

CSSS/06/013

DÉLIBÉRATION N° 06/008 DU 21 MARS 2006 RELATIVE A LA COMMUNICATION DE DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL PAR LA CELLULE TECHNIQUE AU CENTRE FEDERAL D'EXPERTISE DES SOINS DE SANTÉ DANS LE CADRE DE L'ETUDE 2004-024/OEC « INDICATEURS DE QUALITE »

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

Vu la demande du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé du 20 janvier 2006;

Vu le rapport d'auditorat du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé du même jour;

Vu le rapport présenté par monsieur Michel Parisse.

A. CONTEXTE ET OBJET DE LA DEMANDE

1.1. Description de l'étude et de sa finalité

L'étude vise à définir un cadre conceptuel et une méthodologie de construction d'indicateurs de qualité fondés sur des preuves scientifiques ("evidence-based"). Le projet comporte une analyse critique de la littérature existante permettant l'élaboration d'un cadre conceptuel, l'identification d'indicateurs cliniques de qualité et un inventaire des bases de données existantes en Belgique permettant de mesurer la qualité des soins.

Dans ce cadre, un test pilote étudie à titre expérimental la faisabilité d'application d'une série d'indicateurs cliniques tirés de la littérature. La disponibilité et l'utilisation de ces indicateurs cliniques de qualité seront testées sur les données couplées RCM/RFM disponibles les plus récentes. Les avantages et limitations de ces bases de données pour calculer des indicateurs cliniques de qualité seront ainsi mis en lumière.

Les quatre groupes cibles de patients pour les indicateurs cliniques de qualité à investiguer sont:

- les patients admis à l'hôpital pour accident vasculaire cérébral (prise en charge de l'accident vasculaire cérébral);
- les patientes accouchant à l'hôpital et les nouveau-nés (soins périnataux);
- les patients âgés de 65 ans ou plus présentant des comorbidités (soins aux personnes âgées vulnérables);
- les patients chez qui une prothèse de hanche est mise en place.

1.2. Données nécessaires

Les autorités belges disposent d'une base unique de données d'enregistrement RCM/RFM, contenant suffisamment d'informations détaillées pour exécuter cette étude sur la totalité des séjours hospitaliers en Belgique, et ce pour l'année 2003. Les données

nécessités par l'étude portent sur tous les séjours hospitaliers de patients répondant à un des critères énumérés au point 1.2.2., à savoir l'admission pour accident cérébral vasculaire, pour accouchement, un âge inférieur ou égal à 28 jours, un âge de 65 ans ou plus, ou la mise en place d'une prothèse de hanche.

Il s'agit en détail des données suivantes:

1.2.1. Source de données nécessaire: la base de données RCM-RFM 2003.

Les données nécessaires comprennent tous les fichiers et variables de la base de données couplées et validées par la TCT¹, y compris les flags des contrôles croisés permettant de vérifier la qualité des données et les fichiers PATHOSPI et PATBIRTH, mais après les transformations citées sous le point 1.2.3. ci-dessous.

1.2.2. Critères de sélection.

Les critères de sélection suivants sont appliqués. Tous les séjours répondant à au moins un des critères suivants sont nécessaires:

- a) Diagnostic principal parmi les codes ICD-9-CM commençant par les 3 positions suivantes:
 - 433.xx (occlusions et sténoses des artères pré-cérébrales) ou,
 - 434.xx (occlusions des artères cérébrales)
 - 436 (maladies cérébrovasculaires aiguës mais mal définies).
- b) Appartenance à un des APR-DRG suivants:
 - 540 (accouchement par césarienne),
 - 541 (accouchement par voie vaginale avec stérilisation et/ou dilatation et curetage),
 - 542 (accouchement par voie vaginale avec interventions chirurgicale excepté stérilisation et/ou dilatation et curetage),
 - 560 (accouchement par voie vaginale) ou
 - 566 (autres diagnostics dans l'antepartum).
- c) Appartenance au MDC 15 des nouveau-nés (APR-DRG compris entre 580 et 640).
- d) Age \geq 65 ans.

ET [en provenance d'une Maison de Repos et de Soins, une Maison de Repos pour Personnes Agées (MRS/MRPA), une Maison de Soins Psychiatriques (MSP) ou une habitation protégée ou sortant à destination d'une de ces institutions] (dans le fichier STAYHOSP).

- e) Procédure codée en ICD-9-CM dans le RCM parmi les codes suivants:
 - 81.51 (prothèse totale de hanche),
 - 81.52 (prothèse partielle de hanche),
 - 81.53 (révision de prothèse de hanche).

¹ TCT = 'Cellule Technique' telle que visée par les articles 155 et 156 de la Loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales.

- f) Prestation codée en code de nomenclature INAMI dans le RFM parmi les codes suivants:
- 289041 Arthroplastie de la hanche avec prothèse fémorale
 - 289063 Arthroplastie de la hanche avec prothèse cotyloïdienne
 - 289085 Arthroplastie de la hanche avec prothèse totale (cotyle et tête fémorale)
 - 293440 Ablation d'une prothèse totale de la hanche et mise en place d'une nouvelle prothèse totale.

1.2.3. Transformations des données par la TCT avant transfert.

La TCT est tenue de respecter le principe de non-identification des personnes physiques (patients, professionnels de soins de santé) et morales (organismes assureurs et institutions de soins)².

Une raison supplémentaire de ce principe de non-identification est d'éviter tout parti pris possible dans le chef des chercheurs, assignés à la présente étude.

Préalablement au transfert des données la TCT exécutera les transformations suivantes dans des données RCM-RFM:

- substitution du numéro patient crypté de la TCT (H2 – champ <hash>) par un numéro patient crypté une 3^{ième} fois ad hoc (H3);
- substitution des numéros d'identification des hôpitaux dans les données RCM (champs <zhciv>) par un recodage ad hoc;
- substitution des numéros de séjour hospitalier (champ <zhvbnr>) et des numéros de patient à l'hôpital (champ <patnr>) dans les données RCM par un recodage ad hoc;
- substitution des numéros d'identification des hôpitaux dans les données RFM (champ <hopital>) par un recodage ad hoc;
- concaténation du numéro d'identification de l'organisme assureur (champ <OA>) avec le numéro du patient auprès de son OA (champ <sejour>) dans les données RFM et recodage ad hoc de l'ensemble (champ <patoa>).

1.2.4. En outre, seront ajoutés deux fichiers de codage-décodage:

- un fichier de codage-décodage donnant le numéro recodé de chaque institution, le numéro d'agrément accordé par l'INAMI et le code CTI accordé par le SPF Santé publique.
- un autre fichier de codage-décodage donnant pour chaque institution les numéros de séjour hospitalier codés et non-codés (champ <zhvbnr>) et les numéros de patient à l'hôpital codés et non-codés (champ <patnr>).

Ces deux fichiers de correspondance ne seront transmis qu'au Dr. Van de Sande, praticien des soins de santé du KCE sous la surveillance et la responsabilité duquel le traitement et l'analyse de données à caractère personnel relatives à la santé seront effectués (ci-après nommé « médecin surveillant »).

² Article 156 de la Loi de la Loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales.

1.3. Justification

1.3.1. Justification relative à la pertinence des données demandées.

Les indicateurs de qualité seront calculés au niveau hospitalier, c'est pourquoi il est nécessaire d'avoir les données couplées au niveau du séjour. Selon la méthodologie retenue, le numérateur et le dénominateur de chaque indicateur sera constitué par un nombre de séjours au niveau de chaque hôpital (Exemple: nombre de séjours avec AVC ayant reçu un CT scan / nombre total de séjours avec AVC).

Les indicateurs actuellement à l'étude pour l'AVC comprennent la mortalité hospitalière, l'administration de certains médicaments (héparine p.ex.), le recours à certaines techniques diagnostiques (p.e. électrocardiogramme), les procédures chirurgicales sur la carotide, etc.....

Pour la thématique de l'accouchement, l'APR-DRG 566 (autres diagnostics de l'antepartum) est demandé afin d'analyser les disparités de codification et de retrouver d'éventuels accouchements n'appartenant pas aux autres APR-DRG demandés. Les indicateurs porteront entre autres sur le taux de patients ayant ou non reçu une chirurgie réparatrice des voies inférieures urinaires et sur le taux de lacérations après accouchement vaginal.

Certains indicateurs de qualité concernant les nouveau-nés portent sur l'ensemble des nouveau-nés, c'est pourquoi tous les séjours appartenant au MDC15 de patients sont nécessaires. Les indicateurs néonataux actuellement en cours d'étude portent sur la mortalité néonatale et sur les traumatismes à la naissance.

La thématique des personnes âgées est ciblée sur les personnes âgées vulnérables. Ce groupe peut être identifié par les personnes de minimum 65 ans ayant séjourné avant ou après leur séjour hospitalier dans une MRS/MRPA. Les domaines abordés par les indicateurs porteront plus particulièrement sur : la démence, la dépression, le diabète, les chutes et autres problèmes de mobilité, l'insuffisance cardiaque, l'hypertension, les maladies cardiaques ischémiques, la malnutrition, l'ostéoarthrite, l'ostéoporose, la pneumonie, le décubitus, et l'incontinence urinaire.

Les fichiers de codage-décodage permettent d'identifier l'hôpital et ces numéros de séjour et de patient. Ceci est nécessaire pour permettre une validation externe de l'étude. Dans tous les data sets, le numéro de l'hôpital à code réversible est demandé; l'étude proprement dite se déroulera dès lors sur la base de données codées. Les fichiers de codage-décodage seront gérés exclusivement par « médecin surveillant » du KCE sous la responsabilité duquel le traitement et l'analyse de données à caractère personnel relatives à la santé seront effectués. Un décodage par celui-ci n'aura lieu qu'après notification sous forme d'une note explicative au Conseiller en sécurité du KCE demandant son accord.

1.3.2. Justifications relatives aux risques d'identification.

A. Point de vue 'patient'.

Les données demandées comprennent un certain nombre d'indicateurs qui concernent le patient. Il s'agit de:

- indicateurs généraux du RCM tels que l'âge, le sexe, le code postal, le code de résidence INS et le code du pays d'origine.
- Le numéro de numéro de séjour codé, et le numéro de patient codé de l'hôpital.

Ces données sont requises pour les raisons suivantes:

- les indicateurs généraux sont nécessaires pour les analyses épidémiologiques et socio-économiques des résultats de l'étude.
- le numéro de séjour codé et le numéro de patient codé de l'hôpital issu de l'enregistrement RCM/RFM sont nécessaires dans le cadre de l'obligation de transparence à l'égard des hôpitaux en cas de feed-back des résultats du traitement des données au sein du Centre d'Expertise (KCE) pour validation, et ce plus particulièrement en ce qui concerne le contrôle de la qualité de l'enregistrement RCM/RFM.

B. Point de vue 'dispensateur'.

Les données demandées reprennent la profession et la qualification du dispensateur des prestations (data sets PREST et IMPLANT du RFM), mais pas le numéro d'identification individuel du professionnel de soins de santé. Celui-ci restera donc anonyme.

C. Point de vue 'hôpital'.

Les données demandées sont codées au niveau du numéro de l'hôpital par la TCT dans le RFM (dataset SEJOUR) et dans le RCM (dataset STAYHOSP). Il est important de souligner ici que l'étude se fera intégralement sur les données codées au niveau du numéro de l'hôpital (par souci d'objectivité). Les numéros d'hôpitaux ne seront décodés que pour procéder à des validations des enregistrements. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire d'avoir une table de correspondance entre le numéro codé de l'hôpital et le numéro non codé de l'hôpital. Cette table de correspondance sera transmise uniquement au praticien des soins de santé du KCE sous la surveillance et la responsabilité duquel le traitement et l'analyse de données à caractère personnel relatives à la santé seront effectués.

Au cours de l'étude et lors de la publication des résultats (voir ci-après), même en travaillant sur des données codées au niveau du numéro d'hôpital, il y a toujours un risque de pouvoir identifier un hôpital et un dispensateur au sein d'un hôpital par recoupement de certaines variables. Il s'agit ici du principe de l'identification indirecte (« contextuelle »), par exemple sur base du nombre de séjours, nombre de journées d'hospitalisation, nombre d'actes, intervention chirurgicale pratiquée, données diagnostiques et thérapeutiques spécifiques, etc.).

Il y a par contre très peu de probabilité de pouvoir identifier de cette manière un patient à moins de travailler sur des pathologies extrêmement rares, ce qui n'est pas le cas dans cette étude.

1.4. Utilisation ultérieure des données

1.4.1. Conservation.

- a) Les données de base de l'enregistrement RCM-RFM initialement demandées, telles que décrites aux points de 1.2.1. à 1.2.4. ci-dessus, seront conservées en premier lieu en vue de permettre toute validation ultérieure voire même un feed-back éventuel aux hôpitaux qui le réclameraient. Elles seront détruites 36 mois après réception complète des données.
- b) Sauf nouvelle demande motivée d'autorisation auprès du Comité sectoriel et accordée par ce Comité, toutes les données visées sous a) seront détruites au plus tard au terme de cette période, exception faite des résultats intermédiaires et finaux et/ou agrégats qui ne comportent plus aucune référence aux numéros patient, c.-à-d. qui sont devenus totalement anonymes.
- c) Les résultats intermédiaires et finaux et/ou agrégats visés sous b) seront archivés pendant 30 ans étant donné qu'ils font partie intégrante du volet scientifique de l'étude et que cet archivage est souhaitable pour un traitement ultérieur, entre autres en ce qui concerne les études longitudinales couvrant plusieurs années.
- d) L'archivage sera effectué sur un support fixe, par ex. bande magnétique, et déposé dans un 'dépôt sécurisé', comme par exemple celui de la Banque carrefour de la Sécurité Sociale.

1.4.2. Communication.

Les résultats de l'étude:

- feront l'objet d'un rapport au Conseil d'Administration du KCE;
- seront traités dans une ou plusieurs publications médico-scientifiques.

B. EXAMEN DE LA DEMANDE

2.1. L'article 4, §1^{er} de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel (ci-après « LVP ») dispose que les données à caractère personnel doivent être:

1. traitées loyalement et licitement;
2. collectées pour des finalités déterminées, explicites et légitimes, et ne pas être traitées ultérieurement de manière incompatible avec ces finalités, compte tenu de tous les facteurs pertinents, notamment des prévisions raisonnables de l'intéressé et des dispositions légales et réglementaires applicables. Un traitement ultérieur à des fins historiques, statistiques ou scientifiques n'est pas réputé incompatible lorsqu'il

est effectué conformément aux conditions fixées par le Roi, après avis de la Commission de la protection de la vie privée;

3. adéquates, pertinentes et non excessives au regard des finalités pour lesquelles elles sont obtenues et pour lesquelles elles sont traitées ultérieurement;
4. exactes et, si nécessaire, mises à jour ; toutes les mesures raisonnables doivent être prises pour que les données inexactes ou incomplètes, au regard des finalités pour lesquelles elles sont obtenues ou pour lesquelles elles sont traitées ultérieurement, soient effacées ou rectifiées;
5. conservées sous une forme permettant l'identification des personnes concernées pendant une durée n'excédant pas celle nécessaire à la réalisation des finalités pour lesquelles elles sont obtenues ou pour lesquelles elles sont traitées ultérieurement. Le Roi prévoit, après avis de la Commission de la protection de la vie privée, des garanties appropriées pour les données à caractère personnel qui sont conservées au-delà de la période précitée, à des fins historiques, statistiques ou scientifiques.

2.2. Base légale

Les articles 262 à 267 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002 (ci-après loi KCE) déterminent successivement l'objet et les missions du KCE, ainsi que les tâches d'analyse et de réalisation de rapports et d'études qui lui sont confiées.

La communication, l'étude et l'analyse des données demandées, de même que la publication des résultats de l'étude rentrent dans le cadre de la mission du KCE, telle qu'elle résulte des dispositions précitées.

La Cellule technique est compétente pour collecter, relier, valider et anonymiser les données relatives aux hôpitaux (art. 156 de la Loi du 29 avril 1996 portant dispositions sociales). Elle ne peut communiquer que des données anonymisées sauf dans les conditions fixées par le Roi, après avoir recueilli l'avis de la Commission de la protection de la vie privée (art. 156, §3 de la loi précitée du 29 avril 1996).

Cette exception à l'anonymat porte sur la communication au SPF Santé publique, à l'INAMI et au KCE.

La loi KCE détermine que l'institution concernée, bien que légalement tenue de communiquer les données demandées, ne peut accéder à cette demande qu'après que le Centre d'expertise a prouvé qu'il dispose de l'autorisation requise.

2.3. Principe de finalité et de pertinence des données demandées

Les données concernées (RCM/RFM) sont recueillies afin de permettre l'analyse prévue par le Centre d'expertise et de les transmettre à cette fin à la TCT.

La collecte des données sur lesquelles porte la demande est effectuée sur la base de l'arrêté royal du 6 décembre 1994³ pour ce qui concerne le RCM et sur la base de l'article 206, §3 et suivants de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en ce qui concerne le RFM. Le couplage des deux séries de données est prévu par l'article 156 de la loi du 29 avril 1996. Cette collecte vise explicitement à permettre l'analyse de ces données, effectuée par le KCE.

Les données demandées concernent en premier lieu les personnes morales mais elles peuvent être liées indirectement à des personnes physiques.

D'une part, il s'agit des données financières relatives aux hôpitaux (RFM) provenant des organismes d'assurance (OA). Dans ce cas, le 'patient' n'est donc pas une donnée pertinente mais, pour pouvoir relier l'évolution d'un certain nombre de données aux déplacements d'une seule et même personne dans un ou plusieurs hôpitaux, le RFM comprend tout de même un code permettant de relier les autres données à un individu. Ainsi, il est possible de vérifier par exemple si une série de séjours facturés à l'hôpital concernait à chaque fois d'autres personnes ou l'admission et la réadmission d'une seule et même personne. Dans ce cas, l'identité concrète de cette personne est en principe tout à fait non pertinente : ce qui importe, c'est de pouvoir savoir s'il s'agit ou non à chaque fois d'un même individu. Dès lors, chaque OA attribuera au patient un numéro unique qui sera enregistré en même temps que les autres données RFM. De cette façon, l'individu peut être suivi dans un ou plusieurs hôpitaux (même si c'est uniquement sous la forme d'un numéro unique dépersonnalisé). Cette unicité n'est cependant pas garantie entre les différents OA: suivant le logiciel utilisé et l'algorithme adopté, différents OA peuvent donner une même valeur pour le numéro, alors qu'il s'agit quand même d'un patient différent.

D'autre part, il y a les résumés cliniques minimums (RCM) provenant des hôpitaux. Ces données donnent une idée des caractéristiques thérapeutiques et de diagnostic de la population des patients dans les hôpitaux. Pour pouvoir vérifier les caractéristiques qui ont trait à un même individu, le patient est également présent dans ces données sous la forme d'un code unique par hôpital et par année d'enregistrement. En outre, le RCM comprend également des données sur le patient qui aident à le situer démographiquement (entre autres l'âge et le sexe). Mais, du fait que chaque hôpital utilise un autre numéro, ce même individu ne peut pas être suivi entre les différents hôpitaux sur la base de ce numéro.

Les RCM et RFM ne sont pas communiqués tels quels, mais uniquement après rapprochement. Ce rapprochement permet de suivre un même individu (doublement codé) dans un ou plusieurs hôpitaux, ainsi que sur les différentes années d'enregistrement. A cet effet, le numéro d'identification du patient concerné est traité dans les organismes d'assurance par un algorithme hashing. Ce deuxième hashing permet d'anonymiser définitivement le patient : pour le Centre d'expertise, il est impossible d'encre retrouver l'identité du patient par les moyens techniques mis à sa disposition.

³ AR du 6 décembre 1994 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

En considération des finalités de l'étude décrites sous 1.1., les données RCM/RFM demandées apparaissent utiles et pertinentes.

2.4. Principe de proportionnalité

La banque de données RCM/RFM n'est pas demandée dans son entièreté. Seule une sélection est demandée qui retient les données relatives au groupe cible visé par l'étude.

Les données demandées portent par ailleurs sur une période limitée dans le temps.

2.5. Risque d'identification

Bien que l'étude visée ait recours à des données codées, il ne semble pas possible d'exclure totalement le risque de pouvoir déduire, à partir des données codées, des constatations relatives à des personnes physiques, à savoir relatives à des prestataires de soins et des patients.

On peut imaginer, par exemple, qu'un hôpital codé, et donc non directement identifiable, présente certaines caractéristiques quantitatives (par ex. un nombre très important ou très faible de lits) tandis que seul un nombre limité d'hôpitaux répondent à cette description quantitative, il ne sera pas très difficile pour les personnes qui connaissent très bien le secteur de retrouver concrètement quel hôpital est décrit dans les statistiques.

C'est un problème classique dans les études statistiques et autres : du fait qu'il s'agit de cas marginaux, les outliers ne se confondent pas dans l'anonymat de la masse. Dans la mesure où il s'agit de l'identification d'une personne morale, ceci ne pose pas en soi, de problème sur le plan de la protection de la vie privée.

Mais pour les outliers vers le bas (très petites institutions), il pourrait cependant y avoir un problème si un hôpital, identifié d'une façon ou d'une autre, est mentionné à propos de certaines caractéristiques (par exemple et en particulier à propos de la pratique clinique analysée) alors que les dispensateurs de soins qui utilisent de telles pratiques dans cet hôpital sont en nombre très limité. Dans ce cas, une personne qui connaît suffisamment cet hôpital pourra déduire des résultats de l'étude certaines données relatives à ce dispensateur. En outre, si cette pratique clinique, dans l'hôpital identifié, n'a été appliquée que quelques fois et si quelqu'un possède suffisamment de connaissances pour savoir quel patient a subi cette intervention clinique spécifique dans cet hôpital, l'identification du patient lui-même n'est pas exclue (dans ce cas, il pourrait même s'agir d'une donnée relative à la santé).

Il semble néanmoins que la chance de cette forme d'identification soit pratiquement inexistante et que le risque d'identification d'un dispensateur de soins soit plutôt limité. Les pratiques cliniques étudiées sont en effet des pratiques (très) fréquentes, il n'y aura donc pratiquement pas d'outliers vers le bas : le risque que l'intervention étudiée dans la période étudiée dans un hôpital n'ait été effectuée que par un seul spécialiste sur un seul patient est quasi inexistante. Pour exclure entièrement ce risque, le Centre d'expertise adoptera un filtre qui élimine les échantillons de moins de 10 ou 20 interventions par an (de toute façon peu significatifs).

En outre, ces risques 'potentiels' doivent être considérés par rapport au besoin incontestable d'une telle étude pour la politique, pour l'information des dispensateurs de soins et de la communauté (médicale).

2.6. Données à caractère personnel relatives à la santé

Dans la mesure où il faut considérer que le risque d'identification indirect est réel, il ne s'agit pas ici de traitement de données anonymes, mais bien de données codées qui peuvent en outre concerner pour une part limitée la santé des personnes en question.

Un tel traitement n'est autorisé que dans les cas cités à l'article 7, §2 de LVP. Dans le cas présent, il y est satisfait : il s'agit en effet d'une étude scientifique (art. 7, § 2, k de la LVP). Dans la mesure où l'exécution correcte des missions du Centre d'expertise est nécessaire pour mener une politique responsable en matière de prestation des soins de santé en Belgique en général, et donc in fine pour la santé de chaque habitant en particulier, le traitement demandé est également nécessaire pour raisons d'intérêt général et entre dans le cadre des obligations légales du Centre d'expertise (art. 7, § 2, e de la LVP).

Les données à caractère personnel relatives à la santé ne peuvent être traitées que sous la surveillance d'un professionnel. Dans le cas présent, il y est satisfait puisque la personne responsable du traitement au sein du Centre d'expertise est bien un médecin.

2.7. Conservation et utilisation ultérieure

La conservation et l'utilisation ultérieure proposées, toujours dans les limitations relatives à la durée de conservation, au mode de conservation et au mode de publication semblent suffisamment motivées quant à la finalité. Les propositions ne semblent en outre pas disproportionnées dans le cadre de ces objectifs, sauf en ce qui concerne le délai de conservation. Ce délai doit être fixé à 24 mois, conformément à la jurisprudence habituelle du Comité sectoriel. Néanmoins, le Centre d'Expertise peut demander par la suite au Comité sectoriel de prolonger ce délai, si cela s'avère nécessaire.

Il convient de souligner que le Centre d'expertise prévoit de devoir procéder à un décodage du code de l'hôpital pour des raisons de validation (interne voir même externe). Ce décodage spécifique semble toutefois ne pas être contraire à l'article 12 de l'Arrêté royal du 13 février 2002 qui interdit le décodage. Les données décodées concernent en effet l'identification d'une personne morale (à savoir l'hôpital). De plus, il convient de remarquer que c'est justement ce décodage qui permet théoriquement l'identification indirecte sur la base des données externes complémentaires (voir 2.3). Dans le cas présent, on peut également déclarer que le risque d'identification indirecte après décodage de la personne morale est proportionnel aux avantages légitimes qui peuvent en être retirés.

Il convient d'observer que si les résultats finaux de l'étude, dans la mesure où ils ne seraient pas encore complètement anonymes, étaient utilisés ultérieurement pour une autre étude (notamment une étude longitudinale), une nouvelle autorisation du Comité Sectoriel suffirait, à condition que cette étude puisse être considérée comme une poursuite de l'étude initiale.

Toutefois, si les données conservées étaient utilisées dans le cadre d'un traitement ultérieur non compatible avec le traitement primaire, il y aurait lieu de respecter les dispositions de l'arrêté royal du 13 février 2001 en matière traitement ultérieur à des fins historiques, statistiques ou scientifiques.

Par ces motifs,

le Comité sectoriel de la sécurité sociale

autorise la Cellule Technique à communiquer au Centre d'Expertise les données précitées, selon les modalités précisées, en vue de la réalisation d'une étude sur les indicateurs de qualité.

Ces données pourront être conservées durant les délais prévus aux points 1.4.1. et 2.7., et devront ensuite être détruites.

Michel PARISSE
Président

