

# L'ESSENTIEL SUR LE PARTAGE ET L'HEBERGEMENT DES INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE SANTE

## A PROPOS DE LA PROTECTION DE VOS DONNEES PERSONNELLES

La loi reconnaît la protection de vos données personnelles.

Votre médecin est tenu par la loi au secret professionnel, sauf cas d'exception légale (maltraitance, ...)

Lorsque vous consultez un médecin, il recueille, pour l'accomplissement de sa mission, vos données personnelles, consigne ses observations et prescriptions dans votre dossier médical couvert par le secret professionnel.

La loi vous reconnaît le droit personnel :

- d'accéder à ce dossier et d'en obtenir une copie ;
- de compléter les informations y figurant ;
- de demander la rectification des informations inexactes ;
- de demander leur effacement dès lors que celles-ci ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été données et à l'expiration du délai de conservation de votre dossier médical auquel est légalement tenu votre médecin ;
- le droit à la portabilité.

Votre médecin a mis en place les mesures nécessaires notamment au plan de la sécurité informatique pour satisfaire à la réglementation applicable à la protection de vos données personnelles.

Votre médecin reste bien évidemment à votre disposition pour toute précision complémentaire.

## UN PARTAGE D'INFORMATIONS POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE

Afin d'améliorer votre prise en charge, les informations de santé vous concernant peuvent être partagées par des professionnels identifiés d'une équipe de soins, à la condition qu'elles soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à votre suivi médico-social et social.

Une équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement, à votre profit, à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation d'un handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui :

1. Soit exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ;
2. Soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par vous-même en vous adressant à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel vous avez confié sa prise en charge ;
3. Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé.

## LES MODALITES D'INFORMATION DU PATIENT

Si le partage a lieu entre professionnels appartenant à une même équipe de soins, aucun consentement préalable de votre part n'est exigé. Vous avez cependant la possibilité, à tout moment, de vous opposer à ce partage en notifiant expressément votre décision à un professionnel de l'équipe de soins.

Si le partage s'effectue entre professionnels n'appartenant pas à la même équipe de soins, votre consentement préalable doit en revanche être expressément recueilli, c'est-à-dire sans ambiguïté. Vous n'êtes cependant pas obligé de le formuler par écrit, les modalités de recueil de votre consentement, variables selon les structures, pouvant se présenter sous forme dématérialisée ou non. La personne chargée de vous renseigner doit vous expliquer les conditions applicables au sein de la structure de soins.

L'information recouvre :

- La nature des informations ayant vocation à être partagées ;
- Les catégories de professionnels auxquelles elles seront transmises ;
- La nature des supports utilisés pour les partager ;
- Les mesures prises pour préserver leur sécurité.

Dans tous les cas, votre dossier médical mentionne :

- Les informations que vous avez reçues oralement et au travers de cette fiche d'information sur le partage des informations vous concernant ;
- Votre consentement ou votre opposition au partage des informations vous concernant de ce que l'une ou plusieurs d'entre elles soient accessibles à un ou plusieurs professionnels de l'équipe de soins. Dans ce dernier cas, les informations qui vous ont été délivrées par le professionnel sur les risques liés à ce refus sont également portées au dossier médical.

## **QUI PEUT RECUEILLIR VOTRE CONSENTEMENT OU VOTRE OPPOSITION ?**

En fonction de l'organisation de la structure de soins, votre consentement ou votre opposition est recueilli par out professionnel de l'équipe de soins. Toutefois, si à la suite des informations que vous avez reçues, vous avez encore quelques hésitations ou incertitudes, il convient d'en parler à un professionnel de santé. Dans ce cas, c'est lui qui recueillera votre consentement ou votre opposition, total ou partiel, au partage des informations vous concernant.

## **QUAND MANIFESTER VOTRE CONSENTEMENT OU VOTRE REFUS ? QUELLE EST SA DUREE DE VALIDITE ?**

Sauf urgence ou impossibilité, et en fonction du cas de figure (dans ou hors équipe de soin), votre consentement ou votre opposition doit être recueilli avant à votre prise en charge par un professionnel de santé. Vous pouvez solliciter un délai de réflexion. Vous pourrez toujours, ultérieurement retirer ce consentement ou cette opposition.

Une fois votre consentement ou votre opposition donné, il ne vous sera pas de nouveau demandé : il sera valable pour toutes les prises en charge à venir au sein de l'équipe de soins, sauf si vous décidez de le retirer. Cela signifie par exemple que, en cas de consentement, du jour où vous donnez une information à un professionnel, cette information sera éventuellement accessible des années plus tard, aux autres professionnels qui vous prendront en charge, qui sont par ailleurs soumis au secret professionnel, ainsi qu'au secret médical pour les professionnels de santé.

## **ET SI VOUS HESITEZ OU N'ETES PAS D'ACCORD ?**

Si vous avez la moindre interrogation, n'hésitez pas à demander de nouveau des compléments d'information à un professionnel de l'équipe de soins. Si vous n'êtes pas d'accord avec le principe du partage des informations, si vous voulez retirer votre consentement après l'avoir donné ou si vous souhaitez qu'une ou plusieurs informations vous concernant ne soient pas accessibles à un ou plusieurs autres professionnels de l'équipe de soins, vous avez le droit de le faire savoir. Il est recommandé alors d'en parler au professionnel de santé qui vous prend en charge : c'est lui qui est le mieux à même de recueillir votre décision. En effet, votre opposition peut avoir des conséquences sur votre prise en charge et seul ce dernier est compétent pour vous éclairer à ce sujet.

## **SI VOUS ETES UNE PERSONNE MAJEURE EN TUTELLE OU UNE PERSONNE MINEURE**

Que vous soyez une personne majeure en tutelle ou une personne mineure, les informations relatives au partage des informations vous concernant vous seront délivrées. Il sera tenu compte de votre capacité de discernement ou de votre degré de maturité.

Si vous êtes une personne majeure et que vous bénéficiez de la protection d'un tuteur, vous pouvez vous-même consentir ou vous opposer au partage des informations vous concernant. Toutefois, dans certains cas, en fonction des termes du jugement de tutelle ou de la délibération du conseil de famille, votre tuteur pourra autoriser ou non le partage des informations vous concernant.

Si vous êtes une personne mineure, l'un ou l'autre des titulaires de l'autorité parentale (vos parents ou votre tuteur) pourront autoriser ou non le partage des informations vous concernant. Toutefois, dans le cas où le professionnel de santé décide de mettre en œuvre un traitement ou une intervention qui s'impose pour sauvegarder votre santé, sans le consentement de vos parents, parce que vous souhaitez garder le secret sur votre état de santé, il vous appartiendra de donner votre consentement ou de vous opposer au partage des informations recueillies à l'occasion de ce traitement ou de cette intervention. Votre consentement ou votre opposition sera sollicité également, si vos liens avec votre famille sont rompus et si vous bénéficiez, à titre personnel, du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture maladie universelle complémentaire.

## HEBERGEMENT DE DONNEES DE SANTE A CARACTERE PERSONNEL

Cette structure de soins dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients, à assurer la facturation des actes et la télétransmission des feuilles de soins aux caisses de sécurité sociale. Les informations recueillies lors de votre consultation feront l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique réservé à l'usage des professionnels de l'équipe de soins, afin d'assurer vos soins et leur continuité, ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible.

Dans ce cadre, des données de santé à caractère personnel vous concernant peuvent être conservées à l'extérieur de la structure, par un hébergeur disposant d'un agrément délivré par le Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, en application des dispositions de l'article L.1111-8 du Code de la Santé Publique et du décret n°2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel.

L'hébergeur de la présente structure de soins est la société ZAYO FRANCE, immatriculée au RCS de PARIS sous le numéro 423 455 203, sise 19/21 Rue Poissonnière – 72002 PARIS. ZAYO FRANCE est agréée par le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes en qualité d'hébergeur de données de santé à caractère personnel pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen de l'application WEDA (offre ZAYO Healthcare Services – Weda Edition).

L'hébergement ne peut avoir lieu qu'avec votre consentement exprès ou celui de votre représentant légal (titulaire de l'autorité parentale pour un mineur, tuteur/tutrice légal pour un majeur sous tutelle). Ce consentement est dématérialisé (il est conservé dans le système informatique et non sous la forme d'un document papier) et son recueil est tracé (la date de votre consentement et l'identité de la personne qui le recueille sont également conservés).

Aucune manipulation des informations de santé conservées par un hébergeur dûment agréé n'est autorisée.

La finalité de cet hébergement consiste à :

- Garantir la conservation, l'archivage et la sécurité des données de santé à caractère personnel,
- Assurer le respect des exigences de confidentialité, de sécurité et de pérennité de ces données.

Vous pouvez, conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés :

- Accéder à vos données de santé à caractère personnel hébergées et en demander la rectification ou la suppression ;
- Demander une copie de l'historique des accès aux données de santé hébergées, des consultations ainsi que du contenu des informations consultées et des traitements éventuellement opérés.

Seuls les établissements et les professionnels de santé participant à votre prise en charge peuvent accéder aux données de santé hébergées, ainsi que le médecin présent chez l'hébergeur. Comme le prévoit le code de la santé publique, ce dernier est le garant de la confidentialité des données de santé à caractère personnel hébergées et veille aux conditions d'accès à ces données dans le respect de la loi du 6 janvier 1978 modifiée et du code de la santé publique. Ses missions s'exercent dans le cadre de l'organisation prévue dans le contrat qui lie l'hébergeur au responsable du traitement des données de santé à caractère personnel et conformément à son contrat de travail avec l'hébergeur.

Pour exercer vos droits, vous pouvez vous adresser par tout moyen de votre choix :

- Au professionnel de santé qui participe à votre prise en charge ;
- Au Médecin de l'Hébergeur.

## VOTRE DOSSIER MEDICAL PERSONNEL

A l'occasion de votre prise en charge, vous pouvez demander la création de votre DMP - ou elle vous sera proposée, afin de faciliter la coordination, la qualité et la continuité des soins entre les professionnels de santé qui vous soignent. Seuls les professionnels de santé que vous autorisez peuvent alimenter et/ou consulter votre DMP.

Votre consentement à la création de votre DMP est recueilli de façon dématérialisée et son recueil est tracé. Pour garantir leur confidentialité, les données de votre DMP sont stockées chez un hébergeur national, agréé pour l'hébergement de données de santé à caractère personnel.

**Les informations contenues dans cette fiche sont obligatoirement complétées par des informations orales délivrées par le personnel administratif et/ou le professionnel de santé qui vous prend en charge. L'un et l'autre sont à votre entière disposition pour toute information complémentaire que vous pourriez souhaiter.**

## Informations sur le patient

Madame / Mademoiselle / Monsieur (rayer les mentions inutiles)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date et Lieu de Naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone et Courriel : \_\_\_\_\_

## A remplir le cas échéant par le/les titulaire(s) de l'autorité parentale ou le tuteur

Si l'autorité parentale est tenue par un seul parent, merci de le justifier en joignant une copie du jugement.

### **Identité du/des titulaire(s) de l'autorité parentale ou du tuteur :**

Madame / Mademoiselle / Monsieur (rayer les mentions inutiles)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

En qualité de Père / Mère / Tuteur légal (rayer les mentions inutiles)

Madame / Mademoiselle / Monsieur (rayer les mentions inutiles)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

En qualité de Père / Mère / Tuteur légal (rayer les mentions inutiles)

Ayant autorité sur le patient ci-avant désigné

## Informations sur la structure et le professionnel

Structure : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone et Courriel : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N° ADELI/RPPS : \_\_\_\_\_

## Consentement du patient

Je reconnais avoir été explicitement informé(e) par le professionnel ci-dessus désigné des conséquences du partage de mes données de santé entre professionnels de l'équipe de soins et en conséquence :

**ACCEPTÉ**

**REFUSE**

- Que mes données de santé soient partagées avec l'ensemble des professionnels de l'équipe de soin participant à ma prise en charge ;
- Que mes données de santé puissent être consultées en cas d'urgence absolue par tout professionnel de santé, y compris en dehors de l'équipe de soins aux fins exclusives de ma prise en charge.
- Que mes données de santé fassent l'objet d'un hébergement auprès d'un tiers dûment agréé ;
- Que mon Dossier Médical Personnel soit créé à l'occasion de ma prise en charge.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

**Signature (du patient / du titulaire de l'autorité parentale / du tuteur)**  
**précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »**

*Chaque accès aux informations concernant votre santé fait l'objet d'une traçabilité complète.  
Votre consentement ou votre opposition peuvent être recueillis de manière dématérialisée.*