

**Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé
Section « Santé »**

CSSSS/11/090

DÉLIBÉRATION N° 11/052 DU 19 JUILLET 2011 CONCERNANT LA COMMUNICATION DE DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL RELATIVES À LA SANTÉ ENTRE LES PRESTATAIRES DE SOINS ET LES OFFICES DE TARIFICATION, D'UNE PART, ET LES ORGANISMES ASSUREURS, D'AUTRE PART, EN VUE DE LA DÉTERMINATION DU STATUT D'ASSURABILITÉ DES PATIENTS CONCERNÉS DANS LE CADRE DU RÉGIME DU TIERS PAYANT ET EN VUE D'ÉVITER UNE DOUBLE PRISE EN CHARGE DE CERTAINS FRAIS D'HOSPITALISATION

Vu la loi du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé;

Vu la demande d'autorisation de l'INAMI, reçue le 14 juin 2011;

Vu le rapport d'auditorat du 1^{er} juillet 2011;

Vu le rapport de monsieur Yves Roger.

Émet, après délibération, la décision suivante, le 19 juillet 2011:

I. OBJET

1. Dans le régime du tiers payant, l'organisme assureur rembourse directement au prestataire de soins concerné – il s'agit à la fois de personnes physiques (médecins, infirmiers, pharmaciens, ...) et d'entités (hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques, maisons de repos et de soins, laboratoires, groupements de médecins, groupements d'infirmiers, pharmacies, sociétés de médecins, ...) - le montant de l'intervention de l'assurance dans ses frais d'honoraires. Par conséquent, l'assuré social ne doit plus avancer ce montant mais doit

uniquement payer la part personnelle, appelée aussi ticket modérateur, au prestataire de soins.

2. L'application du régime du tiers payant suppose cependant que les prestataires de soins concernés soient au courant du statut d'assurabilité de leurs patients. A cet effet, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) a développé une application leur permettant de contrôler ce statut d'assurabilité d'une manière sécurisée et donc de calculer correctement le montant restant à payer par le patient.

L'application vise également à éviter une double prise en charge de certains frais d'hospitalisation.

3. Lorsque l'intervention des organismes assureurs dans le coût des fournitures délivrées par les pharmaciens n'est pas directement versée par ces organismes aux titulaires, l'article 165 de la loi *relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités*, coordonnée le 14 juillet 1994, dispose que toutes les opérations de tarification et tous les paiements des organismes assureurs pour fournitures délivrées par les pharmaciens sont obligatoirement effectués par l'intermédiaire d'offices de tarification agréés.

Les pharmaciens doivent donc obligatoirement être affiliés auprès d'un office de tarification. Les offices de tarification interviennent, au profit des pharmaciens, dans le traitement administratif des fournitures pharmaceutiques par les organismes assureurs. Ils peuvent être considérés comme les intermédiaires obligatoires dans les relations entre les pharmaciens et les organismes assureurs et ils doivent, en cette qualité, pouvoir faire appel à certaines données à caractère personnel lorsque la facturation est rejetée par l'organisme assureur en question (ce qui n'arrive qu'exceptionnellement). Il est à noter que les données à caractère personnel obtenues peuvent uniquement être utilisées à cette fin par les offices de tarification, à l'exclusion de toute autre finalité. En d'autres termes, ils peuvent uniquement traiter les données à caractère personnel dans la mesure où cela est nécessaire au règlement administratif des fournitures pharmaceutiques entre les pharmaciens et les organismes assureurs.

4. Le numéro d'identification de la sécurité sociale du patient permet aux prestataires de soins concernés et aux offices de tarification de consulter les données à caractère personnel requises relatives à l'assurabilité à l'intervention des organismes assureurs.

Le numéro d'identification de la sécurité sociale implique l'usage, soit du numéro d'identification du Registre national, soit du numéro d'identification attribué par la Banque Carrefour de la sécurité sociale. Contrairement au numéro d'identification attribué par la Banque Carrefour de la sécurité sociale, l'usage du numéro de registre national n'est en principe pas libre.

Conformément à l'article 4 de l'arrêté royal du 5 décembre 1986 *organisant l'accès aux informations et l'usage du numéro d'identification du Registre national des personnes physiques dans le chef d'organismes qui remplissent des missions d'intérêt général dans le cadre de la législation relative à l'assurance maladie-invalidité*, le numéro d'identification de la sécurité sociale peut être utilisé dans les relations entre les organismes assureurs et les

personnes qui sont tenues de recevoir ou de fournir des renseignements au sujet du titulaire de ce numéro d'identification, dans le cadre des obligations qui leur sont imposées par une disposition légale ou réglementaire relative à la sécurité sociale.

Conformément à l'article 1^{er}, § 5, de l'arrêté royal précité du 5 décembre 1986, les offices de tarification sont autorisés à utiliser le numéro de Registre national pour l'accomplissement des tâches qui relèvent de leurs compétences.

Conformément à l'article 5 de l'arrêté royal du 18 décembre 1996 *portant des mesures en vue d'instaurer une carte d'identité sociale à l'usage de tous les assurés sociaux, en application des articles 38, 40, 41 et 49 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions*, les prestataires de soins peuvent faire usage de la carte SIS des assurés sociaux avec lesquels ils sont en rapport.

5. L'application en question vérifiera, sur base du numéro d'identification de la sécurité sociale communiqué, dans une banque de données à caractère personnel gérée par le Collège intermutualiste national, auprès de quel organisme assureur le patient concerné est affilié. Il est néanmoins possible que le prestataire de soins concerné indique lui-même, lorsqu'il effectue la demande, l'organisme assureur concerné.
6. Grâce à l'application précitée, le prestataire de soins ou l'office de tarification envoie un message électronique qui, en plus de quelques données administratives relatives au message électronique même, contient les données à caractère personnel suivantes relatives à la personne concernée:
 - le numéro d'identification de la sécurité sociale;
 - un numéro de référence attribué par le demandeur à sa demande;
 - le numéro d'identification de l'organisme assureur (si connu);
 - le numéro d'inscription auprès de l'organisme assureur;
 - le type de consultation (à titre d'information ou dans le cadre de la facturation);
 - le type de contact (si le demandeur est un hôpital ou une polyclinique: soins ambulatoires, hospitalisation de jour ou hospitalisé ailleurs);
 - les dates de début et de fin de la période consultée (pour les prestataires de soins autres que les pharmaciens);
 - date de la demande/délivrance (uniquement pour les pharmaciens).
7. Après réception de la demande, les organismes assureurs transmettent une réponse qui varie en fonction de la nature de la demande.
8. Le message électronique qui est transmis par un organisme assureur à un pharmacien ou à un office de tarification contient, outre quelques données administratives relatives au message électronique même, les données à caractère personnel suivantes:

Données d'identification de la personne concernée:

- le numéro d'identification de la sécurité sociale;
- le nom, le prénom et le sexe, la date de naissance et, le cas échéant, la date de décès.

Données à caractère personnel relatives à l'assurabilité du patient:

- code relatif au statut (facturation possible, facturation impossible en raison d'un problème individuel, facturation pas possible en raison d'un problème avec le système);
- le numéro d'identification de l'organisme assureur¹;
- le numéro d'inscription auprès de la compagnie d'assurance;
- date de la demande/délivrance;
- date de fin de la couverture;
- le code titulaire 1 et 2;
- le régime du tiers payant (pas d'application, non préférentiel ou préférentiel) à la date de la demande;
- date de la communication;
- le numéro de référence de la demande;
- le numéro de l'accord concerné en matière d'engagement de paiement;
- un code en vue de la vérification par l'organisme assureur de l'accord en matière d'engagement de paiement;
- les numéros d'identification des organismes assureurs en cas d'affiliation double ou triple.

9. Le message électronique qui est transmis par un prestataire de soins autre qu'un pharmacien contient, outre quelques données administratives relatives au message électronique même, les données à caractère personnel suivantes:

Données d'identification de la personne concernée:

- le numéro d'identification de la sécurité sociale;
- le nom, le prénom et le sexe, la date de naissance et, le cas échéant, la date de décès.

Reprise de certaines données à caractère personnel mentionnées dans la demande:

- le numéro de référence de la demande;
- le type de consultation (à titre d'information ou dans le cadre de la facturation);
- le type de contact (si le demandeur est un hôpital ou une polyclinique: soins ambulatoires, hospitalisation de jour ou hospitalisé ailleurs);
- la date de début et de fin de la période consultée.

Données à caractère personnel relatives à la situation de la personne concernée:

- l'indication de la situation globale de la personne concernée pendant la période consultée, plus précisément: la situation normale, une mutation vers un organisme assureur, plusieurs situations spécifiques au cours de la période consultée, le dossier de la personne concernée est clôturé (suite au décès, à une mutation, ou cause indéterminée) ou le dossier de la personne concernée est ouvert à l'issue de la période consultée;
- (le cas échéant) la date de la mutation vers un autre organisme assureur, l'identification de l'organisme assureur d'origine et le nouvel organisme assureur et la date de l'affiliation auprès de l'organisme assureur;

¹ Le prestataire de soins doit être au courant de l'identité de l'organisme (des organismes) assureur(s) concerné(s) auprès duquel (desquels) l'intéressé est affilié durant la période consultée, étant donné qu'en cas d'application du régime du tiers payant, il doit directement s'adresser à l'organisme assureur de l'intéressé, en vue d'obtenir le remboursement des soins fournis.

- l'application de l'exception à l'interdiction d'application du régime du tiers payant;
- le numéro INAMI de l'hôpital où le patient est hospitalisé si les soins ambulatoires ou techniques sont délivrés dans un hôpital autre que l'hôpital dans lequel le patient est hospitalisé, ainsi que la date et le service d'admission de l'hôpital concerné².

Données à caractère personnel relatives au maximum à facturer³: l'année la plus récente située dans la période consultée au cours de laquelle le patient a droit au maximum à facturer, complétée des autres années situées dans la période consultée au cours desquelles le patient a droit au maximum à facturer.

Données à caractère personnel relatives à l'assurabilité du patient⁴:

- la date de début et de fin de la période d'assurabilité;
- l'identification de l'organisme assureur;
- les codes titulaire 1 et 2;
- le numéro de l'accord concerné en matière d'engagement de paiement;
- la date de la communication.

Données à caractère personnel supplémentaires. Il est possible que le patient bénéficie pour la période consultée d'une convention avec une maison médicale. Les maisons médicales reçoivent, pour chaque patient inscrit auprès d'elles sur base d'un abonnement, un montant forfaitaire qui couvre les prestations réalisées par les médecins, infirmiers et kinésithérapeutes de la maison médicale. Les prestations de ces catégories de prestataires de soins ne sont donc plus remboursables individuellement pour les abonnés d'une maison médicale. Le prestataire de soins qui, dans le cadre du régime du tiers payant, facture ses prestations à l'organisme assureur d'un abonné d'une maison médicale se verra donc confronté à un refus de remboursement. Les médecins, infirmiers et kinésithérapeutes doivent donc être informés de l'existence d'une convention conclue avec une maison médicale. Le cas échéant, les dates de début et de fin de la convention sont mentionnées dans le message réponse. En ce qui concerne certaines catégories d'assurés sociaux – par exemple celles qui entrent en considération pour un forfait de soins aux malades chroniques –, il est interdit de leur facturer des honoraires supplémentaires lorsqu'en cas d'hospitalisation ces assurés partagent une chambre de deux personnes ou une chambre

² Pendant un séjour dans l'hôpital A, il se peut qu'un patient doive subir un examen ou un traitement dans l'hôpital B, après quoi il retourne le jour même à l'hôpital A. C'est l'hôpital B qui facturera ce montant ; toutefois, sur la facture, il devra aussi mentionner l'hôpital A ainsi que le jour d'hospitalisation et le type de service hospitalier dans lequel l'intéressé séjourne.

³ Les données à caractère personnel relatives au maximum à facturer sont nécessaires dans les cas où le prestataire de soins doit aussi transmettre cette information au patient assuré de sorte que ce dernier puisse disposer d'un aperçu complet des données de facturation le concernant, notamment en cas d'hospitalisation, et dans les cas où la réglementation prévoirait que le prestataire de soins doive adapter la facturation de ses prestations, conformément à cette information. L'application vise également à éviter une double prise en charge de certains frais d'hospitalisation.

⁴ Ces données sont indispensables au prestataire de soins en vue de vérifier que la facturation peut bien avoir lieu et de déterminer la partie des frais des soins qui tombe à charge de l'organisme assureur et de l'assuré. Les codes CT1 et CT2 permettent de faire une distinction entre l'assurabilité *gros risques* et les *petits risques*. Les CT1 et CT2 contiennent des informations relatives au droit à l'assurabilité (respectivement pour les gros et petits risques), à la qualité de l'assuré et au montant de l'allocation (intervention majorée ou intervention ordinaire).

commune. C'est la raison pour laquelle l'organisme assureur doit transmettre cette donnée à caractère personnel à l'hôpital en cas d'hospitalisation.

II. EXAMEN DE LA DEMANDE

A. COMPÉTENCE

10. Conformément à l'article 42, § 2, 3^o, de la loi du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé, la section Santé du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé est, en vue de la protection de la vie privée, compétente pour l'octroi d'une autorisation de principe concernant toute communication de données à caractère personnel relatives à la santé au sens de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel⁵.
11. Sur la base de l'identité du demandeur, des données à caractère personnel relatives à la santé de la personne concernée dont l'assurabilité est consultée pourraient en principe être déduites, par exemple lorsque le demandeur est un établissement ou un prestataire de soins ayant une spécialisation médicale spécifique. Le traitement des données à caractère personnel précitées doit dès lors être qualifié de communication de données à caractère personnel relatives à la santé.
12. Conformément à l'article 15, § 1^{er}, alinéa 2, de la loi du 15 janvier 1990 *relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale*, la communication de données sociales à caractère personnel par les organismes assureurs requiert une autorisation de principe de la section sécurité sociale du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé. Cependant, la communication de données à caractère personnel relatives à la santé par les organismes assureurs aux prestataires de soins tombe aussi sous l'application de l'article 42, § 2, 3^o, de la loi du 13 décembre 2006.
13. La présente délibération se limite dès lors au traitement de la communication de données à caractère personnel relatives à la santé entre les prestataires de soins et les offices de tarification d'une part et les organismes assureurs d'autre part. La communication de données à caractère personnel autres que des données à caractère personnel relatives à la santé par les organismes assureurs aux prestataires de soins doit faire l'objet d'une autorisation de la section Sécurité sociale du Comité sectoriel.

⁵ La communication de données à caractère personnel relatives à la santé est notamment exemptée d'une autorisation lorsque la communication est effectuée entre des professionnels des soins de santé dans le cadre du traitement de l'intéressé, ainsi que lorsque la communication est effectuée par ou en vertu de la loi, ce qui n'est pas le cas en l'occurrence.

B. ADMISSIBILITÉ

14. Le traitement de données à caractère personnel relatives à la santé est en principe interdit, conformément à l'article 7, § 1^{er}, de la loi du 8 décembre 1992, sauf exceptions spécifiques. Le Comité constate que la communication de données à caractère personnel relatives à la santé satisfait aux conditions des exceptions à l'interdiction précitée telles que prévues à l'article 7, §2, c,⁶.

C. FINALITÉ

15. L'article 4, § 1^{er}, 1^o, 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*⁷ dispose que tout traitement de données à caractère personnel doit être loyal et licite. Cela implique que tout traitement de données doit être réalisé de manière transparente et dans le respect du droit. Par ailleurs, l'article 4, § 1^{er}, 2^o, de la loi du 8 décembre 1992 n'autorise le traitement que pour des finalités déterminées, explicites et légitimes.
16. Le traitement de données à caractère personnel dans le cadre de l'application en question poursuit des finalités légitimes, à savoir l'application efficace du régime du tiers payant, ce qui permet aux patients de ne pas devoir d'abord payer eux-mêmes le montant de l'intervention de l'assurance dans le coût des honoraires des prestataires de soins pour ensuite récupérer ce montant auprès de l'organisme assureur.
17. A cet égard, il est également prévu l'usage des données à caractère personnel précitées relatives au maximum à facturer pour une autre finalité, à savoir éviter une double prise en charge de certains frais d'hospitalisation. La communication des données à caractère personnel concernées par les organismes assureurs aux hôpitaux concernés a été autorisée dans ce cadre par la section Sécurité sociale du Comité par sa délibération n° 07/003 du 9 janvier 2007⁸, qui confirme la finalité légitime de la communication des données à caractère personnel relatives au maximum à facturer.

D. PROPORTIONNALITÉ

18. L'article 4, §1^{er}, 3^o, de la loi du 8 décembre 1992 dispose que les données à caractère personnel doivent être adéquates, pertinentes et non excessives au regard des finalités pour lesquelles elles sont obtenues ou pour lesquelles elles sont traitées ultérieurement.
19. Le Comité constate que les données d'identification du patient concerné sont nécessaires en vue d'une identification univoque de ce dernier.

⁶ "lorsque le traitement est nécessaire à la réalisation d'une finalité fixée par ou en vertu de la loi, en vue de l'application de la sécurité sociale".

⁷ M.B. 18 mars 1993.

⁸ www.privacycommission.be

20. Afin de permettre aux organismes assureurs de consulter les informations relatives à l'état d'assurabilité, le Comité estime qu'il est en effet nécessaire que le numéro d'identification de l'organisme assureur, le numéro d'inscription auprès de la compagnie d'assurance, le type de consultation, le type de contact, les dates de début et de fin de la période consultée (pour les prestataires de soins autres que les pharmaciens) et la date de la demande/de la délivrance (uniquement pour les pharmaciens) soient communiqués. Ces données constituent en effet les critères de consultation nécessaires.
21. Dans le message électronique transmis en tant que réponse aux prestataires de soins autres que les pharmaciens, l'identification de l'hôpital où le patient est hospitalisé, la date d'admission de l'hospitalisation en cours et le service d'admission de l'hospitalisation en cours (données à considérer comme des données à caractère personnel relatives à la santé) sont uniquement repris lorsque les soins ambulatoires ou techniques sont délivrés dans un hôpital autre que l'hôpital dans lequel le patient est hospitalisé. Pendant un séjour dans l'hôpital A, il se peut qu'un patient doive subir un examen ou un traitement dans l'hôpital B, après quoi il retourne le jour même à l'hôpital A. C'est l'hôpital B qui facturera ce montant ; toutefois, sur la facture, il devra aussi mentionner l'hôpital A ainsi que le jour d'admission et le type de service hospitalier dans lequel l'intéressé séjourne.
22. Le Comité estime que les données à caractère personnel sont adéquates, pertinentes et non excessives au regard des finalités pour lesquelles elles sont obtenues.

E. MESURES DE SÉCURITÉ

23. Pour l'application précitée qui permet aux prestataires de soins de vérifier le statut d'assurabilité de leurs patients dans le cadre du régime du tiers payant, il y a lieu de prévoir un solide système d'identification et d'authentification des utilisateurs.

La mise à la disposition de l'application doit se limiter aux prestataires de soins visés à l'article 2, n), de la loi *relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités*, coordonnée le 14 juillet 1994, et à leurs mandataires respectifs, en vue de l'application du régime du tiers payant et (en ce qui concerne les données à caractère personnel relatives au maximum à facturer) en vue d'éviter une double prise en charge de certains frais d'hôpitaux. Les offices de tarification doivent également avoir accès, au profit des pharmaciens, aux données à caractère personnel précitées.

24. Par ailleurs, des loggings relatifs à la consultation des données à caractère personnel concernées doivent être gérés et tenus à la disposition du Comité. Ces loggings doivent notamment mentionner quel prestataire de soins ou office de tarification a obtenu quels types de données à caractère personnel relatives à quel patient, à quel moment et pour quelles finalités.

Les loggings doivent permettre au Comité d'exercer sa mission de contrôle. Ils devront être conservés pendant au moins dix ans.

L'accès aux loggings doit être limité aux conseillers en sécurité des institutions de sécurité sociale concernées par l'application, à la demande du Comité sectoriel ou des fonctionnaires dirigeants des institutions de sécurité sociale concernées. En ce qui concerne l'accès aux loggings, il y a lieu de prévoir également un système d'identification et d'authentification solide, par exemple au moyen de la carte d'identité électronique.

25. Les conseillers en sécurité des parties concernées par l'application – tant les conseillers en sécurité désignés auprès des institutions de sécurité sociale, conformément à la loi du 15 janvier 1990 *relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale*, que (le cas échéant) les conseillers en sécurité désignés auprès des hôpitaux, conformément à l'arrêté royal du 23 octobre 1964 *portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre*, et auprès des offices de tarification, conformément à l'arrêté royal du 15 juin 2001 *déterminant les critères d'agrément des offices de tarification*, – doivent, dans le cadre de leurs missions légales et réglementaires, surveiller l'usage de l'application.
26. La communication des données à caractère personnel proprement dite, à l'aide de l'application précitée, doit également faire l'objet de mesures de protection spécifiques.

Il y a lieu d'utiliser un système d'autorisation d'accès à l'application afin de permettre au gestionnaire de l'application « assurabilité » de vérifier, d'une part, la légitimité de l'accès de l'utilisateur et, d'autre part, de disposer d'un système qui assure en permanence l'adéquation entre les missions de l'utilisateur et les autorisations accordées.

Par ailleurs, il y a lieu de mettre en œuvre les mesures techniques et organisationnelles nécessaires afin de pouvoir constater avec certitude quel utilisateur utilise ou a utilisé les services, à quel moment et pour quelles finalités.

Selon la technologie utilisée (particulièrement lors de l'utilisation des services web), il est nécessaire de mettre en place un système qui garantit l'origine du message et sa non-altération durant l'échange.

Dans le cadre d'échanges de données en dehors de l'Extranet de la sécurité sociale ou en dehors de réseaux privés sécurisés reconnus par la Banque Carrefour de la sécurité sociale, il y a lieu d'utiliser une procédure de cryptage end-to-end.

Au niveau applicatif, c'est l'usage d'un protocole HTTPS qui est obligatoire.

Dans le cadre de l'utilisation du réseau Internet et afin de protéger le réseau contre d'éventuelles attaques externes, il y a lieu de prévoir la mise en place d'un serveur "mandaté". Ainsi, les utilisateurs d'Internet ont seulement indirectement accès à certains serveurs internes à l'infrastructure.

27. Les différents hôpitaux et offices de tarification ne pourront obtenir communication des données à caractère personnel précitées que pour autant qu'ils disposent, au plus tard au 31 mai 2012, d'un conseiller en sécurité de l'information (dont ils communiquent l'identité au Comité sectoriel) et d'un plan de sécurité (qu'ils tiennent à la disposition du Comité

sectoriel). En ce qui concerne les hôpitaux et les offices de tarification qui ne disposent pas d'un conseiller en sécurité et d'un plan de sécurité à la date du 1^{er} juin 2012, la présente autorisation cesse de produire ses effets à cette date jusqu'au moment où il est tout de même satisfait aux conditions fixées.

Par ces motifs,

la section santé du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé

autorise la communication des données à caractère personnel relatives à la santé précitées, au moyen d'une application sécurisée, entre les prestataires de soins concernés (et/ou leurs mandataires) et les offices de tarification, d'une part, et les organismes assureurs, d'autre part, en vue d'une application efficace du régime du tiers payant, de la simplification de la facturation des prestations de santé et en vue d'éviter une double prise en charge de certains frais d'hospitalisation.

La communication des données à caractère personnel précitées ne pourra être autorisée que pour autant que les hôpitaux et offices de tarification concernés disposent, au plus tard au 31 mai 2012, d'un conseiller en sécurité de l'information (dont ils communiquent l'identité au Comité sectoriel) et d'un plan de sécurité (qu'ils tiennent à la disposition du Comité sectoriel). En ce qui concerne les hôpitaux et les offices de tarification qui ne disposent pas d'un conseiller en sécurité et d'un plan de sécurité à la date du 1^{er} juin 2012, l'autorisation cesse de produire ses effets à cette date jusqu'au moment où il est tout de même satisfait aux conditions fixées.

Yves ROGER
Président

Le siège du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé est établi dans les bureaux de la Banque Carrefour de la sécurité sociale, à l'adresse suivante: chaussée Saint-Pierre 375 - 1040 Bruxelles (tél. 32-2-741 83).