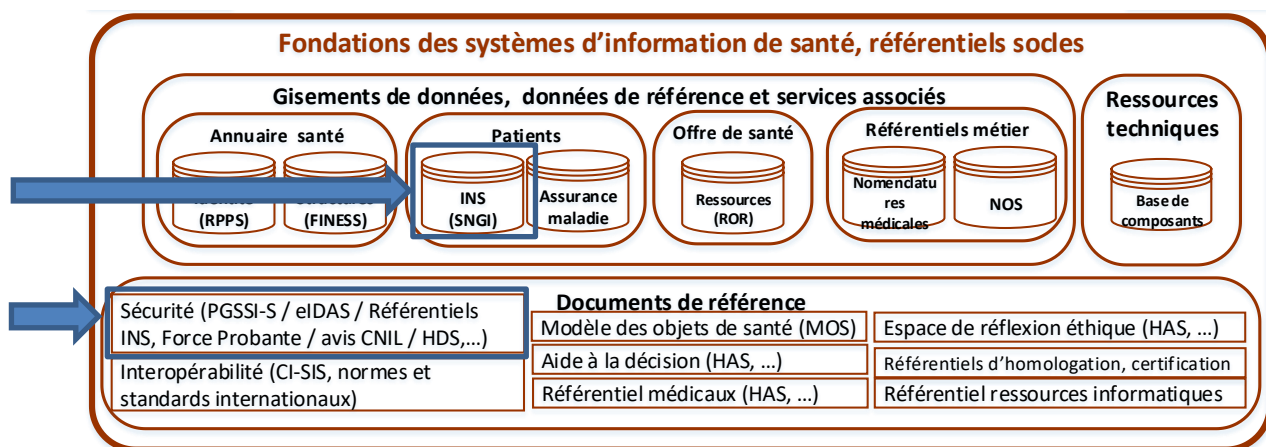


FONDATEMENTS DES SYSTEMES D'INFORMATION DE SANTE ET REFERENTIELS SOCLES

2.2. Identité du patient dans sa prise en charge sanitaire et médico-sociale, identifiant national de santé (INS)



DOCTRINE

La loi¹ consacre le **numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR) comme identifiant national de santé (INS) des personnes pour leur prise en charge à des fins sanitaires et médico-sociales**. L'INS est soit le NIR soit le NIA (numéro identifiant d'attente) pour les personnes en attente d'immatriculation.

Un identifiant seul n'apportant pas les garanties minimales nécessaires à l'identito-vigilance², l'Etat fournit un accès aux données de références associées à l'INS (Nom de famille, prénoms, sexe, date de naissance, lieu de naissance...) par la mise à disposition par la caisse nationale d'assurance maladie de télé-services de recherche et de vérification de l'INS et des traits de référence associés.

La bonne association entre l'INS, les traits de référence et la personne prise en charge est effectuée au cours d'une procédure d'identito-vigilance propre à la profession de prise en charge qui accueille

¹ Article L. 1111-8-1 du code de la santé publique

² Wikipédia, identitovigilance, « L'identification d'un patient ne doit jamais reposer que sur un numéro, mais au minimum aussi sur les informations suivantes (...) Nom de famille, prénom, sexe... »

l'usager. **L'INS et les traits sont dits qualifiés lors qu'ils sont recueillis à l'occasion d'une procédure d'identito-vigilance et qu'ils sont récupérés ou vérifiés grâce à l'appel aux téléservices mis en œuvre par l'assurance maladie.**

Un nouveau champ doit être implémenté (ou le champ identifiant doit être multi-valué) dans les systèmes d'information pour renseigner l'INS, afin d'éviter toute confusion avec d'autres champs ayant pour valeur le NIR (numéro INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), numéro de sécurité sociale...). En effet, à titre d'exemple, **l'INS et le numéro utilisé pour les remboursements par la sécurité sociale peuvent être différents pour une même personne** (pour les ayants droit, utilisation de l'INS du patient pour la prise en charge et du NIR de l'ouvrant-droit pour le remboursement des soins). Conformément aux règles communes de l'identito-vigilance, **l'INS seul n'apporte pas de garantie suffisante, il doit être accompagné des traits d'identité provenant des bases de référence nationales.** Des nouveaux champs doivent être implémentés pour ces traits dans le cas où les traits d'identité actuels sont également conservés.

L'INS et les traits d'identité qualifiés sont de nouveaux champs qui doivent être ajoutés : **le référencement avec l'INS et les traits qualifiés est obligatoire.** Il n'y a pas d'obligation de remplacer l'identifiant et les traits d'identité gérés localement³. Compte tenu du fait que certains patients ne disposeront jamais d'INS (touristes...) et compte tenu des interfaces existantes aujourd'hui (entre les logiciels internes à l'hôpital, entre les acteurs...), le référentiel n'impose pas le remplacement des identifiants locaux par l'INS. Cette **possibilité laissée ouverte de conserver les identifiants locaux en plus de l'INS** permet de sécuriser la période transitoire de déploiement de l'INS.

Les règles de sécurité associées au référencement des données de santé avec l'INS font l'objet d'un référentiel de sécurité rédigé par l'ANS et validé par arrêté de la ministre chargée de la santé. Il s'agit du **référentiel INS**. Les règles énoncées dans le cadre de la présente doctrine ne sauraient être aussi précises que les principes édictés dans le référentiel. Il est nécessaire de s'y référer pour obtenir les arguments opposables sur les principes édictés ci-dessous⁴. Il est également nécessaire de se référer aux travaux relatifs à l'identito-vigilance qui seront menés lors de la phase pilote de déploiement de l'INS et qui viendront compléter le référentiel INS.

Chaque acteur impliqué dans le référencement des données de santé à caractère personnel doit s'interroger sur l'obligation de recourir à l'INS (et a contrario sur le fait qu'il puisse ne pas avoir le droit d'utiliser l'INS) au regard de son appartenance au cercle de confiance⁵ ; de la finalité du référencement dans un objectif de prise en charge sanitaire ou médico-sociale ; de la nécessité à procéder à un tel référencement et de l'absence d'obstacle à ce référencement⁶.

Certains acteurs n'appartenant pas au cercle de confiance peuvent utiliser l'INS grâce à un texte spécifique encadrant l'utilisation de leur système d'information. Sont ainsi concernés, la Cnam,

³ Exigence 019 du référentiel de sécurité de l'INS

⁴ par exemple, l'usage du terme « prise en charge » est un raccourci de la prise en charge sanitaire et médico-sociale recouvrant tout 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 Ensemble des acteurs pouvant référencer les données de santé avec l'INS, défini à l'article R. 1111-8-3 du code de la santé publique, soit les professionnels, établissements, services et organismes mentionnés à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique et les professionnels constituant une équipe de soins en application de l'article L. 1110-12 du même code et intervenant dans la prise en charge sanitaire ou médico-sociale de la personne concernée.

⁶ Exigence 001 du référentiel de sécurité de l'INS

responsable de traitement du Dossier Médical Partagé⁷, le CNOP (Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens), responsable de traitement du Dossier Pharmaceutique (DP)⁸ et le futur responsable de l'espace numérique en santé.

D'autres acteurs, n'appartenant pas au cercle de confiance, tels que les GRADeS ou des éditeurs par exemple, parce qu'ils offrent des services aux professionnels de santé dans une finalité de prise en charge, verront l'INS s'inscrire dans des bases d'utilisateurs qu'ils peuvent gérer. Le fait que l'INS figure dans ces bases nécessite un encadrement conforme au référentiel INS permettant aux acteurs de la prise en charge de respecter leurs obligations. En particulier, l'émetteur de données référencées avec l'INS (un PS par exemple) doit s'assurer que le destinataire fait partie du cercle de confiance⁹ (un autre PS par exemple) même si les données de santé référencées avec l'INS transitent par les systèmes mis à disposition (plateforme de partage mise à disposition par le GRADeS par exemple). Il y a nécessairement une délimitation des responsabilités en termes de garanties d'accès aux données par les utilisateurs. Cette délimitation peut, par exemple, prendre la forme de sous-traitance au sens de la loi informatique et libertés.

Dans le cadre d'échange et de partage de données de santé, les traits d'identité suivants doivent obligatoirement être envoyés avec l'INS : le nom de famille, un des prénoms, le sexe et la date de naissance sont obligatoires. Le lieu de naissance et tous les prénoms sont facultatifs¹⁰. Rapidement, l'INS et les traits de référence vont constituer l'ensemble des données d'identité de référence nationales pour l'échange et le partage de données de santé.

Une fonctionnalité de rapprochement d'identité accessoire à un traitement de données dont la finalité est la prise en charge peut être poursuivie tant qu'elle est nécessaire compte tenu du rythme de déploiement de l'INS.

Les traitements mis en œuvre localement ne peuvent être des relais de l'INS et des traits qualifiés vers des responsables de traitements externes. Par exemple :

- un GRADeS ne peut être le relai vers les établissements de l'INS et des traits qualifiés. Le principe d'appel à la base régionale étant le même que l'appel à la base nationale, il est obligatoire d'appeler les téléservices nationaux mis en œuvre par l'assurance maladie ;
- un établissement ne peut être le relai de l'INS et des traits qualifiés vers les acteurs externes (cabinets libéraux voisins, laboratoires etc... Il communique des données de santé référencées avec l'INS dans le cadre des processus de prise en charge, mais ne met pas en œuvre une diffusion d'identité de référence locale). *A contrario*, un établissement gère sur son périmètre de responsabilité la diffusion de l'INS et des traits qualifiés vers les systèmes d'information internes.

Les traitements ayant pour finalité la prise en charge sont couverts par la réglementation relative à l'INS. Si un autre traitement de l'INS est mis en œuvre (hors finalité de prise en charge, hors acteur de la prise en charge), l'INS retombe alors dans la réglementation relative au NIR, il convient alors de respecter la loi informatique et liberté et notamment l'article 22 et le décret cadre NIR. La réutilisation de l'INS à des fins de recherche est couverte par le chapitre IX de la loi informatique et libertés.

⁷ Article R. 1111-33 du CSP dans sa rédaction issue du décret n°2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé

⁸ Article R.1111-20 du CSP dans sa rédaction issue du Décret n°2017-878 du 9 mai 2017 - art. 1

⁹ Exigence 005 du référentiel de sécurité de l'INS

¹⁰ Exigence 016 du référentiel de sécurité de l'INS

TRAJECTOIRE

Les années 2017 à 2019 ont permis une concertation large avec les acteurs **pour aboutir à un corpus réglementaire relatif à la sécurisation du référencement des données de santé avec l'INS** et à la **mise à disposition d'une première version des téléservices**.

2020 est consacrée au **suivi de quelques structures pilotes**, au **dimensionnement de l'accompagnement**, à la **production de documents pédagogiques** par l'ANS et le GIE SESAM Vitale (Groupement d'intérêt économique Système Electronique de Saisie de l'Assurance Maladie) (pour les éditeurs). Les téléservices ouvrent en 2020.

L'arrivée de l'INS s'appuie sur un ensemble de prérequis qui ne relèvent pas de sa pure responsabilité et font échos aux autres programmes de la présente doctrine. En particulier, l'identification et l'authentification forte des acteurs de la prise en charge est un prérequis à l'accès à l'INS. Dès lors, la trajectoire de déploiement s'articule avec les actions menées dans les autres dispositifs.

Dès 2021, il est obligatoire pour les acteurs de **référer les données de santé avec l'INS, dans le respect des obligations réglementaires**.

SYNTHESE DES ACTIONS CLES

Action	Jalon
Finalisation du cadre réglementaire (nouvelle rédaction du décret en conseil d'Etat du 27 mars 2017 puis validation par arrêté du référentiel de sécurité)	Fin 2019
Ouverture de la plateforme d'accrochage des téléservices par le GIE SESAM Vitale	S2 2019
Mise en service des téléservices (ouverture sur données réelles)	Dès l'adoption des textes réglementaires (début 2020)
Possibilité pour les acteurs de la prise en charge de procéder au référencement des données de santé avec l'INS	Dès l'adoption des textes réglementaires et sous réserve du respect de ces textes (début 2020)
Lancement de pilotes en vue du dimensionnement de l'accompagnement au déploiement de l'INS	T1 2020 (cadrage S2 2019)
Obligation de recourir à l'INS pour référer les données de santé	1 ^e janvier 2021

POUR EN SAVOIR PLUS

- *Référentiel de sécurité INS- version de travail et Foire aux questions*
 - [https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/ASIP Référentiel Identifiant National de Santé v040.pdf](https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/ASIP_Référentiel_Identifiant_National_de_Santé_v040.pdf)
 - <https://esante.gouv.fr/securite/ins/faq>
- *Vidéos de présentation de l'INS (dates à revoir)*
 - <https://esante-formation.fr/course/index.php?categoryid=18>
- *Guide d'intégration des téléservices pour les éditeurs*
 - <https://www.sesam-vitale.fr/web/sesam-vitale/industriels>