| Texte | Commentaire |
| --- | --- |
| 1.4. DECISION  Le NIR 1 (ou numéro de sécurité sociale) devient l'INS (Identifiant National de Santé ), par le décret n°2017-412 du 27 mars 2017 2 après avis de la CNIL 3  numéro unique d’identification de santé. | *(des pb. de numérotation des § de cette section et le document)*  Attention à cette formulation : on ne peut pas dire que le NIR « devient l’INS », c’est plutôt l’INS qui va prendre (dans la très grande majorité des cas) la valeur du NIR.  Ces 2 objets (INS et NIR) seront toujours présents dans les SI de santé.  Le référentiel propose une bonne définition des termes INS (pour identifier les données de santé) et NIR (pour les autres usages : remboursement…). |
| 1.6. SITUATIONS D’UTILISATION | Le référentiel pourrait utilement rappeler (informatif) que le cadre juridique de l’identification des patients ne se limite pas au décret INS. Par exemple, dans le cadre des GHT, l’unicité de l’identification des patients est également imposée.  *NB : ce pourrait être également repris dans des documents d’accompagnement du référentiel.* |
| 1.7.1. Pour les professionnels de soins  Accès :   * A partir de l’attestation de droit papier délivrée par l’assurance maladie. * Par lecture électronique de la carte vitale des assurés : 77% des usagers. * - Pour les personnes ne disposant pas de NIR, ou si carte vitale inaccessible, ou si traits d’identification différents : utilisation du numéro identifiant d'attente (NIA) comme INS, via un téléservice INS de la CNAM de recherche et de vérification de l’identifiant de santé. | Les différentes modalités évoquées pour la récupération du « NIR en tant qu’INS » amènent quelques questions :   * La fiabilité de l’information obtenue varie selon les supports (ex : aucune exigence de contrôle de la validité de la carte Vitale n’est posée) * Les formats des traits d’identité pourraient varier selon les sources (on ne sait pas, le document ne donne pas de détail) * Un établissement pourrait souhaiter réutiliser les NIR et autres données (fiables) déjà présents dans ses logiciels pour interroger le téléservice INS : le document n’évoque pas cette possibilité, voire souhaite l’exclure ? |
| 1.7.2. Au niveau technique  …  Possibilité, sans obligation, de remplacer les champs existants dans les SIS :   * L’INS peut remplacer l’identifiant local, dit l’IPP local. | Cette formulation, dans le référentiel, peut prêter à interprétation.  Elle pourrait même apparaître contradictoire avec l’obligation réglementaire d’utiliser l’INS et de ne plus utiliser d’identifiant local (sans oublier l’unicité de l’identifiant dans le cas des GHT). |
| 1.7.2. Au niveau technique  …  Pas d’obligation de déclaration CNIL. | Oui, pour le référencement INS.  Pour les autres traitements, les établissements sont toujours soumis aux obligations I&L (actuelles, modifiées dans la future loi conformément au RGPD). |
| 1.7.2. Au niveau technique  …  L’historique des INS d’une personne doit être conservé (conservation des INS éventuels successifs d’une personne, NIA puis NIR ou plus rarement changement de sexe). | Il faut également prévoir le cas de changement de NIR du fait de modification à l’Etat Civil (donc dans le SNGI).  Le référentiel ne donne pas de règle de gestion sur ce point. |
| 1.7.3. Au niveau opérationnel  …  A période régulière (délai paramétrable par le responsable de traitement), lorsque l’usager se présente à l’accueil, les téléservices doivent être rappelés pour contrôler l’INS et les traits d’identité de l’usager. | Le référentiel indique que les téléservices INS sont interrogeables sans Carte Vitale (donc en dehors de la présence du patient).  On ne comprend pas alors la limitation donnée ici. Pourquoi ne pas autoriser un établissement à vérifier des INS, régulièrement ou pas, en dehors de la présence du patient ?  De même, on comprend qu’un établissement peur récupérer des INS par interrogation des téléservices en dehors de la présence du patient (même si la lecture Vitale est indiqué comme « prioritaire »). Cela semble souhaitable car il existe de nombreux cas où un établissement pourra avoir besoin de connaître / vérifier l’INS sans le patient (ex : un CH en situation de recours, pour la télémédecine, etc.).  Au final, on n’arrive pas bien à préciser les conditions d’utilisation du téléservice INS par un établissement et donc les modalités de déploiement de l’INS.  *Ce point rejoint en partie la question 7 dans le § Points durs.* |

| THEME | CONTRIBUTION |
| --- | --- |
| Pourriez-vous réfléchir aux réponses aux questions suivantes : |  |
| 1. Quelles sont les données concernées par l’utilisation de l’INS ? | Le décret est clair : toutes les « données de santé » doivent être référencées par l’INS dès lors qu’on entre dans le cadre prévu par le décret (prise en charge à des fins sanitaires ou médico- sociales) (acte diagnostique, thérapeutique, de prévention, de soulagement de la douleur, de compensation du handicap ou de prévention de la perte d’autonomie, ou d’interventions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes). Donc pas pour la recherche (par exemple).  La définition du donnée de santé est explicite avec le RGPD. |
| 2. Quels sont les professionnels concernés et ceux non concernés l’utilisation de l’INS ? | Le décret est là aussi relativement clair, le référentiel explicite : sur ce qu’est une donnée de santé, sur les professionnels habilités à référencer des données avec l’INS (*R. 1111-8-3)*.  Une fois le référencement effectué, les utilisateurs autorisés du SI contenant les données référencées par l’INS (R1111-8-4 : finalité exclusivement sanitaire ou médico-sociale, y compris les fonctions nécessaires pour assurer le suivi social ou la gestion administrative des personnes prises en charge + conformité I&L)) |
| 3. Que signifie précisément « se servir » de l’INS ? | Ce doit être précisé en effet.  Si on se fie au décret : utiliser l’INS pour référencer, c’est-à-dire comme identifiant pour accéder aux données (sauf impossibilité). |
| 4. Comment utiliser l’INS à la fois pour les données de santé protégées par la loi et les données de soins ou sociales moins protégées ? | Dès lors qu’une donnée a le statut de donnée de santé (cf. définition RGPD / prochaine Loi I&L) (cf. référentiel qui précise également ce point), elle a un statut juridique selon la finalité du traitement (soin, administration du soin, prise en charge, etc.). Et l’INS doit être utilisé dès lors qu’on est sur une des finalités prévues au décret (prise en charge à des fins sanitaires ou médico- sociales) (acte diagnostique, thérapeutique, de prévention, de soulagement de la douleur, de compensation du handicap ou de prévention de la perte d’autonomie, ou d’interventions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes). |
| 5. Une utilisation « sous conditions » de l’INS est-elle envisageable voire nécessaire ? | Les conditions sont celles du décret et reprises dans le référentiel : la finalité, les utilisateurs, la possibilité d’obtenir le NIR ou NIA. |
| 6. Comment les acteurs du social (par exemple) peuvent-ils récupérer et saisir les données gérées au travers de l’INS, alors qu’ils n’ont pas toujours accès à la carte Vitale du patient ? | Cette question se pose également pour les acteurs de soins : hôpital en situation de recours, télémédecine, laboratoire de biologie, etc.  Il serait certainement pertinent qu’un acteur puisse interroger le téléservice INS (le référentiel indique que le téléservice n’est pas sécurisé par la carte Vitale). |
| 7. Que signifie object connecté non géré par l’ES ? | Un équipement produisant des données (de santé), proposé par un fournisseur, sur lequel l’établissement n’a pas la main pour faire évoluer le logiciel. |
| 8. En pratique, comment implémenter l’INS sur un objet connecté ? Carte vitale, accès aux téléservices… | Question à régler par le fournisseur.  Si un objet (ou une application) ne peut intégrer l’INS et doit malgré tout identifier le patient, il faut trouver un moyen de contournement (un « identifiant local » pour reprendre la terminologie de l’ASIP Santé). |
| Les aspects juridiques : | - |
| 9. Si les données ne sont pas stockées dans l’établissement, imposer d’être HDS ? | HDS s’impose pour un établissement en cas d’externalisation d’un SI ou en cas d’hébergement de données de patients pris en charge dans d’autres établissements (au sens entités juridiques différentes).  Une base contenant des identifiants de plusieurs établissements doit être hébergée en HDS. |
| 10. Que faut-il imposer aux industriels fournisseurs d’objets connectés disposant de leur propres bdd ? Des déclarations CNIL ? | Implémenter l’INS  Conformité à RGPD / prochaine loi I&L.  HDS si concernés  Conformité au cadre d’interopérabilité et référentiels de sécurité lorsqu’ils seront opposables  Etc. |
| 11. Lien avec le RGDP ? | Tout traitement de donnée personnelle doit être conforme à I&L actuellement, et devra l’être avec la prochaine loi I&L qui sera votée pour reprendre et préciser le RGPD. |
| 12. Faut-il un dispositif d’authentification forte pour récupérer l’INS du patient si l’on n’est pas professionnel de santé ? | Les référentiels de l’ASIP Santé s’appliqueront aux SI de santé et comme rappelé dans le référentiel imposeront (ils ne sont pas encore « opposables »), pour l’authentification des accès des professionnels les paliers 2 ou 3 selon les cas (donc authentification forte).  Question : est-ce toujours possible / réaliste dans l’état actuel des SI de santé ?  Le téléservice INS : en attente des spécifications |
| 13. Quels sont les droits et possibilités offertes au patient pour l'accès à ses données ? | Rien de changé avec la loi I&L actuelle : droit d’accès, rectification…  La prochaine loi I&L, qui reprendra le RGPD, va ajouter des droits pour les citoyens (donc aux patients) : oubli, portabilité, etc. |