



Avis n° 55/2014 du 5 novembre 2014

Objet: Demande d'avis concernant le projet d'arrêté du Gouvernement modifiant l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 27 mai 2009 en matière de dépistage néonatal systématique de la surdité en Communauté française et abrogeant l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 27 mai 2009 fixant le protocole du programme de dépistage néonatal systématique de la surdité en Communauté française (CO-A-2014-052)

La Commission de la protection de la vie privée ;

Vu 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), en particulier l'article 29 ;

Vu la demande d'avis de Madame Joëlle Milquet, Vice-Présidente de la Communauté française, Ministre de l'Éducation, de la Culture et de l'Enfance reçue le 15/09/2014;

Vu le rapport de Joël Livyns;

Émet, le 5 novembre 2014, l'avis suivant :

I. OBJET ET CONTEXTE DE LA DEMANDE D'AVIS

1. La Commission de la protection de la vie privée (ci-après désignée comme « la Commission ») a reçu, le 15 septembre 2014, une demande d'avis de Madame Joëlle Milquet, Vice-Présidente de la Communauté française, Ministre de l'Éducation, de la Culture et de l'Enfance, portant sur un projet d'arrêté du Gouvernement de la Communauté française modifiant l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 27 mai 2009 en matière de dépistage néonatal systématique de la surdité en Communauté française¹ et abrogeant l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 27 mai 2009 fixant le protocole du programme de dépistage néonatal systématique de la surdité en Communauté française².
2. Ce projet d'arrêté et le protocole y annexé développent un traitement de données relatives au dépistage systématique de la surdité en Communauté française dont les finalités sont d'une part, de permettre de diagnostiquer de manière précoce, chez les nouveau-nés, la surdité afin de mettre en place les suivis et accompagnements appropriés et d'autre part, de réaliser des analyses statistiques et épidémiologiques.
3. Les données seront collectées par voie informatique ou papier auprès des maternités et des centres diagnostiques par des Centres de récolte des données agréés et subventionnés par la Communauté française, sous la coordination et la supervision d'un Centre de référence agréé par la Ministre pour une durée de six ans renouvelable. Dans le cadre de la récolte des données papier, le Centre de récolte des données papier les encode dans un fichier informatique.
4. Les données à caractère personnel collectées dans le cadre de ce programme sont les suivantes : le numéro d'identification de l'enfant attribué par le service de maternité; les nom, prénom et date de naissance de l'enfant; les noms des parents; le nom du service de maternité du lieu de naissance (ou le nom de la sage-femme); le sexe, le poids, l'âge gestationnel de l'enfant; l'adresse de correspondance et numéro de téléphone.
5. Le Centre de récolte des données papier ou informatique assure le transfert électronique des données au Centre de référence sous forme de données de suivi. Les données de cette base de données de suivi seront anonymisées par le Centre de référence en vue de constituer une base de données statistique et épidémiologique, laquelle servira à réaliser une analyse à des fins statistiques et épidémiologiques en vue notamment d'évaluer la qualité et l'efficacité

¹ *M.B.*, 5 novembre 2009

² *M.B.*, 19 octobre 2009

du programme en Communauté française, selon les indicateurs de qualité comprenant les taux de couverture du programme.

II. EXAMEN DE LA DEMANDE

2.1. Nature du traitement et nature des données dont le traitement est envisagé

6. Les données collectées par les Centres de récolte des données et conservées au Centre de référence comprennent le numéro d'identification de l'enfant attribué par le service de maternité; les nom, prénom et date de naissance de l'enfant; les noms des parents; le nom du service de maternité du lieu de naissance (ou le nom de la sage-femme); le sexe, le poids, l'âge gestationnel de l'enfant; l'adresse de correspondance et numéro de téléphone. Il s'agit donc bien de données à caractère personnel. Par ailleurs, certaines de ces données sont des données relatives à la santé au sens de 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* (ci-après désignée comme "loi vie privée"), à la fois par leur nature et par l'utilisation qui en est faite.
7. Le point 3.4 du Protocole précise que les données seront anonymisées par le Centre de référence en vue de constituer une base de données statistique et épidémiologique, laquelle servira à réaliser une analyse à des fins statistiques et épidémiologiques en vue notamment d'évaluer la qualité et l'efficacité du programme en Communauté française, selon les indicateurs de qualité comprenant les taux de couverture du programme.
8. La Commission rappelle à cette occasion la notion de "donnée anonyme" telle que définie par l'arrêté royal du 13 février 2001 *portant exécution 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*³: est anonyme, une donnée qui ne peut pas être mise en relation avec une personne identifiée ou identifiable et ne constitue donc pas une donnée à caractère personnel⁴.
9. La Commission souligne que la notion d'anonymat est absolue et non relative. Il en résulte qu'il doit être impossible **pour toute personne quelle qu'elle soit** de mettre les données anonymes en relation avec l'identité d'une personne, et non uniquement pour celui qui a les données en sa possession.

³ Ci-après désigné comme "arrêté royal du 13 février 2001"

⁴ Voir article 1, 5°, de l'arrêté royal du 13 février 2001 *portant exécution 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 désigné comme "l'arrêté royal du 13 février 2001"

10. Il faut donc veiller, lors de la constitution de tableaux agrégés, à supprimer les "small cells", ou catégories ne comportant que moins de trois éléments. Ceci peut être réalisé en remplaçant la catégorie concernée au sein d'une catégorie plus large, ou en remplaçant le nombre de patients concernés par des pourcentages. Il faudra également veiller à éviter de fournir simultanément un grand nombre de paramètres au sujet du même patient, car cela peut permettre une identification indirecte par des personnes spécialement informées (proches du patient, personnel l'ayant soigné, etc.).
11. Par ailleurs, le critère retenu pour savoir s'il est impossible de mettre les données en relation avec une personne identifiée est le suivant : les données sont anonymes si la réidentification de la personne concernée exige **des délais et des activités déraisonnables**⁵.
12. Par ailleurs, lorsque le risque de réidentification est important en raison du nombre élevé et de la nature (précision) des données traitées, de sorte que des recoupements sont possibles, on ne peut plus parler de données anonymes⁶.
13. En synthèse, l'appréciation du caractère anonyme de données doit se faire de manière contextuelle et en tenant compte de la nature précise des données et de l'état de la science au moment de cette appréciation. Il appartient donc à la Communauté française de veiller à supprimer ou réduire au minimum les risques de réidentification.

2.2. Légalité du traitement

14. L'article 4, § 1^{er}, 1^o, de la loi vie privée, prévoit que les données à caractère personnel doivent être traitées loyalement et licitement.
15. Le traitement de données à caractère personnel relatives à la santé est en principe interdit, en application de l'article 7 de la loi vie privée. Ce même article prévoit toutefois une série d'exceptions à cette interdiction. Le traitement, pour être légal, doit donc se situer dans le cadre de l'une de ces exceptions.

⁵ Voir points 28 et 29 du rapport explicatif de la Convention n° 108 du Conseil de l'Europe pour la protection des personnes à l'égard du traitement automatisé des données à caractère personnel et recommandation R(2002)9 *du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe sur la protection des données à caractère personnel collectées et traitées à des fins d'assurance*, point 1.a Voir également l'Exposé des motifs du projet de loi transposant la directive 95/46/CE du 24 octobre 1995 du Parlement européen et du Conseil relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement de données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, Doc. Parl. Chambre, 1997-98, n° 1566/1, p. 12 : "Lorsque les informations relatives à des personnes physiques sont rendues anonymes, elles ne perdent donc leur caractère de données à caractère personnel que si le caractère anonyme est absolu et que plus aucun moyen raisonnablement susceptible d'être mis en œuvre ne permet de revenir en arrière pour briser l'anonymat."

⁶ Conseil d'État, arrêts 84.880 du 26 janvier 2000 et 45.218 du 18 décembre 1993

16. L'article 7, § 2, d, de la loi vie privée permet le traitement de données relatives à la santé lorsque ce traitement est nécessaire à la promotion et à la protection de la santé publique, y compris le dépistage, et l'article 7, § 2, e, de la loi vie privée le permet lorsque ce traitement est rendu obligatoire par ou en vertu de la loi, d'un décret ou d'une ordonnance, pour des motifs d'intérêt public importants.
17. Le traitement est effectué en application du décret de la Communauté française du 14 juillet 1997⁷ portant organisation de la promotion de la santé, et plus particulièrement de ses articles 17 bis et 17 ter qui prévoient que « *le Gouvernement fixe, sur base du programme quinquennal et après avis du Conseil supérieur de promotion de la santé, des programmes de médecine préventive à vocation communautaire* » et que le Gouvernement peut agréer et subventionner des centres de référence pour assurer cette mission.
18. Le traitement de données projeté organisant un dépistage néonatal systématique de la surdité en Communauté française s'inscrit tout-à-fait dans le cadre de cette mission.
19. De nombreuses dispositions de droit international entraînent l'obligation pour les États de prendre des mesures en vue de la promotion de la santé. Il en est ainsi notamment de l'article 22bis de la Constitution coordonnée du 17 février 1994 (droit de chaque enfant à son intégrité morale, physique, psychique et sexuelle et obligation pour l'autorité compétente de le garantir), de l'article 23 de la même Constitution (droit à la protection de la santé et à l'aide médicale et obligation pour l'autorité compétente de le garantir), de l'article 8 de la Convention européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales⁸ (ingérence dans le droit à la vie privée nécessaire à la protection de la santé publique) ; de l'article 3 de la Convention relative aux droits de l'enfant⁹ (engagement des parties d'assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, compte tenu des droits et devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui) ; de l'article 24, § 1^{er}, de la même Convention relative aux droits de l'enfant (droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation, ainsi que l'obligation de garantir qu'aucun enfant ne soit privé de l'accès à ces services) ; et de l'article 24n § 2, a) (obligation pour les États de prendre les mesures appropriées pour réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants, b) (assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires), et

⁷ Décret du 14 juillet 1997 *portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française*, tel que modifié par le décret du 17 juillet 2003

⁸ Telle qu'adoptée à Rome le 4 novembre 1950 et amendée par le Protocole n°11

⁹ Adoptée par l'Assemblée générale du Haut-Commissariat aux droits de l'homme le 20 novembre 1989

- f) (développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation) de la même Convention.
20. La Communauté française, à l'intervention de son Parlement ou de son Gouvernement, est compétente pour la politique de la santé, et plus particulièrement pour l'éducation sanitaire, et les activités de médecine préventive (art. 5, §1^{er}, I, 8^o, de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980¹⁰).
21. Le traitement de données envisagé se situe donc bien dans la sphère de compétences de la Communauté Française. Ce traitement repose sur les bases légales citées plus haut, et répond à ce titre aux exigences de loyauté et de licéité prévues à l'article 4, § 1^{er}, de la loi vie privée.
22. Le traitement répond également aux exigences de l'article 7, § 2, d (traitement nécessaire à la promotion et à la protection de la santé publique, y compris le dépistage) et de l'article 7, § 2, e (traitement rendu obligatoire par ou en vertu de la loi, d'un décret ou d'une ordonnance, pour des motifs d'intérêt public importants) de la loi vie privée. En effet, ce programme de dépistage néonatal systématique de la surdité repose sur des impératifs de santé publique.
23. Par ailleurs, il est utile de préciser que la participation au programme de dépistage néonatal systématique de la surdité n'est pas obligatoire. Les parents sont donc libres de refuser que leur enfant subisse le dépistage (art. 11 de l'Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 27 mai 2009 en matière de dépistage néonatal systématique de la surdité en Communauté française¹¹).

2.3. Finalités du traitement

24. Les données doivent être collectées pour des finalités déterminées, explicites et légitimes (article 4, § 1^{er}, 2^o de la loi vie privée). La Commission constate que les données ont été initialement collectées par des maternités et des centres diagnostiques et sont ensuite transmises au Centres de récolte des données qui les transmettent alors au Centre de références. Les finalités de l'ensemble du traitement (collecte, transmission, conservation, etc.) sont, d'une part, de diagnostiquer de manière précoce chez les nouveau-nés la surdité, et d'autre part, de mener des recherches statistiques et scientifiques sur base des différentes données enregistrées, dans un but épidémiologique.

¹⁰ M.B., 15 août 1980

¹¹ M.B., 5 novembre 2009

25. Eu égard à ce qui précède que les finalités poursuivies sont déterminées, explicites et légitimes au sens de l'article 4, § 1^{er}, 2^o, de la LVP.

2.4. Proportionnalité des données traitées eu égard à ses finalités

26. L'article 4, § 1^{er}, 3^o, de la loi vie privée prévoit que les données à caractère personnel doivent être adéquates, pertinentes et non excessives au regard des finalités pour lesquelles elles sont obtenues et pour lesquelles elles sont traitées ultérieurement.
27. Ceci implique que dans le choix des modalités de traitement permettant d'atteindre la finalité poursuivie, le responsable du traitement doit veiller à opter pour celles qui sont les moins attentatoires à la vie privée des personnes concernées. Une ingérence dans le droit à la protection des données des personnes concernées doit en effet être proportionnée au regard de l'utilité et de la nécessité du traitement pour le responsable du traitement.
28. Pour rappel, les données collectées et conservées dans la base de données "suivi" sont les suivantes : le numéro d'identification de l'enfant attribué par le service de maternité; les nom, prénom et date de naissance de l'enfant; les noms des parents; le nom du service de maternité du lieu de naissance (ou le nom de la sage-femme); le sexe, le poids, l'âge gestationnel de l'enfant; l'adresse de correspondance et numéro de téléphone.
29. En ce qui concerne cette base de données, la Commission constate qu'il est impossible, au vu des finalités poursuivies, de procéder au traitement au moyen de données anonymes. Il est donc opportun de procéder au moyen de données à caractère personnel.
30. Ces données n'apparaissent par ailleurs pas excessives par rapport aux finalités du traitement. Elles sont en effet nécessaires au diagnostic et au suivi médical de l'enfant, et correspondent à des finalités de prévention et de soins.
31. En ce qui concerne la finalité d'analyses statistiques et épidémiologiques, le Protocole précise que les données seront anonymisées par le Centre de référence. Cette manière de faire respecte la logique suivie dans le Chapitre II de l'arrêté royal du 13 février 2001 concernant l'obligation de préférer le traitement de données anonymes ou codées au traitement de données non codées.

2.5. Conservation des données

32. Les données à caractère personnel doivent être 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 (article 4, § 1^{er}, 5^o de la loi vie privée).
33. Les données transmises par les services de maternité et les centres diagnostiques intégreront une base de données, qualifiée de « base de données de suivi » sous la forme d'une liste nominative de tous les nouveau-nés testés, des nouveau-nés n'ayant pas été soumis au test de dépistage parce qu'ils présentent des facteurs de risque et des nouveau-nés pour lesquels la participation au programme a été expressément refusée par les parents, cette base de données étant placée sous la responsabilité du centre de référence mais demeurant la propriété de la Communauté française, et étant conservée au centre de référence pour une période maximale de dix ans dans des conditions qui assurent le respect du secret professionnel et la protection de la vie privée (art. 16, §1^{er}, 3^o, de l'arrêté de Gouvernement du 27 mai 2009).
34. Il n'est par contre prévu aucune durée maximale de conservation en ce qui concerne les données de la base de données statistique et épidémiologique. Ces données auront cependant été anonymisées. La conservation illimitée des données anonymes est légale, étant donné que les dispositions relatives à protection de la vie privée ne s'appliquent plus à partir du moment où des données deviennent complètement anonymes (c'est-à-dire que personne n'est plus en mesure de mettre les données en relation avec une personne identifiée ou identifiable¹²).
35. Les délais ainsi prévus ne paraissent pas excessifs au regard des finalités des traitements de données envisagés.

2.6. Information des personnes concernées

36. S'agissant d'un traitement de données à caractère personnel relatives à la santé, suivi d'un traitement visant à anonymiser ces données à des fins statistiques et épidémiologiques, une information aussi complète que possible doit être fournie aux personnes concernées, afin de

¹² Voir article 1, 5^o, de l'arrêté royal du 13 février 2001 *portant exécution 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 désigné comme "l'arrêté royal du 13 février 2001"

placer l'ensemble des traitements envisagés dans le cadre des prévisions raisonnables des personnes intéressées.

37. L'article 11, § 1^{er}, 2^o, de l'arrêté de Gouvernement du 27 mai 2009 prévoit que le service de maternité doit « *présenter aux parents du nouveau-né un document expliquant les finalités et les modalités du programme et comportant les mentions visées au § 2, tout en rappelant aux parents la possibilité de refuser la participation de leur enfant au programme, le refus étant alors formalisé par la signature du document repris en annexe 3 au présent arrêté* ».

38. « *Le document mentionné au §1^{er}, 2^o, mentionne explicitement que:*

1^o les données du nouveau-né dépisté seront communiquées à un centre de récolte des données et au Centre de référence dans le cadre du transfert des données prévu par le programme;

2^o que ces données seront anonymisées par le Centre de référence concerné à des fins statistiques et épidémiologiques, à défaut pour les parents du nouveau-né d'avoir explicitement adressé audit centre leur refus à cet égard ».

39. La Commission signale que les dispositions légales et réglementaires en matière de protection de la vie privée exigent de fournir les informations complémentaires suivantes¹³ :

- le nom et l'adresse des responsables de traitement, et, le cas échéant, de leur représentant;
- les finalités complètes du traitement, y compris celles du traitement à finalités statistiques et épidémiologiques ;
- la base légale ou réglementaire autorisant le traitement de données relatives à la santé;
- les catégories de données qui font l'objet d'un anonymisation en vue du traitement à des fins statistiques et épidémiologiques et leur origine ;
- la description précise des fins statistiques et épidémiologiques de ce traitement ;
- l'existence d'un droit d'accès des personnes concernées aux données à caractère personnel de la base de données "suivi" en vue d'en prendre connaissance et éventuellement d'en obtenir copie¹⁴, ainsi que d'un droit pour ces personnes d'obtenir sans frais la rectification de toute donnée inexacte la concernant, ainsi que de s'opposer, pour des raisons sérieuses et légitimes tenant à une situation particulière, au traitement de tout ou partie de ses données¹⁵, ainsi que les

¹³ Il est à noter que les informations mentionnées aux points 1 à 6 doivent obligatoirement être fournies, en application des dispositions de l'article 9 de la loi vie privée et de l'article 25 de l'arrêté royal du 13 février 2001 exécutant l'article 9, § 1^{er}, e, de la loi vie privée

¹⁴ Voir article 10 de la loi vie privée

¹⁵ Voir article 12 de la loi vie privée

modalités d'exercice de ces droits. Il est évident que ces droits ne peuvent être exercés sur les données anonymes contenues dans la base de données statistique et épidémiologique;

- l'existence d'un droit de s'opposer au traitement statistique et épidémiologique et les modalités d'exercice de ce droit.

2.7. Identité du responsable de traitement

40. L'article 1^{er}, § 4, de la loi vie privée, énonce que *"lorsque les finalités et les moyens du traitement sont déterminés par ou en vertu d'une loi, d'un décret ou d'une ordonnance, le responsable du traitement est la personne physique, la personne morale, l'association de fait ou l'administration publique désignée comme responsable du traitement par ou en vertu de cette loi, de ce décret ou de cette ordonnance »*.

41. Il est précisé aux articles 3, § 1^{er}, 12^o, et 16, §1^{er}, 3^o, de l'arrêté de Gouvernement du 27 mai 2009 que la base de données de suivi et la base de données épidémiologique et statistique demeurent la propriété de la Communauté Française.

42. Si la notion de propriété ne peut en rien être assimilée à la notion de responsable de traitement, il semble cependant que la Communauté française est bien la personne qui détermine les finalités et les moyens du traitement de données à caractère personnel. Elle en assurera dès lors les obligations et garantira aux personnes concernées l'exercice de leurs droits d'information, d'accès, de rectification et d'opposition.

43. Les centres de récolte et le centre de référence assureront dès lors un rôle de sous-traitance. À cet égard, la Commission attire l'attention du demandeur d'avis sur les obligations prévues à l'article 16 de la loi vie privée (voyez point 44 et sv.).

2.8. Obligations du responsable de traitement en vue de garantir la confidentialité et sécurité de l'information

44. En application des articles 7 et 16 de la loi vie privée et de l'article 25 de l'arrêté royal du 13 février 2001, les responsables de traitement sont tenus à une série d'obligations. Il s'agit des obligations suivantes :

- veiller à ce que le traitement soit effectué sous la responsabilité d'un professionnel des soins de santé. Ce professionnel des soins de santé et ses mandataires et préposés doivent être soumis au secret pour tout ce qui concerne le traitement des données à caractère personnel;

- faire toute diligence pour tenir les données à jour, pour rectifier ou supprimer les données inexactes, incomplètes, ou non pertinentes, ainsi que celles traitées en violation de la loi vie privée;
- veiller, en ce qui concerne les personnes agissant sous son autorité, à ce que l'accès aux données et les possibilités de traitement soient limités à ce dont ces personnes ont besoin pour l'exercice de leurs fonctions;
- établir une liste des catégories de personnes ayant accès aux données à caractère personnel au sein de son personnel, avec une description précise de leur fonction par rapport au traitement des données;
- tenir cette liste à la disposition de la Commission;
- veiller à ce que les personnes ainsi désignées soient tenues, par une obligation légale ou statutaire ou une disposition contractuelle équivalente, au respect du caractère confidentiel des données;
- veiller à ce que les personnes agissant sous son autorité et ses sous-traitants ne puissent traiter les données que sur ses instructions, sauf obligation légale contraire;
- donner aux personnes appelées à traiter les données toutes les informations utiles relativement à la protection de la vie privée;
- s'assurer de l'adéquation des programmes informatiques utilisés avec les exigences de la loi vie privée, notamment en ce qui concerne la sécurité des données;
- prendre les mesures techniques et organisationnelles requises pour protéger les données à caractère personnel contre la destruction accidentelle ou non autorisée, la perte accidentelle, la modification, l'accès et tout autre traitement non autorisé. Ces mesures doivent assurer un niveau de protection adéquat, compte tenu, d'une part, de l'état de la technique et des frais occasionnés par ces mesures, et d'autre part, de la nature hautement sensible des données et des risques potentiels. A cet égard, la Commission conseille de s'inspirer de ses "Mesures de référence en matière de sécurité applicables à tout traitement de données à caractère personnel", disponibles sur son site¹⁶.

45. En vue de satisfaire au prescrit de l'article 16 de la loi vie privée¹⁷, la Commission exige par ailleurs, et dans la mesure du possible, le cryptage des données à caractère personnel lors

¹⁶ <http://www.privacycommission.be/fr/static/pdf/mesures-de-reference-vs-01.pdf>

¹⁷ Article 16, § 4, de la loi vie privée : "Afin de garantir la sécurité des données à caractère personnel, le responsable du traitement et, le cas échéant, son représentant en Belgique, ainsi que le sous-traitant doivent prendre les mesures techniques et organisationnelles requises pour protéger les données à caractère personnel contre la destruction accidentelle ou non autorisée, contre la perte accidentelle ainsi que contre la modification, l'accès et tout autre traitement non autorisé de données à caractère personnel. Ces mesures doivent assurer un niveau de protection adéquat, compte tenu, d'une part, de l'état de la technique en la matière et des frais qu'entraîne l'application de ces mesures et, d'autre part, de la nature des données à protéger et des risques potentiels. (...)"

de toute communication. La Commission rejoint d'ailleurs à ce propos l'avis du Conseil supérieur de promotion de la santé¹⁸.

46. Enfin, la Commission propose que la surveillance du respect des dispositions légales et réglementaires relatives à la vie privée soit intégrée dans les missions du comité de pilotage telles que mentionnées à l'article 5, § 3, du projet d'arrêté.

2.9. Déclaration du traitement

47. La Commission rappelle que tout traitement de données à caractère personnel, même prévu par des dispositions légales ou réglementaires, doit faire l'objet d'une déclaration de traitement, en application de l'article 17 de la loi vie privée. Dans le cas d'un traitement de données portant sur des données de santé, cette déclaration doit en outre mentionner la base légale autorisant le traitement de telles données.

PAR CES MOTIFS,

La Commission émet un avis favorable quant au projet d'arrêté de Gouvernement moyennant la prise en compte des remarques formulées aux points 13, 39, 42, 43, 45 à 47.

L'Administrateur f.f.,

Le Président,

(sé) Patrick Van Wouwe

(sé) Willem Debeuckelaere

¹⁸ Voir page 2 de cet avis, in fine (annexe 6)