

Ce document vous est offert par
la Banque Carrefour de la sécurité sociale.

Il peut être diffusé librement, à condition de
mentionner la source et l'URL

**Banque Carrefour
de la
Sécurité Sociale**

Chaussée Saint-Pierre 375
B-1040 BRUXELLES

Tél: +32 2 741 83 11
Fax: +32 2 741 83 00

DELIBERATION N° 03/67 DU 17 JUIN 2003 RELATIVE A LA COMMUNICATION DE DONNEES SOCIALES A CARACTERE PERSONNEL ENTRE LE FONDS DES MALADIES PROFESSIONNELLES ET LES ORGANISMES ASSUREURS VIA CARENET

Vu la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale, notamment l'article 15, alinéa 1^{er} ;

Vu la demande du Fonds des Maladies Professionnelles du 15 avril 2003;

Vu le rapport d'auditorat de la Banque-carrefour du 16 avril 2003;

Vu le rapport de Monsieur Foulek Ringelheim.

1. OBJET DE LA DEMANDE

1.1. Introduction

A l'heure actuelle, des données sociales à caractère personnel sont déjà échangées entre le FMP et les organismes assureurs sur support papier :

- les organismes assureurs reçoivent du FMP une copie de l'accusé de réception de la demande ;
- à l'occasion de la convocation à l'examen médical, les organismes assureurs communiquent au FMP les éventuelles périodes d'incapacité temporaire de travail qui sont liées à la maladie professionnelle ;
- pour les dossiers du système ouvert, les organismes assureurs transmettent des certificats médicaux à la demande du FMP (dans des cas exceptionnels, à savoir dans le cas de périodes d'incapacité de travail de plus de soixante jours, ces certificats sont aussi transmis pour les dossiers du système liste) ;
- en cas de demande par les ayants droit de l'intéressé entre temps décédé, le FMP doit savoir à quelle personne les organismes assureurs ont payé l'allocation pour frais funéraires ;
- en cas de demande d'écartement de travailleuses enceintes, les organismes assureurs communiquent l'éventuelle date de naissance prématurée ou de fausse couche au FMP.

A l'avenir, le FMP et les organismes assureurs souhaitent échanger ces données sociales à caractère personnel, de manière électronique, via le réseau CARENET – il s'agit du réseau de télécommunication reliant les acteurs du secteur des soins de santé (hôpitaux, prestataires de soins, organismes assureurs, ...) (voir l'avis n°01/11 du 11 décembre 2001 du Comité de Surveillance) – et le CIN, après contrôle (intégration dans le répertoire des références) et

approbation (application d'un système de jetons) par la Banque Carrefour. Le réseau Carenet est financé et géré par les organismes assureurs.

L'échange fera l'objet de mesures techniques appropriées, qui doivent garantir une protection optimale des données sociales à caractère personnel – et l'intégrité de la vie privée des assurés sociaux auxquels ces données se rapportent. Un système d'encryptage asymétrique est prévu.

Étant donné que la communication porte aussi sur des données sociales à caractère personnel, une attention particulière est consacrée aux dispositions légales et réglementaires en matière de traitement de ce type de données, en particulier à l'article 7 de la loi du 8 décembre 1992 *relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel* et à l'article 26 de la loi du 15 janvier 1990 *relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale*. Conformément à l'article 7 de la loi du 8 décembre 1992, les données sociales à caractère personnel relatives à la santé peuvent notamment être traitées « *lorsque le traitement est nécessaire à la réalisation d'une finalité fixée par ou en vertu de la loi, en vue de l'application de la sécurité sociale* ». Conformément à l'article 26 de la loi du 15 janvier 1990, l'échange de données sociales à caractère personnel relatives à la santé s'effectue sous la surveillance et la responsabilité d'un médecin (§ 1^{er}), les personnes physiques qui peuvent consulter ou modifier les données sont désignées nominativement et leur identité est conservée dans un registre (§ 2) et des codes individuels d'accès et de compétence sont accordés (§ 3).

Les échanges précités de données sociales à caractère personnel entre le FMP et les organismes assureurs n'interviendraient *provisoirement* pas à l'intervention de la Banque Carrefour mais bien via CARENET. Néanmoins, la Banque Carrefour exercera sa tâche de contrôle dès le début au moyen de l'octroi d'un « jeton » à toute communication (voir infra).

1.2. Communication de données sociales à caractère personnel par les organismes assureurs au Fonds des maladies professionnelles

En vertu de l'article 52 des lois *relatives à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles*, coordonnées le 3 juin 1970, le FMP statue sur toutes demandes de réparation qui lui sont adressées. Le FMP souhaite disposer des données sociales à caractère personnel qui sont disponibles auprès des organismes assureurs, sur supports électroniques, en vue de traiter, de compléter et/ou de contrôler les demandes de réparation qui ont été introduites conformément à l'arrêté royal du 26 septembre 1996 *déterminant la manière dont sont introduites et instruites par le Fonds des maladies professionnelles les demandes de réparation et de révision des indemnités acquises*. L'article 11 de cet arrêté royal dispose que, dans le cadre de son instruction, le FMP peut prendre toutes les mesures nécessaires et solliciter des renseignements complémentaires ; en vertu de l'article 13 du même arrêté royal, lorsque le FMP prend une décision, il ne doit tenir compte que des éléments portés à sa connaissance au plus tard le jour du dernier examen médical qu'il a effectué ou fait effectuer.

Par ailleurs, le FMP est obligé, en application de l'arrêté royal du 8 avril 2002 *portant exécution, pour l'assurance maladies professionnelles dans le secteur privé, de l'article 10 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer " la charte " de l'assuré social*, de statuer, au plus tard, dans les huit mois de la réception d'une demande. A partir du 1^{er} janvier 2004, ce délai de décision par le

FMP sera réduit à quatre mois. Dès lors, le FMP doit pouvoir recueillir en temps utile et de sa propre initiative tous les renseignements manquants – notamment en ce qui concerne les périodes d'incapacité de travail – afin de pouvoir évaluer, sur la base d'un dossier complet, les droits de l'assuré social concerné.

La loi du 29 juillet 1991 *relative à la motivation formelle des actes administratifs* oblige par ailleurs le FMP à motiver tout acte administratif en fait et en droit.

Le FMP doit pouvoir disposer de données sociales à caractère personnel détenues par les organismes assureurs afin de pouvoir répondre aux deux lois précitées et, plus précisément, afin de pouvoir garantir une application correcte de la législation sur la sécurité sociale.

La communication de données sociales à caractère personnel par les organismes assureurs au FMP a lieu chaque fois que le FMP reçoit et examine une demande de réparation d'une maladie professionnelle. Il s'agit des demandes visées aux articles 30 (système de liste), 30bis (système ouvert) et 31 (éléments du dommage) des lois relatives à la *réparation des dommages résultant des maladies professionnelles*, coordonnées le 3 juin 1970.

Tout d'abord, le FMP communique à l'aide du message A900, chaque fois qu'elle signale la réception d'une demande, les données sociales à caractère personnel suivantes aux organismes assureurs, à l'intervention de CARENET et du CIN, après accord de la Banque Carrefour : l'identité de l'intéressé (NISS), le numéro du jeton, la date de demande de réparation, la date de réception de la demande de réparation, la nature de la demande de réparation, la catégorie de la demande de réparation, le code de la pathologie, le code liste des maladies professionnelles (ce code renvoie aux maladies professionnelles mentionnées dans l'arrêté royal du 28 mars 1969 *dressant la liste des maladies professionnelles donnant lieu à réparation et fixant les critères auxquels doit répondre l'exposition au risque professionnel pour certaines d'entre elles*), le code OMS (il s'agit du code ICD ; ICD étant l'abréviation de « International Classification of Diseases ») et, en cas de demande d'écartement en raison de grossesse, la date présumée de l'accouchement et les dates de début et de fin de l'écartement temporaire du travail en raison de grossesse.

Ensuite, les organismes assureurs communiquent les données sociales à caractère personnel suivantes au FMP, à l'aide du message électronique A901 : l'identité de l'intéressé (NISS), le numéro du jeton, la (les) période(s) d'incapacité de travail (en rapport ou non avec la maladie professionnelle), la réponse aux demandes d'information, texte libre, des informations éventuelles en rapport avec la grossesse (date de la naissance prématurée, date de la fausse couche, communication d'une grossesse multiple, ...) le code de la pathologie, le code liste des maladies professionnelles, le code OMS, le rapport médical, l'attestation d'incapacité de travail et d'autres documents significatifs.

Par ailleurs, les organismes assureurs communiquent au FMP, en cas de décès de l'intéressé (lorsque la demande est introduite par un ayant droit), les données d'identification (NISS) de la personne à laquelle ils ont remboursé des frais funéraires ainsi que le montant de l'allocation pour frais funéraires. Cette communication se fait également à l'aide du message A901.

Enfin, l'organisme assureur compétent est averti à l'aide du message électronique A902 (communication de la date de l'examen médical) de la planification d'un examen médical par le FMP et est invité à suivre le dossier.

1.3. Communication de données sociales à caractère personnel par le Fonds des maladies professionnelles aux organismes assureurs

Le Fonds des maladies professionnelles est notamment chargé, en vertu des lois *relatives à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles*, coordonnées le 3 juin 1970, de payer des indemnités pour maladies professionnelles (voir les articles 2, 6 et 31). Le travailleur qui reçoit certains avantages ou indemnités de la part du FMP, ne peut, sur la base de la loi *relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994*, prétendre à aucune indemnité ou allocation qui se rapporte au même dommage ou aux mêmes périodes d'indemnisation (article 103, § 1^{er}). Les organismes assureurs peuvent cependant effectuer des paiements provisoires dans l'attente de la décision du FMP (article 103, § 3, alinéa 1^{er}) et ils sont subrogés au bénéficiaire (article 103, § 3, alinéa 2). En vertu de l'article 241 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 *portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994*, le titulaire peut prétendre à l'indemnité d'incapacité de travail, quand il a droit à l'un des avantages énumérés à l'article 103, § 1^{er}, de la loi coordonnée ou en attendant qu'il reçoive l'un de ces avantages, à condition qu'il informe son organisme assureur de tout élément de nature à établir son droit et de toute action engagée ou autre procédure en vue d'obtenir cet avantage.

En vertu de l'article 136, § 2, alinéa 6, de la loi coordonnée, le FMP est obligé d'avertir les organismes assureurs de son intention d'indemniser le bénéficiaire. Le FMP s'acquitte de cette obligation en transmettant une copie de la décision administrative aux organismes assureurs. A l'heure actuelle, cette communication se fait encore sur support papier mais à l'avenir elle interviendrait par la voie électronique. L'article 295 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 *portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994*, dispose que l'octroi des prestations prévues à l'article 136, § 2 de la loi coordonnée est subordonné aux conditions que celui qui fait appel aux prestations de l'assurance, mette son organisme assureur dans la possibilité d'exercer le droit (de subrogation) et lui communique les informations utiles, notamment tous les éléments ou circonstances de nature à établir si le dommage doit être réparé en vertu du droit commun ou d'une autre législation.

Dans la pratique, il s'avère que les assurés sociaux ne sont souvent pas conscients de l'obligation d'information imposée par les articles 241 et 295 précités de l'arrêté royal du 3 juillet 1996.

La communication systématique des données nécessaires, au moment de la décision, par le FMP aux organismes assureurs aurait pour conséquence que l'obligation d'information dans le chef de l'assuré social est dorénavant remplie par le FMP.

Les décisions du FMP qui pourraient donner lieu à la restriction des droits des victimes ou à l'exercice du droit de subrogation des organismes assureurs portent sur des demandes de réparation d'incapacité de travail temporaire ou permanente, partielle ou totale (introduites sur la base des articles 32, 34 et 35 des lois *relatives à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles*, coordonnées le 3 juin 1970), des demandes de réparation pour cause

de cessation temporaire ou définitive de l'activité exercée par les personnes atteintes ou menacées par une maladie professionnelle (introduites sur la base de l'article 37 de ces mêmes lois) et des demandes de réparation suite au décès de la victime (introduites sur la base de l'article 33 de ces mêmes lois – récupération de l'allocation pour frais funéraires par les organismes assureurs).

Afin de pouvoir récupérer les avances qu'ils ont payées, les organismes assureurs doivent disposer de certaines données sociales à caractère personnel qui sont disponibles auprès du FMP. Ils utiliseront ces données dans le seul cadre de l'exécution de leurs missions légales et réglementaires – en particulier en ce qui concerne les missions qui leur sont imposées par les articles précités 103 et 136, § 2, de la loi *relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités*, coordonnée le 14 juillet 1994 – et ne les conserveront que durant le temps nécessaire à cette finalité, après quoi ces données seront détruites.

Les éléments d'ordre médical qui sont à la base des décisions du FMP, sont indispensables aux organismes assureurs pour constater les droits des assurés sociaux – et donc leur propre droit de subrogation.

En vue de protéger la vie privée des personnes concernées, les considérations médicales ne sont pas intégralement reprises dans la décision administrative du FMP.

Les organismes assureurs ont néanmoins demandé au FMP de leur communiquer aussi les données sociales à caractère personnel relatives à la santé dont ils ont besoin afin de décider s'il y a lieu d'appliquer l'article 136, § 2, de la loi *relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités*, coordonnée le 14 juillet 1994. Ceci se ferait à l'aide du message électronique A903. En cas de décision négative du FMP (refus de la réparation) également, la communication de la décision et des considérations médicales à la base de cette décision est importante pour les organismes assureurs, notamment afin de savoir s'il y a lieu d'interjeter appel contre cette décision devant le tribunal.

Le message électronique A903 contient les données sociales à caractère personnel suivantes : l'identité de l'intéressé (NISS), le numéro du jeton, la date de la demande, la nature de la demande, la catégorie de la demande, la date de la décision, (éventuellement) la date du dernier examen médical, le code de décision, le code de la pathologie, le code liste des maladies professionnelles et le code OMS.

Par ailleurs, en cas de décision *négative* (lorsque l'indemnité est refusée), la motivation formelle de la décision et – si la décision repose sur des considérations médicales – les données sociales à caractère personnel relatives à la santé qui sont à la base de la décision sont communiquées aux organismes assureurs. La nature exacte de ces données dépend de la nature de la maladie professionnelle pour laquelle l'indemnité est sollicitée (texte et/ou code de décision). En cas de décision *positive*, les données sociales à caractère personnel complémentaires suivantes sont communiquées :

- *en cas d'octroi d'une indemnité pour incapacité temporaire de travail (ICT)* : la date de début de la période de l'ICT, la date de fin de la période de l'ICT, le degré de l'ICT (en

%), quelques données financières (salaire de base, période de référence, arriérés alloués, montant de l'allocation journalière ou mensuelle, retenues ONSS, précompte professionnel, paiement provisoire, ...) et les données sociales à caractère personnel relatives à la santé de l'intéressé qui sont à la base de la décision (la nature précise de ces données dépend de la nature de la maladie professionnelle dont l'intéressé est atteint : texte et/ou code de décision) ;

- *en cas d'octroi d'une indemnité pour cause d'écartement temporaire (ET)*: la date de début de la période de l'ET, la date de fin de la période de l'ET, l'indemnité allouée (en %), quelques données financières (salaire de base, période de référence, arriérés alloués, montant de l'allocation journalière ou mensuelle, retenues ONSS, précompte professionnel, paiement provisoire, ...) et les données relatives au risque de la maladie professionnelle dont l'intéressé est atteint ou par laquelle l'intéressé est menacé (la nature précise de ces données dépend de la nature de la maladie professionnelle et de la nature des travaux de l'intéressé: texte et/ou code de décision) ;
- *en cas d'octroi d'une indemnité pour incapacité de travail permanente (ITP)* : la date de début de la période de l'ITP, la date de fin de la période de l'ITP, le degré total de l'ITP (en %), (éventuellement) la restriction proportionnelle de l'indemnité en raison de l'application de l'article 48ter des lois relatives à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles, coordonnées le 3 juin 1970, l'indemnité pour l'aide d'une tierce personne (en %), quelques données financières (salaire de base, période de référence, arriérés alloués, montant de l'allocation journalière ou mensuelle, retenues ONSS, précompte professionnel, paiement provisoire, ...), les données sociales à caractère personnel relatives à la santé de l'intéressé qui sont à la base de la décision (la nature précise de ces données dépend de la nature de la maladie professionnelle dont l'intéressé est atteint : texte et/ou code de décision) et le degré d'incapacité de travail physique ;
- *en cas d'octroi d'une rente (il s'agit d'une indemnité pour écartement permanent)* : la date de début de l'indemnité forfaitaire de 90 jours d'ITP totale, la date de début de la rente, la date de fin de la rente, le niveau de la rente (en %), quelques données financières (salaire de base, période de référence, arriérés alloués, montant de l'allocation journalière ou mensuelle, retenues ONSS, précompte professionnel, paiement provisoire, ...) et les données relatives au risque de maladie professionnelle dont l'intéressé est atteint ou par laquelle il est menacé (la nature précise de ces données dépend de la nature de la maladie professionnelle et de la nature des travaux de l'intéressé : texte et/ou code de décision) ;
- *en cas d'octroi d'une indemnité pour cause de décès* : le simple fait de la décision.

En cas de récupération par les organismes assureurs (sur la base de leur droit de subrogation) et le paiement subséquent par le FMP, les données sociales à caractère personnel suivantes seraient échangées : la date de la communication, la date de la décision, la nature de la demande, le code de décision, le rang de l'allocation, le numéro (d'envoi) unique (fait la liaison avec la décision), le montant de la récupération (allocations, frais funéraires), une table avec les détails des paiements (par période et indication du nombre de jours AMI payés et le total), la signature électronique, le code de la pathologie, le code liste des maladies professionnelles et le code OMS. Après leur traitement par le FMP, les données précitées qui ont été complétées par les

données suivantes détenues par le FMP sont renvoyées aux organismes assureurs via le CIN : la date du virement par le FMP, le montant du remboursement par NISS et les détails du paiement. Cet échange se fait à l'aide du message électronique A904 qui remplacera le formulaire papier « MP5 ».

2. EXAMEN DE LA DEMANDE

Il s'agit de communications de données sociales à caractère personnel entre institutions de sécurité sociale subordonnées à une autorisation de principe du Comité de Surveillance en vertu de l'article 15, alinéa 1^{er}, de la loi du 15 janvier 1990 *relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale*. Lors de l'examen de la demande, les codes suivants sont utilisés pour indiquer le fondement légal et/ou réglementaire de la communication.

- 1 En vertu de l'article 136, § 2, de la loi *relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités*, coordonnée le 14 juillet 1994, les prestations prévues par la présente loi coordonnée sont refusées lorsque le dommage découlant d'une maladie, de lésions, de troubles fonctionnels ou du décès est effectivement réparé en vertu d'une autre législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun. Les prestations sont cependant octroyées en attendant que le dommage soit effectivement réparé en vertu d'une autre législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun. L'organisme assureur est subrogé de plein droit au bénéficiaire. L'article 136 ne prévoit pas expressément l'échange de données sociales à caractère personnel relatives à la santé entre les débiteurs d'indemnités et les organismes assureurs mais ces derniers ne peuvent pas exercer leur droit de subrogation lorsque leur organe de contrôle (médecin-conseil) ne dispose pas des données nécessaires. En effet, il y a lieu d'évaluer si l'indemnité prévue par l'autre législation couvre les mêmes dommages que ceux pour lesquels l'assurance maladie et invalidité octroie des indemnités (les organismes assureurs ne peuvent appliquer leur droit de subrogation que pour les mêmes éléments du dommage). Afin de pouvoir évaluer en connaissance de cause si l'incapacité de travail d'un assuré social est totalement ou partiellement dû à une maladie professionnelle, le médecin-conseil doit pouvoir prendre connaissance des pièces médicales du FMP.
- 2 En vertu de l'article 103, § 1^{er}, 4^o, de la loi *relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités*, coordonnée le 14 juillet 1994, le travailleur ne peut prétendre aux indemnités pour la période pendant laquelle il reçoit une indemnité garantie par une loi belge ou étrangère pour interruption temporaire ou définitive de son activité professionnelle habituelle, qui est ou risque d'être nuisible à sa santé.
- 3 En vertu de l'article 29 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 *instituant un régime d'assurance contre l'incapacité de travail en faveur des travailleurs indépendants*, les prestations pour incapacité de travail sont diminuées du montant (notamment) des indemnités, allocations ou rentes accordées au titulaire en sa qualité de victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, en vertu de la législation réparant les dommages résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

- 4 En vertu de l'article 295 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 *portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités*, coordonnée le 14 juillet 1994, l'octroi des prestations prévu à l'article 136, § 2 de la loi coordonnée est subordonné aux conditions que celui qui, pour lui-même ou pour les personnes à sa charge, fait appel aux prestations de l'assurance, mette son organisme assureur dans la possibilité d'exercer le droit visé à cet article et lui transmette les renseignements utiles, notamment tous les éléments ou circonstances de nature à établir si le dommage doit être réparé en vertu du droit commun ou d'une autre législation.
- 5 En vertu de l'article 241 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 *portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités*, coordonnée le 14 juillet 1994, le titulaire peut prétendre à l'indemnité d'incapacité de travail quand il a droit à l'un des avantages énumérés à l'article 103, § 1^{er}, de la loi coordonnée ou en attendant qu'il reçoive l'un de ces avantages, à condition qu'il informe son organisme assureur de tout élément de nature à établir son droit et de toute action engagée ou autre procédure en vue d'obtenir cet avantage.
- 6 En vertu de l'article 19 de l'arrêté royal n°35 du 20 juillet 1967 *portant le statut et le barème des médecins-conseil chargés d'assurer auprès des organismes assureur le contrôle médical de l'incapacité primaire et des prestations de santé en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités*, coordonnée le 14 juillet 1994, le médecin-conseil exerce le contrôle de l'incapacité de travail et vérifie si du point de vue médical les prestations relatives aux soins de santé sont dispensées conformément aux dispositions légales et réglementaires sur l'assurance maladie-invalidité. Ainsi, il doit vérifier dans quels cas le droit de subrogation précité peut être exercé. Vis-à-vis de son employeur (l'administration de l'organisme assureur), le médecin-conseil est tenu au secret professionnel. En effet, il doit traduire les données relatives à la santé qu'il reçoit en un avis formel (exercer ou non le droit de subrogation) à l'administration de l'organisme assureur.
- 7 En vertu de l'article 26 de l'arrêté royal n°35 du 20 juillet 1967, le médecin-conseil aide l'assuré et le médecin-traitant à obtenir en faveur de l'assuré toute intervention d'un organisme médical ou social qu'il estime justifiée.
- 8 En vertu de l'article 39 de la loi du 6 août 1990 *relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités*, les mutualités et les unions nationales peuvent, avec l'accord des membres concernés ou des personnes à leur charge, ester en justice pour défendre les intérêts de ces personnes.

Les codes utilisés ainsi que le contenu des messages électroniques sont indiqués dans l'annexe de la présente délibération.

Les communications de données sociales à caractère personnel précitées poursuivent des finalités légitimes, à savoir l'exécution des dispositions légales et réglementaires précitées. Les

données sociales à caractère personnel communiquées semblent adéquates, pertinentes et non excessives par rapport à ces finalités.

La communication porte aussi sur du « texte libre », il s'agit de données sociales à caractère personnel que l'on ne peut définir à l'avance. Lors de la communication de ce type de texte libre, les institutions de sécurité sociale concernées doivent veiller au respect des dispositions légales et réglementaires relatives au respect de l'intégrité de la vie privée des assurés sociaux concernés, en particulier la loi du 8 décembre 1992 *relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel* et la loi du 15 janvier 1990 *relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale* et leurs arrêtés d'exécution. Elles doivent en toute hypothèse veiller à ce que les communications de données restent limitées aux données sociales à caractère personnel qui sont nécessaires pour l'exécution de leurs missions légales et réglementaires respectives.

La communication électronique de texte libre via CARENET remplace l'échange actuel de documents papier entre les institutions concernées de sécurité sociale. Il ne s'agit par conséquent pas d'une nouvelle communication, mais d'une communication existante dont les modalités ont été radicalement modifiées. Il y a dès lors lieu d'être particulièrement attentif aux mesures de sécurité à mettre en œuvre.

3. COMMUNICATION VIA CARENET

3.1. Généralités

Les communications de données sociales à caractère personnel mentionnées sous le point 2 auront lieu à l'intervention du réseau CARENET.

Lorsque le FMP reçoit une demande de réparation d'une maladie professionnelle, il ouvre un dossier et contrôle à cet effet notamment le passé professionnel de l'intéressé. Ce qui donne lieu à l'échange mutuel de données sociales à caractère personnel relatives à la santé entre le FMP et l'organisme assureur concerné. Cet échange intervient par le biais du réseau de télécommunication sécurisé CARENET – et non via la Banque Carrefour. Toutefois, il y a lieu de vérifier que l'échange est conforme au répertoire des personnes de la Banque-carrefour (dans la négative, l'échange ne peut avoir lieu). La Banque Carrefour vérifie si le FMP et le CIN possède un dossier pour le NISS concerné (il s'agit d'un contrôle d'intégration bloquant) ; si tel est le cas, un « jeton » est attribué à l'échange (il s'agit d'une autorisation d'échange). Le jeton est accordé pour la durée normale de l'examen du dossier qui a été fixée à douze mois.

L'attribution d'un jeton intervient comme suit :

- le FMP introduit une demande en ligne via APPC auprès de la Banque Carrefour, à l'aide d'un nouveau message, en vue de lui fournir pour un NISS déterminé un jeton pour la durée normale de l'examen du dossier ;

- la Banque Carrefour contrôle l'intégration du NISS concerné, tant auprès du FMP qu'auprès du CIN, et attribue ou non un jeton en fonction de ce contrôle (la Banque Carrefour sait à tout moment vérifier si un jeton a été accordé) ;
- la Banque Carrefour informe le CIN du fait qu'un jeton a été accordé pour un NISS déterminé (ce message contient le numéro du jeton, la période de validité, la date du contrôle d'intégration, l'organisme demandeur et le NISS de l'assuré social) ;
- le CIN transmet la soumission de la Banque Carrefour à l'organisme assureur concerné ;
- l'organisme assureur concerné répond à la soumission de la Banque Carrefour en lui transmettant un accusé de réception, via le CIN (ceci constitue la preuve que le CIN a reçu l'avertissement de la Banque Carrefour).

Il relève ensuite de la responsabilité du FMP et de l'organisme assureur concerné d'utiliser le jeton correct (celui qui correspond au NISS de l'assuré social concerné) lors de l'échange des données sociales à caractère personnel.

Le jeton ne peut être utilisé que durant sa période de validité.

Par ailleurs, la possibilité doit être offerte au Comité de Surveillance et au service de sécurité de la Banque Carrefour de réaliser des contrôles ad hoc auprès des institutions de sécurité sociale concernées. Ces contrôles sont possibles sur la base de loggings ; la Banque Carrefour demanderait une fois par an au FMP et au CIN une liste complète des couples utilisés NISS/jeton, réaliserait une étude quant à la cohérence entre les jetons accordés par elle et les jetons effectivement utilisés et ferait rapport à ce sujet au Comité de Surveillance.

Le concept CARENET vise à une modernisation, une organisation plus efficace et une simplification des relations financières et administratives entre les divers acteurs au sein de l'assurance maladie et invalidité (les établissements de soins, les pharmaciens, les prestataires de soins et les organismes assureurs). Grâce à CARENET, des échanges de données électroniques sécurisés entre ces acteurs sont possibles, et ce sur la base d'une « *Security and Certification Policy* » commune.

Dans son avis n°1/11 du 11 décembre 2001, le Comité de Surveillance a rendu un avis favorable concernant le protocole, conclu le 19 avril 2001, entre les organisations représentatives des institutions de soins et les organismes assureurs, et fixant les conditions et modalités selon lesquelles les données qui sont enregistrées ou conservées au moyen d'un procédé électronique, photographique, optique ou de toute autre technique, ou qui sont transmises sur un support autre qu'un support papier, ont force probante jusqu'à preuve du contraire, ainsi que les conditions et les modalités selon lesquelles ces données sont reproduites sur papier ou sur tout autre support lisible. Ce protocole prévoit notamment la communication de données sociales à caractère personnel via CARENET.

L'utilisation de CARENET offre des garanties au niveau de la certification, de l'authentification et de l'encryptage lors de l'échange de données sociales à caractère personnel entre le FMP et les organismes assureurs. La « *Security and Certification Policy* » appliquée répond à la loi du 9

juillet 2001 *fixant certaines règles relatives au cadre juridique pour les signatures électroniques et les services de certification*. Néanmoins, dès que la Banque Carrefour sera en mesure d'offrir à toutes les parties concernées des garanties pour un traitement équivalent – tant sur le plan technique que du contenu – l'échange de données devra intervenir à l'intervention de la Banque Carrefour. L'autorisation que le Comité de Surveillance doit accorder, doit par conséquent être temporaire.

3.2. Enquête de sécurité

L'Auditorat de la Banque Carrefour a vérifié l'exhaustivité des services offerts par CARENET, en particulier en ce qui concerne la sécurité des données sociales à caractère personnel échangées via ce réseau. Une audition de ce type de processus passe nécessairement par la vérification des mesures mises en place pour assurer les quatre phases indispensables d'un processus sécurisé que sont la confidentialité, l'authentification, l'intégrité et la non-répudiation des données traitées

Plus précisément, il a été vérifié que la procédure proposée :

- garantit une reproduction fidèle, durable et complète des informations;
- prévoit un enregistrement systématique et complet des données;
- prévoit que les données sont soigneusement conservées, systématiquement classées et protégées contre toute altération;
- prévoit des mesures de sécurité afin de protéger le caractère confidentiel des données;
- prévoit que les données suivantes relatives au traitement des données sont conservées : l'identité du responsable du traitement ainsi que de celui qui a exécuté celui-ci; la nature et l'objet des informations auxquelles le traitement se rapporte; la date et le lieu de l'opération; les perturbations éventuelles qui ont été constatées pendant le traitement.

3.3. Evaluation

CARENET répond aux indispensables critères de sécurité en vue de la protection des données sociales à caractère personnel relatives à la santé échangées entre le FMP et les organismes assureurs.

- *niveau authentification* : l'authentification et l'identification des utilisateurs par le réseau reposent sur des mécanismes robustes. La signature électronique assure l'authentification de l'émetteur du message. La confrontation au répertoire des personnes de la BCSS pour valider l'autorisation d'échange via le principe du jeton complète le mécanisme d'authentification ;
- *niveau intégrité* : l'introduction d'une personne non autorisée de manière fortuite ou illicite ne nous semble pas possible. Les mécanismes mis en place assurent la disponibilité de l'information dans leur totalité, sans perte. D'autre part le principe de la signature électronique, calculée sur l'ensemble du document certifie l'ensemble du document ;

- *niveau confidentialité* : les autorisations d'accès reposent sur des processus garantissant des accès contrôlés aux informations. L'encryptage des messages assure la confidentialité de leur contenu. Il empêche également tout problème en cas d'erreur d'acheminement du message puisque seul le destinataire est à même de déchiffrer le message ;
- *niveau non répudiation* : L'émission d'un accusé de réception signé et reprenant la référence transmis par le CARENET GATEWAY destinataire assure à l'émetteur une réception correcte des messages par le récepteur. De plus, le récepteur ayant signé cet accusé de réception il ne pourrait nier avoir reçu ces messages.

En conséquence,

le Comité de surveillance

autorise, à titre temporaire, le FMP et les organismes assureurs à échanger des données sociales à caractère personnel sur la base des modalités précitées, à savoir via CARENET. Dès que la Banque Carrefour sera en mesure d'offrir des garanties équivalentes en matière d'utilisation de la signature électronique et de donner à toutes les parties les mêmes possibilités de traitement des données, tant sur le plan technique que du contenu, que celles offertes par CARENET, l'échange devra avoir lieu à l'intervention de la Banque Carrefour. Le Comité devra en être informé.

F. Ringelheim
Président

Annexe 1 à la délibération n° 03/67 du 3 juin 2003

1. Dans le cadre de la demande faisant l'objet de la délibération, les codes suivants sont utilisés pour indiquer la finalité de la communication.

- A** l'exercice du droit de subrogation
- B** la défense des intérêts de l'assuré social en interjetant éventuellement appel contre la décision négative du FMP
- C** la vérification en vue de savoir si l'incapacité de travail concernée couvre les mêmes dommages tant auprès de l'organisme assureur qu'auprès du FMP
- D** le contrôle de l'incapacité de travail
- E** le contrôle de la protection de la maternité
- F** le contrôle du paiement des frais funéraires
- G** le calcul de l'état des dépenses de l'organisme assureur dans le cadre du droit de subrogation
- X** la collecte des informations par le FMP sur la base de l'article 11 de l'arrêté royal du 26 septembre 1996 *déterminant la manière dont sont introduites et instruites par le Fonds des maladies professionnelles les demandes de réparation et de révision des indemnités acquises*

2. Le message électronique A900

Le message électronique A900 est communiqué par le FMP aux organismes assureurs pour signaler la réception d'une demande.

<i>Contenu A900</i>	<i>Base</i>	<i>Finalité</i>
la date de la demande	1-2-3-4-5	A
la date de réception de la demande	1-2-3-4-5	A
la nature de la demande	1-2-3-4-5	A-C-D-E-F
la catégorie de la demande	1-4	C-D
le code de la pathologie	1-4-6	D
le code liste des maladies professionnelles	1-4-6	D
le code OMS	1-4-6	D
la date présumée de l'accouchement	2-5	A-E

la date de début d'écartement temporaire du travail pour cause de grossesse	2-5	A-E
la date de fin d'écartement temporaire du travail pour cause de grossesse	2-5	A-E

3. Message électronique A901

Les organismes assureurs répondent au message électronique A900 par le message électronique A901.

<i>Contenu A901</i>	<i>Base</i>	<i>Finalité</i>
la (les) période(s) d'incapacité de travail		X
la (les) période(s) d'incapacité de travail en rapport avec une maladie professionnelle		X
le code de la pathologie	1-4-6	A-B-D
le code liste des maladies professionnelles	1-4-6	A-B-D
le code OMS	1-4-6	A-B-D
la fin de l'incapacité de travail	1-2-3-4-5-6	A-C-D-E-G
la fin de l'incapacité de travail en rapport avec une maladie professionnelle	1-2-3-4-5-6	A-C-D-E-G
informations relatives à la grossesse	2-5	A-B-E
texte libre		X
le montant de l'allocation funéraire	1-4	A-B-F
le bénéficiaire de l'allocation funéraire		X
informations médicales auprès des organismes assureurs		X
le rapport médical		X
l'attestation d'incapacité de travail		X

4. Message électronique A902

L'organisme assureur compétent est averti par le FMP, à l'aide du message électronique A902, du fait que le FMP prévoit un examen médical.

<i>Contenu A902</i>	<i>Base</i>	<i>Finalité</i>
la date de l'examen médical	8	B

5. Message électronique A903

La décision du FMP est communiquée aux organismes assureurs à l'aide du message électronique A903.

<i>Contenu A903</i>	<i>Base</i>	<i>Finalité</i>
la date de la demande	1-2-3-4-5	A
la nature de la demande	1-2-3-4-5	A-C-D-E-F
la catégorie de la demande	1-4	C-D

la date de la décision	1-2-3-4-5	A-B-C-D-E-F-G
la date de l'examen médical	1-2-3-4-5	A-B-C-D-E-F
le code de décision	1-2-3-4-5-6-8	A-B-C-D-E
le code de la pathologie	1-4-6	D
le code liste des maladies professionnelles	1-4-6	D
le code OMS	1-4-6	D
la date de début de l'incapacité de travail	1-2-3-4-5-6	A-B-C-D-E
la date de début des soins de santé	1-2-3-4-5-6	A-B-C-D-E
la date de fin des soins de santé	1-2-3-4-5-6	A-B-C-D-E
la date de la révision d'office	1-2-3-4-5-6	A-B-C-D-E
le code d'exposition	1-2-3-4-5-6	A-B-C-D-E
le code de menace	1-2-3-4-5-6	A-B-C-D-E
le résumé médical	1-3-4-6	A-B-C-D-E
la base de l'arrêt	1-3-4-6	A-B-C-D-E
la justification de la date de début	1-2-3-4-5-6	A-B-C-D-E
la nature de l'incapacité physique	1-2-3-4-5-6	A-B-C-D-E-G
la date de début de la période	1-2-3-4-5-6	A-B-C-D-E
la date de fin de la période	1-2-3-4-5-6	A-B-C-D-E
le pourcentage d'incapacité de travail physique	1-2-3-4-5-6	A-B-C-D-E
le code soins de santé	1-3-4-6	A-B-C-D
la date de début des soins de santé	1-2-3-4-5-6	A-B-C-D-E
la date de fin des soins de santé	1-2-3-4-5-6	A-B-C-D-E
le code autres soins	1-2-3-4-5-6	A-B-C-D-E
la description des autres soins	1-2-3-4-5-6	A-B-C-D-E
le code aide d'une tierce personne	1-2-3-4-5-6	A-B-C-D-E
le pourcentage d'aide d'une tierce personne	1-2-3-4-5-6	A-B-C-D-E-G
la date de début d'aide d'une tierce personne	1-2-3-4-5-6	A-B-C-D-E-G
le code indemnisation	1-2-3-4-5-6	A-B-C-D-E-F-G
la date de début de la période d'indemnisation	1-2-3-4-5-6	A-B-C-D-E-G
la date de fin de la période d'indemnisation	1-2-3-4-5-6	A-B-C-D-E-G
le degré global de l'incapacité physique	1-2-3-4-5-6	A-B-C-D-E-G
le pourcentage socio-économique	1-2-3-4-5-6	A-B-C-D-E-G
la rente d'écartement	1-2-3-4-5-6	A-B-C-D-E-G
le pourcentage "art. 48ter"	1-2-3-4-5-6	A-B-C-D-E
la date "art. 48ter"	1-2-3-4-5-6	A-B-C-D-E
l'indemnité journalière brute	1-2-3-4-5	A-G
le salaire de base	1-2-3-4-5	A-G
l'indemnité annuelle	1-2-3-4-5	A-G
le trimestre	1-2-3-4-5	A-G
le montant brut en cas d'arriérés	1-2-3-4-5	A-G
la retenue ONSS en cas d'arriérés	1-2-3-4-5	A-G
le montant imposable en cas d'arriérés	1-2-3-4-5	A-G
le montant brut de l'aide d'une tierce personne en cas d'arriérés	1-2-3-4-5	A-G
le montant brut en cas de paiement futur	1-2-3-4-5	A-G

la retenue ONSS en cas de paiement futur	1-2-3-4-5	A-G
le montant mensuel de l'aide d'une tierce personne en cas d'arriérés	1-2-3-4-5	A-G

6. Message électronique A904

En cas de récupération par les organismes assureurs (sur la base de leur droit de subrogation) et le paiement consécutif par le FMP, plusieurs données sociales à caractère personnel sont échangées à l'aide du message électronique A904, qui remplacera le formulaire "MP5".

<i>Contenu A904</i>	<i>Base</i>	<i>Finalité</i>
la date "FM5"	1-2-3-4-5	A-G
la date de la décision du FMP	1-2-3-4-5	A-G
la nature de la demande	1-2-3-4-5	A-G
le code de décision	1-2-3-4-5	A-G
le code de la pathologie	1-4-6	D
le code liste des maladies professionnelles	1-4-6	D
le code OMS	1-4-6	D
table – MP5 (détail des paiements)	1-2-3-4-5	A-G
référence – MP5 (numéro d'envoi unique)	1-2-3-4-5	A-G
la signature électronique	1-2-3-4-5	A-G
relevé de compte FMP	1-2-3-4-5	A-G
paiement FMP: date de virement	1-2-3-4-5	A-G
paiement FMP: date MP5	1-2-3-4-5	A-G
paiement FMP : référence MP5	1-2-3-4-5	A-G
paiement FMP: montant par NISS	1-2-3-4-5	A-G
paiement FMP: total général	1-2-3-4-5	A-G

Annexe 2 à la délibération n° 03/67 du 3 juin 2003

Fonctionnement de CARENET

CARENET constitue un ensemble de services télématiques avec pour finalité l'échange électronique et sécurisé d'informations sous forme de messages structurés entre les différents acteurs du secteur maladie invalidité en utilisant l'architecture Internet, du type TCP/IP, comme plate-forme et vecteur. Basé sur une architecture client / serveur il offre la possibilité de travailler tant en mode batch qu'en mode on-line.

La structure des messages de longueur fixe et au format plat transitant sur ce réseau se compose de trois segments à savoir, les données réseau, l'identification du message et les données spécifiques. Il est à noter que pour chaque zone constituant l'ensemble du message il existe un code de rejet spécifique.

Le principe du réseau CareNet repose sur un GATEWAY, logiciel de communication assurant les fonctions : communication, chiffrement, signature. L'ensemble de ces fonctions est composé de plusieurs modules. En ce qui concerne les aspects de sécurité le Comité a particulièrement été attentif aux modules assurant et garantissant les aspects de confidentialité, intégrité, authentification et de non-répudiation des données à savoir :

- *Module Address* : Ce module a pour rôle de fournir le routage correct de chaque buffer(ensemble de messages échangés) entrant dans le système. Le gateway client possède la liste des gateways serveurs avec lesquels il est susceptible de communiquer. Le module permet d'associer correctement les informations de routage contenues dans la demande de communication soit au nom complet du gateway cible soit directement à l'adresse physique de la machine sur le réseau ;
- *Module Logging* : Toutes les fonctionnalités de logging et de gestion des messages d'erreurs sont centralisées dans ce module. L'application est conçue de manière à pouvoir choisir au démarrage le niveau de message voulu, depuis le logging et la gestion d'erreur strictement nécessaire à la phase de production jusqu'à la possibilité de suivre pas à pas le chemin d'un buffer (identifiant et destinataire du buffer, date et l'heure ou niveau de sévérité de l'erreur) .Ce module stocke le digest et la signature des messages envoyés, pour permettre la vérification à posteriori des retours signés des correspondants. Tant le logging que les erreurs sont stockés en standard dans des fichiers texte journaliers dans des formats facilement exploitables par d'autres outils ;
- *Module cryptographique* : Ce module effectue la signature électronique selon le format RSA PKCS#7, la vérification de cette même signature, le chiffrement des données, son déchiffrement ainsi que les fonctions de " lookup " de Certificate Revocation Lists (CRL): Module CRL lookup. Mis à part la vérification de la signature de l'autorité de certification, la vérification des certificats utilisateurs comprend la vérification de la date de validité de

celui-ci, la vérification de son type d'usage mais également son statut (s'il est suspendu ou révoqué et la raison). La Certificate Revocation Lists reprend dans un seul fichier l'ensemble des informations concernant la révocation et suspensions des certificats émis par le CA.

- *Module RMI* (Protocole de communication qui permet à des composants Java de s'exécuter à distance dans un environnement distribué). Ce protocole apporte au système une série de caractéristiques telle que la gestion de la communication et des problèmes qui peuvent survenir, la capacité à pratiquer le multiplexage des connexions, ce qui éloigne le risque de limitation du nombre d'utilisations concurrentes et la gestion de la sécurité qui permet d'empêcher toutes intrusions non désirées.