . des données nominatives relatives aux personnes faisant l'objet de la recherche biomédicale : il convenait en particulier d'examiner si des données sensibles étaient traitées, dans la mesure notamment où des études génétiques effectuées à un niveau européen et international, pourraient aboutir à l'élaboration de cartographies génomiques.

2.2.1.2 L'analyse du projet

Une réunion relative à la mise en place du projet EMEA a été organisée dans les locaux de la Commission avec Monsieur Winfrid KLEINEGRIS, de la DG V.

Il est apparu, au cours de cette réunion, que si, à terme, des données à caractère personnel pourraient être traitées, aucun projet en ce sens n'était pour l'heure prévu.

Il nous également été indiqué qu'en tout état de cause, à supposer que des données à caractère personnel puissent être traitées, un tel traitement serait sécurisé par des procédés de chiffrement.

La documentation qui a pu être trouvée sur le projet EMEA a confirmé ce point.

Ainsi, la description du fonctionnement de l'Agence européenne du médicament dans le dictionnaire permanent bioéthique et biotechnologie (extrait joint en annexe du présent rapport) montre à évidence que, si des données nominatives devaient être enregistrées, la circulation de telles données devrait en tout état de cause être réduite à sa plus simple expression, l'objectif du projet consistant à obtenir des statistiques sur les consommations de médicaments et les effets secondaires.

2.2.2 Le projet EMCDDA (Centre Européen de Contrôle des Toxicomanies) et le projet REITOX (Réseau Européen d'information sur les Toxicomanies)

2.2.2.1 Les questions posées

La question de la protection des données personnelles dans le cadre de ces programmes s'avère d'autant plus importante que les informations échangées portent sur des sujets extrêmement sensibles.

Il convenait par conséquent de vérifier si l'article 1-5-2 du règlement 302/93¹ était bien respecté.

En vertu de ce règlement, le centre ne doit collecter aucune information permettant d'identifier des individus ou des petits groupes d'individus, et ne peut transmettre aucune information de ce type.

En effet, le rapport réalisé par le Centre de l'Université de Louvain, intitulé « Legal aspect of IDA » (ICRI - KU, février 1996) a souligné qu'il existait une possibilité d'identification des personnes, et qu'il était par conséquent important de vérifier comment les informations étaient protégées (par exemple par cryptage), et comment l'accès était sécurisé afin d'éviter que les informations fussent accessibles par exemple par des assureurs ou des employeurs.

2.2.2.2 L'analyse du projet

Une réunion organisée avec Monsieur Winfrid KLEINEGRIS, de la DG V, a permis de déterminer :

¹ Règlement (CEE) n°302/93 du Conseil des CE portant création d'un observatoire européen des drogues et des toxicomanies (JOCE n° L36, 12 févr. 1993).

- d'une part, en ce qui concerne le programme REITOX, que l'interdiction prévue par l'article 1.5.2 du règlement 302/93, d'opérer tout traitement à caractère personnel concernant les toxicomanes, était scrupuleusement respectée,
- d'autre part, en ce qui concerne le projet EMCDDA, qu'aucun traitement de données à caractère personnel n'était prévu, et qu'en tout état de cause, si, à long terme, de telles données venaient à être traitées, celles-ci seraient sécurisées par des procédés de chiffrement.

2.2.3 Le projet CARE

2.2.3.1 Les questions posées

Ce projet, qui implique la transmission d'informations entre les différentes administrations en matière de santé publique, à des fins de prévention de la maladie et de promotion de la santé, aurait pu avoir des implications importantes en matière de protection des données à caractère personnel.

En effet, il suppose la constitution de registres épidémiologiques, nécessitant le regroupement d'informations sur les pathologies, mais également sur l'environnement des personnes (comportements, éducation, statuts socio-économiques, conditions de logement et de travail, environnement physique, facteurs de risques tels que la nutrition, l'alcool, le tabac, le manque d'exercice, etc...).

La question de la protection des données dans le cadre d'un tel projet est accrue par :

- la nature des données traitées, qui interviennent dans des domaines particulièrement sensibles de santé publique, telles que le SIDA et les maladies transmissibles,
- le fait que plusieurs administrations d'un même Etat membre se retrouvent impliquées (ministère de la santé, laboratoires de recherche, hôpitaux, etc...).

2.2.3.2 L'analyse du projet

Dans le Cadre des réunions organisées avec la Commission européenne, nous avons pu rencontrer Madame Sandra CALLAGHAN de la DG V, au cours du mois d'avril 1996.

Celle-ci nous a indiqué que le projet CARE ne comportait que des informations statistiques et agrégées rendant impossible toute identification des personnes physiques concernées.

Le projet CARE a fait l'objet d'un développement dans le cadre d'un projet pilote, mené par un consortium dirigé par l'Organisation Mondiale de la Santé à Copenhague, et la DG XIII entre 1991 et 1994, à l'intérieur d'un système ENS.

Il était indiqué dans la version du 23 janvier 1996 du Work program que la finalité de ce projet pilote était de démontrer la faisabilité technique et organisationnelle d'un réseau télématique pour assister des administrations concourant à la santé publique, y compris dans le secteur des maladies contagieuses et des statistiques.

Il convient également de souligner que le projet CARE prévoit la mise en place de deux systèmes :

- le système HIEMS [système d'échange et de contrôle sur l'information en matière de santé, (échange entre les ministères de la santé des différents Etats membres, la Commission européenne et les organisations internationales)] ;
- le système HSSCD (système de surveillance en matière de santé et sur les maladies transmissibles).

Il apparaît qu'aucun de ces deux systèmes ne comporte d'informations à caractère personnel permettant l'identification des personnes physiques concernées au sens de la directive.

2.2.4 Le projet EURES

2.2.4.1 Les questions posées

Ce projet portant sur la gestion des demandes d'emploi aurait pu impliquer l'usage de données nominatives résultant notamment des curriculum vitae des demandeurs d'emploi.

2.2.4.2 L'analyse du projet

En réalité, Madame Sandra CALLAGHAN de la DG V nous a indiqué que seules des offres d'emploi étaient publiées et que le projet ne comportait par conséquent aucune donnée à caractère personnel relative aux demandeurs d'emploi.

Aucun traitement informatique des demandes d'emploi n'est en effet encore envisagé à moyen terme dans le cadre de ce projet.

2.2.5 Les projet TESS et SOSENET

En conclusion, il est apparu que seuls les projets TESS et SOSENET étaient susceptibles de poser des problèmes quant à la protection des données personnelles.

Ces projets portent sur la gestion des prestations sociales (pensions de vieillesse et d'invalidité, indemnités maladie et maternité, allocations familiales, allocations relatives aux accidents) impliquant l'usage et le transfert de données nominatives.

En accord avec la Commission, il est donc apparu approprié de concentrer l'objet de l'étude sur les problèmes de protection des données susceptibles de se poser dans le cadre des projets TESS/SOSENET et de s'attacher au sous-programme Build 7 ayant pour objet le remplacement des formulaires qui doivent être présentés par l'assuré pour avoir droit aux prestations sociales et plus particulièrement le formulaire E111.

En effet, compte tenu de la modernisation des échanges, il est prévu un remplacement de ces formulaires, pour l'enregistrement des informations qui figurent sur une carte, ce processus étant déjà bien avancé dans la plupart des pays membres.

Le sous-programme Build 7 doit en application des conclusions du Conseil du 29 septembre 1989 permettre d'élaborer des lignes directrices en vue de la reconnaissance mutuelle des cartes de santé nationales.

Même s'il n'est pas question d'une véritable harmonisation des cartes santé nationales, il convient que les institutions de sécurité sociale amenées à liquider des droits puissent retrouver dans chacune des applications nationales les éléments de reconnaissance nécessaires leur permettant d'assurer leur mission.

Or, il est apparu que si les autres problèmes de protection des données avaient été étudiés dans le cadre du programme TESS, il n'en est pas de même du sous-programme Build 7 qui pour l'heure n'a pas été intégré dans les précédentes études.

Au vu de l'ensemble des informations recueillies sur les différents projets, il est apparu que la majorité des projets IDA qui avaient été identifiés en matière de santé et de sécurité sociale comme susceptibles de poser des problèmes quant à la protection des données personnelles, ne présentaient pas, après étude, les difficultés envisagées.

Dans ces conditions, il est apparu nécessaire de concentrer l'étude relative aux problèmes majeurs de protection de données dans les secteurs de la santé et de la sécurité sociale sur la carte santé et plus particulièrement au regard des données devant figurer sur la carte et des moyens d'acheminement de ces données.

2.3 L'ARTICULATION AVEC LA REPONSE A L'APPEL D'OFFRES

2.3.1 La planification du travail prévue dans la réponse à l'appel d'offres

Dans la réponse à l'appel d'offres, effectuée par le Cabinet, il avait été proposé de structurer l'étude selon les phases suivantes :

- phase 1 : appel au réseau international de nos correspondants et recensement par leur intermédiaire des services et organismes spécialisés dans chacun des Etats membres,
- phase 2 : collecte de la documentation disponible dans les Etats membres,
- phase 3 : établissement et envoi d'un questionnaire dans chacun des Etats membres aux organismes et services spécialisés en matière de santé,
- phase 4 : analyse et synthèse des réponses et établissement du premier rapport intérimaire,
- phase 5 : identification, à la lumière des réponses aux questionnaires et de la documentation réunie, des Etats membres dans lesquels une étude plus approfondie est nécessaire, au moyen d'entretiens et d'interviews sur place ; entretiens avec les organismes et services de ces Etats membres ; approfondissement de l'étude, de l'analyse et de l'évaluation ; établissement d'une typologie de l'ensemble des traitements de données personnelles pris dans le secteur de la santé et de la sécurité sociale ; établissement et remise du second rapport intérimaire ;
- phase 6 : projet de rapport final ;
- phase 7 : rédaction du rapport final.

2.3.2 L'organisation de l'étude

La première étape de l'étude a consisté en l'analyse de la documentation qui a pu être réunie grâce à nos correspondants dans chaque Etat membre.

L'étude de cette documentation a permis de cerner les problèmes majeurs susceptibles de se poser dans le cadre de la mise en oeuvre de cartes et/ou de la généralisation de l'utilisation du formulaire E111.

C'est dans ce contexte qu'un questionnaire a été établi, qui a été adressé à l'ensemble des responsables TESS des pays de la Communauté européenne.

La majorité de ces questionnaires a été retournée, permettant ainsi l'analyse des réponses fournies.

En effet, les Etats membres suivants ont répondu au questionnaire :

- la Belgique,
- le Danemark,
- l'Espagne,
- la Finlande,
- la France,
- la Grèce,
- la Hollande,
- l'Irlande,
- le Portugal.

L'analyse des réponses a permis d'identifier avec plus de précision les problèmes de protection des données susceptibles de se poser, ainsi que les entretiens auxquels il a été procédé.

Un premier rapport intérimaire a été remis à la Commission en avril 1996.

Un second rapport intérimaire a été remis en novembre 1996. Un projet de rapport final a été remis en janvier 1997.

La Commission a fait valoir ses observations en mars 1997.

Le présent rapport constitue donc l'aboutissement de cette étude.

**3. LES TRAVAUX DE LA COMMISSION ADMINISTRATIVE
DES TRAVAILLEURS MIGRANTS**

3. LES TRAVAUX EFFECTUES PAR LA COMMISSION ADMINISTRATIVE DES COMMUNAUTES EUROPEENNES POUR LA SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

Les régimes de sécurité sociale des Etats membres, dont les différentes branches ont notamment trait aux soins de santé, aux prestations familiales et aux pensions, sont coordonnés au sein de la Communauté Européenne, par un ensemble de règles énoncées dans les règlements CEE, et notamment dans le règlement n° 1408/71 du Conseil en date du 14 juin 1974 et relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille, qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté.

Ces règlements sont ainsi venus coordonner les différentes régimes de sécurité sociale existant dans la Communauté Européenne, au regard de l'objectif communautaire, qui vise à faciliter la libre circulation des personnes à l'intérieur de l'Espace Economique Européen.

Cette nécessaire coordination des régimes de sécurité sociale constitue à cet égard l'objectif du programme mis à l'étude en 1989 ² auprès de la Commission administrative des Communautés Européennes pour la sécurité sociale des travailleurs migrants, portant sur le développement d'un modèle de référence de service télématique, dénommé d'abord TESS/SOSENET puis TESS.

Au sein de ce programme se développe un projet spécifique concernant la mise en oeuvre d'une carte européenne harmonisée de soins médicaux immédiats.

En effet, jusqu'à présent, l'utilisation des formulaires publiés par la Commission (formulaires E 104 à E 127) destinés à permettre le flux d'informations entre l'assuré qui se déplace dans la Communauté Européenne, le prestataire de soins et les institutions d'assurance des Etats membres concernés, s'est révélée problématique tant en termes de gestion administrative que de coûts financiers.

A cet égard, le formulaire E 111 attestant du droit de l'assuré à l'octroi de prestations en nature lors d'un séjour dans un Etat membre, a donné lieu à une série de difficultés d'utilisation tant pour les assurés que pour les institutions d'assurance, même si le formulaire E 111 constitue par ailleurs un document permettant de véhiculer un nombre substantiel d'informations.

C'est ainsi que sont discutés des projets de remplacement de l'E 111 qui ont conduit à l'élaboration du projet de carte européenne harmonisée de soins médicaux immédiats.

² Conformément aux conclusions du Conseil des Communautés Européennes du 29 septembre 1989 (JO C 277, p. 4).

3.1 LE FORMULAIRE E 111

La création du formulaire E 111 résulte de la mise en oeuvre de l'article 22 paragraphe 1-a-1 du règlement CEE n° 1408/71 sur le séjour temporaire, qui règle la situation dans laquelle l'assuré séjourne temporairement dans l'Etat membre autre que l'Etat de résidence.

Le formulaire E 111 porte ainsi des informations nécessaires aux différents intervenants des Etats membres concernés relativement à une prestation de soins en nature en circulant entre eux.

3.1.1 Les informations véhiculées

Le formulaire E 111 contient des informations au recto et au verso.

*** Au recto, figurent les données suivantes, lorsque l'E 111 est correctement rempli :**

- le nom du formulaire,
- la référence aux articles régissant le domaine concerné,
- l'indication qu'il s'agit d'un formulaire CEE,
- le code du formulaire,
- le code du pays,
- le statut de l'assuré (travailleur salarié, travailleur non salarié, etc...),
- éventuellement le nom de jeune fille de l'assurée,
- les prénoms de l'assuré,
- l'adresse de l'assuré (rue, localité, code postal, pays),
- le numéro d'immatriculation de l'assuré,
- la date de naissance de l'assuré,
- éventuellement l'adresse dans le pays de résidence,
- la période au cours de laquelle les prestations en nature peuvent être accordées (trois possibilités),
- le nom de l'institution compétente (rue, n°, code postal, localité, pays),
- le numéro de code de l'institution compétente,
- le cachet de l'institution compétente,
- la date de délivrance du formulaire,
- la signature ou non de l'institution compétente.

*** Au verso, existe la possibilité de porter des mentions à l'usage de l'assuré, de l'institution et du prestataire de soins.**

Par ailleurs, le formulaire E 111 constitue un document probant dans le cadre de règlements financiers entre le prestataire de soins et l'institution d'assurance, notamment.

L'E 111 est ainsi prévu pour véhiculer les informations nécessaires, mais dans la pratique, il s'est avéré qu'outre les difficultés d'application, les formulaires E 111 étaient soit remplis de manière incorrecte ou incomplète, soit n'étaient pas remplis par l'assuré, ni même signés.

3.1.2 Les difficultés d'utilisation

Les différentes notes de la Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants³ ont soulevé à plusieurs reprises les problèmes administratifs et financiers engendrés par l'utilisation du formulaire E 111, et ont tenté de déterminer des solutions de nature à y remédier.

Le mécanisme de fonctionnement de l'E 111 est le suivant :

- lors d'un séjour dans un Etat membre autre que l'Etat de résidence, les travailleurs salariés ou non salariés et les membres de leur famille, ont droit, sous certaines conditions, à des prestations en nature qui leurs sont versées pour le compte de l'Etat qui, selon les règlements CEE, est compétent.
- à cet égard, le formulaire E 111 tient lieu d'attestation certifiant les droits à des prestations en nature.
- à la demande du travailleur, l'E 111 lui est fourni par l'institution compétente de l'Etat membre où il réside, avant son départ.
- l'assuré présente ensuite le formulaire E 111 au prestataire de soins qui l'adresse à l'institution du lieu de séjour, lequel communique ensuite avec l'institution compétente, au moyen d'un ou plusieurs formulaires selon le cas.

Très brièvement décrit, cet échange d'informations entre les divers intervenants présente des difficultés d'ordre structurel, dues à la diversité des critères de compétence définis par les Etats membres pour identifier les institutions responsables, ainsi qu'aux différences de données prises en compte par les Etats membres aux fins d'identification des assurés, mais aussi aux différents langages administratifs des Etats membres, et d'une manière générale à la variété des structures administratives des Etats membres.

Par ailleurs, des considérations d'ordre pratique font obstacle à une utilisation efficace et appropriée du formulaire E 111. Ces obstacles, énumérés par la note du rapporteur du 1er février 1991⁴, avaient déjà été mis en lumière par une étude du groupe de travail de la Commission administrative en 1983.

³ Notamment :

- Note du rapporteur du 1er février 1991 (CA.SS.TM. 23/91),
- Compte-rendu de la première réunion du groupe de travail (CA.SS.TM. 93/91),
- Note du rapporteur du 16 août 1991 (CA.SS.TM. 158/91),
- Note du rapporteur du 25 octobre 1991 (CA.SS.TM. 77/91),
- Note du rapporteur du 5 mars 1993 (CA.SS.TM. 48/93),
- Note du secrétariat, 2 août 1995 (CA.SS.TM. 243/95).

⁴ CA.SS.TM. 23/91.

*** Pour les assurés :**

- difficulté pour se procurer, en cas de départ à brève échéance, le formulaire E 111 auprès de l'institution d'assurance de l'Etat membre compétent,
- risque de voir le formulaire E 111 refusé par le prestataire de soins, qui n'est pas familiarisé avec cette procédure,
- risque de perte des courriers transmettant l'E 111 entre les différentes institutions d'assurance et donc problèmes de retard dans le traitement du dossier et du remboursement des frais avancés en particulier, outre le fait que des données confidentielles concernant l'assuré pourraient être, dans cette hypothèse, manipulées par des tiers non autorisés.

*** Pour les institutions :**

- la délivrance des formulaires E 111 coûte cher en considération de leur utilité,
- les formulaires E 111 ne sont pas toujours remplis correctement ou lisiblement ou de manière complète,
- l'identification de l'institution d'assurance compétente de l'assuré n'est pas toujours facile à déterminer, notamment en cas de fusion ou scission des institutions d'assurance maladie de certains Etat membres,
- remplir et délivrer les formulaires E 111 représentent des frais et une perte de temps importants au regard de leur utilité et de leur efficacité.

Selon la note établie par le secrétariat de la Commission administrative des Communautés Européennes pour la sécurité sociale des travailleurs migrants en date du 5 mars 1993 ⁵, il est à souligner que la France serait le plus grand créancier de la Communauté Européenne en ce qui concerne des soins donnés à des personnes assurées dans d'autres Etats membres et en conséquence utilisant en principe le formulaire E 111.

Il résulte de ce qui précède que les problèmes administratifs et financiers liés à l'utilisation du formulaire E 111 ont conduit à la naissance du projet de remplacement de ces formulaires par une autre technique prenant en compte les besoins des intervenants, déterminés ci-après.

3.1.3 La détermination des besoins des intervenants

La Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants a défini un projet visant à remplacer le formulaire E 111 par une carte, dont la présentation, les fonctions, la nature ont fait l'objet de trois propositions successives, seule la dernière étant à l'heure actuelle destinée à être développée.

⁵ P.6.

Ces propositions, formulées par la note du rapporteur du 1er février 1991⁶, sont les suivantes :

- la reconnaissance mutuelle des cartes d'assurance nationales,
- la carte européenne de séjour temporaire,
- l'uniformisation des cartes nationales d'assuré social.

Outre le fait qu'une carte a vocation à remplacer le formulaire E 111, elle doit répondre aux besoins de quatre types d'intervenants⁷:

*** L'institution compétente :**

- afin de restreindre au maximum le nombre de déclarations manuscrites,
- en offrant le minimum de possibilités de fraude,
- en présentant des informations aux fins de contrôle des créances relatives aux soins médicaux dispensés, notamment.

*** L'assuré :**

- afin qu'il n'ait pas à se procurer, lors de chaque départ à l'étranger, un formulaire, remplacé par une carte délivrée annuellement,
- afin qu'il puisse présenter au prestataire de soins des Etats membres une carte facilement reconnaissable,
- et utiliser la carte dans le plus grand nombre de pays possible, notamment.

*** Le prestataire de soins :**

- afin qu'il puisse reconnaître facilement la carte qui lui est présentée par l'assuré,
- et transférer les données figurant sur la carte aux fins d'établissement de facture et d'envoi de la facture, le cas échéant, à l'institution d'assurance de l'Etat membre du lieu de séjour.

*** L'institution du lieu de séjour :**

- afin qu'elle puisse reconnaître facilement la carte,
- et puisse lire et reproduire les données figurant sur la carte facilement, notamment pour les déclarations auprès de l'institution compétente.

⁶ CA.SS.TM. 23/91

⁷ Note du rapporteur du 16 août 1991 (CA.SS.TM. 158/91, p.2).

Les principaux besoins des intervenants étant définis, une partie de la question réside dans leur adéquation avec une nouvelle technique de transfert d'informations.

3.2 LES SOLUTIONS REJETEES

3.2.1 La reconnaissance mutuelle des cartes nationales d'assurance

Dans un premier temps, le Conseil des Communautés Européennes⁸ s'est posé la question de savoir s'il était possible d'avoir simplement recours aux cartes nationales d'assuré social existantes, pour l'application de l'article 22 du règlement CEE n° 1408/71 en date du 14 juin 1971, aux fins de remplacement du formulaire E 111.

Pour être en mesure de remplir les fonctions assignées, il est clair que la carte doit être reconnaissable en tant que telle, c'est-à-dire identifiable par l'institution d'assurance de l'Etat membre de séjour ainsi que le prestataire de soins, comme un titre donnant droit à des prestations en nature, et fournissant par ailleurs les informations nécessaires aux fins de déclaration des frais par le prestataire de soins et permettant le cas échéant, le remboursement des frais avancés par l'assuré.

Il en résulte que la mise en place d'une nécessaire reconnaissance mutuelle des cartes d'assurance nationales existantes, ce qui implique qu'elle revêtent un aspect uniforme, afin de pouvoir être identifiables en tant que telles.

Or, selon l'avis de la Commission des travailleurs migrants⁹, s'il existe des concordances entre certaines cartes d'assurance nationales des Etats membres, de nombreuses divergences rendraient l'exigence d'uniformité requise impossible à remplir.

Ainsi, les cartes nationales d'assurance ont certes toutes pour but de légitimer l'intéressé dans ses qualités d'ayant-droit à des prestations en nature et/ou au remboursement des coûts des soins, et de fournir des informations nécessaires pour la déclaration des frais auprès de l'institution d'assurance, relatives à des données personnelles de l'assuré telles que son numéro d'assurance, le nom de l'institution de l'assurance compétente et la durée de validité de la carte.

Néanmoins, ces points communs sont gommés par les nombreuses distinctions relevées entre les différentes cartes d'assurance nationales :

- en premier lieu, certains pays pratiquent des systèmes de prise en charge directe, consistant à placer la relation financière entre l'institution d'assurance et le prestataire de soins, tandis que dans d'autres Etats membres, le système de remboursement prévaut, plaçant la relation financière entre l'assuré lui-même et le prestataire de soins, le premier étant ensuite remboursé par son institution d'assurance.

⁸ Conclusions du 29 septembre 1989 (JO C 277, p.4).

⁹ Note du rapporteur du 1er février 1991 (CA.SS.TM. 23/91, p. 3 et 4).

Cette distinction de système influe sur l'organisation de la carte d'assurance nationale, devant répondre aux exigences des modes de règlement.

- en second lieu, dans certains Etats membres, une carte d'assurance nationale est délivrée par famille, tandis que, dans d'autres Etats, une carte est délivrée individuellement à chaque assuré. (Au Luxembourg les assurés ne possèdent pas de carte d'assurance nationale).

Cette distinction influe naturellement sur la possibilité d'une reconnaissance mutuelle des cartes d'assurance nationales entre Etats membres.

- enfin et surtout, il existe une diversité de présentation des différentes cartes nationales d'assurance sociale, rendant en conséquence impraticable une reconnaissance mutuelle des cartes d'assurance nationales.

Cette solution n'ayant donc pu être concrétisée, une autre proposition a été lancée, ayant pour nom, la « carte européenne d'assurance », ou encore « carte européenne de séjour temporaire ».

3.2.2 La carte européenne de séjour temporaire

Constatant l'impossibilité d'une reconnaissance mutuelle des cartes nationales d'assurance des Etats membres, la Commission Européenne pour la sécurité sociale des travailleurs migrants a proposé de développer un projet de carte européenne d'assurance, aux fins de remplacement du formulaire E 111¹⁰.

Le projet de carte européenne consistait à mettre en place une carte, parallèlement aux cartes nationales d'assuré social, et uniquement destinée à servir de titre donnant droit à des prestations en nature dans un Etat membre autre que l'Etat membre de résidence, lors d'un séjour temporaire de l'assuré hors ce dernier.

Néanmoins, il est apparu à la Commission administrative des Communautés Européennes que la carte européenne d'assurance sociale ne consistait en fait qu'en une version améliorée d'un formulaire E 111, sans présenter en conséquence de réelle plus value, au regard du formulaire E 111.

La Commission des travailleurs migrants a donc travaillé sur un autre projet, le projet de carte européenne harmonisée de soins médicaux immédiats¹¹.

¹⁰ Note du rapporteur du 1er février 1991 (CA.SS.TM. 23/91, p.4).

¹¹ Note du rapporteur du 1er février 1991 (CA.SS.TM. 23/91, p.8).

3.3 LA CARTE EUROPEENNE HARMONISEE

Ce projet poursuit un objectif final à atteindre, qui détermine les conditions de présentation de la carte, ses fonctions, les données devant y être intégrées ainsi que la technique de transfert des données véhiculées par la carte, aux fins d'utilisation par des assurés et membres de leur famille dans les Etats membres de la Communauté.

3.3.1 L'objectif final à atteindre

La Commission administrative envisage, de mettre en oeuvre une carte européenne harmonisée qui puisse être utilisée en cas de séjour temporaire dans un autre Etat membre que l'Etat membre de résidence, mais également à l'intérieur du pays de résidence lui-même.

En conséquence, la carte européenne de soins médicaux immédiats est destinée tant à remplacer le formulaire E 111, compte tenu des nombreux inconvénients qu'il a présentés jusqu'à présent, mais également les cartes d'assurance nationales elles-mêmes de chaque Etat membre.

Ce projet d'envergure nécessite une harmonisation des cartes nationales d'assurance sociale afin de permettre leur reconnaissance, en tant que telle, au sein de la Communauté, et de remplir les fonctions qui lui sont assignées.

3.3.2 Présentation de la carte et de ses fonctions

La présentation de la carte européenne de soins médicaux immédiats est déterminée par les fonctions qu'elle doit remplir :

- l'attestation de la qualité d'ayant-droit de son titulaire à la fois dans son pays de résidence et dans un autre Etat membre, quel qu'il soit, à l'égard du prestataire de soins et de l'institution d'assurance.

Cette fonction implique naturellement la reconnaissance par ces derniers de la carte européenne ainsi que l'identification de l'assuré.

- la fourniture des informations nécessaires aux déclarations de coûts des soins rendus par le prestataire de soins à l'institution compétente,

- la fourniture d'informations à l'institution du lieu de séjour aux fins de déclaration des coûts à l'organisation compétente,

- la fourniture à l'assuré des informations sur sa qualité d'ayant-droit à des prestations.

Il en résulte que, dans le but d'une reconnaissance de la carte dans l'ensemble de la Communauté et d'un transfert de données utilisables dans chaque Etat membre, la Commission administrative des Communautés Européennes propose que la carte européenne de soins médicaux immédiats adopte le format d'une carte bancaire et la norme ISO.

La question de l'introduction d'une bande magnétique sur ladite carte, demandée par la Délégation française fait l'objet des développements ultérieurs relatifs à la technique retenue pour le transfert des données intégrées sur la carte européenne.

3.3.3 Les données minimales

Alors que le formulaire E 111 contient plus de 23 types de données différentes relatives à l'assuré ainsi qu'à l'institution d'assurance compétente, notamment, la Commission administrative des Communautés Européennes¹² a décidé que les données visibles à reprendre sur la carte européenne de soins médicaux immédiats devraient être précises mais réduites au minimum, compte tenu de son format.

*** Données « visibles » à reprendre sur la carte européenne harmonisée de soins médicaux immédiats :**

- le nom de l'assuré, son prénom, sa date de naissance, son numéro d'immatriculation et éventuellement son adresse ainsi que son statut codé (1 : travailleur, 2 : membre de la famille, 3 : pensionné ou membre de la famille du pensionné),
- l'identification de l'institution compétente, c'est-à-dire le nom de l'institution compétente, son numéro de code et le code du pays,
- l'identification de la carte européenne de soins médicaux immédiats en tant que telle et/ou le sigle de l'Union Européenne.

Compte tenu de son caractère minimal, la liste des données visibles sur la carte européenne harmonisée ne tient pas compte de certaines particularités existant entre les Etats membres, relativement au statut de l'assuré, par exemple, travailleur salarié, non salarié, indépendant, ou au contraire chômeur, cette dernière information pouvant d'ailleurs influencer sur la suppression ou la diminution de cette cotisation.

A cet égard, seule l'utilisation d'une piste magnétique ou d'une puce à mémoire ou à microprocesseur pourrait palier au manque d'informations visuelles figurant sur la carte européenne harmonisée de soins médicaux immédiats.

¹² Note du rapporteur du 1er février 1991 (CA.SS.TM. 23/91, p. 8 et 9).

Note du rapporteur du 16 août 1991 (CA.SS.TM. 158/91).

Note du rapporteur du 25 octobre 1991 (CA.SS.TM. 77/91, p.2).

*** La « nationalité » de l'assuré : une donnée problématique**

La Commission administrative des Communautés Européennes a prévu d'adresser la carte européenne des soins médicaux immédiats à tous les assurés résidents d'un Etat membre, indépendamment de leur nationalité¹³.

Or, en l'état actuel, le règlement CEE précité ne s'applique qu'aux ressortissants de la Communauté Européenne et plus exactement aux travailleurs salariés et non salariés ressortissants de la Communauté Européenne, aux membres de leur famille et à leurs survivants, ainsi qu'aux survivants des travailleurs salariés ou non salariés ne possédant pas la nationalité d'un Etat membre si ces survivants possèdent, eux, la nationalité d'un Etat membre.

Dans la mesure où la Commission administrative des Communautés Européennes a, semble-t-il, noté que dans un certain nombre de pays membres de la Communauté, l'indication de la nationalité serait problématique, et dans la mesure où la Commission a également noté que, dans un certain nombre d'Etats membres, la nationalité ne joue aucun rôle en matière de protection de sécurité sociale, en considération du principe de l'égalité du traitement entre résident national et résident étranger, les solutions suivantes ont été proposées :

- la conclusion entre tous les Etats membres d'un accord concernant l'application conforme de l'article 22 paragraphe 1a du règlement CEE n° 1408/71 du Conseil en date du 14 juin 1971, aux assurés ne possédant pas la nationalité d'un Etat membre,
- la modification de l'article 22 précité par l'ajout d'un alinéa aux termes duquel : « la condition de nationalité ne s'applique pas à l'article 22 ».

Il en résulte que la carte européenne harmonisée de soins médicaux immédiats se présenterait comme une carte du type bancaire, sur laquelle figureraient des données minimales, et qui serait destinée à remplacer le formulaire E 111 ainsi que les cartes d'assurance nationales de chaque Etat membre, à terme.

Reste à définir la technique retenue pour le transfert des données entre les différents intervenants.

3.3.4 Le transfert des données

La question du transfert des données constitue tout d'abord un point technique.

¹³ Note du rapporteur du 1er février 1991 (CA.SS.TM. 23/91, p. 11 et 12).

Dans la mesure en effet où la carte européenne harmonisée de soins médicaux immédiats ne peut être confiée au prestataire de soins du lieu de séjour, lors du recours à une prestation de soins en nature par l'assuré, le prestataire devra transférer les données figurant sur la carte sur sa note d'honoraires et à l'institution d'assurance du lieu de séjour temporaire.

Se pose alors l'interrogation suivante : celle de la technique retenue par la Commission administrative des Communautés Européennes pour assurer le transfert de données¹⁴, et destinée à s'appliquer aux divers Etats membres de la Communauté Européenne.

Trois techniques d'enregistrement des données sont envisageables :

- l'enregistrement des données par une impression plane conduisant à une lecture visuelle des données,
- l'enregistrement des données par une impression en relief conduisant à un transfert de données par timbrage,
- l'enregistrement de données électroniques par voie de codes barre, pistes magnétiques et/ou puces à mémoire ou à microprocesseur, autorisant un transfert électronique de données et l'utilisation de réseaux télématiques.

La Délégation française avait souhaité qu'un transfert électronique des données soit rendu possible via la carte européenne harmonisée des soins médicaux immédiats.

Toutefois, la Commission administrative des Communautés Européennes a proposé de définir un niveau de technologie commun minimum, compte tenu de la diversité des développements technologiques entre les divers Etats membres, qui conduirait à retenir la technique du timbrage comme mode d'enregistrement des données.

En effet, selon la Commission, le timbrage constituerait une technique simple et peu coûteuse, consistant à transférer les données d'un seul mouvement au moyen d'un appareil approprié alors que la mise en place de codes barre et puces magnétiques, serait irréalisable techniquement dans certains Etats membres.

La Commission administrative des Communautés Européennes envisage néanmoins que la carte harmonisée puisse contenir, outre les données minimales, des données destinées à une utilisation exclusivement nationale et pouvant être enregistrées électroniquement.

¹⁴ Note du rapporteur du 25 octobre 1991 (CA.SS.TM. 77/91, p. 2 et 3).

Note du secrétariat du 5 mars 1993 (CA.SS.TM. 48/93, p.2).

3.3.5 Le mode d'utilisation de la carte européenne harmonisée

Que le système en vigueur des Etat membres de séjour soit un système de paiement direct ou de remboursement, le mode d'utilisation de la carte européenne harmonisée serait le suivant : l'assuré présenterait au prestataire de services, lors d'un recours à des prestations de soins en nature, la carte européenne dont il est titulaire.

Le prestataire de services l'identifierait, puis, au moyen d'un appareil approprié, transférerait les données, imprimées par timbrage sur la carte harmonisée, à l'institution d'assurance du lieu de séjour laquelle correspondra avec l'institution compétente.

Cette procédure serait destinée à remplacer les divers courriers intégrant le formulaire E 111 et circulant entre l'assuré, le prestataire de soins, l'institution d'assurance compétente et l'institution d'assurance du lieu de séjour.

Le projet de carte européenne harmonisée de soins médicaux immédiats ci-dessus décrit est le troisième projet proposé par la Commission administratives des Communautés Européenne.

Cette dernière déclare par ailleurs qu'elle entend poursuivre le projet dans le sens de développements techniques ultérieurs et notamment aboutir à la carte électronique européenne harmonisée de soins médicaux immédiats.

3.4 LA CARTE ELECTRONIQUE EUROPEENNE HARMONISEE

Une carte électronique européenne harmonisée présenterait des avantages pour les institutions que ne présente pas la carte européenne harmonisée décrite dans le projet qui a été retenu par la Commission administrative des Communautés Européennes.

En effet, une carte électronique autorise un accès direct au réseau SOSENET et une réduction des frais de gestion des dossiers internationaux, ainsi qu'une accélération du remboursement des dépenses de santé qui paraissent plus importants que ce que permet la seule carte timbrée.

Toutefois, la Commission administrative semble n'avoir qu'esquissé les étapes éventuelles d'une mise en oeuvre d'une telle carte électronique, ainsi qu'il ressort des notes élaborées à ce jour par la Commission¹⁵:

- la première étape consisterait dans une reconnaissance mutuelle des cartes d'assurance maladie existantes à titre provisoire et entre certains Etats membres, aux fins de remplacement du formulaire E 111, pour mettre en place des « procédures de routine ».

¹⁵ Notamment note du secrétariat du 5 mars 1993 (CA.SS.TM. 48/93, p.4 à 6).

Cette étape contraindrait naturellement le prestataire de soins à produire un nouveau document ou modifier le document existant destiné à être envoyé à l'institution compétente du lieu de séjour.

- la seconde étape consisterait à définir un projet pilote permettant le transfert électronique des données par la voie des télécommunications,
- la troisième étape résiderait dans la définition du format de la nouvelle carte harmonisée électronique,
- la dernière étape serait consacrée à l'extension du système et de la carte électronique à tous les Etats membres.

**4. LES CARTES ET PROJETS DE CARTES
EN EUROPE**

4. LES CARTES ET PROJETS DE CARTES EN EUROPE

4.1 SYNTHÈSE DES CARTES OU DES PROJETS DE CARTES DANS LES ÉTATS MEMBRES

4.1.1 Les cartes et projets de cartes en Allemagne

Les informations relatives aux cartes et aux projets de cartes en Allemagne ont été obtenues au cours des réunions organisées sur place en Allemagne et à partir de la réponse au questionnaire.

En effet, nous avons rencontré le 22 juillet 1996 le Professeur KOHLER, ainsi que Madame Karine HAHNE-REULECKE de la Kassenärztliche Hessen de Francfort.

* La carte d'assuré social :

En 1993-1994, des lois particulières sont venues modifier le code de la sécurité sociale allemand en vue de permettre des échanges électroniques entre les différents participants du système de santé.

Cette réforme a permis d'introduire en Allemagne une carte d'assuré social dans le cadre du système d'assurance sociale étatique créé par Bismarck et toujours en vigueur.

La carte d'assuré social est devenu l'élément clé de la stratégie d'assurance sociale en Allemagne. Elle a permis de standardiser des informations de base devant y être enregistrées pour l'ensemble des citoyens.

Cette carte se présente sous la forme d'une carte à puce.

Le système a une vocation générale puisque les caisses ont l'obligation légale de distribuer cette carte à tous les assurés sociaux ainsi qu'à tous les ayants-droit.

Depuis 1994, tous les allemands bénéficiant de l'assurance maladie disposent donc d'une carte administrative de sécurité sociale à puce. Par conséquent, l'Allemagne est aujourd'hui au sein de l'Union européenne le pays où le nombre de cartes en circulation est le plus élevé.

En effet, 73 millions de cartes sont en circulation et 70% des praticiens sont équipés d'un système informatique en permettant l'utilisation.

Toutefois, il s'agit de cartes à vocation purement administrative.

La carte d'assuré social allemande ne contient pas d'informations médicales. Son utilisation est limitée aux informations suivantes :

- le nom de l'organisme de l'assurance maladie,
- le nom et les prénoms de l'assuré,
- sa date de naissance,
- son adresse,
- son numéro de sécurité sociale,
- son statut en tant qu'assuré,
- la date de fin de ses droits à la couverture par l'assurance.

Cette carte ayant pour seule finalité l'identification du patient, les capacités de mémoire supplémentaires qui se trouvent sur la carte ont été rendues inutilisables.

Cette restriction à des données administratives, à l'exception de données médicales, résulte de contraintes légales.

En effet, l'enregistrement de données médicales sur la carte se heurte aux textes relatifs à la vie privée, au secret médical et à la protection des données :

- la vie privée est protégée en Allemagne par la Constitution. L'article 1 de la section 1 de la Constitution prévoit que chaque individu a le droit de développer librement sa personnalité et bénéficie d'une protection de sa vie privée.
- les relations docteur-patient sont confidentielles. Les règles de déontologie qui les encadrent sont codifiées et obligent le docteur à conserver secret ce qui lui a été confié ou ce qu'il a pu connaître par lui-même dans le cadre de l'exercice de sa profession. Le non-respect de ces dispositions est sanctionné pénalement (paragraphe 203 du code pénal).

Seules trois exceptions au secret médical sont reconnues :

- . en cas de consentement du patient,
 - . en vertu des exceptions légales,
 - . pour la protection d'un intérêt supérieur légal.
-
- les données personnelles sont quant à elles protégées par les lois de protection des données, tant au niveau fédéral qu'au niveau des Länder, qui ont pour objectif de prévenir les abus concernant les données personnelles.

Tant le législateur que la jurisprudence se sont révélés très vigilants devant le danger accru résultant du déploiement de l'informatique et des télécommunications.

Notamment, la Cour Constitutionnelle a reconnu le droit des personnes à l'autodétermination des informations les concernant comme une résultante de leur droit à la protection de leur vie privée.

En conséquence, il appartient à l'individu de déterminer quelles doivent être les données à enregistrer sur la carte, et de décider à qui et dans quels buts les données personnelles le concernant peuvent être transférées à des tiers.

Compte tenu du fait que les cartes circulant actuellement ne contiennent que des données administratives, à l'exclusion de toute donnée médicale, aucune protection particulière de sécurisation n'a été prise.

Le problème du vol ou de la perte de la carte reste néanmoins entier. En principe, il conviendrait que le voleur ou celui qui trouve la carte ne puisse pas avoir accès aux informations qui s'y trouvent et ne puisse obtenir un traitement médical frauduleusement à partir de cette carte.

Aussi, une réflexion a été menée sur l'utilisation d'une technologie qui permettrait d'exclure ces possibilités d'abus.

Madame Karine HAHNE-REULECKE de la Kassenärztliche Hessen de Francfort nous a indiqué que pourrait être envisagée l'apposition sur la carte d'une photographie de l'assuré, de son empreinte génétique, ou encore le recours à des protections contractuelles.

Il conviendrait toutefois d'éviter que la solution permettant de prévenir un vol ou la perte d'une carte ne porte atteinte à la protection des données personnelles alors même que, pour l'heure, la carte d'assuré social ne contient pas de données sensibles.

En tout état de cause, selon Madame Karine HAHNE-REULECKE, le risque semble avoir été amplifié par les médias.

De plus, selon elle, le problème n'est pas nouveau puisqu'il existait déjà avant l'introduction de la carte santé. En effet, quelqu'un qui ne bénéficiait pas de l'assurance sociale pouvait tout à fait se présenter sous une fausse identité avec une carte de sécurité sociale papier trouvée ou volée et tenter ainsi d'obtenir des traitements auxquels il n'avait pas le droit.

*** Les projets et les expériences de cartes santé :**

En revanche, la question de la protection des données en cas de perte ou du vol se pose avec plus d'acuité dans le cas des cartes contenant des informations médicales, et notamment des cartes d'urgence.

La possibilité d'entrer un code personnel a été évoquée, mais il semble que les expériences menées privilégient les systèmes où les données sont lues à l'aide d'une carte de professionnel de santé.

Pour l'heure, les projets de cartes contenant des informations médicales sont limités à des projets pilotes régionaux et concernent une population particulière ou à risques spéciaux.

En 1995, environ 1 million de personnes étaient concernées par 7 projets différents : PHARMA-CARDS, NUTRI-CARDS, ONKO-CARDS, EMERGENCY-CARDS ...

Ces projets sont circonscrits géographiquement puisqu'il s'agit soit de projets pilotes régionaux, soit de projets ciblés sur une population spécifique.

Ainsi, par exemple, le projet NEUWIED, ville située à côté de la ville de KOBLENS, concerne 50.000 habitants, une centaine de médecins libéraux ou privés et 25 pharmaciens.

Il s'agit du premier projet qui a tenté de mettre en oeuvre des méthodes et technologies standards. La carte contient non seulement des données médicales de base pour le patient, mais aussi des données nécessaires en cas d'urgence, et donne également la liste des 35 médicaments distribués par le pharmacien, avec leur nombre, le nom du fabricant et leur date de distribution.

Certains projets concernent une population particulière ou à risques spéciaux.

Il existe par ailleurs des cartes concernant des patients souffrant de pathologies particulières : cardiaques (DEFICARD) et notamment porteurs de pacemaker, malades atteints du cancer etc...

L'Allemagne a ainsi développé un autre projet de ce type. Il s'agit d'une carte concernant les patients atteints de cancer.

La philosophie de ce projet est la suivante : le patient prend toutes les décisions qui le concernent. Le patient est propriétaire de son historique médical et décide ce qui doit y figurer.

Une évaluation de ce projet a été faite par l'intermédiaire d'un questionnaire qui a été distribué aux personnes susceptibles d'être concernées.

Les réponses à ce questionnaires ont été publiées à l'occasion des journées des Health cards' 1995 qui se sont déroulées à Francfort au mois d'octobre 1995. Cette évaluation a été commentée dans le cadre de la communication faite par Messieurs ELLSASSER, KIMPELMANN, HERTWIG et KOLHER.

Les informations contenues par ces cartes n'ont pas toutes le même support.

Certaines sont magnétiques : c'est le cas de la carte de KOBLENTZ précédemment citée, ainsi que d'une carte dénommée DEFICARD et une carte dénommée CANCER-FOLLOW-UP-CARD.

Certaines sont des cartes à puce : on peut citer la carte SANATURA ainsi que la carte SANACARD.

Il existe aussi des cartes optiques : notamment la carte X-RAY-CARD qui a pour objet l'enregistrement des informations radiologiques et diagnostiques afférentes, et la carte dénommée VISITCARD.

Enfin, parmi les cartes à puce incluant un processus de cryptographie, on citera la carte DIABCARD.

Comme la carte SESAM VITALE française, le projet DIABCARD s'articule autour de deux cartes :

- la carte du patient,
- la carte du professionnel de santé.

En conséquence de l'enregistrement de données médicales, des mesures de sécurisation ont été prises. Le projet repose ainsi sur l'utilisation :

- d'une carte à puce,
- d'un processus de cryptographie,
- et d'une carte du professionnel de santé qui seule permet de lire les informations relatives au patient, seules les données nécessaires en cas d'urgence étant librement accessibles.

Le patient est propriétaire de la carte et des données qui y sont enregistrées et est donc libre de n'utiliser la carte que de manière volontaire.

Cette préoccupation de sécurisation se retrouve dans le développement d'une véritable carte d'urgence en Allemagne.

L'Allemagne semble en effet s'être rapprochée de la France et notamment de l'association SANTAL, pour développer une véritable carte d'urgence par la création d'une interface commune avec la carte CARD-LINK 2.

Aujourd'hui, l'Allemagne semble s'interroger sur la création d'un système de communication national uniforme, pour les soins ambulatoires et cliniques, qui irait de pair avec la mise en oeuvre d'un système de codage international.

Le but de cette politique de santé est bien entendu de réduire les coûts, mais aussi d'accroître la transparence du système de santé.

Bien entendu, le fait qu'il existe déjà une carte d'assuré social qui concerne la très grande majorité des citoyens allemands ne peut que favoriser l'acceptation par la population d'une carte santé.

Toutefois, selon la législation allemande sur la confidentialité et la sécurité des données personnelles, l'utilisation d'une carte santé ne peut être en principe que le fait d'une utilisation volontaire de l'assuré.

Cela induit le risque d'une acceptation faible de l'utilisation de la carte, de la même façon que c'est un obstacle à l'extension de la carte à de nouveaux projets.

Par ailleurs, parallèlement à la systématisation de la carte d'assurance maladie, l'Allemagne s'est engagée dans le projet EUROCARD.

Dans l'immédiat, elle semble privilégier le choix de la carte à puce pour les cartes contenant des informations médicales et pour les applications du type de cartes d'urgence ou cartes concernant des groupes de patients particuliers.

Ces projets ne constituent qu'une première phase de l'utilisation des cartes santé. On peut toutefois supposer que c'est par le développement des cartes d'urgence que l'on aboutira au développement des cartes santé de manière plus générale.

Il convient cependant de noter une spécificité concernant l'Allemagne : l'existence de compagnies d'assurance privées qui, compte tenu de la généralisation du tiers-payant, règlent directement les honoraires du praticien et, pour ce faire, disposent de l'ensemble des informations relatives à ce dernier, mais aussi des informations relatives au patient concerné par la consultation.

Ainsi, pour obtenir le remboursement des consultations, le médecin adresse à la caisse les informations nominatives le concernant, le nom du patient, ainsi que le diagnostic posé.

L'une des caisses au sein de laquelle nous nous sommes rendues, (la KV), nous a confirmé détenir l'ensemble de ces informations, et avoir techniquement la possibilité de les conserver, mais ne pas être intéressée par cette conservation en ce qu'elle ne présente pour elle aucune utilité.

La question se pose néanmoins pour l'Allemagne des conséquences :

- du passage d'une simple carte administrative à une carte contenant des données relatives à la santé,
- du développement des cartes de santé actuelles,

et dans ce contexte :

- de la sécurité,
- de la faisabilité compte tenu des textes existants,

- du traitement de données personnelles de santé par des non-professionnels de la santé (agents des caisses de sécurité sociale).

4.1.2 Les cartes et projets de cartes en Angleterre

L'Angleterre n'a pas répondu au questionnaire que nous lui avons adressé.

Pour l'heure, le Ministère de la santé anglais ne semble pas avoir donné un avis favorable à la mise en oeuvre d'une carte dans le domaine de la santé.

Cette réticence est basée sur une étude économique, établie à partir des conclusions tirées du projet pilote EXMOUTH et également sur la résistance des professionnels de santé anglais, inquiets de la préservation de la confidentialité des données médicales et de la vie privée.

Le projet de carte santé a été réétudié lors du projet de mise en place d'une carte d'identité pour les ressortissants britanniques.

Il avait été envisagé que cette carte d'identité puisse contenir les données médicales d'urgence relatives à chaque personne, les informations relatives aux donneurs d'organes ainsi que les indications figurant sur le formulaire E111, permettant l'échange entre les différents systèmes de sécurité sociale.

Pour l'heure, bien que l'opinion publique et l'opinion des professionnels de santé semblent évoluer en faveur d'une informatisation du système de santé, rien ne semble encore arrêté en Angleterre d'une façon générale. Il n'est cependant pas exclu que l'Angleterre se raccroche ultérieurement à l'un des projets qui sera retenu à l'échelle européenne.

D'ores et déjà, un effort de standardisation technique a été entamé à la faveur du projet PANACEA qui fait partie du projet européen EUREKA.

Par ailleurs, quelques initiatives ont vu le jour. Il en est ainsi d'une carte mise en place au CHELSEA WESTMINSTER HOSPITAL à Londres pour les femmes enceintes. Les données sont enregistrées au fur et à mesure des consultations de suivi de la grossesse.

Ces informations sont ensuite conservées dans une banque de données qui doit à terme enrichir la recherche épidémiologique anténatale.

4.1.3 Les cartes et projets de cartes en Belgique

Les informations relatives aux cartes et projets de cartes en Belgique ont été obtenues à partir des réponses au questionnaire, qui nous a été retourné le 15 octobre 1995 par Monsieur Franck ROBBEN de la banque CARREFOUR de la Sécurité Sociale.

La Belgique connaît actuellement différentes cartes :

- les cartes magnétiques d'assurés sociaux, distribuées à tous les assurés sociaux par les compagnies d'assurance mutuelle à leurs membres (4.500.000) et aux professionnels de santé (80.000), qui ne contiennent que des informations administratives lisibles uniquement au sein de la compagnie,
- les cartes santé propres à certaines catégories de personnes (EMACARD, CPAS), qui contiennent des données de santé, et restent d'utilisation limitée,
- les cartes dites « cartes d'accès », propres à un établissement hospitalier, qui ne contiennent que des informations administratives utiles à l'hôpital.

Parmi les projets de cartes santé, il convient de citer notamment le projet EMACARD, conduit par l'hôpital du Mont Godinne, ainsi que l'expérience du CPAS de Charleroi, qui est une carte santé pour les personnes en situation précaire.

La carte EMACARD mise en place par le département d'hématologie de l'hôpital du Mont Godinne a vocation à enregistrer des informations relatives à des patients souffrant de pathologies chroniques du sang.

100 patients sont concernés, 7 docteurs ainsi que des infirmières dans le service ambulatoire du département d'hématologie.

Il existe d'une part une carte pour le patient et d'autre part une carte pour le professionnel de santé. Chacun des patients et des professionnels dispose d'un code d'identification.

Les principes de cette expérience sont :

- la participation volontaire des patients,
- la liberté des patients d'interrompre l'expérience à n'importe quel moment,
- la disponibilité des informations aux patients et aux professionnels de santé,
- l'utilisation d'un langage compréhensif par le patient et le professionnel de santé,
- l'absence d'obligation pour le patient de produire sa carte santé,
- l'accès du patient à l'ensemble des informations contenues dans la carte,
- le contrôle de l'accès aux informations par un médiateur,
- la construction d'une technologie avec la collaboration des utilisateurs.

S'agissant de l'expérience de Charleroi, qui s'adresse aux personnes en situation précaire, elle est inspirée d'un projet français développé à Besançon depuis 1992. Il s'agit de faire de la prévention pour les personnes défavorisées et leurs enfants, et également de réduire les coûts qui sont générés pour le système de santé par la prise en charge de ces personnes.

Actuellement, entre 250 et 5 000 familles sont prises en charge par un centre spécialisé dans le traitement des personnes en situation précaire. La carte permet à ces personnes et à leur famille d'être soignées et de bénéficier du tiers-payant, c'est-à-dire ne pas payer le professionnel de santé qui sera payé directement par l'institution.

En terme de protection des données personnelles, cela pose le problème de la mise à l'index des personnes bénéficiant de moyens de ressource minimum, qui font l'objet d'un traitement particulier en disposant d'une carte spécifique qui les identifie en tant que « pauvres ».

A côté de ces cartes santé, il existe depuis 1989 une carte d'assuré social qui est distribuée par les compagnies d'assurance mutuelle à leurs membres et qui contient l'identification de la compagnie d'assurance et de la fédération d'affiliation, le nom et le prénom du porteur, les codes du porteur, la période de validité d'ouverture des droits, si la personne assurée est un travailleur indépendant, et les données nécessaires au remboursement sous forme de code-barre et sur piste magnétique.

Pour l'instant, elle ne semble pas être autre chose qu'une carte papier. La lecture informatique de cette carte ne peut être faite qu'à la compagnie d'assurance mutuelle.

Enfin dans certains hôpitaux, il existe des cartes dites cartes d'accès. Ainsi à Bruxelles, certains hôpitaux utilisent ce type de cartes. Pour pouvoir bénéficier d'une consultation, le patient doit justifier de son identité et de sa qualité d'assuré.

La période de validité de cette carte est d'un an. En cas de changement dans la famille (adresse), le patient doit demander une nouvelle carte. La carte est payante, mais le paiement est volontaire, ce qui signifie que si le patient ne veut pas payer, il peut de son propre chef déduire le prix de la carte de sa facture totale.

Le patient doit garder la carte avec lui. Elle contient imprimés le numéro national du patient, le numéro administratif interne de l'hôpital, le nom et le prénom du patient, le nom et le prénom du mari s'il s'agit d'une femme mariée, l'adresse et la date d'expiration.

Dans d'autres hôpitaux qui utilisent une carte similaire, la carte reste à l'hôpital et est gratuite. Lorsque le patient se rend à l'hôpital, il doit aller au bureau des admissions et prendre sa carte pour pouvoir ensuite se rendre dans les services de consultation.

*** Le projet de carte d'identité sociale à mémoire :**

Dans un but de contrôle des dépenses de santé, il semblerait que les cartes administratives ci-dessus seront à terme remplacées par la carte d'identité sociale dont le projet, encore en gestation, semble cependant très abouti, puisque la loi est attendue de façon imminente.

Les réponses au questionnaire nous permettent d'indiquer qu'il s'agirait d'une carte destinée à remplacer la carte magnétique actuelle, diffusée par les compagnies d'assurance mutuelle, par une carte d'identité sociale à mémoire protégée, distribuée à tous les assurés sociaux, et ayant vocation à être utilisée pour tous les secteurs de la sécurité sociale.

Pour des raisons de confidentialité des données, il serait prévu que les données concernant l'identification (nom, premier prénom...) soient publiques et figurent dans un fichier crypté, tandis que les données relatives à l'assurabilité et aux soins de santé soient privées et figurent à ce titre dans un fichier distinct cloisonné.

Il semblerait que les institutions relatives à la sécurité sociale ne seraient pas les seules à pouvoir accéder aux données publiques dans la mesure où y auront également accès l'administration fiscale ainsi que les employeurs des assurés comme indiqué ci-dessus.

Il est précisé que l'accès aux informations serait hiérarchisé en fonction du titulaire d'accès.

Il est d'ores et déjà prévu que d'autres fichiers électroniques, privés et encryptés par des clés pourraient figurer sur la carte pour couvrir les besoins d'autres secteurs de la sécurité sociale.

Les réponses au questionnaire confirment que les données médicales ne figureront pas sur la carte d'identité sociale.

Il est indiqué en outre que les prestations médicales et paramédicales donnant lieu à l'intervention de l'assurance maladie seront codifiées au sein d'une nomenclature et que ces codes devront être systématiquement apposés par les praticiens sur les attestations de soins données aux patients afin qu'ils puissent en obtenir le remboursement.

L'utilisation de la carte ne semble pas devoir être obligatoire, sauf pour les personnes souhaitant bénéficier du tiers-payant, qui devront de facto la présenter.

Toutefois, la réglementation à venir précisera explicitement les situations dans lesquelles l'assuré social devra fournir sa carte.

La carte d'identité sociale serait individuelle et ne comporterait que les données à caractère personnel concernant le détenteur de la carte.

Tous les assurés sociaux belges seront par conséquent détenteurs d'une carte d'identité sociale, y compris les enfants dont les représentants légaux seront habitués à utiliser la carte.

Pour pouvoir être lue, cette carte devra être utilisée concomitamment avec la carte de professionnel de santé qui décrivera les informations figurant sur la carte d'identité sociale.

Selon les réponses au questionnaire, le consentement de l'assuré sera recueilli. Il semble qu'un tel consentement sera matérialisé par le fait pour l'assuré de remettre sa carte au professionnel de santé.

Les agents des mutualités habilités à mettre à jour les données d'assurabilité disposeront également d'une carte de professionnel.

Auront accès :

- aux données publiques :

- . toutes les institutions publiques et coopérantes du secteur de la sécurité sociale,
- . l'administration fiscale,
- . les employeurs,
- . toute autre personne chargée de faire des déclarations aux institutions de sécurité sociale concernant le titulaire de la carte,

- aux données privées d'assurabilité :

- . l'institut national d'assurance maladie invalidité,
- . les mutualités,
- . les professionnels de santé pouvant ou devant pratiquer le tiers-payant.

Toutefois, les droits d'accès ne seront-ils pas identiques pour tous les titulaires d'accès.

Ainsi, les mutualités auront accès aux données privées d'assurabilité en lecture et en écriture, tandis que les professionnels de santé n'y auront accès qu'en lecture.

Les droits de consultation, de modification ou de rectification sont prévues par la loi du 8 décembre 1992, relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Cette législation est applicable aux données à caractère personnel figurant sur les cartes.

Ainsi, le titulaire de la carte pourrait consulter toutes les données publiques et privées le concernant au guichet de la mutualité à laquelle il adhère ou par l'intermédiaire de son prestataire de soins qui y a accès en lecture.

4.1.4 Les cartes et projets de cartes au Danemark

Le questionnaire danois nous a été retourné le 25 octobre 1996 par Madame Kirsten HVID du ministère de la santé.

Il fait état au Danemark de l'existence d'une seule carte actuellement en vigueur, à savoir :

- la carte d'identité assurance maladie («Health insurance identity card »).

Cette carte a pour finalité de faciliter le remboursement des soins et de contrôler les droits de l'assuré, et ce, tant au Danemark qu'à l'intérieur de l'Union européenne.

La carte ne comporte que des données administratives, dont plusieurs figurent sur la carte elle-même : nom, prénom, adresse, date de naissance, sexe, numéro d'identification, identification du médecin, et de l'organisme concerné, date de validité, informations concernant les droits de l'assuré lors d'un séjour touristique.

Aucune donnée relative à la santé n'est contenue dans la carte.

L'ensemble des données est accessible aux docteurs, hôpitaux, pharmaciens, centres de sécurité sociale, sans qu'un accès différencié soit établi.

Bien qu'il existe une réglementation propre à la mise en place d'un dossier de suivi médical, la carte ne contient aucune donnée de cet ordre. De ce fait, les données qui y sont enregistrées ne le sont pas de façon sectorielle.

L'utilisation de la carte est obligatoire pour l'assuré social qui dispose d'un droit d'accès direct aux données par lecteur et d'un droit de rectification par l'intermédiaire de la municipalité.

Une information quant au traitement des données est effectuée lors de la délivrance de la carte, mais aucun droit d'opposition au traitement et à la transmission des données n'a été ouvert.

Le consentement du titulaire de la carte n'est requis ni lors de la délivrance de celle-ci, ni lors du traitement des données, puisque l'assuré est tenu de présenter sa carte au professionnel.

Aucune précision ne nous a été fournie quant au mode d'identification du porteur de la carte.

4.1.5 Les cartes et projets de cartes en Espagne

Le questionnaire espagnol nous a été retourné le 12 novembre 1996 par Monsieur Andres ELHAZAZ (Chef du Département des Projets Spéciaux) du ministère du travail et de la sécurité sociale.

En outre, des réunions ont été organisées sur place en Espagne les 17 et 18 février 1997 afin d'approfondir les questions posées, avec Monsieur Andres ELHAZAZ, ainsi qu'avec Monsieur Juan MARTIN-CASALLO LOPEZ de l'Agence de protection des données espagnole.

4.1.5.1 Les premières analyses et les questions à approfondir

L'Espagne travaille actuellement sur un projet de carte santé dénommé TASS (« Tarjeta Automatizada de Seguridad Social » ou carte automatisée de sécurité sociale). Ce projet est de grande envergure en termes de population puisqu'il concernera à terme 30 millions d'affiliés.

Au vu des documents dont nous disposons initialement (documentation fournie par nos correspondants, réponses apportées au questionnaire), il apparaissait que la spécificité de ce projet résidait dans le fait que cette carte de sécurité sociale vise le contrôle de l'ensemble des allocations de toutes natures versées aux habitants.

Par conséquent, le projet TASS est intéressant à un double titre :

- d'une part parce qu'il s'agit du projet de plus grande envergure en termes de population actuellement concernée ;
- et d'autre part, parce qu'il poursuit une vocation pluriadministrative.

Cette carte a en effet une vocation pluriadministrative, puisqu'elle concerne diverses administrations publiques telles que l'administration de la santé, le Ministère de la sécurité sociale, le Ministère du travail.

Un certain nombre d'informations y est donc enregistré, les unes concernant la gestion des services financiers de la sécurité sociale, les autres concernant l'institut national de la sécurité sociale, voir l'office national de l'emploi.

Compte tenu de la diversité des données qui y sont incluses, la carte sera présentée non seulement au médecin lors de la consultation, mais aussi à l'occasion de diverses démarches administratives.

Se pose par conséquent le problème de la protection des données personnelles puisque la carte comporte tant des données administratives que des données médicales qui seront diffusées à diverses institutions.

La carte est en effet destinée à permettre :

- de servir de document individuel pour prouver l'affiliation à la sécurité sociale,
- d'aider les citoyens à accéder à l'information (grâce à l'installation de terminaux informatiques et de bornes interactives qui seront réparties sur environ 3 000 sites constituant ainsi des points d'information),
- d'aider à superviser les différents services,
- de permettre de contrôler les personnes en situation irrégulière,
- de donner au document une durée de vie supérieure à la durée actuelle du document papier.

Par ailleurs, il importe de relever que, selon les réponses apportées par l'Espagne au questionnaire :

- l'usage de la carte est obligatoire,
- le consentement du titulaire et de ses ayants-droit n'est requis ni lors de sa délivrance, ni lors du traitement des informations,
- le titulaire n'est pas informé des différentes utilisations qui sont faites à partir des données contenues sur sa carte,
- par ailleurs, le titulaire ne peut s'opposer au traitement de ces données.

Il dispose cependant :

- d'un droit d'accès aux données enregistrées sur la carte : à cet égard le rapport du Centre interdisciplinaire de l'université de Louvain précise que les personnes disposent d'un accès direct par l'identification de leurs empreintes digitales (rapport ICRI-K.U LEUVEN, février 1996, p.140),
- d'un droit de modifier directement ou non le contenu de celle-ci.

Enfin, il est précisé dans le questionnaire que les données sont enregistrées de façon cloisonnée afin d'en autoriser l'accès par certaines personnes, mais aucune précision n'a été fournie dans les réponses au questionnaire quant aux modalités de ce cloisonnement.

Or, ce point apparaît d'autant plus important que des données particulièrement sensibles vont être divulguées à des administrations ou organismes à vocations diverses.

Enfin, les modalités retenues pour l'identification du patient apparaissent problématiques au regard des principes de protection des données personnelles : en effet, le patient est d'une part identifié par son numéro d'identification fiscal (qui est le numéro national d'identification espagnol), d'autre part par ses empreintes digitales.

Pour ces différentes raisons, il a été décidé d'approfondir l'étude et de procéder à des entretiens sur place auprès des responsables espagnols.

4.1.5.2 L'approfondissement de l'étude : les entretiens avec les responsables espagnols

Afin d'approfondir ces différentes questions, et notamment la question de la vocation pluriadministrative de la carte, et des transmissions possibles entre différentes administrations, nous avons rencontré les 17 et 18 février 1997 :

- d'une part le Chef du Département des Projets Spéciaux du ministère du Travail et de la Sécurité Sociale espagnol, Monsieur Andres ELHAZAZ,
- d'autre part, l'autorité de protection des données espagnole, à savoir l'Agence de protection des données, où nous avons rencontré Monsieur Juan MARTIN-CASALLO LOPEZ, Directeur de l'agence, ainsi que Mesdames Nieves RAMIREZ NIELA, et Inmaculada GOMEZ BARDUZAL, toutes deux inspecteurs des données, chargées de l'instruction des plaintes au sein de l'agence.

Ces différents interlocuteurs nous ont apporté les précisions suivantes :

*** L'organisation de la santé et de la sécurité sociale en Espagne :**

60 % de la population espagnole dispose aujourd'hui d'une carte santé.

Toutefois, il ne s'agit que de cartes à piste magnétique.

Alors que le système de sécurité sociale est centralisé (il existe une caisse unique pour toute l'Espagne) au contraire, la santé est décentralisée : en effet, l'Espagne est composée de dix régions ainsi que de 7 communautés autonomes, et chacune de ces 7 communautés est autonome en matière de santé.

*** La carte santé :**

Chacune des 7 communautés autonomes dispose donc de sa propre carte santé, à laquelle s'ajoute la carte santé dénommée « INSALUD », qui est utilisée sur tout le reste du territoire espagnol.

Il existe par conséquent huit cartes santé utilisées actuellement en Espagne, et la jonction à l'échelon national entre le projet de carte de sécurité sociale TASS et chacune des cartes santé s'opposera donc à des difficultés pratiques de mise en oeuvre.

En effet, la mise en place en Espagne d'une carte unique faisant à la fois office de carte de sécurité sociale et de carte santé, supposera de recueillir l'accord de chacune des provinces autonomes, par la conclusion d'une convention avec le ministère de la Sécurité Sociale.

La carte santé « INSAUD » est une carte à piste magnétique sur laquelle figurent les informations suivantes :

- le nom du médecin ainsi que le code identifiant son poste de travail,
- les nom, prénom, numéro national d'identification du patient,
- le numéro de la carte.

Les informations contenues dans la bande magnétique sont les mêmes que celles énumérées ci-dessus qui figurent en clair sur la carte.

La mise en place de cette carte santé permet d'une part d'effectuer des statistiques à partir de la lecture des bandes magnétiques (pour déterminer par exemple combien de personnes sont traitées, qui a été traité...) et permet également un contrôle afin de lutter contre la fraude.

En effet, avant la mise en place de la carte santé, il existait une carte papier, à vocation familiale, c'est-à-dire qui pouvait être utilisée par chacun des membres de la famille.

Or, il est apparu que dans certains cas, lorsqu'au sein d'une famille, un des membres de la famille était pris en charge à 100 %, la totalité des médicaments achetés par cette famille était portée au compte de la personne remboursée à 100 %.

De ce fait, la carte santé papier familiale a été remplacée par une carte magnétique individuelle : cette carte magnétique a permis de vérifier si, au sein d'une même famille, certaines personnes ne se servaient pas de leur propre carte santé, et utilisaient à sa place la carte santé d'un autre membre de la famille.

*** La carte de sécurité sociale TASS :**

La carte TASS est aujourd'hui expérimentée en Andalousie.

Elle intègre d'une part les fonctions de santé décrites ci-dessus, et d'autre part des fonctions de sécurité sociale.

Le système est déjà mis en place dans 6 provinces sur 8 en Andalousie.

Il s'agit d'une carte à puce.

Sur cette carte figurent en clair :

- le numéro d'affiliation à la sécurité sociale de la personne,
- son numéro d'identification national (il s'agit du numéro de la carte d'identité),
- ainsi que le numéro de la carte.

A l'intérieur de la carte figurent :

- l'historique de carrière,
- les informations relatives aux droits à la sécurité sociales, ainsi qu'aux prestations de sécurité sociale versées,
- les informations relatives à l'emploi et à l'assurance chômage.

*** La borne interactive de télé-mise à jour « TAIG » :**

Afin de sécuriser l'accès aux données, l'empreinte digitale de l'index du titulaire de la carte est également enregistrée dans la carte.

En effet, l'Espagne a mis au point un système original d'identification du titulaire de la carte par son empreinte digitale.

Ce procédé permet aux personnes d'accéder directement aux informations contenues dans leur carte, et de les mettre à jour, en utilisant une borne interactive, connectée directement sur le réseau, qui permet également à l'assuré d'obtenir des relevés et des certificats (certificat de demande d'emploi, d'allocations chômage, de versement d'indemnités de retraites ou d'allocations familiales, certificats de perception de pensions diverses joints à la déclaration d'impôts, etc).

Ces bornes interactives sont dénommées « TAIG », ou « Terminal Automatizado de Información y Gestión », ou terminal automatisé d'information et de gestion.

Ces terminaux interactif sont aujourd'hui au nombre d'une quinzaine, installés dans toute la province de Cordoba, en Andalousie.

A terme, ces terminaux seront installés dans toute l'Espagne, dans les centres de sécurité sociale, les trésoreries de sécurité sociale, les bureaux de sécurité sociale de la mairie, ainsi que dans les centres de santé de chaque district.

En principe, il devrait y avoir au moins dans chaque village de moyenne importance, une borne interactive permettant aux assurés de consulter et de mettre à jour leurs données.

Grâce à Monsieur Andres ELHAZAZ, nous avons pu assister à une démonstration du fonctionnement de la carte TASS et de son insertion dans la borne interactive TAIG, ce qui nous a permis de vérifier les conditions de fonctionnement de cette carte, et notamment les modalités selon lesquelles étaient traitées les empreintes digitales.

Il est apparu qu'en fait l'enregistrement de l'empreinte digitale de l'assuré ne constitue qu'un moyen d'identification propre à assurer la sécurité des informations et à empêcher que les données contenues dans la carte puissent être consultées par une autre personne que par son titulaire, cette sécurité constituant la condition sine qua non de la possibilité pour l'intéressé d'exercer un droit d'accès direct aux données le concernant figurant dans la carte.

En effet, l'empreinte digitale de l'assuré n'est enregistrée que dans la carte.

Au moment de la connexion, c'est-à-dire lorsque la personne introduit la carte dans le terminal, elle introduit également son index : le terminal compare l'empreinte de la personne et les données biométriques d'empreinte digitale figurant dans la carte, et, si les données sont identiques, permet l'accès.

En revanche, afin d'éviter tout risque d'atteinte à la vie privée et aux libertés des personnes, l'information n'est stockée que dans la carte : à l'occasion de la reconnaissance des personnes, il n'est pas procédé par la machine à la saisie de l'information relative à l'empreinte digitale des personnes, et aucune information n'est stockée.

Par conséquent, au regard de la protection des données à caractère personnel, un tel système de sécurisation des données ne devrait pas présenter de risques, dans la mesure où il n'existe aucune base de données des empreintes digitales des personnes, ni au niveau national, ni à un niveau local.

La seule information relative à l'empreinte digitale est contenue dans la carte elle-même, dont le titulaire est porteur.

Il convient de souligner que la carte TASS est strictement personnelle, et que par conséquent chaque ayant-droit dispose d'une carte ; ainsi, chaque enfant dispose aussi d'une carte TASS, qui fonctionne avec l'empreinte digitale des parents.

Par l'intermédiaire du terminal TAIG, et de sa carte TASS, l'assuré a accès :

- à de l'information générale : informations sur les droits, adresses des centres de paiement, des offices d'emploi, avec leurs horaires d'ouverture, leur numéro de téléphone, etc ;
- à des offres de formations professionnelles pour les personnes à la recherche d'un emploi ;
- à des listes de centres de santé et de médecins avec leurs spécialités ;

- ainsi qu'aux informations concernant la personne à proprement parler, et qui ont été énumérées plus haut (historique de carrière, prestations de sécurité sociale, informations relatives à l'emploi et à l'assurance chômage).

Comme indiqué également ci-dessus, toutes les informations accessibles par l'intermédiaire du terminal peuvent être éditées par l'assuré s'il le souhaite, et le système lui permet également d'éditer des relevés et des certificats.

En plus des fonctions de consultation et d'édition, le système permet également à l'assuré de mettre à jour les données le concernant, afin d'indiquer aux diverses administrations concernées (santé, sécurité sociale, travail) tous changements intervenus dans sa situation administrative (tels que modification de sa domiciliation bancaire, de son adresse, nom de son médecin...). (cette dernière information est importante dans la mesure où en Espagne, l'assuré social ne rétribue pas directement son médecin, celui-ci étant payé directement par la sécurité sociale ; par conséquent, le système permet à l'assuré de modifier par télé-mise à jour le nom du médecin lui ayant dispensé des soins, afin de permettre à la sécurité sociale de rémunérer le médecin concerné).

*** Les destinataires et les interconnexions :**

Une des questions posées par les informations figurant sur les différents documents que nous avons réunis relativement à la carte TASS, et en particulier sur le questionnaire retourné par l'Espagne, résidait dans l'apparente possibilité de divulgation des données figurant dans la carte à des administrations ou organismes à vocations diverses.

Les entretiens menés notamment avec les membres de l'Agence pour la protection des données ont révélé qu'en réalité cette interconnexion ne résulte pas de la mise en place de la carte TASS par elle-même, mais de diverses lois qui organisent l'interconnexion des données notamment entre l'administration fiscale et la sécurité sociale.

Ainsi, la « Ley general tributaria » n° 23 du 28 décembre 1963 (article 112), organise la mise à disposition par l'ensemble des administrations publiques à l'administration fiscale, de toutes les données dont elles disposent, afin d'organiser le contrôle fiscal.

De la même manière, deux lois de finance du 30 décembre 1994 et du 30 décembre 1995 (notamment articles 31 et 36 de la loi n° 42 du 30 décembre 1994), obligent toutes les administrations à communiquer les données dont elles disposent à l'administration de la sécurité sociale, afin de permettre à celle-ci de lutter contre la fraude fiscale.

Ces différents textes permettent à l'administration de la sécurité sociale de se connecter avec les autres administrations publiques et d'interconnecter les données pour lutter contre la fraude en matière fiscale, de sécurité sociale et de santé.

Les dispositions de ces différents textes sont jointes en annexes au présent rapport.

Interrogée sur les risques encourus par les citoyens au regard de leur vie privée et de leurs libertés individuelles, l'Agence pour la protection des données espagnole a indiqué qu'elle considérait qu'il y avait un juste milieu à trouver entre les intérêts individuels et la nécessité d'intérêt public de lutte contre la fraude.

En fait, l'Agence pour la protection des données espagnole apparaît surtout soucieuse de veiller, lorsque des données de santé seront intégrées dans la carte TASS, opération qui sera réalisée à terme, à ce que ces données de santé puissent être cloisonnées et non accessibles aux différentes administrations.

Par conséquent, selon l'Agence pour la protection des données espagnole, le problème se posera surtout, du fait des interconnexions existant d'ores et déjà entre administrations, lorsque des données de santé seront intégrées dans le système.

L'Agence pour la protection des données a également souligné que l'interconnexion entre les différentes administrations est facilitée par l'utilisation en Espagne d'un identifiant unique, dans la mesure où la loi de protection des données espagnole n'interdit pas l'utilisation d'un identifiant généralisé.

Il convient de souligner que les problèmes de protection des données susceptibles de se poser ne sont pas la conséquence de la mise en oeuvre de la carte TASS elle-même, mais résultent de l'interconnexion autorisée par ailleurs entre plusieurs administrations, notamment l'administration fiscale et l'administration de sécurité sociale, ainsi que de la possibilité d'utiliser un identifiant unique des citoyens.

A ce jour, l'Agence de protection des données n'a pas encore été amenée à se prononcer sur la mise en oeuvre de la carte TASS, mais a adressé au Secrétaire Général pour la sécurité sociale au sein du ministère du travail et de la sécurité sociale, en date du 16 janvier 1996, en réponse à un courrier de celui-ci sur les mesures d'ordre général à respecter pour la mise en place d'une carte de sécurité sociale.

Dans sa réponse, l'Agence de protection de données a insisté sur le fait qu'une carte à microprocesseur ne devrait pas en principe contenir de données qui pourraient être considérées comme excessives ou non pertinentes au regard de l'objectif poursuivi, et a souligné que la circulation de données de ce type via le réseau Internet ne lui apparaissait pas en l'état actuel des techniques, suffisamment sécurisée.

Ce courrier est joint en annexe au présent rapport.

4.1.6 Les cartes et projets de cartes en Finlande

Le questionnaire finlandais a été retourné le 16 octobre 1996 par Madame Kaarina RONKAINEN et Monsieur Yrjö MATTILA de la sécurité sociale finlandaise.

A l'heure actuelle, chaque assuré social finlandais est doté d'une carte, mais cette carte ne permet aucun transfert électronique de données.

Cependant, un projet de carte de sécurité sociale à puce est à ce jour à l'étude ; il s'agirait d'une carte électronique individuelle regroupant des données :

- administratives (nom, prénom, signature du titulaire de la carte, ainsi que date de naissance et sexe contenus dans le numéro d'immatriculation),

- et pharmaceutiques.

Ces données peuvent être communiquées aux médecins, pharmaciens et organismes de sécurité sociale.

En l'état, la carte ne contient aucune donnée médicale, et n'a pas de finalité statistique.

Il semble que l'enregistrement des données soit cloisonné, mais nous ignorons la technique utilisée.

Aucun échange entre les différentes administrations nationales ou européennes n'a été prévu.

Son utilisation n'est pas directement obligatoire pour l'assuré social, mais elle le devient dans les faits puisque ce dernier est contraint de l'utiliser pour bénéficier du tiers-payant.

Les professionnels (c'est-à-dire les médecins, pharmaciens) semblent être dotés d'une carte de professionnel, mais aucun détail ne nous a été communiqué quant au fonctionnement de celle-ci ; ils ont accès, ainsi que les organismes de sécurité sociale, à l'ensemble des données administratives et pharmaceutiques dans les mêmes conditions, sans hiérarchisation.

L'assuré social dispose d'un droit d'accès indirect aux données en lecture, ainsi que d'un droit de rectification s'exerçant soit par l'intermédiaire des bureaux locaux de sécurité sociale, soit par l'intermédiaire du pharmacien s'agissant de données pharmaceutiques.

Par contre, il ne dispose d'aucun droit d'opposition au traitement des données, et son consentement n'est actuellement pas requis lors de la délivrance de la carte (alors qu'il est prévu pour ce qui concerne le projet de carte). Il ne semble pas non plus que le consentement du porteur à l'échange des données soit requis bien qu'il en soit informé soit personnellement, soit ultérieurement par écrit.

Toutefois, l'identification du porteur de la carte devrait être effectuée par le biais d'un code confidentiel : il conviendrait de déterminer si l'utilisation de ce code confidentiel pourrait être considérée comme équivalente à l'expression du consentement du porteur de la carte.

4.1.7 Les cartes et projets de cartes en France

Le questionnaire français a été retourné le 4 novembre 1996 par la Direction de la sécurité sociale du ministère du travail et des affaires sociales.

En outre, nous avons rencontré Monsieur TUDURI de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) qui nous a apporté des précisions sur la carte SESAM VITALE, ainsi que Monsieur CIRE de l'association SANTAL, plus particulièrement sur la carte SANTAL et sur le projet européen CARLINK associé.

Initialement, seuls des projets limités ont été expérimentés en France.

Ainsi, le premier projet a été mis en oeuvre à Blois fin 1985 sur deux populations nécessitant une surveillance médicale particulière : les femmes enceintes et les enfants de moins de 2 ans.

Depuis, deux projets majeurs ont été mis en oeuvre :

- le projet SESAM VITALE (carte VITAL 1 associée à la carte CPS),
- le projet SANTAL.

A terme, ces deux projets devraient permettre la mise en oeuvre du projet VITALE 2.

De plus, les ordonnances JUPPE du 26 avril 1996 ont apporté un cadre légal à de telles initiatives en adoptant définitivement le principe d'une carte santé, de sorte qu'au 31 décembre 1998 au plus tard, chaque assuré social devra avoir reçu sa carte d'assuré social.

*** Le projet SESAM VITALE**

Le projet SESAM VITALE est ainsi appelé car il est basé sur le système SESAM et la carte VITALE.

Le système SESAM est le système informatique qui permet la dématérialisation des feuilles de soins papier par la transmission des données véhiculées par la carte VITALE et la saisie des actes par le professionnel de santé, au moment même où il les effectue.

Le projet SESAM VITALE constitue le projet majeur en France. Son expérimentation a débuté à BOULOGNE-SUR-MER en 1990, puis en réel en 1995. L'ordonnance JUPPE n°96-345 relative à la maîtrise des coûts de santé a officialisé la mise en oeuvre de ce projet. L'ensemble de la population devrait par conséquent être en possession de cette carte d'ici le 31 décembre 1998.

Ce projet dispose depuis 1992 d'un schéma directeur propre auquel adhère 3 grands régimes obligatoires en France :

- le régime général,
- le régime agricole,
- l'assurance maladie des professions indépendantes.

A terme, le projet SESAM VITALE doit concerner :

- les organismes de protection sociale obligatoire,
- les organismes de protection sociale complémentaire,
- les établissements de soins hospitaliers,
- les professionnels de santé libéraux,
- les assurés.

Dans un premier temps, la carte est distribuée par famille, mais elle a vocation à devenir individuelle.

Ainsi, le nombre de cartes en circulation était de 500.000 en 1996. Il devrait être de 10 millions durant l'année 1997 et d'environ 30 millions en 1998, concernant ainsi l'ensemble des assurés sociaux.

Dans l'intervalle, l'ensemble des assurés sociaux s'est vu distribuer un carnet de santé sur support papier, sur lequel est indiqué l'historique du patient.

Le projet s'articule autour de trois types d'outils informatique :

- les lecteurs de cartes,
- les logiciels de facturation et de télé-mise à jour,
- les bornes de télé-mise à jour.

Ce projet comporte deux cartes :

- la carte de l'assuré, dite carte VITALE
- la carte du professionnel de santé, dite carte CPS.

- La carte VITALE

La mise en oeuvre de la carte SESAM VITALE est réalisée par un GIE dénommé GIE SESAM VITALE, dont la constitution a été autorisée par la loi n°93-121 du 27 janvier 1993.

Créé le 3 février 1993, le GIE SESAM VITALE a pour mission :

- l'étude,
- la réalisation,

- la normalisation,
- la mise en oeuvre et la promotion de la carte SESAM VITALE.

Le GIE SESAM VITALE a notamment orienté ses efforts vers la sécurité en vue de « concevoir et mettre en oeuvre les systèmes et les procédures nécessaires pour répondre aux objectifs de sécurité du système SESAM VITALE et au respect de la vie privée des usagers ».

Pour ce faire, le projet utilise une carte à microprocesseur, à mémoire réinscriptible, en plastique dur, de la taille d'une carte bancaire. Elle est personnalisée et est diffusée par les caisses d'assurance maladie obligatoire.

- La carte VITALE 1

Dans l'immédiat, la carte VITALE sera une carte de sécurité sociale purement administrative. La carte VITALE 1 équivaut à la carte d'assuré social française actuelle. A ce titre, elle contient :

- les nom et prénom de l'assuré,
- le numéro de sécurité sociale,
- l'identité des ayants-droit,
- le régime de protection sociale,
- la caisse de sécurité sociale à laquelle il est affilié,
- le droit aux prestations sociales et éventuellement complémentaires,
- le taux de prise en charge.

L'objectif de la carte VITALE 1 est :

- de simplifier le système de remboursement de soin en mettant en place la feuille de soin électronique, et en développant le système du tiers-payant, peu utilisé en France,
- et d'assurer un meilleur suivi médical, de contrôler l'évolution des dépenses et des allocations versées.

La carte VITALE 1 doit être diffusée à l'ensemble des citoyens d'ici au 31 décembre 1998.

Dans l'immédiat, elle n'est pas individuelle mais comportera les ayants-droit de l'assuré, et ce jusqu'au 31 décembre 1999.

- La carte VITALE 2

L'objectif de la carte VITALE 2 est de compléter la carte VITALE 1, par la création d'une carte d'urgence et de permettre d'effectuer des recherches en matière de santé.

A terme, la carte VITALE a donc vocation à regrouper :

- les renseignements socio-administratifs afférents à la sécurité sociale,
- un volet santé pouvant contenir :
 - les informations à connaître en cas d'urgence (groupe sanguin, allergies ...). A cet effet, la technologie SANTAL pourrait être utilisée.
 - les données relatives aux antécédents médicaux, composant ainsi un véritable dossier médical portable.

Par conséquent, dans un premier temps, seront seules enregistrées des données administratives, même si l'élargissement aux données médicales, notamment par l'intermédiaire de l'interface possible avec la carte SANTAL, ne devrait pas tarder.

Pour des raisons de sécurité, la carte VITALE fonctionnera avec une carte délivrée aux professionnels de santé, dite carte CPS.

- La carte CPS

La carte VITALE doit à terme fonctionner avec la carte du professionnel de santé dite CPS.

Cette carte sera distribuée aux professionnels de santé. Il s'agit d'une carte d'identification à microprocesseur, strictement réservée aux professionnels de santé, qui a pour objectif de sécuriser l'accès aux services informatiques et télématiques.

La carte CPS est émise par le GIP CPS.

Le GIP CPS a été créé par un arrêté ministériel du 5 février 1993. En sont membres :

- l'Etat,
- les régimes d'assurance maladie,
- les régimes complémentaires,
- les ordres professionnels,
- les organismes d'utilisateurs.

Cette carte n'est pas obligatoire. Le professionnel doit en faire la demande auprès du GIP CPS qui la délivre après accord préalable des autorités compétentes (les ordres professionnels).

L'utilisation de cette carte est protégée par un code confidentiel. Pour l'utiliser, le professionnel de santé devra disposer d'un lecteur de cartes, dans lequel il insérera sa carte CPS protégée par un code confidentiel.

Selon les applications, elle a vocation à permettre aux professionnels de santé :

- de s'identifier en tant que tel,
- d'accéder aux informations médicales,
- de signer des documents électroniques,
- de sécuriser les transactions télématiques,
- de garantir le secret médical grâce à la confidentialité des données.

La carte CPS autorisera donc l'accès aux informations indiquées sur la carte VITALE, mais cet accès sera différent selon l'activité du professionnel de santé (médecin, pharmacien, infirmière, etc ...).

L'objectif est que le professionnel de santé ne puisse avoir accès qu'aux informations pertinentes susceptibles de l'intéresser dans l'exercice de sa profession et non aux autres informations enregistrées sur la carte.

Le professionnel de santé utilisera son matériel informatique et le lecteur pour accéder aux informations, pour saisir les actes qu'il a effectué et pour attester de ses actes (consultations, délivrances de médicaments, examens biologiques ou radiologiques, etc ...).

En fin de journée, la feuille de soins électronique ainsi créée sera transmise par un modem, via la ligne téléphonique, à la caisse d'assurance maladie qui :

- soit procédera au remboursement du patient si celui-ci a fait l'avance des fonds,
- soit payera directement le professionnel de santé si l'assuré bénéficie du système du tiers-payant.

Ce procédé pose le problème de l'absence de présentation de la carte et du remboursement des prestations sociales.

Pour l'heure, aucune réglementation n'impose que l'assuré présente sa carte. Cela étant, la carte ayant vocation à remplacer les feuilles de soins et à instituer le processus du tiers-payant, le remboursement des actes devrait être intimement lié à la présentation de la carte, ce qui pose le problème de la remise en cause du droit du patient à ne pas utiliser sa carte.

*** La carte SANTAL :**

Une autre expérimentation est mise en oeuvre sur le territoire français, depuis de nombreuses années. Il s'agit de la carte SANTAL.

La mise en oeuvre de ce projet se fait dans le cadre de l'article 8 de la directive européenne visant notamment la défense des intérêts vitaux et de la médecine préventive.

Le projet SANTAL est d'ailleurs soutenu par la DG XIII dans le cadre du projet HEALTH TELEMATICS.

La carte SANTAL est une carte dite « carte d'urgence ».

L'expérimentation de la carte SANTAL a débuté à Saint-Nazaire dès 1987, et est soutenue par une association à but non lucratif, dénommée association SANTAL dont le siège se trouve à l'hôpital public de Saint-Nazaire.

Sont associés à ce projet, des hôpitaux, des laboratoires, des praticiens généralistes ou spécialistes, des pharmaciens et des infirmières.

Durant la première phase d'expérimentation entre 1988 et 1992, 37 000 cartes ont été distribuées.

La seconde phase a consisté à améliorer les spécificités techniques et à intégrer les fonctionnalités permettant une compatibilité avec le projet SESAM VITALE.

La carte SANTAL a vocation à regrouper :

- les renseignements socio-administratifs afférents à la Sécurité sociale,
- les données relatives aux antécédents médicaux,
- les informations à connaître en cas d'urgence.

La technologie SANTAL est basée sur une carte à microprocesseur, au sein de laquelle les données sont structurées en quatre compartiments sécurisés.

Les compartiments sont les suivants :

* les données administratives : Dans ce compartiment se trouvent :

- l'identification du porteur de la carte,
- l'ouverture de ses droits auprès de l'organisme d'assurance sociale,
- des données relatives à son assurance privée ou complémentaire,
- les personnes à appeler en cas d'urgence.

* les données médicales : Dans ce compartiment se trouvent :

- des éléments d'historique,
- les séjours en hôpital,
- les examens réalisés,
- les médecins généralistes,
- les médecins spécialistes.

* les données biologiques : Dans ce compartiment se trouvent :

- les groupes sanguins,
- le temps de coagulation,
- d'autres éléments libres.

* les données pharmaceutiques : Dans ce compartiment se trouvent :

- les prescriptions,
- la délivrance des médicaments.

Le titulaire de la carte peut prendre connaissance de ces données par l'intermédiaire d'un code (nécessaire aux professionnels de santé).

Toutefois, son droit d'accès s'exercera différemment selon le type de données :

- pour les données administratives, ce droit s'exercera directement au moyen de bornes interactives qui seront mises en place ou auprès du directeur de l'organisme servant les prestations ;
- pour les données médicales, ce droit s'exercera de manière indirecte par l'intermédiaire du médecin appelé à donner des soins, et seul habilité à modifier les données relatives à la santé.

En outre, le droit de rectification devrait s'effectuer :

- auprès de l'INSEE s'agissant des données d'identification (numéro de sécurité sociale),
- auprès de l'organisme servant les prestations pour les autres données administratives.

L'information des assurés relative à l'utilisation des données devrait être réalisée par les caisses ainsi que par voie de campagnes de presse.

La réponse au questionnaire précise que la carte est obligatoire, ce qui est contradictoire avec l'affirmation selon laquelle le patient reste libre de ne pas présenter sa carte (ce qui se traduirait par une feuille de soin papier et un délai de remboursement plus long).

Le consentement du porteur se déduirait de la signature d'un accusé de réception lors de la délivrance de la carte, et de la présentation de celle-ci au professionnel lors de son utilisation.

Il s'agit donc d'un consentement de fait qui vaut autorisation pour l'échange des données avec les professionnels, les organismes de sécurité sociale et les services de contrôle médical.

En revanche, le consentement des autres personnes figurant sur la carte (c'est-à-dire les ayants-droits du titulaire) n'est pas recueilli. Ce cas de figure ne se rencontrera cependant que pendant la phase durant laquelle la carte n'est pas encore individuelle.

La nature des données auxquelles pourront accéder les professionnels différera selon sa profession. En effet, le professionnel ne pourra accéder qu'aux informations pertinentes, c'est-à-dire susceptibles de l'intéresser dans le cadre de l'exercice de sa profession, et non à toutes les informations enregistrées sur la carte.

Ainsi :

- les données administratives seront accessibles :

- aux médecins,
- aux hôpitaux,
- aux laboratoires,

- aux pharmaciens,
- aux centres de sécurité sociale,
- aux mutuelles,
- aux compagnies d'assurance,
- aux médecins conseils des caisses.

- les données médicales seront accessibles :

- aux médecins,
- aux médecins conseils des caisses de sécurité sociale.

- les données biologiques seront accessibles :

- aux médecins,
- aux pharmaciens,
- aux médecins conseils des caisses.

- les données pharmaceutiques seront accessibles :

- aux médecins,
- aux pharmaciens,
- aux médecins conseils des caisses.

La carte SANTAL a vocation à terme à être intégrée à la carte VITALE 2 pour constituer une véritable carte de santé.

La France se situe parmi les pays européens où les projets de cartes sont les plus aboutis, aussi bien du point de vue de la technique utilisée mais également du point de vue de l'éventail très large des données qui y sont enregistrées, qui en font ainsi une véritable carte santé.

La diffusion n'a pas encore commencée, mais chaque assuré devrait avoir reçu sa carte d'assuré social et de santé au plus tard au 31 décembre 1998.

4.1.8 Les cartes et projets de cartes en Grèce

Le questionnaire grec a été retourné le 25 octobre 1996 par Madame F. SAGRIOTOU du ministère du travail et de la sécurité sociale.

Outre une carte de sécurité sociale actuellement délivrée aux assurés sociaux, le Ministère de la santé grec a lancé un projet ambitieux de carte d'assuré social dénommé CS-HIC.

Dans un premier temps, ce projet ne concerne que les employés des organisations gouvernementales et leur famille, soit 1 800 000 personnes.

Toutefois, il constitue un projet pilote pour la mise en oeuvre future d'un véritable dossier médical portable, à terme.

Les réponses au questionnaire qui nous ont été données sont cependant assez incomplètes pour permettre une étude approfondie ; nous ignorons notamment le type de carte choisie (timbrage, microprocesseur...).

En tout état de cause, toute donnée d'ordre médical semble exclue.

Aucune mesure particulière n'a été prise pour cloisonner l'enregistrement et la lecture des données.

Il semble que la carte soit individuelle et que les données soient destinées aux centres de sécurité sociale.

L'usage de cette carte, obligatoire pour son titulaire, lui réserve un droit d'accès aux données, mais non un droit d'opposition au traitement de celles-ci ; ce droit de rectification s'exerce par l'intermédiaire de l'organisme de sécurité sociale.

L'information du titulaire quant à l'usage réservé aux données incluses dans la carte semble être effectuée par la diffusion d'une notice explicative.

Le consentement du titulaire de la carte propre aux assurés sociaux, retraités, et employeurs, n'est requis, ni lors de la délivrance de la carte, ni lors de l'échange des données.

Il ne nous a pas été précisé la technique choisie pour l'identification du porteur de la carte.

A côté de ce grand projet de carte d'assuré social généralisée, sont mis en oeuvre divers projets de cartes d'urgence ou de cartes de pathologies spécifiques, pour la plupart financées par la Commission européenne ou par le Ministère grec de la recherche et de la technologie.

Des essais ont ainsi été faits en matière de télémédecine et en matière de garde d'enfants à domicile.

Par ailleurs, une compagnie privée a développé des cartes pour les patients atteints du cancer.

Ce projet pilote est mené à la clinique chirurgicale de l'hôpital général du Piré sur 2 000 patients atteints du cancer.

Une carte pour les patients atteints du diabète a également vu le jour depuis 1996. Elle est financée par le secrétariat grec de la recherche et du développement.

Une initiative similaire a aussi été prise par la plus importante caisse d'assurance sociale des marins, la Sailors's House.

Enfin, la Grèce est associée au projet de CARDLINK 2 en vue de développer un projet de carte d'urgence.

4.1.9 Les cartes et projets de cartes en Hollande

Le questionnaire hollandais nous a été retourné le 29 novembre 1996 par Monsieur J.L.P.G Van THIEL, Secrétaire Général du ZiekenfondsRaad.

La Hollande connaît deux types de cartes :

- les unes administratives,
- les autres dites « cartes d'urgence » concernant des populations particulières, telles les dialysés ou les personnes en attente de transplantations, créées à l'initiative des compagnies d'assurance sociale.

Il n'existe pas en Hollande de véritable carte de sécurité sociale, à l'exception de celles concernant des petits groupes de personnes spécifiques.

C'est ainsi qu'une carte à piste magnétique est distribuée par environ douze caisses d'assurance maladie à cinq millions d'assurés, qui l'utilisent volontairement.

En revanche, un projet de carte à puce est à l'étude auprès de deux caisses représentant 16 000 assurés: le projet ANOVA et le projet DSW.

Il s'agit donc de projets d'initiative privée.

Les données qu'il est prévu d'enregistrer dans le cadre de ce projet de carte seraient administratives, mais aussi biologiques, médicales et pharmaceutiques.

Développée à l'initiative de la caisse centrale d'assurance maladie, cette carte n'aurait cependant pas pour objectif un échange entre administrations nationales et/ou européennes ; toutefois, il est prévu qu'en 1997 la caisse développe un standard pour la carte à piste utilisée actuellement s'inspirant des spécificités arrêtées à l'échelle européenne.

Son objectif resterait toutefois limité à la vérification des droits du bénéficiaire.

L'examen du questionnaire nous indique que si l'utilisation de la carte n'est pas obligatoire, il n'en reste pas moins que pour bénéficier de ses droits, l'assuré social doit nécessairement présenter un certificat d'enregistrement ; si la caisse dont il dépend a pris l'initiative de remplacer le formulaire papier par une carte, l'assuré n'a pas le choix, il devra présenter la carte pour faire valoir ses droits.

Qu'il s'agisse de la carte ou du projet de carte, les mêmes données apparaissent sur la carte : le nom, prénom, la date, de naissance, le sexe, le numéro d'identification, et en option, le nom et le code de la caisse de sécurité sociale, la date d'expiration des droits, le nom du médecin traitant et du pharmacien, ainsi que leur adresse.

En revanche, concernant les données enregistrées au sein de la carte, il ne s'agit, concernant la carte actuelle, que des données administratives ci-dessus ; s'agissant du projet de carte, il est prévu que soient enregistrées en sus de ces données, les données médicales et pharmaceutiques.

Leur enregistrement n'est actuellement pas cloisonné, mais il est prévu qu'il le soit dans le cadre de ce projet.

Le projet ne semble prévoir l'utilisation que d'une seule carte remplaçant le certificat d'enregistrement utilisé à ce jour.

Actuellement, la carte est individuelle ; les deux projets le seront aussi.

Sur la carte actuelle, il semble que les informations inscrites en clair sur la carte suffisent à la gestion des dossiers ; cependant, les hôpitaux ou les pharmaciens peuvent dans certains cas exceptionnels lire les informations qui y sont enregistrées.

Concernant les projets, sont enregistrées des informations administratives (accessibles aux médecins, aux hôpitaux, et aux pharmaciens), médicales, biologiques (accessibles aux médecins) et pharmaceutiques (accessibles aux médecins et aux pharmaciens) étant précisé qu'un accès hiérarchisé est prévu.

Dans le cadre de ces projets, les patient bénéficient d'un droit d'accès et de rectification par l'intermédiaire de la caisse de sécurité sociale.

Par contre, concernant la carte à piste magnétique actuelle, le patient n'a pas d'accès direct aux informations en lecture, en revanche, pour le projet ANOVA, l'assuré pourra lire le contenu de sa carte à partir d'un terminal en utilisant un code.

Il pourra également rectifier et mettre à jour les données personnelles, modifier les données d'urgence, et leur code confidentiel ; tel n'est pas le cas pour la carte actuelle, ni pour l'autre projet.

La personne est informée de l'utilisation des données lors de la distribution de la carte par la caisse ; de plus, dans certains cas, des petits guides d'utilisation sont distribués, lesquels indiquent les conditions dans lesquelles l'assuré peut prendre connaissance du contenu de la carte.

Il semblerait que la personne puisse s'opposer au traitement de ces données dans le cadre des projets, mais non avec la carte actuelle.

Le consentement du patient n'est demandé ni lors de l'émission de la carte, ni pour l'échange des données : le fait même de remettre sa carte et de composer son code confidentiel, dans le projet ANOVA, vaut consentement de l'assuré au traitement.

*** L'avis de la Registratiekamer sur la carte de soins :**

La Chambre d'Enregistrement (Registratiekamer) a rendu, à la demande du ministre de la Santé publique, du bien-être et des sports, au mois d'octobre 1995, un avis sur la normalisation des aspects liés à la protection de la vie privée, du fait de la mise en oeuvre d'une « carte de soins ».

Une copie du texte de cet avis nous a été remis par la Commission européenne. Il s'agit d'une analyse approfondie des problèmes de protection des données personnelles susceptibles de se poser, et il nous est par conséquent paru important d'effectuer une synthèse de cet avis dans le cadre du présent rapport.

La Chambre d'Enregistrement a tout d'abord recensé quatre types de cartes en fonction de l'objectif qui leur est assigné :

- la carte ID (ZorgudPas) qui a permis d'établir l'identité de son titulaire,
- la carte d'assurance soins (ZorgerzekezsingPas) qui comporte en outre des données administratives et financières,
- la carte de soins médicaux (MedZorgPas) qui comprend, outre les données précitées, les données médicales fixes ou variables du patient,
- la carte professionnelle de soins (Zrgprofessionnal) attribuée aux seuls professionnels de la santé dont la fonction essentielle est d'assurer une meilleure protection des trois premières cartes.

La Chambre d'Enregistrement fait par ailleurs état de différents projets pilotes mis en oeuvre au Pays-Bas.

Il en est notamment ainsi du projet mené à Delph par l'organisme d'assurance DSW qui a lancé la carte VIP (Verzekering Indentificatie En Patienten), c'est-à-dire une carte d'assurance et d'identification du patient qui comprend en outre des données médicales d'urgence et, si le patient le souhaite, un dossier médical limité.

Par ailleurs, la Chambre d'Enregistrement précise que dans le cadre du projet ANOVA lancé en 1995, le patient peut, en concertation avec le médecin de famille, inscrire sur sa carte les données médicales spécifiques.

Simplebled, une carte à mémoire comprenant les mêmes types de données que celles du projet ANOVA, est présentée lors des visites chez le médecin ou le pharmacien qui y inscrit des données à caractère personnel, en précisant la source de ces données.

La banque du sang de la Croix-Rouge a expérimenté à Groningen-Drenthe une carte de donneur de sang permettant l'identification de celui-ci, ainsi que les données médicales le concernant : ces données peuvent y être consultées ou modifiées aisément.

A partir de la Convention n° 108 du Conseil de l'Europe, de la directive de l'Union européenne sur la protection des données à caractère personnel, et de la loi néerlandaise sur l'enregistrement de données à caractère personnel, la Chambre d'Enregistrement a exposé le cadre normatif du traitement des données contenues dans les cartes au regard du respect de la vie privée :

- la personne intéressée doit, si son consentement est requis, connaître la finalité du traitement. Elle doit avoir la possibilité de s'opposer au traitement ;
- le traitement ne doit être effectué que dans un objectif spécifique exposé de manière explicite ;
- les données doivent être suffisantes, pertinentes et non excessives par rapport à l'objectif du traitement : de ce fait, elles doivent être susceptibles d'une mise à jour périodique ;

- les personnes intéressées doivent pouvoir consulter et corriger les données contenues sur la carte ;
- le traitement doit en outre veiller au respect d'autres dispositions légales telles que celles relatives au secret, aux données sensibles, ainsi qu'aux dispositions du Code civil néerlandais relatives à la convention du traitement médical (WGBO).

Outre ces principes de base, la Chambre d'Enregistrement a recensé les différentes législations qui seraient susceptibles de s'appliquer à la mise en oeuvre des cartes à mémoire dans le secteur de la santé.

Il s'agit tout d'abord de la réglementation relative à la convention de traitement médical (Wet Geneeskindige Behandelingsovereenkomst) incorporée au Code civil néerlandais depuis le 1er avril 1995, qui énonce les prescriptions réglementaires relatives aux relations entre le patient et le prestataire de soins.

La mise en oeuvre d'une carte à mémoire en matière de soins de santé est par ailleurs soumise aux dispositions relatives au secret médical, la Chambre d'Enregistrement faisant observer le degré et l'idée de confidentialité que suppose l'utilisation d'une telle carte.

S'agissant de l'enregistrement des données, la Chambre d'Enregistrement observe que cette même notion de secret se retrouve dans la réglementation du décret sur les données sensibles (Besluit Gevoelige Gegevens-BGG) qui semble impliquer que les données médicales ne peuvent être consignées qu'au sein du secteur médical, l'enregistrement de données à caractère personnel d'une autre nature ne pouvant trouver une légitimation que dans les dispositions de l'article 8 du BGG qui doit faire l'objet d'une interprétation restrictive.

La Chambre d'Enregistrement observe par ailleurs que la réglementation en matière de convention de traitement médical, octroi au patient certains droits comme celui de bénéficier de « la diligence d'un bon prestataire de soins » contenue à l'article 453 du livre 7 du Code civil néerlandais.

Un devoir de « diligence » spécifique est d'ailleurs imposé au prestataire de soins en application des dispositions de l'article 4 du livre 7 du Code civil qui impose à tout prestataire de soins d'établir un dossier relatif au traitement du patient, dans lequel il consigne les données sur la santé de celui-ci et sur les actes posés ; les pièces figurant ainsi au dossier doivent y être conservées pendant dix ans après leur incorporation.

La Chambre d'Enregistrement semble déduire de ces deux obligations, s'agissant d'une carte de soins, l'obligation de se prémunir contre des utilisateurs non-habilités.

De manière générale, la Chambre d'Enregistrement considère que l'utilisation d'une carte santé implique le respect du devoir de discrétion et du secret professionnel qui supposent :

- que le prestataire de soins ne peut participer à l'enregistrement de données sur une carte lorsque l'infrastructure d'information mise en oeuvre ne comporte pas suffisamment de garanties pour satisfaire aux exigences du secret professionnel,
- que l'utilisation de la carte de soins ne peut contribuer à élargir sans discernement le groupe de personnes directement concernées par le traitement,
- que l'utilisation de la carte doit être conforme aux exigences de communication des informations au vu des examens médicaux scientifiques.

Enfin, la Chambre d'Enregistrement observe qu'en application de l'article 4.4.8 alinéa 2 du livre 7 du Code civil, le prestataire de soins doit fournir au patient des informations sur la nature et l'objectif de l'examen ou du traitement, sur les conséquences et les risques pour sa santé, sur d'autres méthodes d'examen ou de traitement envisageables ainsi que sur son état de santé et ses perspectives d'évolution.

L'article 4.4.9 du livre 7 de ce même code énonce un droit particulier du patient qui est celui de ne pas savoir, auquel sera subordonné l'utilisation de la carte.

De la même façon, le patient doit pouvoir obtenir la destruction des données qui le concerne sauf « lorsqu'un intérêt essentiel d'une personne autre que le patient s'y oppose ».

Dans une seconde partie de l'avis, la Chambre d'Enregistrement se livre à une appréciation des modalités et des conséquences de l'utilisation généralisée de la carte de soins ; c'est ainsi qu'elle observe que la consignation et la conservation de données médicales ont toujours été confiées aux médecins compte tenu des garanties de secret et de confidentialité qu'ils offrent.

Selon la Chambre d'Enregistrement, la généralisation de la carte de soins en vue de la création d'un véritable dossier médical, comportant la totalité ou la quasi totalité des données de santé relatives à son porteur, n'apparaît pas en l'état compatible avec les règles actuelles de protection des données personnelles, notamment du fait des risques de perte ou de vol de la carte, ainsi que des risques d'enregistrement de données inexactes ou incomplètes.

En conclusion sur ce point, la Chambre d'Enregistrement expose, qu'à son sens, il ne serait pas possible de préserver les garanties et règles qui découlent des principes de protection de la vie privée et prône une grande retenue dans l'enregistrement de données médicales sur des cartes à mémoire, notamment s'il s'agit d'un dossier médical portable ; par contre, elle précise que, si la carte à mémoire est utilisée comme instrument limité avec un petit nombre de données appartenant à un groupe déterminé ou dans un contexte délimité, son introduction peut encore entrer dans le cadre normatif actuel.

En définitive, elle plaide contre l'introduction d'une carte à mémoire en tant que dossier médical portable, sauf à modifier la législation actuelle afin d'éviter toute utilisation irrationnelle de celui-ci.

En outre, elle recommande l'élaboration d'un code de bonne conduite en matière d'enregistrement des données à caractère personnel, code ayant pour objet d'explicitier et de souligner les normes qui ne sont pas assez mises en exergue dans les règles générales de bonne conduite de la Nationaal Chip Card Platform (plate-forme nationale des cartes à mémoire).

Un tel code de bonne conduite constituerait en effet un instrument plus souple qu'une législation et permettrait aux différents intéressés de participer à son élaboration.

La Chambre d'Enregistrement se déclare tout à fait prête à jouer le rôle d'interlocuteur et de conseiller dans le cadre de la mise en oeuvre d'un tel code.

4.1.10 Les cartes et projets de cartes en Irlande

Le questionnaire irlandais a été retourné le 14 novembre 1996 par Monsieur Niall BYRNE du Department of Social Welfare de Dublin.

Il semble que l'actuelle carte de sécurité sociale ne contienne que des données administratives ayant pour objet de contrôler les droits des assurés sociaux et le versement des allocations.

La future carte santé contiendrait quant à elle, outre les données administratives (nom, prénom, numéro d'identification), des données d'ordre médical, biologique, pharmaceutique, ainsi des données relatives aux dons d'organes ; de fait, il s'agirait d'un véritable dossier médical portable, faisant en outre fonction de carte d'urgence, et contenant par ailleurs des données relatives à la recherche.

En l'état, la carte de sécurité social ne permet pas de transfert des données entre administrations nationales ou européennes. Toutefois, tel est bien l'objectif, notamment dans la mesure où cette carte a à l'avenir vocation à remplacer le formulaire E111.

Il en est de même de la future carte santé.

L'usage de la carte de sécurité sociale est obligatoire ; en revanche, il n'a pas, à ce jour, été prévu que celui de la carte santé le soit, tout au moins tant que le projet pilote n'a pas fait ses preuves.

Il est à noter que l'enregistrement des données semble cloisonné, mais aucun détail ne nous a été spécifié quant aux modalités de ce cloisonnement.

Les destinataires des données diffèrent selon la nature de ces données :

- les médecins et les hôpitaux sont destinataires des données administratives, médicales, biologiques et pharmaceutiques ;

- les laboratoires n'ont accès qu'aux données biologiques ;
- les pharmaciens n'ont accès qu'aux données pharmaceutiques ;
- les organismes de sécurité sociale n'ont accès qu'aux données administratives (étant précisé que ces données sont en outre transférées au centre de paiement des allocations).

Le transfert de données à des organismes ou à des compagnies d'assurance ou encore à l'administration fiscale semble exclu.

Il est par ailleurs précisé dans le questionnaire que ces données pourront être utilisées à des fins statistiques dans le cadre des prescriptions médicamenteuses, des études épidémiologiques et à des fins de recherche.

L'utilisation d'une carte réservée aux professionnels n'a pas été prévue.

Par contre, il semble que chaque assuré social dispose d'une carte, qu'il s'agisse de la carte de sécurité sociale ou de la carte santé.

Qu'il s'agisse de l'une ou l'autre de ces cartes, il est précisé qu'un droit d'accès et un droit d'obtenir des modifications ou rectifications par l'intermédiaire d'un « contrôleur des données » est possible.

Par ailleurs, s'agissant de la seule carte de sécurité sociale, un projet pilote teste la possibilité pour le porteur de la carte de modifier lui-même certaines des données figurant sur la carte à partir de bornes interactives.

Les personnes ont par ailleurs été informées de l'utilisation qui est faite des données contenues dans la carte et peuvent s'opposer au traitement de celles-ci, tout du moins s'agissant de la carte santé, dans la mesure où elle n'est pas rendue obligatoire.

S'agissant du consentement du patient, celui-ci est requis lors de la délivrance de la carte santé, mais non au moment de l'échange des données : ce consentement est recueilli de manière manuscrite, et il n'est prévu aucun code confidentiel.

Par ce consentement, l'intéressé acquiesce au transfert par un professionnel de santé à un autre professionnel de santé, des données administratives, médicales, biologiques et pharmaceutiques le concernant, mais non à leur transfert au centre de sécurité sociale ou à d'autres organisations.

Ce principe souffre toutefois une exception en ce qui concerne les données relatives à la recherche, qui peuvent être transmises au ministère intéressé, à condition qu'elles ne comportent ni le nom, ni l'adresse du patient.

En outre, il semble que l'intéressé puisse s'opposer au transfert de ses données à certaines organisations, qu'il s'agisse de la carte de sécurité sociale ou du projet de carte santé.

L'identification du porteur de la carte se fait dans les deux cas par la signature de celle-ci, avec en outre, un numéro d'identification s'agissant de la carte santé.

4.1.11 Les cartes et projets de cartes en Italie

L'Italie n'a pas répondu u questionnaire que nous lui avons adressé.

Des réunions ont été organisées afin de rencontrer, le 15 juillet 1995, le Professeur L. PALOMBI, de l'Université « Tor Vergata », cattedra di igiene (accompagné des représentants de la société BULL, conceptrice de la carte CP8), ainsi que Monsieur Giovanni BUTARELLI au ministère de la Justice, spécialiste des questions de protection des données, et membre de la délégation italienne au sein du Conseil lors des discussions relatives à l'adoption de la directive sur la protection des données.

En Italie, l'introduction de la carte santé remonte à environ dix ans. Déjà, la loi n° 833/78 qui a fondé l'Organisme national de la santé, avait étudié les problèmes dérivés de la collecte, de l'enregistrement et de la conservation des données médicales lorsqu'avait été envisagée la mise en oeuvre d'un carnet de santé pour chaque citoyen.

Les éléments nouveaux dus à la carte santé ont donné lieu à nouvelle loi référencée BL.502/92 modifiée qui a réformé le service national de la santé.

Elle fait explicitement référence à une carte services à caractère personnel et qui est capable de donner des informations sur les droits et les mesures de prévention relatives à la personne concernée, avec des indicateurs et des mesures de qualité intégrant des indicateurs quantitatifs et qualitatifs des soins prodigués.

Cette carte a été introduite au début des années 1980 pour les donneurs de sang, et a fait l'objet d'une diffusion plus large dans trois régions d'Italie à partir de 1989, sur la base d'une carte à microprocesseur en Lombardie et d'une carte optique en Sardaigne.

Ces trois projets ne semblent pas avoir donné entière satisfaction.

De plus, depuis les années 1990, compte tenu de la crise, la participation de l'Etat semble s'être beaucoup amoindrie.

Si de nombreux projets ont été recensés, aucun n'est coordonné, ni au niveau national, ni au niveau régional, à l'exception toutefois de quelques projets pilotes.

L'Italie participe également à plusieurs projets européens, notamment CARDLINK et DIABCARD.

Pour CARDLINK, Bergame et Rome participent à l'utilisation de cette carte d'urgence.

Pour DIABCARD, plusieurs centres italiens spécialisés dans le traitement du diabète participent également.

Enfin, ces deux dernières années, le groupe italien participant au groupe de travail EUROCARD a travaillé à la coordination et à l'harmonisation des différentes initiatives en cours au niveau régional et national.

Cela étant, il semble que cette initiative soit indépendante des administrations publiques.

Au niveau national, un comité a été constitué en vue de définir des informations standards administratives et cliniques contenues dans la carte, afin d'harmoniser celle-ci avec les standards européens ; ce groupe de travail a réalisé un document dans lequel il donne des indications à propos de l'utilisation des données, et liste les données qui peuvent être enregistrées.

Il structure ces données suivant trois degrés :

- les données administratives d'identification,
- les données d'urgence,
- les données médicales ou relatives aux pathologies simples.

*** La carte « Follow me » :**

Le professeur PALOMBI, de l'université « Tor Vergata », mène une expérimentation en collaboration avec la société BULL, conceptrice de la charte CP8 dénommée « Follow me ».

L'objectif de cette carte est de faciliter les échanges entre les organismes d'assurance maladie et de sécurité sociale, mais d'autres utilisations pourraient être facilement développées.

Cette carte, strictement personnelle, est remise par le patient au professionnel de santé à l'occasion de tout acte de soins.

Elle comporte :

- des données administratives (nom, prénom, numéro d'identification national qui, à l'instar de l'Espagne, est un numéro fiscal),
- des données d'urgence telles que le groupe sanguin,

- des données de santé telles que les antécédents familiaux, les pathologies, les vaccins, etc,
- ainsi que le code du médecin généraliste.

La sécurité du système repose sur le fait que :

- seuls les praticiens hospitaliers sont habilités à saisir et modifier les informations, les autres praticiens n'ayant qu'un accès en lecture,
- le professionnel de santé doit disposer d'un logiciel spécifique pour lire la carte,
- les informations qui circulent sur le réseau sont cryptées,
- et leur accès par l'équipe de l'université est subordonné à l'utilisation d'un mot de passe.

Le patient quant à lui ne dispose pas d'un code porteur, notamment parce que les informations doivent pouvoir être lues en cas d'urgence.

Par contre, un droit d'accès lui a été octroyé s'agissant des données figurant sur la carte.

Le système est en outre destiné à permettre la réalisation d'études épidémiologiques par un réseau national dénommé « Follow up ».

Les informations qui y circulent sont anonymes et ne comportent ni le nom du patient, ni ses coordonnées, ni son numéro d'identification ; elles permettent de corréler chaque prescription aux diagnostics et aux symptômes et donc d'élaborer des statistiques.

Les résultats ont permis de mettre au point un programme d'information des médecins car le système a révélé que certaines prescriptions n'étaient pas adéquates aux symptômes présentés.

Si les responsables n'ont pas affirmé que ce système n'avait pas pour finalité le contrôle des médecins, il n'en reste pas moins qu'il permettrait techniquement de repérer ceux dont les diagnostics ou les prescriptions ne correspondraient pas aux symptômes, ou seraient considérés d'un coût trop élevé.

Telle n'est pas aujourd'hui la volonté des responsables du projet qui nous ont indiqué attendre avec impatience, d'une part, la transposition par l'Italie de la directive européenne sur la protection des données à caractère personnel et, d'autre part, une loi plus spécifique à la carte santé, définissant précisément les obligations et garanties à accepter.

A cet égard, il est intéressant de noter qu'un projet de loi (joint en annexe), sur la mise en oeuvre d'une carte santé personnelle a été proposé à la Chambre des Députés ; ce projet de loi envisageait la création d'une carte santé obligatoire pour chaque patient, ainsi que d'une carte professionnelle de santé elle aussi obligatoire.

Ce projet a cependant été abandonné notamment en raison de l'absence de garanties de protection de la vie privée et des libertés individuelles des personnes.

4.1.12 Les cartes et projets de cartes au Portugal

Le questionnaire relatif au Portugal nous a été retourné le 26 novembre 1996 par le Directeur Général du Ministère de la santé portugais.

Il expose qu'il existe actuellement une carte propre aux non-donneurs d'organes ainsi qu'un projet de création de carte nationale qui devrait débiter en 1997.

Cette seconde carte, lancée à l'initiative du Ministère de la santé, a pour objectif la simplification des procédures administratives, la vérification des droits des bénéficiaires, ainsi que l'identification de son titulaire.

Dans les deux cas, les cartes autorisent une coopération d'administrations nationale et européenne, étant précisé que la coopération au niveau européen, dans le cadre du projet, n'aura pour objectif que de substituer la carte au formulaire E111.

Dans les deux cas, l'utilisation de la carte semble obligatoire, mais celle-ci ne comporte que des données administratives telles que le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe, le numéro d'identification (ainsi que, s'agissant du projet de carte, la durée de validité des droits).

De ce fait, ces données ne sont pas enregistrées de façon cloisonnée.

Les données, qui serviront aussi à l'élaboration de statistiques, sont communiquées aux médecins, aux hôpitaux, aux laboratoires, aux pharmaciens, ainsi qu'au centre de sécurité sociale.

Il semble que le titulaire bénéficie d'un droit d'accès et de modification par l'intermédiaire de l'administration régionale de la santé ; par contre, aucun accès direct en lecture ou en écriture n'est réservé au titulaire de la carte.

De la même façon, ce dernier ne peut s'opposer au traitement des données qui y sont enregistrées.

Aucune information complémentaire ne nous a été fournie s'agissant du mode de traitement de ces données.

Dans les deux cas, il s'agirait d'une carte personnelle à son titulaire.

De plus, il nous a été indiqué que aucune de ces cartes n'est destinée à jouer un rôle dans le cadre de la télémédecine.

Enfin, il importe de noter qu'aucune de ces deux cartes n'intègre l'utilisation d'une autre carte de type carte professionnelle de santé, et que l'identification du titulaire de la carte se ferait dans les deux cas par l'intermédiaire d'un code.

4.1.13 Les cartes et projets de cartes en Suède

La Suède n'a pas répondu au questionnaire qui lui avait été adressé.

Au vu des informations dont nous disposons, il apparaît qu'en Suède, depuis environ cinq ans, les patients utilisent des cartes qui ne contiennent que des données administratives.

L'institut de la santé suédois encourage le développement de telles cartes dans tous les services de santé.

Il encourage l'utilisation de lecteurs de cartes du patient, à la fois pour les tâches administratives, et pour une utilisation clinique, notamment en vue d'apprécier la qualité et l'efficacité des soins apportés.

Le patient est considéré comme le propriétaire des données figurant sur sa carte.

A ce titre, il a le droit de connaître ce qui figure sur sa carte, mais il a aussi la faculté d'exclure de sa carte ce qu'il souhaite.

Depuis 1995, les principaux projets, initialisés en collaboration avec les pharmaciens pour les prescriptions médicales, ont été étendus à l'ensemble de la population pour viser aussi les informations cliniques.

Des accords ont été passés avec de grandes banques et l'administration des télécommunications suédoises, pour tenter de mettre en oeuvre une carte d'identité électronique auprès des personnes disposant déjà d'une carte à puce.

La finalité de tels projets est d'utiliser ces cartes pour l'identification des personnes (carte d'identité électronique) avec la possibilité d'y ajouter des informations administratives relatives à la santé.

Ces projets posent évidemment un important problème de protection des données même si, dans les projets actuels, le patient est considéré comme le propriétaire des données.

Au DANDERYD HOSPITAL à Stockholm, 1 000 utilisateurs ont été équipés en 1995 avec ce type de carte qui fonctionne avec un procédé d'encryptage des données par RSA.

L'institut pour le développement des services de santé participe également à un projet soutenu par la Commission européenne dénommé TRUSTHEALTH, qui tend à mettre en oeuvre une carte réservée aux professionnels de santé.

4.1.14 Le défaut d'interopérabilité des cartes

A l'occasion des entretiens réalisés, nous avons interrogé nos différents interlocuteurs sur le point de savoir si les systèmes mis en oeuvre au niveau national permettait la prise en compte d'une carte mise en place par un autre Etat membre.

La réponse a toujours été négative.

En effet, il apparaît qu'en l'état des cartes existant dans les différents Etats membres, il n'est pas possible à l'assuré d'un Etat membre, souhaitant bénéficier de prestations en nature lors d'un séjour dans un autre Etat membre, de se servir pour ce faire de sa carte.

Les systèmes mis en oeuvre ne permettent pas à un professionnel de santé, à un établissement dispensant des soins, ou encore à une institution d'assurance sociale, sur le lieu de séjour, de reconnaître la carte mise en place dans un autre Etat membre, et de lire les données y figurant.

Les travaux du G7 ont attiré l'attention des différents protagonistes sur ce point, et tentent de mettre en place les principes d'une harmonisation des données et d'une interopérabilité des applications supportant les différentes cartes (groupe de travail Eurocards).

Les travaux effectués par la Commission administrative des Communautés européennes pour la sécurité sociale des travailleurs migrants vont dans le même sens.

4.2 LES DIFFERENTS PROJETS DE CARTES EUROPEENNES

La Commission européenne encourage deux projets de cartes : la carte DIABCARD et la carte CARDLINK.

4.2.1 La carte DIABCARD

La carte DIABCARD, issue d'un projet soutenu par l'Union européenne, a été élaborée pour les patients souffrant de diabète ou de maladies chroniques qui nécessitent des soins ambulatoires ou hospitaliers.

Enfin, parmi les cartes à puce incluant un processus de cryptographie, on citera la carte DIABCARD.

Le choix d'une maladie comme le diabète qui touche 10 millions d'européens, n'est pas neutre, d'autant que cette maladie est accompagnée de complications comme la cécité, les problèmes renaux, la gangrène, les problèmes coronariens, ce qui suppose un suivi régulier des malades.

Un tel projet peut donc servir de projet pilote pour étudier les problèmes majeurs de protection des données qui se posent, ainsi que les problèmes liés aux échanges et à la sécurité des échanges.

Il convient de préciser que le projet DIABCARD a permis de créer un groupe de travail au niveau de la Communauté Européenne et au niveau du G7, qui oeuvre en faveur de ce type de cartes et de l'accroissement des sécurités associées.

Le projet DIABCARD s'articule autour de deux cartes :

- la carte du patient,
- la carte du professionnel de santé.

En conséquence de l'enregistrement de données médicales, des mesures de sécurisation ont été prises. Le projet repose ainsi l'utilisation :

- d'une carte à puce,
- d'un processus de cryptographie,
- et d'une carte du professionnel de santé qui seule permet de lire les informations relatives au patient, seules les données nécessaires en cas d'urgence étant librement accessibles.

Le patient est propriétaire de la carte et des données qui y sont enregistrées et est donc libre de n'utiliser la carte que de manière volontaire.

4.2.2 Les projets CARDLINK et CARDLINK 2

La Commission Administrative des Travailleurs Migrants encourage certaines initiatives en matière de cartes et a travaillé à l'élaboration d'une carte visant à remplacer le formulaire E111, ainsi qu'à la création de cartes contenant des données médicales.

C'est ainsi que le projet CARDLINK ont pu voir le jour.

Il s'agit d'une carte d'urgence.

Le projet vise à ce que les données d'urgence enregistrées sur les différentes cartes santé puissent être interoperables entre elles.

Actuellement, le projet CARDLINK est testé sur cinq sites pilotes :

- pour la France : Saint-Nazaire,
- pour l'Irlande : Dublin
- pour l'Italie : Milan et Rome,
- Pour l'Espagne : Valence.

Ce projet a pour premier objectif :

- de développer une carte utilisable dans les situations d'urgence,
- de déterminer le corps de données communes qui doivent être utilisées sur les sites pilotes,
- de démontrer que l'interopérabilité entre les cartes et les lecteurs de cartes est possible entre ces cinq sites pilotes,
- d'évaluer les possibilités qui sont offertes aux patients en cas de situation d'urgence.

Le projet CARDLINK a été lancé en septembre 1994 et la première carte CARDLINK a été éditée en novembre 1995.

Le projet CARDLINK est soutenu par la DG XIII dans le cadre du projet HEALTH TELEMATICS et a, à ce titre, bénéficié d'une subvention de la Communauté.

Le projet CARDLINK 2 a fait suite au projet CARDLINK. Il entend développer les axes retenus pour le projet CARDLINK et intégrer de nouveaux pays :

- l'Allemagne,
- l'Autriche,
- la Hollande,
- La Finlande,
- le Portugal.

Le second objectif est de voir comment étendre l'utilisation d'une carte d'urgence à des données de santé proprement dites.

Dans ce cadre, il est prévu d'harmoniser un relais d'urgence européen composé de 30 items.

4.2.3 Le réseau CoCo

Le réseau CoCo sera exposé ci-dessous en ce qu'il a trait à l'échange de données personnelles en matière de santé.

Les informations relatives au système dénommé CoCo (Continuity and Coordination in Health Care) nous ont été fournies par la Commission européenne lors d'une réunion de décembre 1996. Selon ces informations, ce réseau serait né des constats suivants effectués dans le domaine de la santé :

- le patient demande, en matière de santé, que lui soit rendu un service optimal et cohérent ; il souhaite en outre pouvoir disposer d'un accès direct et rapide à l'information qui le concerne,
- les professionnels de la santé veulent, quant à eux, fournir un service efficace et peu coûteux,
- les autorités, pour leur part, ont à coeur de fournir un service de qualité.

Entre ces trois types d'acteurs, s'échangent un certain nombre d'informations.

La documentation qui nous a été communiquée relative au réseau CoCo (CoCo project overview, IL 1.0 du 13/09/1996, Edit. 3.0) souligne que de ce fait, le mode de communication se doit d'être efficace et précis, alors qu'actuellement, le seul moyen de communication ou celui usuellement utilisé est celui de la feuille papier, peu efficace en termes de rapidité, et relativement onéreuse compte tenu du nombre d'informations qu'elle transporte.

En effet, une seule heure de consultation auprès d'un praticien génère un flot de messages communiqués, tels que prescriptions, soumissions, lettres de recommandation ou de décharge, communication de résultats d'analyses par les laboratoires.

Ainsi, par exemple, en Hollande, 300 millions de messages sont annuellement échangés, auxquels doivent s'ajouter tous les échanges relatifs au remboursement des prestations.

Le réseau CoCo vise à faciliter ce type d'échanges entre les professionnels de la santé, en offrant un système fiable, sécurisé et rapide, palliant ainsi les inconvénients de la feuille de papier traditionnelle.

Selon les documents qui nous ont été fournis, il apparaît que participent à ce réseau, la Norvège, l'Irlande, l'Angleterre, le Danemark, la Hollande, la France, l'Italie, l'Espagne, la Grèce et le Canada.

Plus précisément, seraient ainsi reliés entre eux 30 hôpitaux, 20 centres de santé, 12 universités, 7 télé-opérateurs nationaux et 50 fournisseurs nationaux de Software.

Le réseau utiliserait les technologies existantes tels que EDIFACT, une Mailbox électronique, les messages multimédia et autres services non EDIFACT.

Chacun des utilisateurs serait ainsi relié à ses partenaires par l'intermédiaire d'une Mailbox centrale qui regroupe et diffuse les messages 24 heures sur 24, même si l'ordinateur est éteint.

Par ailleurs, par l'utilisation du multimédia, le réseau CoCo permet l'échange non seulement de textes, mais aussi d'images, de graphiques, de séquences vidéos.

Compte tenu du caractère confidentiel des messages ainsi échangés, CoCo utiliserait un système de transmission hautement protégé, mais aucune précision ne nous a été communiquée sur ce point.

Il est en revanche indiqué que le réseau CoCo a pour objectif la standardisation par l'utilisation des standards européens CEN afin de procéder à des vérifications à grande échelle.

Une fois que le procédé sera définitivement établi au niveau national, le volume des communications devrait impliquer d'autres développements du réseau CoCo.

**5. IDENTIFICATION ET ANALYSE DES PROBLEMES
DE PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES
ET DES MESURES D'HARMONISATION
COMPLEMENTAIRES NECESSAIRES**

5.1 LES PROBLEMES POSES AU REGARD DE LA DIRECTIVE PAR LA CARTE D'ASSURE SOCIAL PRECONISEE PAR LA COMMISSION ADMINISTRATIVE DES COMMUNAUTES EUROPEENNES POUR LA SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS MIGRANTS

5.1.1 Rappel des résultats des travaux de la Commission administratives des Communautés Européennes pour la sécurité sociale des travailleurs migrants

Comme indiqué plus haut, un groupe de travail au sein de la Commission administrative des Communautés Européenne pour la sécurité sociale des travailleurs migrants, s'est réuni à plusieurs reprises entre 1991 et 1993, afin de proposer une stratégie de mise en service d'une « carte harmonisée de soins médicaux immédiats ».

L'objectif de ce groupe de travail, constitué de représentants de tous les Etats membres, a consisté à examiner de quelle manière les cartes nationales d'assuré social pouvaient être harmonisées pour remplacer le formulaire E111, dans le cadre du projet TESS/SOSENET.

5.1.1.1 Les données devant figurer sur la carte :

Comme il est indiqué dans les comptes-rendus du groupe de travail, le groupe s'est occupé essentiellement des données qui doivent figurer sur la carte pour permettre un usage international ¹⁶.

Outre une présentation harmonisée de la carte (couleurs, apposition du logo CEE), permettant de rendre la carte reconnaissable dans toute l'Union Européenne, le groupe a considéré que les données individuelles devant figurer sur la carte étaient les suivantes :

- le nom, le prénom et les initiales de l'assuré,
- le code pays,
- le code de l'institution d'assurance,
- le statut codé de l'assuré (un travailleur, deux membres de la famille, trois pensionnés ou membres de la famille d'un pensionné),
- le numéro d'immatriculation de l'assuré,
- la date de naissance de l'assuré,

- ainsi que, de manière facultative :

- . l'adresse et le lieu de résidence de l'assuré,
- . la durée de validité de la carte.

¹⁶ Note du rapporteur du 25 octobre 1991 (CA.SS.TM. 77/91).

5.1.1.2 La technique retenue :

Le rapport approuvé par la Commission administrative a proposé le transfert par timbrage comme niveau de technologie commun minimum.

Ceci signifie que la Commission administrative n'a pas considéré comme niveau de technologie commun minimum une technique permettant le transfert électronique des données.

Le timbrage permettrait en effet seulement le transfert des données sur papier grâce à un dispositif de lecture, permettant la transmission du document ainsi obtenu entre le médecin généraliste ou l'établissement hospitalier recevant l'assuré, et l'institution compétente du lieu de séjour temporaire.

Le timbrage de la carte permettrait par conséquent simplement d'une part une identification visuelle, et d'autre part le transfert des données sur papier grâce à un dispositif de lecture des données timbrées, et en aucun cas un transfert électronique.

5.1.2 Les problèmes posés au regard de la Directive sur la protection des données

5.1.2.1 La nature des données et leur sensibilité

La carte décrite ci-dessus, résultant du groupe de travail de la Commission administrative des Communautés Européennes pour la sécurité sociale des travailleurs migrants, consiste en une simple carte à vocation administrative, destinée à remplacer, sous forme plastique, le formulaire E111, remis par l'assuré à un praticien ou au sein d'un établissement hospitalier.

L'objectif est uniquement de permettre de vérifier la qualité d'assuré sociale du porteur de la carte ou de ses ayants-droit.

Les informations qui y figurent seraient donc essentiellement le nom, l'institution d'assurance, le numéro d'immatriculation, les ayants-droit éventuels ainsi que les dates d'ouverture et de clôture des droits.

S'il s'agit bien de données à caractère personnel au sens de l'article 2a de la Directive, le risque d'atteinte à la vie privée que ce type de carte est susceptible de représenter reste, toutefois, faible, dans la mesure où elle a pour seule vocation de remplacer la carte d'assuré social papier.

Il n'en demeure pas moins que, même à ce stade, certaines données sont susceptibles d'être considérées comme sensibles au regard des dispositions de la Directive communautaire :

*** La question de la donnée relative au numéro d'immatriculation de l'assuré**

Si ce numéro d'immatriculation correspond à un numéro national d'identification ou à tout autre identifiant de portée générale, l'utilisation de cette donnée constitue un « traitement portant sur des catégories particulières de données » au sens de l'article 8 paragraphe 7 de la Directive.

En effet, en vertu du paragraphe 7 de l'article 8 de cette Directive « les Etats membres déterminent les conditions dans lesquelles un numéro national d'identification ou tout autre identifiant de portée générale peut faire l'objet d'un traitement ».

Ainsi, à titre d'exemple, il apparaît qu'en Italie, le numéro d'immatriculation de l'assuré serait le numéro fiscal.

En France, le numéro d'immatriculation de l'assuré est le numéro de sécurité sociale, ou numéro national d'identification au répertoire de l'INSEE, numéro créé sous la période de l'occupation allemande dans un objectif de classification des personnes, et considéré par la loi française Informatique et libertés comme une donnée sensible.

En Belgique existe un numéro national d'inscription au Registre, dont la Commission de contrôle de protection des données belge a déjà refusé qu'il figure sur la carte nationale d'identité, parce qu'elle le considère comme une donnée sensible.

L'article 8 paragraphe 7 de la Directive attire par conséquent l'attention des Etats membres sur le caractère sensible de tout numéro national d'identification ou de tout identifiant de portée générale, sans harmoniser les conditions dans lesquelles de tels numéros ou identifiants peuvent faire l'objet d'un traitement, puisqu'il laisse aux Etats membres le soin de déterminer les conditions d'un tel traitement.

Par conséquent, dans la mesure où le numéro d'assuré constitue également un numéro d'identification national ou de portée générale, chaque Etat membre est susceptible de légiférer de manière différente sur les modalités de traitement d'un tel numéro, ce qui est susceptible d'entraîner des distorsions entre les Etats membres.

Au demeurant, il convient, dès à présent, de poser la question de la mise en place éventuelle d'un numéro d'assuré européen, et des risques qu'une telle mise en place serait susceptible d'entraîner au regard de la protection de la vie privée et des libertés des personnes physiques :

Dans l'hypothèse minimale où la carte santé aurait pour seule vocation de remplacer le formulaire E111, la question de la nécessité d'un numéro européen d'immatriculation de l'assuré ne se poserait pas encore.

En effet, il s'agirait simplement pour l'assuré de présenter cette carte au lieu du formulaire E111 au médecin généraliste ou à l'établissement hospitalier pour recevoir des soins, les informations obtenues via la carte permettant seulement la transmission à l'institution d'assurance compétente du lieu de séjour temporaire.

En revanche, la transmission entre l'institution d'assurance du lieu de séjour temporaire, et l'institution d'assurance du lieu de résidence de l'assuré, continuerait, dans une telle hypothèse, à s'effectuer via un formulaire papier, pour le remboursement entre institutions nationales d'assurance maladie.

Il n'en demeure pas moins que le transfert électronique de données relatives à un ressortissant d'un Etat membre, entre une institution d'assurance maladie d'un Etat membre, et une institution d'assurance maladie d'un autre Etat membre, posera, à brève échéance, le problème de l'identification fiable de l'assuré concerné, ne serait-ce que par la mise en place d'une table de concordance entre les divers numéros d'immatriculation nationaux.

*** La question de la donnée relative à la nationalité :**

La question de l'indication de la nationalité sur la carte a fait l'objet de discussions au sein du groupe de travail.

En particulier, il est indiqué dans un des comptes-rendus des discussions de ce groupe que « l'indication de la nationalité sur la carte poserait des problèmes considérables dans un certain nombre de pays ». (cf. note du rapporteur du 25 octobre 1991)

Il ne s'agit pourtant pas d'une donnée sensible au sens de l'article 8 paragraphe 1 de la Directive, dans la mesure où il ne nous semble pas que l'indication de la nationalité puisse être confondue avec l'indication de la race, ou de la religion par exemple.

L'indication de la nationalité apparaît pourtant une question clé, dans la mesure où dans la plupart des Etats membres de la CEE, les droits sont servis à toute personne résidant sur le territoire, indépendamment de sa nationalité, alors que les règlements ne s'appliquent qu'aux ressortissants d'un Etat membre de la CEE.

Par conséquent, la carte serait délivrée à tous les assurés, indépendamment de leur nationalité.

A notre sens, il devrait suffir d'indiquer sur la carte la mention CEE/hors CEE, qui est une mention insusceptible d'être considérée comme une donnée sensible, afin de trouver une solution à ce problème.

A cet égard, les entretiens menés avec Madame FERY, qui développe l'utilisation d'EDIFACT dans le cadre du BUILD 6, ont révélé que les formulaires utilisés dans le cadre des échanges entre administrations nationales d'assurance vieillesse utilise cette terminologie CEE/hors CEE.

Le choix d'une telle mention apparaît au demeurant conforme aux principes relatifs à la qualité des données énumérées à l'article 6 de la Directive, en vertu desquels notamment les données à caractère personnel doivent être adéquates, pertinentes et non excessives au regard des finalités pour lesquelles elles sont collectées et pour lesquelles elles sont traitées ultérieurement.

*** La question des autres données :**

Enfin, et même si de telles données ne figurent pas a priori dans la liste établie par la Commission pour la sécurité sociale des travailleurs migrants comme devant figurer sur la carte, il convient de ne pas perdre de vue que certaines données additionnelles sont susceptibles de figurer ultérieurement sur une carte d'assuré sociale harmonisée, qui pourraient dans certains cas être considérées comme des données sensibles au sens de l'article 8 paragraphe 1 de la Directive.

Ainsi, le rapport de Sophie LOUVEAUX, sous la direction d'Yves POULLET, relatif à l'application de la Directive sur la protection des données à caractère personnel au projet de carte santé (septembre 1995) souligne que l'appartenance à certains types de mutuelles (mutualités chrétiennes, par exemple) est susceptible d'indiquer une opinion politique ou religieuse, voire même une appartenance syndicale.

En tout état de cause, l'ajout de certaines données administratives supplémentaires, telles que par exemple l'indication du lieu de soin, par exemple, est susceptible de constituer, quoiqu'étant une donnée administrative, une donnée sensible révélant indirectement des indications relatives à la santé du patient (dans l'hypothèse où il s'agirait par exemple d'un hôpital psychiatrique, ou d'un hôpital de traitement du cancer, etc...).

Bien évidemment, dans ces hypothèses, l'ajout de ces données administratives figurerait non pas sur la partie timbrée de la carte, qui a seule fait l'objet du consensus du groupe de travail de la Commission pour la sécurité sociale des travailleurs migrants, mais à l'intérieur de la carte, notamment dans une puce.

Dans cette mesure, il conviendrait de prévoir des mesures de sécurité permettant de garantir la confidentialité des données enregistrées.

5.1.2.2 Les mesures de sécurité

A priori, si la carte d'assuré social européenne harmonisée ne devait contenir que la liste des données minimales définie par le groupe de travail de la Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants, par la seule technique du timbrage, il ne serait pas nécessaire de prendre des mesures particulières pour assurer la confidentialité de telles données.

En effet, le fait que de telles données puissent figurer, par timbrage, sur une carte plastique, ne pose pas de problèmes sensiblement différents de l'inscription de telles données par écrit sur une carte papier.

Au regard de la confidentialité des données stricto sensu, le vol ou la perte de la carte plastique d'assuré social harmonisé ne devrait pas entraîner de risques supérieurs à ceux encourus par la perte ou le vol d'une carte d'assuré social papier telle qu'elle existe aujourd'hui.

Par conséquent, les mesures de sécurité, dans l'hypothèse de l'utilisation d'une carte d'assuré social harmonisée telle que définie ci-dessus, devrait tendre non pas à protéger la confidentialité des données figurant sur la carte, puisque ces données figureraient en clair, mais plutôt à protéger l'utilisation de sa carte par l'assuré, afin d'éviter, en cas de perte ou de vol, l'usurpation de ses droits par un tiers.

C'est dans cette mesure que l'utilisation d'un code confidentiel pour protéger l'utilisation de la carte harmonisée d'assuré social telle que définie par la Commission pour la sécurité sociale des travailleurs migrants, nous apparaît nécessaire.

La fourniture de son code confidentiel par l'assuré n'aurait pas pour objet d'exprimer son consentement au traitement au sens de l'article 8 paragraphe 2 de la Directive, puisque, comme il a été examiné ci-dessus, il apparaît que les informations qui figureraient en clair sur la carte par timbrage ne constitueraient pas des informations sensibles dont l'enregistrement serait interdit sauf consentement explicite de la personne.

En revanche, la fourniture par l'assuré de son code confidentiel aurait pour conséquence de permettre de déterminer que la personne qui fournit la carte d'assuré social en est bien le titulaire.

C'est dans cet objet qu'en 1989, la CNIL a donné un avis favorable à une expérimentation d'un traitement dénommé CASAM tendant au remplacement de la carte d'assuré social papier par une carte à microcircuits.

Cette carte contenait les mêmes informations que la cartes papier, et l'utilisation d'un code secret, propre à l'assuré, était destiné à protéger l'utilisation de sa carte par son titulaire. (délibération n° 89-113 du 10 octobre 1989 relative à l'expérimentation d'une carte d'assuré social à microcircuits dite CASAM, rapport annuel de la CNIL pour 1989, pages 231 et suivantes).

Toutefois, si l'usage du code confidentiel exclut en principe l'utilisation frauduleuse de la carte par suite notamment du vol de cette carte, il convient de relever que, du fait de l'existence d'ayants-droit, le porteur de la carte ne sera pas nécessairement l'assuré.

Dans ce cas, le code perdrait son caractère confidentiel s'il était remis au bénéficiaire des soins ou à un tiers connu de l'assuré pour permettre à ce dernier d'obtenir le remboursement des soins.

Pour ces raisons, il apparaît nécessaire qu'une carte d'assuré social puisse être remise non seulement à chacun des assurés, mais également à chacun des ayants-droit de l'assuré, chacune des cartes possédant un code confidentiel distinct permettant d'empêcher toute utilisation frauduleuse d'une telle carte.

5.1.2.3 La question du libre choix de l'assuré

La question se pose de savoir si, une fois la carte d'assuré social européenne harmonisée mise en service, tout ressortissant d'un Etat membre sera ou non tenu de l'utiliser au lieu et place du formulaire E111.

La réponse à une telle question dépend, pour une part, du degré de sophistication technique de la formule de carte d'assuré social harmonisée qui sera retenue.

En effet, si la carte d'assuré social harmonisée se réduit à une carte plastique sur laquelle sont apposées un certain nombre de données en clair par timbrage, une telle carte devrait facilement pouvoir être totalement substituée au formulaire papier E111.

En revanche, si la carte d'assuré social harmonisée doit comporter d'autres données, notamment enregistrées dans une puce, l'obligation de remplacer la carte d'assuré social par cette carte à puce sera plus difficile à imposer, et ce notamment dans la mesure où tous les praticiens ou établissements hospitaliers ne disposeront pas, dans chacun des Etats membres, et avec la même rapidité, de matériels permettant de lire le contenu d'une telle carte.

Toutefois, le fait que l'utilisation d'une simple carte plastique d'assuré social sur laquelle figureraient des données par timbrage, serait plus facile à imposer de manière généralisée, ne doit pas dissimuler le fait qu'une telle carte « minimaliste », d'une part ne correspondrait pas à l'état des techniques mises en oeuvre dans plusieurs pays de l'Union Européenne (France, Allemagne, Angleterre notamment), et d'autre part serait contraire au principe du transfert électronique des données tel qu'il résulte du projet IDA.

Enfin, la question du libre choix de l'assuré ne devrait pas, à notre sens, constituer un obstacle majeur à la mise en service d'une carte d'assuré social harmonisée européenne.

En effet, il convient de rapprocher le projet de mise en place d'une carte santé européenne avec la mise en place progressive de la carte bancaire.

En effet, dans le domaine de la carte bancaire, qui n'a jamais été imposé, les transactions commerciales sont toutefois passées en 20 ans de 100 % papier à 3 % aujourd'hui.

Il est par conséquent légitime de considérer que la généralisation de la carte santé, même si une telle carte n'est jamais imposée, pourrait suivre le même rythme de croissance que la carte bancaire dans les années qui viennent de s'écouler.

5.1.2.4 La question de la technique utilisée

Ainsi qu'il a été indiqué au point précédent, il apparaît que le choix effectué par le groupe de travail de la Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants, consistant en un transfert par timbrage comme niveau de technologie commun minimum, apparaît dépassé techniquement, tant au regard des développements techniques intervenus dans plusieurs des Etats membres en matière de carte santé, qu'au regard du programme IDA et de la télétransmission entre acteurs publics.

Par conséquent, seul le transfert électronique de données permettrait d'ouvrir la porte de SOSENET à la carte d'assurance maladie et permettrait le traitement automatique par télétransmission du remboursement des dépenses de santé.

Il convient à cet égard de rappeler qu'en France, le système SESAM VITALE, système d'échanges électroniques sécurisés entre les professionnels de santé et l'assurance maladie, associe deux cartes à microprocesseurs, d'une part la carte santé de l'assuré (VITALE) d'autre part la carte du professionnel de santé (CPS).

Cette carte à puce, dont la généralisation est prévue pour 1997 et dont les premières expérimentations ont eu lieu en 1985, est appelée à remplacer le dossier médical papier et donc la feuille de maladie remplie par les médecins et les pharmaciens.

Cette carte contient, outre des renseignements administratifs, des renseignements médicaux, comme par exemple les allergies, ou encore les numéros de ceux qui détiennent les informations vitales (antécédents médicaux, etc...).

Le projet TASS, déjà en place dans toute l'Andalousie, et qui devrait être bientôt étendu à toute l'Espagne, repose aussi sur la technique de la carte à microprocesseur.

Par conséquent, afin d'une part de permettre à la carte santé européenne de rester en prise directe sur l'état de développement technologique des Etats membres qui ont déjà mis en place un système de carte santé, et d'autre part de ne pas entraver les échanges par télétransmission dans le cadre de TESS/SOSENET, il apparaît nécessaire d'aller au-delà du choix opéré par le groupe de travail de la Commission administrative des Communautés Européennes pour la sécurité sociale des travailleurs migrants : en d'autres termes, il serait préférable de ne pas se limiter à mettre en place une carte d'assuré social harmonisée sur laquelle figureraient uniquement des données en clair par timbrage, mais d'envisager de manière concrète la mise en place d'une carte santé, destinée non seulement à remplacer le formulaire E111 mais également à permettre un système d'échanges électroniques sécurisés entre les professionnels de santé et les administrations de protection sociale des différents Etats membres, par la technologie de la carte à microprocesseur.

5.2 LES PROBLEMES DE PROTECTION DES DONNEES POSES PAR L'UTILISATION DE LA CARTE SANTE AU REGARD DES DISPOSITIONS DE LA DIRECTIVE

5.2.1 Le risque majeur identifié : la mise en œuvre d'une « carte du citoyen »

L'analyse à laquelle il a été procédé au moyen d'une part de la documentation réunie, d'autre part des réponses apportées aux questionnaires et des entretiens réalisés, a fait apparaître l'importance cruciale de la détermination et de la limitation des finalités poursuivies par la mise en place d'une carte de sécurité sociale et/ou de santé.

Ce problème de la délimitation des finalités du traitement est intimement lié à celui de la délimitation des destinataires des informations.

5.2.1.1 Les divergences qui apparaissent entre les Etats membres

A cet égard, il existe une différence importante entre les Etats membres qui considèrent que seuls les organismes de sécurité sociale, les médecins, et de manière générale, les acteurs du domaine de la santé, peuvent être destinataires des informations, et les Etats membres qui considèrent au contraire, que d'autres administrations ou organismes privés peuvent être destinataire desdites informations.

Ce point est apparu comme particulièrement important à Madame FERRY-SANGARE, de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse en France (CNAVTS), que nous avons rencontrée, et qui est chargée, dans le cadre du projet TESS, et du sous-projet BUILD 6, de développer par une démarche transversale un modèle de données global, un glossaire de termes communs et des messages EDIFACT adaptés.

A l'occasion d'une conférence TESS, qui s'est tenue les 26, 27 et 28 janvier 1996 à Newcastle, au Royaume-Uni, Madame FERRY-SANGARE a indiqué que selon elle :

« La frontière pour la gestion des données entre le monde fiscal et le monde social, entre la police et le domaine social ne sont pas les mêmes dans les différents pays, par exemple en France, en Italie et aux Pays-Bas ». (« sécurité sociale et EDIFACT, une stratégie gagnant », Franceline FERRY-SANGARE, CNAVTS-France, support de Conférence TESS, Newcastle/Royaume-Uni, 26 au 28 janvier 1996, page 5).

Ainsi, le questionnaire grec, retourné par le ministère du Travail et de la Sécurité sociale le 25 octobre 1996, indique qu'un projet de carte propre aux assurés sociaux, retraités et employeurs, aurait pour objet de centraliser les informations administratives concernant ces personnes pour les diffuser auprès du ministère du Travail et de la Sécurité sociale, des institutions d'assurance sociale, mais également auprès du ministère de la Marine marchande, du ministère de la Défense et de celui des Finances.

De la même manière, le questionnaire espagnol, retourné en date du 12 novembre 1996 par le ministère du Travail et de la Sécurité sociale, a confirmé la vocation pluri-administrative de la carte mise en oeuvre dans le cadre du projet espagnol dénommé « TASS », qui est relative aux allocations de toutes natures versées au porteur de la carte ainsi qu'à ses ayants-droit, à la fois en matière d'assurance maladie, de chômage et autres allocations.

Or, plusieurs lois permettent l'interconnexion de données entre plusieurs administrations, afin de lutter contre la fraude.

En France, la loi prévoit également un droit étendu de communication à l'administration fiscale.

Par conséquent, il convient de veiller à ce que la mise en place d'une carte ne constitue pas une opportunité de mettre en place non seulement une carte de sécurité sociale ou une carte santé, mais une « carte du citoyen » comprenant différents volets, parmi lesquels un volet de sécurité sociale et/ou de santé, et intégrant par conséquent, en sus des données administratives de sécurité sociale et/ou des données de santé, des données administratives de tous ordres, ainsi que des données fiscales et sociales.

Pour apprécier le degré de risque pouvant être généré du fait de cette divulgation, il serait possible de différencier les projets dans lesquels des données de santé sont enregistrées et les projets dans lesquels seules des données administratives sont enregistrées :

La Belgique par exemple, selon les réponses au questionnaire fourni le 15 octobre 1996 par la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale, est un des pays dans lequel des administrations et/ou organisations appartenant à d'autres secteurs que la sécurité sociale ou la santé, peuvent être destinataires des informations : il s'agit notamment de l'administration fiscale, ainsi que des employeurs de l'assuré.

Cependant, il apparaît que les données enregistrées sont des données purement administratives et que seules les données dites « publiques » pourront être communiquées.

Un autre exemple est fourni par les réponses au questionnaire irlandais, qui a été retourné le 14 novembre 1996 par le Department of Social Welfare.

Ces réponses révèlent que seuls les organismes de sécurité sociale, ou les différents acteurs du domaine de la santé, ont en principe accès aux données contenues dans la carte ; toutefois, la carte mise en oeuvre en Irlande a pour objet également le paiement des indemnités de chômage.

De ce fait, même si l'institution qui verse ces indemnités fait partie de la sécurité sociale irlandaise, il n'en demeure pas moins qu'une des finalités poursuivies par cette carte - à savoir la gestion des indemnités de chômage- n'est pas tout à fait la même que celle poursuivie par une carte de sécurité sociale ayant pour seul objet de permettre la vérification des droits au remboursement des frais de soins.

La réponse irlandaise doit donc attirer notre attention sur le fait que l'organisation de la sécurité sociale est très variable selon les Etats membres considérés : ainsi, si, en Irlande, la même administration de sécurité sociale règle à la fois le paiement des indemnités de chômage et le remboursement des soins de santé, en revanche, dans d'autres pays, tels que la France, ces deux fonctions sont bien distinctes, et gérées par des organismes différenciés.

Or, l'organisation en vigueur dans chaque Etat membre détermine également les questions relatives à la nature des données liées à la détermination des finalités de la carte de sécurité sociale et/ou de santé, ainsi qu'à la nature des données susceptibles d'être transmises aux différentes administrations concernées.

En effet, si une même personne morale assure plusieurs fonctions différentes, le risque existe que les données dont elle est destinataire au titre de l'une de ses fonctions, soient utilisées non seulement pour l'accomplissement de cette fonction, mais également pour d'autres finalités.

Il serait donc intéressant, pour assurer le respect du principe de finalité du traitement, de pouvoir isoler par un procédé de lettrage, les seules données pertinentes pour la gestion des droits relatifs à la santé et à la sécurité sociale du titulaire.

Le système de lettrage des données consiste en l'identification de certaines données par une lettre.

Ce système permet, à l'occasion d'un transfert ou dans le cadre d'analyses, d'extraire les données lettrées afin de parvenir à l'objectif fixé ou de les rapprocher d'autres données lettrées.

De cette manière, soit ne seraient transférées que les seules données lettrées identifiées comme sensibles, soit l'ensemble des données seraient transférées (pour des raisons techniques) mais seules les données non lettrées pourraient être lues entièrement par le personnel administratif, les données lettrées étant réservées aux seuls services participant à l'opération de suivi thérapeutique ou de liquidation des droits, ou au remboursement des soins engagés et au règlement.

Une fois ainsi identifiées, ces données seraient reçues par le seul service habilité et par un professionnel soumis au secret professionnel.

Si ce tri n'est pas possible techniquement, il conviendrait que les données sensibles soient codées afin d'éviter qu'elles ne soient accessibles par un personnel non soumis au secret professionnel.

Aussi, et sauf fraude volontaire, l'administration intéressée à la gestion des indemnités de chômage par exemple, ne pourrait être destinataire de données étrangères à sa mission.

De la même façon, il pourrait être prévu que ces données soient forcément codées, et que seule l'administration concernée puisse détenir le code permettant de les lire.

Aussi, le transfert pourrait s'opérer librement, le destinataire habilité étant concomitamment contacté et le mot de passe lui étant adressé de façon à lui permettre la lecture des données ainsi transférées.

Bien entendu, cette question est intimement liée à la question de l'utilisation du numéro national d'identification qui ouvre la possibilité d'échange entre différentes administrations, mais aussi du regroupement au sein d'une même institution de services poursuivant des vocations différentes.

Il a déjà été évoqué le cas de la France, où les mutuelles privées, soumises au Code de la mutualité, sont amenées tout à la fois à rembourser des prestations de soins pour le compte de la sécurité sociale, à compléter le remboursement au titre de l'assurance complémentaire souscrite par l'assuré mais aussi, à proposer des polices d'assurance sur la vie ou la perte d'emploi, ou encore des placements financiers.

L'utilisation d'un système de lettrage des données permettrait, en réservant chaque catégorie de données à ses destinataires, de prévenir une confusion de finalités, et d'éviter que des personnes non soumises au secret médical aient accès à des données sensibles.

Il est d'autant plus important d'identifier avec précision les données sensibles que certaines données d'apparence administratives peuvent être lourdes de sens.

Il peut s'agir de l'appartenance à une mutualité chrétienne, de l'indication d'une hospitalisation à la clinique protestante, de l'admission dans un hôpital psychiatrique ou encore des services d'orthogénie.

Aussi, seules les données purement administratives doivent apparaître en clair ou être de libre accès, l'ensemble des autres devant être enregistrées de façon indépendante et accessibles aux seuls professionnels de santé ou agents administratifs soumis au secret.

5.2.1.2 Les risques de détournement des finalités poursuivies

Par conséquent, le risque en matière de protection des personnes au regard du traitement des données personnelles, peut provenir de deux sources :

- soit parce que la carte mise en place constituait une « carte du citoyen », c'est-à-dire une carte à vocation multifonctionnelle, de nature à constituer un dossier portable contenant l'ensemble des données administratives, sociales, financières et de santé relatives à la personne concernée : cette accumulation de données d'origines et de contenus différents sur un même support est à l'évidence de nature à générer des atteintes à la vie privée et ce même si des sécurités importantes sont mises en oeuvre afin de gérer un accès cloisonné aux données, car le risque en cas de perte de la carte, ou d'utilisation non autorisée, ne peut jamais être totalement maîtrisé,

- soit parce que les administrations ou organismes du secteur privé, destinataires des informations, peuvent assumer plusieurs missions très diverses, relatives par exemple non seulement à la sécurité sociale et/ou à la santé, mais également d'autres fonctions, sociales et encore fiscales : la tentation consisterait alors pour ces administrations ou organismes privés à utiliser les données auxquelles ils ont accès au titre d'une de leurs missions pour d'autres finalités.

5.2.1.3 La question de la sécurité et de l'identification fiable du porteur de la carte

Dès lors que des données sensibles sont inscrites sur la carte, la question du vol ou de la perte de la carte est posée.

Il semble que pour éviter les risques qui y sont attachés, la carte doit être individuelle et le titulaire muni d'un code confidentiel.

Si dans la plupart des cas les cartes en service ou les projets envisagés sont individuels, en revanche peu de pays ont prévu un code d'accès confidentiel pour le titulaire, soit pour des raisons tenant à la possibilité pour le médecin de laisser le patient dans l'ignorance de sa maladie, soit pour des raisons tenant à la nécessité éventuelle d'intervenir d'urgence, soit pour des raisons de fiabilité des données disponibles (en cas de modification ou de refus d'enregistrement de certaines données par le patient).

Par ailleurs, techniquement, le code confidentiel pour le patient n'a pas de fonctionnalité d'attestation du consentement.

Pourtant, l'utilisation d'un code confidentiel patient est un élément important de la protection des données personnelles qui peut venir compléter la sécurisation apportée par l'utilisation d'une carte de professionnel de santé.

La procédure d'identification expérimentée en Espagne dans le cadre du projet TASS, qui consiste en une reconnaissance de l'empreinte digitale enregistrée dans la carte, par comparaison avec l'empreinte du doigt que le porteur introduit dans le lecteur, est intéressante ; en effet, elle a le mérite de permettre une identification fiable du porteur, qui lui donne un droit d'accès direct aux données le concernant via une borne interactive, sans présenter apparemment de risque au regard de ses droits et libertés individuelles, puisque l'empreinte digitale n'est enregistrées que dans la carte dont il est porteur, à l'exclusion de tout autre enregistrement.

Il pourrait également être envisagé que le code confidentiel patient ouvre à celui-ci une zone correspondant aux données administratives ainsi qu'aux données médicales connues de lui, tout comme la carte professionnelle de santé ouvre au professionnel de santé les zones dont il pourrait être seul à avoir connaissance.

Ainsi, la carte du professionnel de santé pourrait fonctionner en dehors de l'insertion par le patient de son code confidentiel et le patient pourrait avoir accès à ses données administratives ainsi qu'à ses données médicales de base sans besoin du professionnel de santé.

Le risque lié à la non connaissance du code confidentiel patient en cas d'urgence ou de l'état du patient ne lui permettant pas de faire connaître son code serait ainsi écarté, de même le risque qu'à l'aide de ce code le patient ait connaissance de certaines données médicales qui ne lui ont pas été révélées serait également écarté.

L'utilisation de bornes de télé mise à jour pour ce faire pourrait être envisagée.

5.2.2 L'analyse de la problématique au regard des dispositions de la directive sur la protection des données à caractère personnel du 24 octobre 1995

5.2.2.1 Analyse des dispositions de la directive relatives à la délimitation des finalités et des destinataires

*** Les dispositions de la directive :**

Dans le cadre du projet TESS, il convient de déterminer si les dispositions de la directive relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données personnelles (directive 95/46 du 24 octobre 1995) permettent d'harmoniser les finalités assignées par les Etats membres à la mise en place d'une carte de sécurité sociale et/ou de santé.

En effet, cette directive contient plusieurs dispositions relatives à la détermination des finalités du traitement, et à la pertinence des données transmises aux différents destinataires.

Il s'agit notamment des « principes relatifs à la qualité des données », énumérés à l'article 6 de la directive, ainsi que des « principes relatifs à la légitimation des traitements de données », qui figurent à son article 7.

- En effet, l'article 6 de la directive est rédigé comme suit :

*« 1. Les Etats membres prévoient que les données à caractère personnel doivent être :
(...)*

b) collectées pour des finalités déterminées, explicites et légitimes, et ne pas être traitées ultérieurement de manière incompatible avec ces finalités. Un traitement ultérieur à des fins historiques, statistiques ou scientifiques n'est pas réputé incompatible pour autant que les Etats membres prévoient des garanties appropriées ;

*c) adéquates, pertinentes et non excessives au regard des finalités pour lesquelles elles sont collectées et pour lesquelles elles sont traitées ultérieurement ;
(...)*

2. Il incombe au responsable du traitement d'assurer le respect du paragraphe 1. ».

Il s'agit là de l'affirmation des principes généralement connus sous la dénomination de « principe de finalité » et de « principe de pertinence », selon lesquels d'une part les données doivent toujours être collectées et traitées dans un objectif déterminé, et non pas sans raison, d'autre part les données ainsi collectées doivent correspondre aux finalités ainsi déterminées.

- L'article 7 de la directive énumère quant à lui les critères selon lesquels le traitement de données à caractère personnel sera considéré comme légitime par chacun des Etats membres concernés, en ces termes :

« Les Etats membres prévoient que le traitement de données à caractère personnel ne peut être effectué que si :

- a) la personne concernée a indubitablement donné son consentement ; ou*
- b) il est nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel la personne concernée est partie ou à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande de celle-ci ; ou*
- c) il est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis ; ou*
- d) il est nécessaire à la sauvegarde de l'intérêt vital de la personne concernée ; ou*
- e) il est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public ou relevant de l'exercice de l'autorité publique dont est investi le responsable du traitement ou le tiers auquel les données sont communiquées ; ou*
- f) il est nécessaire à la réalisation de l'intérêt légitime poursuivi par le responsable du traitement ou par le ou les tiers auxquels les données sont communiquées, à condition que ne prévalent pas l'intérêt ou les droits et libertés fondamentaux de la personne concernée, qui appellent une protection au titre de l'article 1er paragraphe 1 ».*

Dans le contexte d'IDA et dans le cadre du projet TESS, plusieurs de ces critères pourraient servir à légitimer la mise en place d'une carte santé et/ou sécurité sociale, à l'exception vraisemblablement du dernier critère énuméré au point f de l'article 7 de la directive (qui apparaît plutôt destiné aux traitements mis en oeuvre à des fins commerciales).

- En effet, la légitimité du traitement des données pourrait tout d'abord résulter du consentement de la personne (article 7a) ;

- Il pourrait également résulter des dispositions d'un contrat, si l'attribution d'une carte santé et/ou de sécurité sociale résultait de la signature d'un contrat par la personne attributaire de la carte (article 7b) ;

- Le critère pourrait également être celui de l'obligation légale, puisqu'il apparaît que dans un certain nombre de pays où la carte santé et/ou sécurité sociale est mise en oeuvre à l'échelon national, ceci résulte de la loi (tel est le cas en Allemagne, ou encore en France) (article 7c) ;

- Dans le cas où la carte mise en oeuvre serait une carte d'urgence, la légitimité de sa mise en oeuvre pourrait être considérée comme résultant du critère de sauvegarde de l'intérêt vital de la personne concernée (article 7d) ;

Enfin, le critère selon lequel le traitement est légitime parce qu'il est « nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public ou relevant de l'exercice de l'autorité publique, dont est investi le responsable du traitement ou le tiers auquel les données sont communiquées », devrait également à l'évidence dans de nombreux cas être considéré par l'Etat membre comme légitimant la mise en place d'une carte santé et/ou de sécurité sociale (article 7e).

*** La nécessité de mesures d'harmonisation complémentaires :**

A la lumière de l'analyse qui a été faite de la mise en place de cartes dans chacun des Etats membres considérés, il apparaît qu'en pratique, le consentement des personnes n'est jamais requis, et qu'au demeurant, l'utilisation de la carte ne résulte pas dans la majorité des cas de dispositions contractuelles conclues avec l'intéressé.

Par conséquent, les deux premiers critères ci-dessus de l'article 7 de la directive ne trouvent pas, en l'état actuel de la pratique par les Etats membres, à s'appliquer.

Les trois seuls critères susceptibles de légitimer la carte, en l'état actuel des pratiques, sont donc les trois autres critères, à savoir :

- la sauvegarde de l'intérêt vital de la personne concernée, étant entendu que ce critère n'est susceptible de s'appliquer qu'au cas où la carte mise en place est une carte d'urgence ;
- la législation de l'Etat membre ;
- la nécessité d'exécuter une mission d'intérêt public ou relevant de l'autorité publique.

De ce fait, il apparaît que la légitimité de la mise en oeuvre d'une carte de sécurité sociale ou d'une carte santé dans un Etat membre résultera le plus souvent de sa législation.

Cette législation de chaque Etat membre devra en principe déterminer, conformément à l'article 6 de la directive, les finalités selon lesquelles le traitement devra être opéré, ainsi que les données correspondant à ces finalités qui pourront être collectées et transmises à leurs différents destinataires.

Or, il apparaît que, ainsi qu'il a été exposé ci-dessus, la conception de la légitimité des données traitées, et des finalités poursuivies, peuvent varier selon l'Etat membre considéré.

A titre d'exemple, et notamment dans le contexte de l'utilisation d'une « carte du citoyen », le fait, après avoir collecté des données pour permettre le versement de prestations de sécurité sociale, de les communiquer ensuite à l'administration fiscale ou encore à la police, par exemple, à des fins de contrôle, pourrait être considéré comme illégitime, ou encore non conforme au principe de finalité et de pertinence dans un Etat membre, et au contraire parfaitement légitime et conforme dans un autre Etat membre.

Il existe par conséquent un risque de disparité entre les Etats membres, qui nécessite à notre avis l'adoption de mesures d'harmonisation complémentaires dans le domaine spécifique de la mise en place de cartes de sécurité sociale ou de cartes santé.

Tel est l'objectif qui a été poursuivi par la Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants (CA.SS.TM) qui avait essayé de définir d'une part la liste des informations nécessaires à la mise en place d'une carte de sécurité sociale harmonisée, et d'autre part la liste des différentes fonctions de la carte, ainsi que la liste des destinataires¹⁷.

Toutefois, les délégués des administrations de sécurité sociale des Etats membres représentées au sein de cette commission ne sont pas parvenus à un consensus, et aucune décision n'a par conséquent pu être adoptée.

5.2.2.2 Analyse des dispositions de la directive relatives au traitement des données sensibles et au consentement des personnes

Il existe également un risque de disparité entre les Etats membres, concernant les modalités du traitement des données sensibles, notamment des données de santé.

*** Les dispositions de la directive :**

En effet, l'article 8 paragraphe 1 de la directive interdit le traitement de données sensibles, parmi lesquelles celles relatives à la santé, tout en aménageant un certain nombre de dérogations.

- Le principe :

En vertu des dispositions de l'article 8 paragraphe 1 de la directive, « Les Etats membres interdisent le traitement des données à caractère personnel qui révèlent l'origine raciale ou ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques, l'appartenance syndicale, ainsi que le traitement des données relatives à la santé et à la vie sexuelle ».

¹⁷ cf. 4ème projet de Décision de la Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants établissant des critères pour la réception par une institution appropriée et pour l'identification de la personne assurée pour l'échange d'informations de sécurité sociale. (note du secrétariat du 1er septembre 1995, CA.SS.TM 262/95.

- Les dérogations prévues susceptibles de s'appliquer dans le cadre de l'utilisation d'une carte santé :

En vertu des paragraphes 2, 3 et 4 de l'article 8 de la directive, l'interdiction de traiter des données relatives à la santé ne s'applique pas lorsque :

- « *La personne concernée a donné son consentement explicite à un tel traitement, sauf dans le cas où la législation de l'Etat membre prévoit que l'interdiction visée au paragraphe 1 ne peut être levée par le consentement de la personne concernée* » (article 8.2a),
- « *Le traitement est nécessaire à la défense des intérêts vitaux de la personne concernée ou d'une autre personne dans le cas où la personne concernée se trouve dans l'incapacité physique ou juridique de donner son consentement* » (article 8.2c),
- « *Le traitement des données est nécessaire aux fins de la médecine préventive, des diagnostics médicaux, de l'administration de soins ou de traitements ou de la gestion de services de santé et que le traitement de ces données est effectué par un praticien de la santé soumis par le droit national ou par des réglementations arrêtées par les autorités nationales compétentes au secret professionnel, ou par une autre personne également soumise à une obligation de secret équivalente* » (article 8.3),
- « *Sous réserve de garanties appropriées, les Etats membres peuvent prévoir, pour un motif d'intérêt public important, des dérogations autres que celles prévues au paragraphe 2, soit par leur législation nationale, soit sur décision de l'autorité de contrôle* » (article 8.4).

- La carte santé au regard de l'article 8 de la directive :

Au regard des dérogations énumérées ci-dessus, il apparaît qu'en principe l'utilisation d'une carte santé permettant l'établissement d'échanges électroniques portant sur des données de santé entre différents participants du domaine de la santé, bénéficierait de la dérogation prévue à l'article 8 paragraphe 3 de la directive, à condition :

- d'une part, que le traitement ait seulement pour finalité la médecine préventive, l'établissement de diagnostics médicaux, l'administration de soins ou de traitements, ou encore la gestion de services de santé ;
- et d'autre part, que le traitement de ces données soit effectué par un praticien de la santé soumis au secret professionnel ou par une autre personne soumise à une obligation de secret équivalente.

Ceci pose également la question de savoir quel sera le régime applicable au transfert de données rendu possible par l'utilisation de la carte santé à destination d'organismes de sécurité sociale ou de tous destinataires autres que les praticiens de santé.

En effet, si ces destinataires ne sont pas considérés comme soumis à une obligation de secret équivalente à celle du secret professionnel auquel est soumis le praticien de santé, la dérogation prévue par l'article 8 paragraphe 3 ne sera pas applicable. Il conviendra alors d'envisager un autre cadre de dérogation.

En effet, dans tout autre cas, le traitement des données de santé serait interdit, ou devrait entrer dans le cadre de l'une des autres dérogations prévues par la directive, c'est-à-dire soit le consentement explicite de la personne concernée (article 8.2a), soit l'utilisation par les Etats membres de la dérogation prévue à l'article 8.4.

Il faut noter à cet égard que la transposition de la directive pourrait donner lieu à des disparités de la mise en oeuvre de l'article 8.4 qui pourraient avoir des incidences sur la circulation des données, tant à l'intérieur d'un Etat membre que dans la Communauté.

- La question de la transmission de données de santé aux organismes de sécurité sociale :

L'article 2b de la directive définit comme un traitement « la communication par transmission, diffusion ou tout autre forme de mise à disposition ».

Par conséquent, il apparaît, au sens de la directive, que si l'enregistrement d'informations dans la carte de santé ou leur collecte par un praticien de santé constitue un traitement, le transfert des données par un système d'échange électronique associé à la carte, à destination d'autres organismes, notamment de sécurité sociale, constitue également un traitement.

Par conséquent, il est possible que la dérogation prévue par l'article 8 paragraphe 3 ne permette pas aux organismes de sécurité sociale, dans l'hypothèse où ces derniers ne rempliraient pas les conditions posées par l'article 8 paragraphe 3, de recevoir des informations de santé.

De plus, il apparaît que le traitement des données par les organismes de sécurité sociale ne répond à aucune des finalités énumérées par l'article 8 paragraphe 3, à savoir, la médecine préventive, les diagnostics médicaux, l'administration de soins ou de traitements, ou encore la gestion de services de santé.

Par conséquent, le transfert de données de santé via la carte de santé aux organismes de sécurité sociale devra, pour être autorisé, soit faire l'objet de dérogations par les Etats membres en vertu de l'article 8 paragraphe 4, soit être autorisé par le consentement explicite de la personne concernée, conformément à l'article 8.2a.

A cet égard, il convient de préciser qu'en vertu des dispositions de la directive, le codage des données de santé transmises aux organismes de sécurité sociale ne constituerait pas en soi une solution à cette question.

En effet, conformément à la définition donnée par l'article 2a de la directive, une « donnée à caractère personnelle » est constituée par « toute information concernant une personne physique identifiée ou identifiable ».

Le considérant n° 26 de la directive précise à cet égard que « Pour déterminer si une personne est identifiable, il convient de considérer l'ensemble des moyens susceptibles d'être raisonnablement mis en oeuvre, soit par le responsable du traitement, soit par une autre personne, pour identifier ladite personne ».

Par conséquent, dès lors que l'identité de la personne concernée sera connue, et que les principes de protection doivent s'appliquer à toute information concernant une personne identifiée ou identifiable, le fait que des données de santé puissent être codées constitue certes une mesure de sécurité, mais non une mesure susceptible, en principe, de distinguer les destinataires de telles données, ou de prévoir les garanties posées par l'article 8 de la directive.

Le transfert aux organismes de sécurité sociale ne répondant pas aux conditions prévues par l'article 8 paragraphe 3 de la directive, il convient d'examiner selon quelles modalités le consentement de la personne concernée pourrait être donné dans le cadre d'un transfert électronique de données associé à une carte santé.

- Les modalités de recueil du consentement susceptibles d'être mises en oeuvre :

. La définition et le rôle du consentement :

En vertu de l'article 2h de la directive, le consentement de la personne concernée est constitué par « toute manifestation de volonté, libre, spécifique et informée par laquelle la personne concernée accepte que des données à caractère personnel la concernant fassent l'objet d'un traitement ».

L'article 8.2a de la directive précise que, s'agissant de données de santé, un tel consentement doit être « explicite ».

Par conséquent, en matière de traitement de données de santé, la directive prévoit que le consentement de la personne concernée devra être fourni de manière à attester de façon incontestable de l'accord de cette dernière.

Le consentement qui pourrait être donné par le patient, relativement au transfert de données le concernant aux organismes de sécurité sociale, devrait donc être formalisé par un acte permettant, non seulement d'authentifier le patient comme auteur de l'acte, mais également de traduire de manière non équivoque sa volonté de consentir au transfert de données.

La directive n'imposant pas que ce consentement soit nécessairement écrit, il pourrait s'agir d'un consentement fourni de manière électronique, à condition que les moyens électroniques retenus correspondent aux fonctions qui lui sont assignées, c'est-à-dire :

- l'authentification de l'auteur de l'acte,
- l'expression d'une volonté,
- la détermination du contenu de cette volonté.

. Les modalités d'expression électronique du consentement susceptibles d'être retenues :

Il apparaît que jusqu'à l'heure actuelle, les différents types de cartes santé utilisées ont essentiellement employé des procédés destinés à identifier le porteur de la carte et à permettre la vérification de l'ouverture des droits, et non à recueillir le consentement du patient.

Des procédés électroniques de recueil de consentement de la personne concernée peuvent être essentiellement de deux ordres : ils consistent, soit en l'utilisation d'un code confidentiel, soit en une signature par la carte elle-même, par son insertion dans un lecteur permettant de vérifier l'ouverture des droits :

1°) Le procédé retenu peut tout d'abord consister en l'utilisation d'un code confidentiel :

L'utilisation d'un code confidentiel associé à la carte de santé a essentiellement pour objet d'éviter les utilisations frauduleuses de la carte, par suite notamment du vol de cette carte.

L'utilisation d'un code confidentiel devrait également permettre d'identifier le porteur de la carte dont émanerait le consentement, à condition toutefois que seul le porteur légitime de la carte soit autorisé à utiliser ce code.

Or, dans la pratique, le porteur de la carte pourrait se révéler ne pas être l'assuré lui-même, mais par exemple l'ayant-droit de l'assuré, ou encore l'accompagnateur d'un assuré mineur.

Dans le cas où le porteur de la carte ne serait pas l'assuré mais un ayant-droit ou un tiers, auquel le code serait transmis par l'assuré pour permettre à ce dernier de se faire rembourser, le code perdrait alors son caractère confidentiel, et la signature par ce code ne servirait plus ni à identifier ni à authentifier son auteur.

Il semblerait par conséquent que la fourniture du consentement de la personne concernée au moyen d'un code suppose, soit une carte individuelle par ayant-droit, à laquelle serait associé un code confidentiel individuel, soit l'association au code confidentiel de l'assuré d'un ou plusieurs sous-codes confidentiels pour chacun des ayants-droit de l'assuré, et qui seraient techniquement des codes dérivés de celui de l'assuré.

Enfin, l'utilisation d'un code confidentiel en tant que manifestation du consentement doit non seulement authentifier l'auteur du consentement, mais également permettre de connaître la volonté de la personne concernée à l'égard de la collecte ou du transfert des données de santé.

Ceci implique que l'ayant-droit porteur de la carte compose ce code confidentiel après que les données aient été saisies, et qu'il ait pu avoir connaissance de la nature des données ainsi saisies (par exemple par affichage sur l'écran).

En effet, s'il se contente d'utiliser son code confidentiel pour initialiser le processus, la fonction d'adhésion et d'expression de sa volonté relativement au transfert des informations saisies, ferait alors défaut.

2°) Le procédé retenu peut également consister en une signature par la carte elle-même :

La vérification des droits de l'assuré peut également être effectuée par la carte elle-même, par son insertion dans un lecteur, la carte permettant alors de signer la feuille de soins électronique.

Toutefois, dans cette hypothèse, aucune intervention humaine n'est requise pour valider les renseignements saisis par le professionnel de santé sur son ordinateur, et inscrit sur la feuille de soins ultérieurement transmise à l'organisme de gestion d'assurance maladie.

La carte ne permet alors que de vérifier les droits au remboursement des soins, et l'opération de transfert de données de l'ordinateur du professionnel de santé à l'ordinateur de l'organisme de gestion maladie s'effectue sans intervention de l'assuré.

Une telle hypothèse exclut donc toute manifestation de son consentement par le patient, tant en ce qui concerne la saisie des données de santé qui lui sont personnelles, qu'en ce qui concerne le transfert de ces données de santé aux organismes de sécurité sociale.

En conclusion, il semble que l'obtention du consentement explicite de la personne concernée par des moyens électroniques devrait pouvoir être matérialisée par l'association d'un code confidentiel à l'utilisation de la carte santé.

Ceci suppose d'une part, qu'un tel code reste confidentiel, ce qui implique l'attribution d'une carte individuelle par ayant-droit, et d'autre part, que l'utilisation de ce code intervienne à un moment où il aura valeur d'adhésion aux informations saisies et transférées par le professionnel de santé.

*** La nécessité de mesures d'harmonisation complémentaires :**

Le consentement des personnes concernées n'est pas aujourd'hui demandé dans les Etats membres mettant en oeuvre une carte de sécurité sociale et/ou de santé.

Or, conformément à la directive, « pour un motif d'intérêt public important » les Etats membres pourront prévoir que les données de santé puissent être traitées en-dehors du secteur de la santé, c'est-à-dire par toute personne non soumise à une obligation de secret équivalente à l'obligation de secret à laquelle est soumise un praticien de la santé (article 8 paragraphe 4).

La notion d' »intérêt public important » limite cette faculté laissée aux Etats membres :

Il est toutefois loisible de penser que la lutte contre la fraude, par exemple, constituerait un intérêt public important visé par la directive.

Chaque Etat membre pourrait disposer de la faculté, dans ce contexte, de définir, par sa législation nationale ou sur décision de son autorité de contrôle, les administrations ou organismes pouvant être destinataires des données de santé, sans le consentement des intéressés, sous réserve des garanties appropriées qu'ils sont également libres de définir.

Des risques de disparités existent par conséquent, à la fois en ce qui concerne les organismes destinataires des données de santé, qui seront habilités à recevoir de telles données par la législation de chaque Etat membre, et en ce qui concerne les « garanties appropriées », qui seront prises par chacun des Etats membres.

Au demeurant, il convient d'éviter que du fait de l'article 8 paragraphe 4 de la directive, les Etats membres puissent prévoir, par leur législation nationale ou même sur décision de leur autorité de contrôle, des dérogations à l'interdiction de traiter des données sensibles qui puissent porter sur toutes les catégories de données sensibles énumérées au paragraphe 1 de l'article 8.

En effet, s'il peut être légitime et nécessaire, dans le cadre de l'utilisation de la carte de sécurité sociale et/ou de santé, de traiter des données de santé sans pour cela recueillir le consentement explicite des personnes, en revanche la dérogation ne devrait pas pouvoir s'étendre aux autres données sensibles énumérées par l'article 8 paragraphe 1 de la directive, telles que l'origine raciale ou ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques, ou encore l'appartenance syndicale.

A titre d'exemple, l'indication dans la carte de certains régimes alimentaires (refus de manger du porc par exemple), ou encore du refus de transfusion sanguine, serait révélatrice des opinions religieuses, ou en tout cas philosophiques des personnes.

Il convient à cet égard de relever que le Parlement européen, dans sa résolution sur une carte santé européenne, a indiqué que cette carte santé devrait contenir entre autres « *l'indication de tout refus pour des motifs religieux de transfusion sanguine ou de transfusion de produits sanguins* » (Résolution du Parlement européen sur les cartes santé, avril 1996)¹⁸.

Il nous apparaît qu'une telle information, si elle peut être effectivement très utile, notamment dans le cadre de l'utilisation d'une carte d'urgence, ne devrait pas pouvoir être portée sur la carte sans le consentement explicite de la personne concernée.

Il apparaît par conséquent nécessaire, dans le cadre de l'utilisation de la carte de sécurité sociale et/ou de santé :

¹⁸ Cette Résolution est jointe en annexe.

- d'une part, de définir, de manière limitative, en sus des personnes qui, en-dehors des praticiens de la santé et des personnes soumises à une obligation de secret équivalente (dérogations déjà prévues par l'alinéa 3 de l'article 8 paragraphe 3 de la directive), quels sont les autres destinataires qui pourraient être habilités à prendre connaissance des données de santé (ou relatives à la vie sexuelle), sans le consentement explicite de la personne ;
- d'autre part, de préciser que les autres données sensibles énumérées à l'article 8 paragraphe 1 de la directive, à savoir l'origine raciale ou ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques ainsi que l'appartenance syndicale, ne doivent pas faire l'objet d'un traitement, sauf si la personne concernée a donné son consentement explicite à un tel traitement.

En effet, il serait attentatoire à la vie privée et aux libertés que, sous couvert de la dérogation qui leur est permise au paragraphe 4 de l'article 8 de la directive, les Etats membres puissent déroger par leur législation nationale ou sur décision de l'autorité de contrôle à cette interdiction, pour de telles catégories de données, dont le traitement n'apparaît pas inhérent à l'utilisation d'une carte de sécurité sociale et/ou de santé.

5.2.2.3 Analyse des dispositions de la directive relatives à l'information

* Analyse des dispositions de la directive :

L'article 10 de la directive dispose que :

« Les Etats membres prévoient que le responsable du traitement ou son représentant doit fournir à la personne auprès de laquelle il collecte des données la concernant au moins les informations énumérées ci-dessous, sauf si la personne en est déjà informée :

- a) l'identité du responsable du traitement et, le cas échéant, de son représentant ;*
- b) les finalités du traitement auxquelles les données sont destinées ;*
- c) toutes informations supplémentaires telles que :*

- les destinataires ou les catégories de destinataires des données ;*
- le fait de savoir si la réponse aux questions est obligatoire ou facultative ainsi que les conséquences éventuelles d'un défaut de réponse ;*
- l'existence d'un droit d'accès aux données la concernant et de rectification de ces données, dans la mesure où, compte tenu des circonstances particulières dans lesquelles les données sont collectées, ces informations supplémentaires sont nécessaires pour assurer à l'égard de la personne concernée un traitement loyal des données ».*

Toutefois, le considérant n° 42 précise que :

« Les Etats membres peuvent, dans l'intérêt de la personne concernée ou en vue de protéger les droits et libertés d'autrui, limiter les droits d'accès et d'information ; (...) Ils peuvent, par exemple, préciser que l'accès aux données à caractère médical ne peut être obtenu que par l'intermédiaire d'un professionnel de la santé ».

*** La nécessité de mesures d'harmonisation :**

Pour l'heure, les mesures et le contenu des informations dispensées aux titulaires de cartes diffèrent selon les pays et selon le type de cartes.

5.2.2.4 Analyse des dispositions de la directive relatives au droit d'accès

***Les dispositions de la directive :**

Le considérant n° 41 de la directive dispose que *« toute personne doit pouvoir bénéficier du droit d'accès aux données la concernant qui font l'objet d'un traitement, afin de s'assurer notamment de leur exactitude et de la licéité de leur traitement »*.

Conformément à ce principe, l'article 12 de la directive, relatif au droit d'accès, est rédigé comme suit:

« Les Etats membres garantissent à toute personne concernée le droit d'obtenir du responsable du traitement :

a) sans contrainte, à des intervalles raisonnables et sans délais ou frais excessifs :

- la confirmation que des données la concernant sont ou ne sont pas traitées, ainsi que des informations portant au moins sur les finalités du traitement, les catégories de données sur lesquelles il porte et les destinataires ou les catégories de destinataires auxquels les données sont communiquées,

- la communication, sous une forme intelligible, des données faisant l'objet d'un traitement, ainsi que de toute information disponible sur l'origine des données,

- la connaissance de la logique qui sous-tend tout traitement automatisé des données la concernant, au moins dans le cas des décisions automatisées visé à l'article 15 paragraphe 1 ;

b) selon le cas, la rectification, l'effacement ou le verrouillage des données dont le traitement n'est pas conforme à la présente directive, notamment en raison du caractère incomplet ou inexact des données ;

c) la notification aux tiers auxquels les données ont été communiquées de toute rectification, tout effacement ou tout verrouillage effectué conformément au point b, si cela ne s'avère pas impossible ou ne suppose pas un effort disproportionné ».

Il s'agit là de l'affirmation des garanties relatives au droit d'accès et de rectification qui, conformément à la directive, doit pouvoir être exercé à l'égard de tout traitement automatisé de données à caractère personnel quel qu'il soit (sauf cas particulier tel que sûreté de l'Etat, défense, sécurité publique..., faisant l'objet des exceptions et limitations prévues à l'article 13 de la directive).

Dans le contexte particulier de l'utilisation de la carte de sécurité sociale et/ou de santé, étant donnée la multiplicité des intervenants, la sensibilité des données susceptibles d'être traitées, et la possibilité pour les Etats membres de se passer du consentement des personnes pour le traitement des données, il apparaît utile de pouvoir préciser les modalités selon lesquelles les personnes pourront avoir accès aux données, afin d'assurer la transparence à cet égard.

*** La nécessité de mesures d'harmonisation complémentaires :**

Tout d'abord, il convient de relever que la Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des application de la biologie et de la médecine adoptée par le comité des ministres du Conseil de l'Europe le 19 novembre 1996 (jointe en annexe) dispose en son article 10-2 « toute personne a le droit de connaître toute information recueillie sur sa santé ».

D'un point de vue pratique, plusieurs autorités de contrôle de protection des données nationales ont mis l'accent sur la nécessité, dans le domaine de la carte santé, de faciliter le droit d'accès des personnes, en permettant un accès direct par l'installation de lecteurs de cartes mis à la disposition des porteurs de ces cartes.

Ainsi, la Chambre d'Enregistrement des Pays-Bas, dans son avis sur la carte de soins médicaux rendu en octobre 1995 (Registratiekamer, avis sur la carte de soins médicaux - réponses apportées au ministre de la Santé publique, du Bien-être et des Sports - octobre 1995), a indiqué :

« Il est particulièrement important de créer la transparence en matière de types de données enregistrées et de parties concernées. Ceci implique aussi que les utilisateurs doivent pouvoir compter sur un nombre suffisant de lecteurs de cartes et sur des modalités simples de consultation et de correction ».

Le questionnaire qui a été retourné par la Hollande fait état d'un projet de carte à puce dénommé « ANOVA », qui prévoit que l'assuré pourra lire le contenu de sa carte à partir d'un terminal en utilisant un code.

La Commission Nationale de l'Informatique et des libertés française, à propos de la carte à mémoire dénommée « SANTAL », qui a pour objectif de simplifier les formalités d'admission hospitalières et d'améliorer leur prise en charge médicale, a relevé, dans un avis du 10 janvier 1995, que serait mis en oeuvre :

« Une application télématique afin de permettre la mise à jour régulière des informations du régime obligatoire contenues dans la carte SANTAL pour les assurés sociaux et ayants-droits (...); que ces derniers pourront accéder à cette application grâce à des bornes télématiques de type minitel disposées dans des endroits publics; que l'accès à ce service de télé mise à jour s'effectue par présentation de la carte SANTAL et du code secret attribué au porteur de la carte; que cette mesure est de nature à garantir la confidentialité des données » (délibération de la CNIL n° 95-001 du 10 janvier 1995, portant avis notamment sur l'adaptation de la télé mise à jour des droits de sécurité sociale au projet SANTAL).

Enfin, en Espagne, ainsi que le rapporte le Centre interdisciplinaire de l'université de Louvain, et comme nous avons pu le vérifier en assistant à une démonstration à l'occasion de réunions organisées en Espagne en février 1997, il apparaît que dans le cadre du projet TASS, les personnes utilisant la carte de sécurité sociale disposent d'un accès direct aux données enregistrées sur la carte (rapport ICRI - K.U. LEUVEN, février 1996, p.140).

La Commission européenne pourrait par conséquent préconiser également des mesures d'harmonisation visant à faciliter l'exercice du droit d'accès des personnes au contenu de leur carte, par la mise en place de lecteurs, ou bornes télématiques, permettant aux personnes, par un accès direct, de consulter les données les concernant contenues dans la carte, ou tout au moins les données administratives le concernant ainsi que le cas échéant ses données de santé de base (cf. point 5.2.1.3 du présent rapport).

Ceci suppose une procédure d'identification rigoureuse, permettant d'assurer que le porteur de la carte souhaitant consulter les données, est bien la personne au sujet de laquelle des données sont contenues dans la carte.

En revanche, certains Etats membres pourraient considérer comme plus délicat d'aller au-delà de l'exercice direct du droit d'accès, et de permettre aux personnes de rectifier également sans intermédiaire les données les concernant : il apparaît raisonnable en effet de considérer que, si le droit de consultation peut être exercé directement, en tout cas en ce qui concerne les données administratives, en revanche, le droit de rectification directement par télé-mise à jour ne devrait pouvoir s'exercer que sur un nombre limité de données.

Le droit d'accès aux données sensibles, notamment de santé, ainsi que le droit de rectification ne seraient quant à eux exercés par le porteur de la carte que par l'intermédiaire des organismes ou personnes habilités (caisses de sécurité sociale ou médecins notamment).

* * *

Etant donnée l'analyse à laquelle il vient d'être procédé, il nous apparaît par conséquent nécessaire que la Commission européenne puisse préconiser des mesures d'harmonisation complémentaires notamment concernant « les garanties appropriées », de nature à éviter les distorsions qui pourraient apparaître du fait des exceptions figurant dans la directive, et qui laissent aux Etats membres la faculté de légiférer dans les domaines de la santé et de la sécurité sociale.

Ces préconisations pourraient reposer sur les propositions de recommandations qui suivent :

6. PROPOSITIONS DE RECOMMANDATIONS

6.1 LA DEMARCHE PROPOSEE

Il est proposé :

- d'établir une liste positive des finalités susceptibles d'être poursuivies, ainsi qu'une liste négative des finalités considérées comme non légitimes en ce domaine ;
- de déterminer selon chaque finalité, d'une part les grandes catégories de données susceptibles d'être traitées, d'autre part les profils d'utilisateurs correspondant.

Ces préconisations ont pour objectif de constituer une précision, compte tenu de la spécificité de la carte considérée, des dispositions de l'article 6 de la directive du 24 octobre 1995, concernant les « principes relatifs à la qualité des données ».

En effet, le paragraphe 1b de cet article 6, relatif aux finalités du traitement des données à caractère personnel, dispose que :

« Les Etats membres prévoient que les données à caractère personnel doivent être (...) collectées pour des finalités déterminées, explicites et légitimes, et ne pas être traitées ultérieurement de manière incompatible avec ces finalités ».

Il convient par conséquent de déterminer d'une part quelles sont les finalités légitimes pour lesquelles les données peuvent être collectées, et d'autre part quels sont les traitements de données qui seraient incompatibles avec ces finalités.

En effet, la démarche consistant à définir et à délimiter les finalités et les destinataires peut être double:

- en premier lieu, il est possible d'établir une liste positive des finalités susceptibles d'être poursuivies par la mise en place d'une carte de sécurité sociale et/ou de santé, en déterminant, selon chaque finalité, les profils d'utilisateurs correspondants ;
- en second lieu, il est également possible d'établir une liste négative des finalités pour lesquelles la carte ne doit pas être utilisée.

Cette double approche est d'ailleurs celle adoptée par la Chambre d'Enregistrement des Pays-Bas dans son avis sur la carte de soins médicaux rendu en octobre 1995 (Registratiekamer, avis sur la carte de soins médicaux - réponses apportées au ministre de la Santé publique, du Bien-être et des Sports - octobre 1995).

Dans cet avis, la Chambre d'Enregistrement néerlandaise, après avoir déterminé les différentes finalités susceptibles d'être poursuivies par une carte de soins, a considéré que « la mise en oeuvre de la carte à mémoire comme dossier médical rencontre tellement d'objections au plan normatif et pratique que son instauration doit être rejetée dans un avenir proche ».

Cette démarche, consistant à écarter spécifiquement une finalité comme insusceptible de faire partie des objectifs assignés à une carte de sécurité sociale et/ou de santé a également été celle du Parlement européen qui, dans sa résolution sur une carte santé européenne, a considéré :

« Que de telles cartes doivent avoir pour finalité première d'être au service du citoyen, et que si elles peuvent éventuellement permettre de réduire les coûts de santé, elles ne doivent jamais devenir un outil de surveillance pour les autorités publiques de quelque nature que ce soit ».
(Résolution du Parlement européen sur les cartes santé, avril 1996)

Les points n° 1, 2, 3 et 4 des préconisations qui suivent, correspondent par conséquent à cette double démarche visant à établir à la fois une liste positive des finalités susceptibles d'être poursuivies, et une liste négative des finalités non légitimes, avec en corollaire, les catégories de données et de destinataires correspondant.

Toutefois, compte tenu de la possibilité d'émergence de nouvelles finalités grâce à l'évolution des technologies (par exemple techniques de reconnaissance de l'ADN), il est envisageable que certaines finalités qui viendraient à émerger ne relèvent ni de la liste positive, ni de la liste négative, à plus ou moins brève échéance.

Il conviendrait par conséquent de prévoir une procédure de révision de ces listes, afin de les mettre à jour en fonction de l'apparition de nouvelles finalités, dues notamment à l'évolution technologique.

En particulier, si les préconisations qui suivent devaient contribuer à l'élaboration de lignes directrices par exemple, il conviendrait que celles-ci prévoient une procédure de mise à jour régulière.

Les points n° 5, 6 et 7 portent respectivement sur les garanties qui doivent entourer en l'espèce le traitement des données sensibles définies par l'article 8 de la directive, et sur la nécessité de faciliter l'information et le droit d'accès des personnes.

6.2 LES PRECONISATIONS

1. La mise en place par les Etats membres d'une carte dans le secteur des soins de santé et/ou de sécurité sociale doit faciliter la libre circulation des personnes au sein de l'Union européenne, en permettant les séjours temporaires et l'accès aux soins et aux traitements requis par leur état de santé, ainsi que le versement des prestations de sécurité et d'assurance sociale, conformément notamment :

- aux dispositions du règlement CEE n° 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale, aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté ;
- aux dispositions de la directive 95/46/CE du 24 octobre 1995 relative à la protection des personnes physiques vis-à-vis du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de celles-ci.

Pour l'accomplissement de cet objectif, les cartes peuvent être mises en place en vue de poursuivre une ou plusieurs des finalités suivantes :

- la vérification de la qualité d'assuré social du porteur et de ses ayants-droits, la détermination des droits acquis ou en voie d'acquisition, ainsi que la prise en charge et le remboursement des frais engagés ;
- la maîtrise des dépenses de santé ;
- une fonction d'alerte médicale, par l'inscription d'une zone relative aux informations nécessaires en cas d'urgence ;
- une fonction de suivi médical, permettant d'améliorer la prise en charge thérapeutique.

2. Les Etats membres doivent prendre les mesure permettant d'éviter notamment que la carte santé et/ou de sécurité sociale soit utilisée à des fins autres que celles énumérées ci-dessus.

Il conviendrait en particulier d'éviter qu'elle ne soit utilisée dans un but de contrôle des personnes, excepté le contrôle nécessaire à la maîtrise de l'évolution des soins et/ou des dépenses.

En particulier, l'attention des Etats membres est attirée sur la nécessité d'éviter que la carte santé et/ou de sécurité sociale soit utilisée dans un but de contrôle politique et/ou social des personnes.

Dans cette perspective, l'intégration de données administratives, professionnelles, financières ou comportementales non nécessaires à la vérification des droits, à la maîtrise des dépenses ou à la prise en charge thérapeutique devront être considérées comme non pertinentes eu égard aux finalités légitimes du traitement.

De la même manière, l'accès aux données à des catégories de destinataires en-dehors du secteur des soins de santé ou de sécurité sociale devrait être proscrit.

3. Les Etats membres prennent les mesures permettant d'assurer que, pour chacune des fonctions énumérées ci-dessus à l'article 1, seules pourront être enregistrées les catégories de données suivantes:

a) Pour la fonction correspondant à la vérification de la qualité d'assuré social du porteur et de ses ayants-droits, la détermination des droits acquis ou en voie d'acquisition, ainsi que la prise en charge et le remboursement des frais engagés :

- nom, prénom,
- date de naissance,
- adresse,
- sexe,
- numéro d'affiliation ou d'immatriculation,
- date de départ de la validité, durée de validité,

- nom de l'organisme d'affiliation (code),
- numéro d'adhérent,
- centre de paiement (code et adresse),
- nom de l'organisme de paiement complémentaire,
- compte bancaire où doit être effectué le virement.

b) Pour la fonction correspondant à la maîtrise des dépenses de santé :

- les données administratives énumérées au point a) ci-dessus, en totalité ou en partie,
- le code de l'acte effectué,
- le code de la pathologie, et le décalage constaté en termes de coût par rapport à une éventuelle évaluation standard,

Si ces deux codes sont transmis avec l'identification du patient, ils devraient, pour permettre d'assurer la confidentialité des données, faire l'objet de flux de données séparés.

- le nom du praticien et/ou de l'établissement dispenseur de soins.

c) Pour la fonction correspondant à une fonction d'alerte médicale :

- les données administratives énumérées au point a) ci-dessus, en totalité ou en partie,
- les données médicales, biologiques et pharmaceutiques nécessaires en cas d'urgence, relatives :
 - . aux éléments d'historique,
 - . aux séjours en hôpital,
 - . aux examens réalisés,
 - aux médecins généralistes et/ou spécialistes,
 - au groupe sanguin,
 - au temps de coagulation,
 - aux allergies,
 - aux prescriptions,
 - à la délivrance de médicaments.

d) Pour la fonction correspondant à une fonction de suivi médical, permettant d'améliorer la prise en charge thérapeutique :

- les données administratives énumérées au point a) ci-dessus, en totalité ou en partie,
- les pathologies,
- les date et lieux d'hospitalisation,
- les médicaments prescrits,
- le coût du traitement,
- les périodes de suivi en ambulatoire,
- les analyses et examens prescrits,

- le nom des praticiens et des différents intervenants dans le suivi, qu'il s'agisse de professionnels de santé ou non (tels qu'éducateurs, assistantes sociales, associations de malades).

4. Les Etats membres prennent les mesures permettant d'assurer que chaque destinataire habilité à accéder aux données contenues dans la carte (personnels hospitaliers, médecins de ville, biologistes, infirmiers, pharmaciens, assureurs sociaux...) soit doté d'une carte d'habilitation pour accéder, selon son niveau d'autorisation et en fonction de ses attributions, au contenu des cartes qui lui seront présentées, ou encore pour enregistrer les données et pour les modifier.

A cet égard, les Etats membres déterminent les profils d'utilisateurs correspondant à des niveaux d'habilitation différenciés, et prévoient que seuls pourront être habilités à traiter des données à caractère personnel relatives à la santé, les praticiens de la santé soumis par le droit national ou par des réglementations arrêtées par les autorités nationales compétentes au secret professionnel, les personnes également soumises à une obligation de secret équivalente, ou les personnes chargées de la prise en charge et du remboursement des dépenses de santé, dans les limites de l'exercice de leurs fonctions respectives.

5. Les dérogations prévues par les Etats membres en application de l'article 8 paragraphe 4 de la directive, sous réserve de garanties appropriées et pour un motif d'intérêt public important, pour la mise en place d'une carte dans le secteur des soins de santé et/ou de sécurité sociale, ne peuvent porter que sur les données à caractère personnel relatives à la santé et à la vie sexuelle, et non sur les autres données prévues au paragraphe 1er de ce même article, susceptibles de révéler l'origine raciale ou ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques, ainsi que l'appartenance syndicale.

6. Les Etats membres prennent les mesures permettant d'assurer l'information des personnes.

Cette information doit porter au moins sur :

- l'identité du responsable du traitement et, le cas échéant, de son représentant ;
- les finalités auxquelles la carte est destinée ;
- les destinataires ou catégories de destinataires des données ;
- les catégories de données relativement auxquelles les personnes disposent d'un accès direct et celles accessibles uniquement par l'intermédiaire d'un professionnel de santé ;
- les modalités pratiques d'exercice du droit d'accès et de rectification et notamment si celui-ci peut être exercé par l'intermédiaire de bornes télématiques, ainsi que l'indication de l'emplacement de celles-ci.

7. Les Etats membres prennent les mesures permettant de faciliter le droit d'accès du porteur au sujet duquel des données à caractère personnel sont enregistrées, par la mise en place d'un nombre suffisant de lecteurs de cartes, tels que des bornes télématiques, permettant la consultation directe des données à caractère personnel concernées, installés dans des endroits facilement accessibles ; à cet effet, les Etats membres prévoient la mise en place de mesures permettant l'identification du porteur de la carte, afin de garantir la confidentialité des données ; ils peuvent également si cela est nécessaire réserver les possibilités d'accès direct du porteur aux données administratives et à certaines données de santé, les autres données n'étant accessibles que par le professionnel de santé ou par son intermédiaire.

LISTE D'ANNEXES N° 1

1°) Liste des programmes IDA

2°) Résolution du Parlement européen sur la carte santé européenne, avril 1996.

3°) Avis de la Chambre d'Enregistrement néerlandaise sur la carte de soins médicaux, octobre 1995.

4°) Lettre de l'Agence de protection des données espagnole au Secrétaire Générale pour la sécurité sociale du ministère de Travail et de la Sécurité Sociale, relative à la mise en oeuvre d'une carte de sécurité sociale dotée d'un microprocesseur, en date du 16 janvier 1996.

5°) Extrait du 16ème rapport d'activité de la Commission Nationale de l'Informatique et des libertés française, délibération du 10 janvier 1995 portant avis notamment sur l'adaptation de la télé mise à jour des droits de sécurité sociale au projet SANTAL.

6°) Texte de l'intervention de Madame Franceline FERY-SANGARE, CNAVTS-France, à la conférence TESS, Newcastle-Royaume-Uni, 26 au 28 janvier 1996 : « Sécurité sociale et EDIFACT : une stratégie gagnant gagnant ».

7°) Extrait du rapport du Centre interdisciplinaire sur le droit et les technologies de l'information de l'université de Louvain (« Legal aspects of the Interchange of Data between Administrations » ICRI-K.U. LEUVEN, février 1996, relatif au droit d'accès.

8°) Décret n° 97-20 du 14 janvier 1997 portant création en France d'un Conseil supérieur des systèmes d'informations de santé.

9°) Articles parus dans « PC aktuell », juin 1996, relatifs aux cartes et projets de cartes en Allemagne :

- « PKV-Card am Start »,
- « Behutsamer Beginn »,
- « DIABCARD, CARDLINK and Eurocard »,
- « Vitalcard ».

10°) Projet de loi italien sur l'institution d'une carte santé personnelle (texte en date du 06/07/1995).

11°) Supplément spécial au magazine « Medicia e informatica », avril/mai/juin 1994, consacré au « Follow-up System » italien.

12°) Dossier de presse : « SESAM VITALE » sur l'intégration des systèmes cartes santé-sociales dans le poste de travail des professionnels de santé (04/07/1996).

13°) Extrait du dictionnaire permanent bioéthique et biotechnologie, 1er juillet 1996 : « Agence européenne du médicament.

14°) MEDUC : introduction messages EDI.

15°) Convention du Conseil de l'Europe sur les droits de l'homme et la biomédecine, 19 novembre 1996.

16°) Article 64 de la loi 2084/1992 grecque concernant la carte de sécurité sociale et lettre de Madame SAGRIOTOU.

17°) Loi espagnole n° 230 du 28 décembre 1963 (« Ley general tributaria »), organisant la transmission des données des administrations à l'administration fiscale (article 112).

18°) Loi de finance espagnole n° 42 du 30 décembre 1994 organisant la transmission des informations des administrations vers l'administration de sécurité sociale (articles 31 et 36).

LISTE D'ANNEXES N° 2

1°) Questionnaire établi par le Cabinet Alain BENSOUSSAN en août 1996 sur la mise en place et sur les projets de cartes santé ou sécurité sociale dans l'Union européenne :

- en français,
- en anglais.

2°) Réponses aux questionnaires adressés par :

- la Belgique (15/10/1996),
- la Finlande (16/10/1996),
- la Grèce (25/10/1996),
- le Danemark (26/10/1996),
- la France (04/11/1996),
- l'Espagne (12/11/1996),
- l'Irlande (14/11/1996),
- le Portugal (26/11/1996),
- la Hollande (29/11/1996).

3°) Tableau synthétique des réponses aux questionnaires.

Les ANNEXES ne sont pas incluses

Commission européenne

IDA — Protection des données — Secteurs de la santé et de la sécurité sociale

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes

1999 — II, 156 p. — 17,6 x 25 cm

ISBN 92-828-4303-3

Prix au Luxembourg (TVA exclue): EUR 7

BELGIQUE/BELGIE

Jean De Lannoy
Avenue du Roi 202/Koningslaan 202
B-1190 Bruxelles/Brussel
Tél (32-2) 538 43 06
Fax (32-2) 538 08 41
E-mail jean.de.lannoy@infoboard.be
URL: http://www.jean-de-lannoy.be

La librairie européenne/De Europese Boekhandel
Rue de la Loi 244/Welstraat 244
B-1040 Bruxelles/Brussel
Tél (32-2) 295 26 39
Fax (32-2) 735 08 60
E-mail mail@libeurop.be
URL: http://www.libeurop.be

Moniteur belge/Beigisch Staatsblad
Rue de Louvain 40-42/Leuvenseweg 40-42
B-1000 Bruxelles/Brussel
Tél (32-2) 552 22 11
Fax (32-2) 511 01 84

DANMARK

J. H. Schultz Information A/S
Herstedvang 10-12
DK-2620 Albertslund
TH (45) 43 63 23 00
Fax (45) 43 63 19 89
E-mail schultz@schultz.dk
URL: http://www.schultz.dk

DEUTSCHLAND

Bundesanzeiger Verlag GmbH
Vertriebsabteilung
Amsterdamer Straße 192
D-50735 Köln
Tel (49-221) 97 66 80
Fax (49-221) 97 66 82 78
E-Mail: Vertrieb@bundesanzeiger.de
URL: http://www.bundesanzeiger.de

ΕΛΛΑΔΑ/GREECE

G. C. Eleftheroudakis SA
International Bookstore
Panepistimiou 17
GR-10564 Athina
Tel (30-1) 331 41 80/1/2/3/4/5
Fax (30-1) 323 98 21
E-mail: elebooks@netor.gr

ESPAÑA

Boletín Oficial del Estado
Trafalgar, 27
E-28071 Madrid
Tel (34) 915 38 21 11 (Libros).
913 84 17 15 (Suscrip.)
Fax (34) 915 38 21 21 (Libros).
913 84 17 14 (Suscrip.)
E-mail: clientes@com boe.es
URL: http://www.boe.es

Mundi Prensa Libros, SA

Castelló, 37
E-28001 Madrid
Tel (34) 914 36 37 00
Fax (34) 915 75 39 93
E-mail: librena@mundiprensa.es
URL: http://www.mundiprensa.com

FRANCE

Journal officiel
Service des publications des CE
26, rue Desaix
F-75727 Paris Cedex 15
Tél (33) 140 58 77 31
Fax (33) 140 58 77 00

IRELAND

Government Supplies Agency
Publications Section
4-5 Harcourt Road
Dublin 2
Tel (353-1) 661 31 11
Fax (353-1) 475 27 60
E-mail: opw@iol.ie

ITALIA

Licosa SpA
Via Duca di Calabria, 1/1
Casella postale 552
I-50125 Firenze
Tel (39-55) 064 54 15
Fax (39-55) 064 12 57
E-mail: licosa@ftboc.it
URL: http://www.ftboc.it/licosa

LUXEMBOURG

Messageries du livre SARL
5, rue Raiffeisen
L-2411 Luxembourg
Tel (352) 40 10 20
Fax (352) 49 06 61
E-mail: mdl@pt.lu
URL: http://www.mdl.lu

Abonnements:

Messageries Paul Kraus
11, rue Christophe Plantin
L-2339 Luxembourg
Tel (352) 49 98 88-8
Fax (352) 49 98 88-444
E-mail: mpk@pt.lu
URL: http://www.mpk.lu

NETHERLAND

SDU Servicecentrum Uitgevers
Christoffel Plantijnstraat 2
Postbus 20014
2500 EA Den Haag
Tel (31-70) 378 98 80
Fax (31-70) 378 97 83
E-mail: sdu@sdul.nl
URL: http://www.sdu.nl

ÖSTERREICH

**Manzsche Verlags- und
Universitätsbuchhandlung GmbH**
Kohlmarkt 16
A-1014 Wien
Tel (43-1) 53 16 11 00
Fax (43-1) 53 16 11 67
E-Mail: bestellen@manz.co.at
URL: http://www.austria.eu.net/81/manz

PORTUGAL

Distribuidora de Livros Bertrand Ld.ª
Grupo Bertrand, SA
Rua das Terras dos Vales, 4-A
Apartado 60037
P-2700 Amadora
Tel (351-1) 495 90 50
Fax (351-1) 496 02 55

Imprensa Nacional-Casa da Moeda, EP
Rua Marquês Sá da Bandeira, 16-A
P-1050 Lisboa Codex
Tel (351-1) 353 03 99
Fax (351-1) 353 02 94
E-mail: del.incm@mail.telepac.pt
URL: http://www.incm.pt

SUOMI/FINLAND

**Akateeminen Kirjakauppa/Akademiska
Bokhandeln**
Keskuskatu 1/Centralgatan 1
PL/PB 128
FIN-00101 Helsinki/Helsingfors
P:fn (358-9) 121 44 18
F:fax (358-9) 121 44 35
Sähköposti: akatilaus@akateeminen.com
URL: http://www.akateeminen.com

SVERIGE

BTJ AB

Traktorvägen 11
S-221 82 Lund
Tfn (46-46) 18 00 00
Fax (46-46) 30 79 47
E-post: btjeu-pub@btj.se
URL: http://www.btj.se

UNITED KINGDOM

The Stationery Office Ltd
International Sales Agency
51 Nine Elms Lane
London SW8 5DR
Tel. (44-171) 873 90 90
Fax (44-171) 873 84 63
E-mail: ipa.enquiries@theso.co.uk
URL: http://www.theso.co.uk

ÍSLAND

Bokabud Larusar Blóndal
Skólavörðustíg, 2
IS-101 Reykjavík
Tel (354) 551 56 50
Fax (354) 552 55 60

NORGE

Swets Norge AS
Ostenjoveien 18
Boks 6512 Etterstad
N-0606 Oslo
Tel (47-22) 97 45 00
Fax (47-22) 97 45 45

SCHWEIZ/SUISSE/SVIZZERA

Euro Info Center Schweiz
c/o OSEC
Stampfenbachstraße 85
PF 492
CH-8005 Zurich
Tel (41-1) 365 53 15
Fax (41-1) 365 54 11
E-mail: eics@osec.ch
URL: http://www.osec.ch/eics

BÁLGARÍA

Europress Euromedia Ltd
59, blvd Vitoshka
BG-1000 Sofia
Tel (359-2) 980 37 66
Fax (359-2) 980 42 30
E-mail: Milena@mbocx.cit.bg

ČESKÁ REPUBLIKA

ÚSIS

NIS-prodejna
Havelská 22
CZ-130 00 Praha 3
Tel (420-2) 24 23 14 86
Fax (420-2) 24 23 11 14
E-mail: nkipos@dec.nis.cz
URL: http://ussr.cz

CYPRUS

Cyprus Chamber of Commerce and Industry
PO Box 1455
CY-1509 Nicosia
Tel (357-2) 66 95 00
Fax (357-2) 66 10 44
E-mail: info@ccci.org.cy

ΕΕΣΤΙ

**Estli Kaubandus-Toostuskoda (Estonian
Chamber of Commerce and Industry)**
Toom-Kooli 17
EE-0001 Tallinn
Tel (372) 646 02 44
Fax (372) 646 02 45
E-mail: enfo@koda.ee
URL: http://www.koda.ee

HRVATSKA

Mediatrade Ltd
Pavia Hatza 1
HR-10000 Zagreb
Tel (385-1) 43 03 92
Fax (385-1) 43 03 92

MAGYARORSZAG

Euro Info Service
Európa Ház
Margitsziget
PO Box 475
H-1396 Budapest 62
Tel (36-1) 350 80 25
Fax (36-1) 350 90 32
E-mail: euroinfo@mail.matahv.hu
URL: http://www.euroinfo.hu/index.htm

MALTA

Millier Distributors Ltd
Malta International Airport
PO Box 25
Luqa LOA 05
Tel (356) 66 44 88
Fax (356) 67 67 99
E-mail: gwirth@usa.net

POLSKA

Ars Polona
Krakowskie Przedmiescie 7
Skł pocztowa 1001
PL-00-950 Warszawa
Tel (48-22) 826 12 01
Fax (48-22) 826 62 40
E-mail: ars_pol@bevy.hsn.com.pl

ROMÂNIA

Euromedia
Str G-ral Berthelot Nr 41
RO-70749 Bucuresti
Tel (40-1) 315 44 03
Fax (40-1) 315 44 03

RUSSIA

CEEC
60-Ietnya Oktyabrya Av 9
117312 Moscow
Tel (7-095) 135 52 27
Fax (7-095) 135 52 27

SLOVAKIA

Centrum VTI SR
Nám Slobody, 19
SK-81223 Bratislava
Tel (421-7) 531 53 64
Fax (421-7) 531 83 64
E-mail: europ@ibb1.sltk.stuba.sk
URL: http://www.sltk.stuba.sk

SLOVENIA

Gospodarski Vestnik
Dunajska cesta 5
SLO-1000 Ljubljana
Tel (386) 61 33 03 54
Fax (386) 61 33 91 28
E-mail: europ@gvestnik.si
URL: http://www.gvestnik.si

TURKIYE

Dünya Infotel AS
100, Yıl Mahallesi 34440
TR-80050 Bagclar-Istanbul
Tel (90-212) 629 48 89
Fax (90-212) 629 46 27
E-mail: infotel@dunya-gazete.com.tr

AUSTRALIA

Hunter Publications
PO Box 404
3067 Abbotsford, Victoria
Tel (61-3) 94 17 53 61
Fax (61-3) 94 17 51 54
E-mail: jpdavies@ozemail.com.au

CANADA

Les éditions La Liberté Inc.
3020, chemin Sainte-Foy
G1X 3V Sainte-Foy, Québec
Tel (1-418) 658 37 63
Fax (1-800) 567 54 49
E-mail: liberte@mediom.qc.ca

Renouf Publishing Co. Ltd
5369 Chemin Canotek Road Unit 1
K1J 9U3 Ottawa, Ontario
Tel (1-613) 745 26 65
Fax (1-613) 745 76 60
E-mail: order.dept@renoufbooks.com
URL: http://www.renoufbooks.com

EGYPT

The Middle East Observer
41 Sherif Street
Cairo
Tel (20-2) 393 97 32
Fax (20-2) 393 97 32
E-mail: order_book@meobserver.com.eg
URL: www.meobserver.com.eg

INDIA

EBIC India
3rd Floor, Y. B. Chavan Centre
Gen J. Bhosale Marg
400 021 Mumbai
Tel (91-22) 282 60 64
Fax (91-22) 285 45 64
E-mail: ebic@gasbm01.vsnl.net.in
URL: http://www.ebicindia.com

ISRAEL

ROY International

41, Mishmar Hayarden Street
PO Box 13056
61130 Tel Aviv
Tel (972-3) 649 94 69
Fax (972-3) 648 60 39
E-mail: royil@netvision.net.il
Sub-agent for the Palestinian Authority

Index Information Services

PO Box 19502
Jerusalem
Tel (972-2) 627 16 34
Fax (972-2) 627 12 19

JAPAN

PSI-Japan

Asahi Sanbancho Plaza #206
7-1 Sanbancho, Chiyoda-ku
Tokyo 102
Tel (81-3) 32 34 69 21
Fax (81-3) 32 34 69 15
E-mail: books@psi-japan.co.jp
URL: http://www.psi-japan.com

MALAYSIA

EBIC Malaysia

Level 7, Wisma Hong Leong
18, Jalan Perak
50450 Kuala Lumpur
Tel (60-3) 262 62 98
Fax (60-3) 262 61 98
E-mail: ebic-kl@mol.net.my

PHILIPPINES

EBIC Philippines

19th Floor, PS Bank Tower
Sen Gil J. Puyat Ave cor Tindalo St
Makati City
Metro Manila
Tel (63-2) 759 66 80
Fax (63-2) 759 66 90
E-mail: ecpccom@globe.com.ph
URL: http://www.ecpc.com

SOUTH KOREA

Information Centre for Europe (ICE)

204 Woo Sol Parktel
395-185 Seogyo Dong, Mapo Ku
121-210 Seoul
Tel (82-2) 322 53 03
Fax (82-2) 322 53 14
E-mail: euroinfo@shnbro.com

THAILAND

EBIC Thailand

29 Vanissa Building, 8th Floor
Soo Chidlom
Ploenchit
10330 Bangkok
Tel (66-2) 655 06 27
Fax (66-2) 655 06 28
E-mail: ebicbkk@ksc15.th.com
URL: http://www.ebicbkk.org

UNITED STATES OF AMERICA

Bernan Associates

4611-F Assembly Drive
Lanham MD20706
Tel (1-800) 274 44 47 (toll free telephone)
Fax (1-800) 865 34 50 (toll free fax)
E-mail: query@bernan.com
URL: http://www.bernan.com

**ANDERE LANDER/OTHER COUNTRIES/
AUTRES PAYS**

**Bitte wenden Sie sich an ein Büro Ihrer
Wahl / Please contact the sales office of
your choice / Veuillez vous adresser
au bureau de vente de votre choix**

Prix au Luxembourg (TVA exclue): EUR 7



OFFICE DES PUBLICATIONS OFFICIELLES
DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES

L-2985 Luxembourg

ISBN 92-828-4303-3



9 789282 843031 >