

ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITE**Attestation d'Engagement de confidentialité**

Je soussigné(e) _____,
agissant en qualité de.....

m'engage à respecter la sécurité et la confidentialité des données à caractère personnel des patients dont je pourrais avoir connaissance, directement ou indirectement, à l'occasion de mes missions, conformément aux dispositions applicables, notamment issues du Règlement général sur la protection des données, de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée, et du code pénal.

À ce titre, je m'engage à :

- n'accéder aux seuls dossiers et données strictement nécessaires à l'exercice de mes missions ;
- ne pas accéder aux autres dossiers ou données, même si cet accès est techniquement possible, et reconnait qu'un tel accès sera qualifié d'illégitime et sera sanctionné ;
- ne pas utiliser les informations, données ou renseignements auxquels je peux accéder à des fins autres que celles strictement prévues par mes attributions ;
- ne divulguer ces informations, données ou renseignements de quelque nature que ce soit dont je pourrais avoir reçu communication ou eu connaissance à l'occasion de l'exercice de mes fonctions qu'aux personnes dûment autorisées, en raison de leurs fonctions, à en recevoir communication, qu'il s'agisse de personnes privées, publiques, physiques ou morales ;
- prendre toutes les mesures conformes aux usages et à l'état de l'art dans le cadre de mes attributions afin d'éviter l'utilisation détournée ou frauduleuse de ces informations ou données ;
- prendre toutes précautions conformes aux usages et à l'état de l'art pour préserver la sécurité matérielle de ces informations ou données ;
- en cas de cessation de mes fonctions, restituer intégralement les données, fichiers informatiques et tous supports d'information relatifs à ces données ou informations ainsi que tous documents, codes, moyens d'accès, ou matériels que je pourrais détenir et à ne pas en conserver de copie sous quelque forme que ce soit.

Dans le cadre plus particulier des accès au Système d'Information Hospitalier (SIH) je m'engage à :

- Ne faire aucune copie ou aucune extraction ou partage de données personnelles relatives aux patients ou agents (en ce compris les données de santé) vers les postes de travail ou tout autre support ;
- Supprimer toutes les éventuelles données concernant les patients de l'AP-HP que j'aurai en ma possession

Il est rappelé que les dispositions juridiques en vigueur imposent pour l'accès à des données nominatives de santé un moyen d'authentification forte validé par l'ASIP Santé (Cf. : PGSSI-S : Politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé - Référentiel d'authentification des acteurs de santé). Par conséquent, je m'engage à porter un soin particulier à l'accès à ces données lors de l'exercice de ma mission et à respecter strictement les dispositions du règlement intérieur de l'AP-HP et notamment son annexe n°16 « Charte de bon usage du système d'information de l'AP-HP ».

Je m'engage également à garantir la bonne utilisation des moyens d'identification et d'authentification qui m'ont été fournis, et en particulier :

- garantir que mes codes d'accès ne sont accessibles à personne d'autre que moi-même, et que mon mot de passe est suffisamment robuste (au moins 8 caractères, composé de majuscules, minuscules, chiffres et caractères spéciaux) ;
- ne pas utiliser mes codes d'accès pour accéder à d'autres applications ou d'autres données que celles strictement nécessaires à l'exercice de ma mission ;
- ne pas user, par quelque moyen que ce soit, du droit d'accès d'un autre utilisateur ;
- ne pas altérer ou détruire des traces ou preuves relatives à des actions ou des événements sur les Systèmes d'Information de l'AP-HP, me concernant ou non ;
- ne pas entraver le fonctionnement des équipements opérationnels et des équipements de sécurité, et dans tous les cas ne pas porter atteinte à la production informatique de l'AP-HP ;
- à avertir l'AP-HP de tous les dysfonctionnements constatés et/ou de toutes anomalies générées de mon fait ou ne me concernant pas et relevant de la sécurité, que j'aurais pu observer lors de l'exécution de ma mission. À cet égard, la procédure d'alerte consiste à prévenir par tout moyen et dans les plus brefs délais l'équipe Sécurité de l'AP-HP, qui s'attachera à isoler le dysfonctionnement.

J'ai compris et accepte que le non-respect de mes obligations peut être passible de sanctions disciplinaires et/ou pénales.

Paris, le

Signature

ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITE