

N° 6196⁴**CHAMBRE DES DEPUTES**

Session ordinaire 2010-2011

PROJET DE LOI**portant réforme du système de soins de santé et modifiant:**

- 1. le Code de la Sécurité sociale;**
- 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers**

* * *

**AVIS DE LA COMMISSION NATIONALE POUR
LA PROTECTION DES DONNEES**

(24.11.2010)

Conformément à l'article 32 paragraphe (3) lettre (e) de la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel (ci-après désignée „la loi du 2 août 2002“), la Commission nationale pour la protection des données a notamment pour mission d'aviser „*tous les projets ou propositions de loi portant création d'un traitement de même que sur toutes les mesures réglementaires ou administratives émises sur base de la présente loi*“.

Faisant suite à la demande lui adressée par Monsieur le Ministre de la sécurité sociale en date du 12 novembre 2010, la Commission nationale expose ci-après ses réflexions et commentaires au sujet du projet de loi No 6196 portant réforme du système de soins de santé et modifiant: 1. le Code de la Sécurité sociale; 2. la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers (ci-après: le projet de loi).

Au vu des contraintes de délai, elle entend limiter son analyse aux aspects relatifs au dossier de soins partagé.

*

AVANT-PROPOS

La Commission nationale a été consultée à plusieurs reprises par le Ministère de la Santé au cours de l'élaboration du programme eSanté. C'est dans le cadre de ces travaux qu'elle faisait valoir que la création et la mise en place d'un dossier médical électronique partagé devaient être inscrites dans la loi. Elle note avec satisfaction que les auteurs du projet de loi ont suivi cette recommandation.

Si l'instauration d'un dossier médical partagé recueillant les principales informations sur le parcours de santé de chaque patient peut incontestablement présenter des avantages non négligeables, elle entraîne aussi des risques.

Ainsi, un dossier médical électronique peut contribuer à améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients. En effet, le regroupement des renseignements donne aux professionnels de santé une meilleure connaissance de l'anamnèse du patient et des interventions effectuées précédemment par d'autres confrères, ce qui facilite le choix d'un traitement approprié.

Mais, avec la mise en place d'un dossier médical virtuel partagé à travers une plateforme d'échange, la relation classique qu'entretient le patient avec son médecin „en binôme“ peut s'en trouver affectée. Les informations sont recueillies, conservées et utilisées avec le consentement du malade par le médecin qu'il a librement choisi et qui est tenu d'en sauvegarder le secret en vertu des règles de déontologie médicale.

L'introduction du dossier électronique partagé vise à élargir dorénavant l'accessibilité des renseignements qu'il contient et à permettre une vue d'ensemble des résultats de tous les examens, des traitements et soins prodigués¹.

Par ailleurs, se pose la question de comment prévenir de façon suffisante les risques d'interception et les utilisations abusives du dossier de soins partagé, compte tenu de l'ampleur inédite du traitement des données de santé et de la multiplication des destinataires. Il a été retenu que „certains éléments des dossiers médicaux, lorsqu'ils sont utilisés hors de la relation médecin-malade, peuvent nuire au patient. Les données médicales font partie de la sphère la plus intime des personnes. La divulgation non autorisée des données médicales à caractère personnel peut donc être à l'origine de différentes sortes de discrimination, et même de la violation de droits fondamentaux“.²

C'est pour conserver cette relation de confiance que le législateur doit prévoir des garanties particulières.

La Commission nationale relève que le projet de loi définit avec précision les finalités du dossier de soins partagé. L'article 1er point 32° qui introduit un article 60quater au Code de la sécurité sociale précise que le dossier de soins partagé a pour finalités la sécurité, la continuité des soins, la coordination des soins et une utilisation efficiente des services de santé. Ces finalités s'inscrivent dans les finalités retenues par le groupe de travail „Article 29“ dans son avis³.

*

1. LE CRITERE DE LEGITIMATION

Les dossiers de soins partagés contiendront des données de santé qualifiées de données sensibles au sens de l'article 8 paragraphe 1 de la directive 95/46/CE⁴ du Parlement Européen et du Conseil du 24 octobre 1995 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (ci-après: la directive 95/46/CE).

Cette disposition⁵, reprise de l'article 6 de la Convention 108 du Conseil de l'Europe⁶ pose le principe de l'interdiction de tout traitement des données relatives à la santé.

Cette interdiction générale est toutefois assortie à l'article 8 paragraphes 2 à 5 de ladite directive, de dérogations qui sont „limitées, exhaustives et (qui) doivent être interprétées strictement“⁷.

La création et la mise en place d'un dossier de soins partagé peut se justifier par l'article 8 paragraphe 4 de la directive 95/46/CE qui pose comme conditions que:

1. cette dérogation soit inscrite dans une disposition légale ou une décision de l'autorité de contrôle,
2. le traitement soit justifié par un motif d'intérêt public important et
3. des garanties spécifiques et appropriées soient prévues afin de protéger les droits fondamentaux et la vie privée des personnes.

La Commission nationale estime que l'introduction d'un système généralisé de dossiers électroniques partagés répond au critère posé à l'article 8 paragraphe 4 de la directive 95/46/CE dès lors que le projet de loi apporte les garanties appropriées suffisantes en matière de protection de la vie privée et des données personnelles.

*

1 page 3 du document de travail sur le traitement des données à caractère personnel relatives à la santé contenues dans les dossiers médicaux électroniques adopté le 15 février 2007 par le Groupe de travail „Article 29“ sur la protection des données (WP 131), ci-après le „document de travail WP131“

2 Exposé des motifs relatif à la recommandation Rec(97)5 du Conseil de l'Europe relative à la protection des données médicales, point No 9

3 page 1 du document de travail de travail WP 131

4 „Les Etats membres interdisent (...) le traitement des données relatives à la santé et à la vie sexuelle“

5 Cette disposition a été transposée à l'article 6 de la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

6 Convention pour la protection des personnes à l'égard du traitement informatisé des données à caractère personnel du 28 janvier 1981

7 page 9 du document de travail WP 131

2. LA QUESTION DE LA RESPONSABILITE DU TRAITEMENT

Le droit de la protection des données repose sur des droits et obligations, énumérés dans la directive 95/46/CE⁸, dont le respect doit être assuré par le ou les responsables du traitement.

Le groupe de travail „Article 29“ retient que *„tout système de DME [dossier médical électronique] doit (...) garantir que le risque d’atteintes à la vie privée dû au stockage de données médicales et à la fourniture de ces données soit adéquatement contrebalancé par la responsabilité pour le préjudice causé, par exemple par l’utilisation incorrecte ou non autorisée de données des DME⁹“.*

Il résulte de l’économie générale du projet de loi que la responsabilité est exercée de manière conjointe.

A défaut d’indications précises dans le texte, la Commission nationale estime pouvoir reconstituer une répartition des responsabilités entre les différents acteurs en fonction de leur rôle attribué par les dispositions proposées.

Ainsi, tout médecin qui consulte le dossier de soins partagé est tenu de traiter les données de manière loyale et licite et dans le respect des finalités légales du traitement.

Ces obligations sont prévues à l’article 4 de la loi modifiée du 2 août 2002 qui dispose que *„le responsable du traitement doit s’assurer que les données qu’il traite le sont loyalement et licitement, et notamment que ces données sont: (a) collectées pour des finalités déterminées, explicites et légitimes, et ne sont pas traitées ultérieurement de manière incompatible avec ces finalités (...)“.*

Ensuite, le médecin qui inscrit des informations dans un dossier de soins partagé est tenu de vérifier l’exactitude de ses informations et il doit s’astreindre, conformément aux exigences du projet de loi sous examen, à intégrer les données *„utiles et pertinentes“*.¹⁰

L’article 4, paragraphe (1), lettres (b) et (c) de la loi du 2 août 2002 précise que le responsable du traitement doit s’assurer que les données qu’il traite sont *„adéquates, pertinentes et non excessives au regard des finalités (...) (et) exactes et, si nécessaire, mises à jour (...)“.*

Le nouvel article 60quater du Code de la sécurité sociale tel que proposé dans le projet de loi prend d’ailleurs soin de réserver à tout professionnel de la santé la possibilité d’accéder ultérieurement aux données qu’il a inscrit dans un dossier de soins partagé.

Pour sa part, le médecin référent se voit attribuer un rôle plus important dans le fonctionnement du dossier de soins partagé. Ses missions sont plus nombreuses que celles qui incombent aux différents intervenants isolés. L’article 1er point 8° du projet de loi, qui crée l’article 19bis du Code de la sécurité sociale précise que le médecin référent a notamment pour mission de *„3) suivre régulièrement le contenu du dossier de soins partagé de l’assuré (...)“.* Cette disposition, même si elle ne confère pas la maîtrise totale du dossier, attribue au médecin référent des prérogatives significatives dans le traitement de données.

Le groupe de travail „Article 29“ suggère d’ailleurs qu’une seule personne soit responsable envers les patients de l’usage correct des demandes d’accès.

*„Les systèmes de DME (dossier médical électronique) sont toutefois des systèmes de mise en commun d’informations qui comptent de nombreux responsables du traitement des données. Dans ces conditions, une seule institution spéciale doit être responsable envers les personnes concernées du traitement correct des demandes d’accès. Vu la complexité prévisible d’un DME pleinement opérationnel et la nécessité de faire en sorte que les patients aient confiance dans le système, il semble essentiel que les patients dont les données sont traitées dans un DME sachent comment contacter un partenaire responsable avec lequel ils peuvent discuter des éventuelles lacunes du système. Des dispositions spéciales à cet effet devront être incluses dans tout règlement sur les systèmes de DME.“*¹¹

⁸ Qui transpose l’article 6 de la directive 95/46/CE

⁹ Document de travail WP 131, page 23 point 10 paragraphe 1er

¹⁰ article 60quater paragraphe (2) du Code de la Sécurité sociale tel que proposé dans le projet de loi

¹¹ Pages 23 et 24 du document de travail WP 131

Enfin, l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé (ci-après: l'Agence), instituée par l'article 60ter du Code de la sécurité sociale est notamment chargée d'une mission technique et administrative pour mettre en place l'architecture technique et organisationnelle du dossier de soins partagé. Cette agence a une mission stratégique active qui incombe, en vertu de l'article 17 de la directive 95/46/CE au responsable du traitement¹². Il est vrai que le projet de loi sous examen prévoit que les mesures de sécurité seront déterminées par règlement grand-ducal. Il n'en reste pas moins que l'Agence a une responsabilité particulière en matière de sécurité du système.

La Commission nationale note par ailleurs que les différents intervenants doivent en tout état de cause, chacun pour ce qui le concerne, assumer les obligations prévues aux articles 21 à 23 de la loi du 2 août 2002 en matière de sécurité du traitement.

Tout responsable du traitement est tenu de respecter l'obligation d'information vis-à-vis des personnes concernées¹³. La Commission nationale pense qu'une information appropriée sur le fonctionnement du système doit être assurée avant l'ouverture d'un dossier de soins partagé. Il conviendra dans les mesures à préciser ultérieurement dans les dispositions réglementaires comment se passera cette information.

En définitive, la Commission nationale constate que les différentes obligations qui incombent au responsable du traitement sont, dans le projet de loi, éclatées entre différents intervenants au dossier de soins partagé. Or, en cas de non-respect des différentes obligations légales, le texte sous examen ne règle pas la question de la responsabilité. Notons que la loi du 2 août 2002 prévoit des sanctions pénales à l'égard du responsable du traitement¹⁴.

*

3. LE ROLE DU PATIENT DANS LA TENUE DU DOSSIER

Dans son avis précité, le groupe de travail „Article 29“ se penche sur des garanties particulières qui „semblent particulièrement nécessaires dans les systèmes de DME afin de garantir les droits des patients à la protection des données“¹⁵. La première de ces garanties est, selon lui, le respect de l'autodétermination du patient.

Il précise que „même si un système de DME n'a pas que le consentement pour base juridique (article 8 paragraphe 2 de la directive 95/46/CE), la détermination par le patient lui-même de quand et comment ses données sont utilisées devrait constituer une garantie majeure“¹⁶.

L'autodétermination du patient peut se concevoir au niveau de trois stades successifs:

- lors de la création du dossier,
- lors de l'inscription des données dans le dossier et
- lors de la consultation du dossier par les professionnels de santé.

La Commission nationale examine ci-après dans quelle mesure le projet de loi tient compte du principe de l'autodétermination du patient lors de ces trois différents stades.

Lors de la création du dossier

En France, le législateur a prévu que chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose, avec son consentement, d'un dossier électronique¹⁷.

Le projet de loi sous examen prévoit, à l'inverse de la solution française, qu'un dossier est ouvert d'office pour chaque patient.

Toutefois, il ressort du texte sous examen que le patient peut tout de même avoir un rôle actif lors de la création du dossier. En choisissant un médecin référent, il prend indirectement la décision que

12 „(...) le responsable du traitement doit mettre en oeuvre les mesures techniques et d'organisation appropriées pour protéger les données à caractère personnel contre la destruction accidentelle ou illicite, la perte accidentelle, l'altération, la diffusion ou l'accès non autorisés, notamment lorsque le traitement comporte des transmissions de données dans un réseau ainsi que contre toute autre forme de traitement illicite.“

13 Article 26 de la loi du 2 août 2002 transposant l'article 10 de la directive 95/46/CE

14 Par exemple, article 4 paragraphe (3) ou article 25 ou encore l'article 26 paragraphe (3).

15 Page 14 *in fine* du document de travail WP 131

16 Page 15 du document de travail WP 131

17 Articles L.1111-8 et L.1111-14 et suivants du Code de la santé publique

son dossier sera régulièrement suivi dans le cadre de la continuation de soins¹⁸. En ne désignant pas de médecin référent, son dossier de soins partagé ne sera pas passé en revue régulièrement. Quoiqu'il en soit, le patient peut désigner d'autres médecins qui peuvent consulter son dossier.

Lors de l'inscription des données dans le dossier de soins partagé

Le projet de loi sous examen n'a pas prévu de droit de regard lors de l'inscription des données dans le dossier de soins partagé.

La Commission nationale se demande si pour des données susceptibles d'un usage plus préjudiciable, il ne serait pas souhaitable que le patient puisse décider de leur intégration dans son dossier de soins partagé. Le groupe de travail „Article 29“ cite à titre d'exemple, les données psychiatriques et les avortements et on pourrait songer en outre aux données relatives à des maladies sexuellement transmissibles. Le patient pourrait craindre qu'à travers le dossier de soins partagé des professionnels de santé autres que ceux qu'il a consulté n'obtiennent connaissance d'informations ultrasensibles qu'il a tenu jusqu'alors secrètes. Or, un droit d'opposition à l'inscription de ces données risque d'aller au détriment du caractère exhaustif du dossier. Une solution intermédiaire pourrait consister dans le recours à de techniques particulières telles que des „enveloppes scellées“ qui ne peuvent être ouvertes sans la coopération du patient.

Ainsi, le patient pourrait se voir attribuer la faculté de ne pas porter à la connaissance de certains praticiens certains groupes d'informations qui le concernent. A cet effet, la Commission nationale suggère de compléter le libellé du paragraphe (6) sub 3) du nouvel article 60quater du Code de la sécurité sociale tel que proposé dans le projet de loi en bout de phrase „... en tenant compte des attributions des différentes catégories de prestataires *et des différentes catégories de données*“.

Lors de la consultation du dossier

L'autodétermination du patient pourrait se traduire par la faculté lui attribuée d'empêcher l'accès de certains professionnels de santé à certaines des données de son dossier de soins partagé.

Le nouvel article 60quater paragraphe (4) du Code de la sécurité sociale tel que proposé dans le projet de loi donne certes la possibilité au patient de s'opposer au partage d'informations qui le concernent. Le patient a ainsi la possibilité de verrouiller le partage entre professionnels de la santé de toutes les informations le concernant. Or, on peut se demander si le patient ne devrait pas avoir la faculté d'attribuer un accès modulaire des informations qui le concernent selon les médecins appelés à consulter son dossier et selon la nature des informations enregistrées. L'ajout proposé par la Commission nationale au point précédent devrait être de nature à régler cette question dans le contexte du règlement grand-ducal d'exécution à prendre.

La Commission nationale estime que ce droit d'opposition (ou opt-out) est une garantie appropriée acceptable¹⁹ au sens de la directive 95/46/CE.

L'Asbl „Patienten Vertriebung“ se prononce en revanche pour une maîtrise totale du patient sur l'accès à son dossier. Si une information préalable ponctuelle paraît difficilement réalisable en pratique, une plus grande transparence à l'égard du patient peut être obtenue dans les systèmes où l'accès au dossier est conditionné par la présentation d'une carte électronique.

A titre d'exemple, le système français prévoit que pour accéder à un dossier médical électronique, le praticien doit insérer sa carte de soins professionnelle ainsi que la carte électronique du patient (la „carte Vitale“): en lui remettant sa carte électronique, le patient donne indirectement son accord à ce que le médecin consulte son dossier.

Il convient de noter que les systèmes étrangers qui ont opté pour une telle solution prévoient que l'exigence de double carte peut être écartée en cas d'urgence médicale²⁰.

*

¹⁸ Article 19bis du Code de la sécurité sociale tel que prévu à l'article 1er point 8° du projet de loi

¹⁹ „L'accord en tant que garanties ne doit pas nécessairement être donné sous la forme d'un consentement préalable: la possibilité d'autodétermination pourrait également, en fonction de la situation, être conférée sous la forme d'un droit de refus“, page 25 du document de travail WP 131

²⁰ En France, ce procédé est appelé le „bris de glace“. Il est toujours possible sauf dans l'hypothèse où le patient a précisé dans son dossier qu'il interdisait cette pratique même en cas d'urgence.

4. L'ACCES AUX DOSSIERS PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE

– Le respect du secret médical

La concentration de façon quasi exhaustive des informations relatives au parcours de santé d'un patient dans un dossier électronique, accessible à travers une plateforme d'échange nationale, pourrait susciter l'intérêt de tiers tels que par exemple employeur, industrie pharmaceutique, compagnies d'assurances, autorités répressives etc.

Pourtant, toute relation entre un patient et son médecin doit être scellée par le principe de confidentialité et le respect du secret médical pour éviter d'éventuels abus.

La Commission nationale suggère dès lors de rajouter au début du paragraphe (3) du nouvel article 60quater du Code de la sécurité sociale tel que proposé dans le projet de loi le début de phrase suivant: „*Dans le respect du secret médical et des finalités visées au présent article, l'accès au dossier de soins partagé est réservé: ...*“

– La limitation des personnes pouvant consulter le dossier de soins partagé

L'amendement 8° adopté le 12 novembre 2010 a restreint les catégories de personnes qui sont autorisées à accéder aux dossiers de soins partagés.

C'est dans le souci du respect des finalités pour lesquelles le dossier de soins partagé est institué que la Commission nationale estime que la liste des destinataires ne devrait pas être élargie à l'avenir à d'autres catégories de personnes.

Dans ce contexte, la Commission nationale renvoie à l'article L. 1111-18 du Code de la santé publique français qui dispose ce qui suit:

„L'accès au dossier médical personnel ne peut être exigé en dehors des cas prévus aux articles L. 1111-15 et L. 1111-16, même avec l'accord de la personne concernée. L'accès au dossier médical personnel est notamment interdit lors de la conclusion d'un contrat relatif à une protection complémentaire en matière de couverture des frais de santé et à l'occasion de la conclusion de tout autre contrat exigeant l'évaluation de l'état de santé d'une des parties. L'accès à ce dossier ne peut également être exigé ni préalablement à la conclusion d'un contrat, ni à aucun moment ou à aucune occasion de son application.

Le dossier médical personnel n'est pas accessible dans le cadre de la médecine du travail. Tout manquement aux présentes dispositions donne lieu à l'application des peines prévues à l'article 226-13 du code pénal.“

– L'exigence de l'exactitude des informations contenues dans le dossier de soins partagé

Le texte sous examen donne la possibilité aux professionnels de santé de pouvoir modifier les informations qu'ils ont intégrées dans le dossier de soins partagé²¹. Cette prérogative répond au principe de l'exactitude des données, principe majeur en matière de protection des données. Le dossier de soins partagé doit être régulièrement mis à jour. Il ne doit en effet contenir que des données justes et nécessaires, en vertu de l'article 6 paragraphe 1er lettre d) de la directive 95/46/CE²², pour que les professionnels de santé puissent continuer les soins au patient dans les conditions les plus favorables.

²¹ Article 60quater paragraphe 4 alinéa 2° du Code de la sécurité sociale sous l'article 1er point 32 du projet de loi

²² „*Les données à caractère personnel doivent être exactes et, si nécessaire, mises à jour; toutes les mesures raisonnables doivent être prises pour que les données inexactes ou incomplètes, au regard des finalités pour lesquelles elles sont collectées ou pour lesquelles elles sont traitées ultérieurement, soient effacées ou rectifiées*“

– La pseudonymisation des données pour les échanges à des fins statistiques et épidémiologiques

L'Agence nationale est appelée également à échanger des informations dans le domaine de la santé avec d'autres organismes à des fins statistiques et épidémiologiques. L'article 60quater paragraphe (5) du Code de la sécurité sociale tel que le prévoit le projet de loi précise que les informations doivent préalablement avoir été anonymisées.

Le paragraphe (3) du même article 60quater en projet ne mentionne pas l'Agence nationale dans l'énumération des personnes pouvant accéder aux dossiers. La Commission nationale est donc amenée à conclure que l'Agence ne peut pas accéder aux données contenues dans un dossier de soins partagés.

Il ressort aussi des documents communiqués par le Ministère de la Santé dans le cadre du programme eSanté que les données d'identification du patient et les données médicales seront séparées. Un tiers de confiance (appelé „Trusted third party“ TTP) serait chargé de fournir à la plateforme uniquement des données pseudonymisées. Ce tiers générerait exclusivement les données d'identification.

La Commission nationale estime que ces intentions sont satisfaisantes en termes de protection des données. Afin d'éviter tout problème d'interprétation, il serait préférable que la mise en place d'un tiers de confiance chargé de la pseudonymisation des données soit inscrite dans la loi.

*

5. LE CONTENU DU DOSSIER DE SOINS PARTAGE

Le contenu du dossier de soins partagé fait l'objet du paragraphe (2) de l'article 60quater du Code de la sécurité sociale tel que proposé dans le projet de loi. Ces dispositions pourront être précisées davantage par des mesures réglementaires.

*

6. LES MESURES DE SECURITE

L'exigence de confidentialité et la sécurité du système d'information médicale est primordiale.

La Commission nationale estime que les patients accepteront plus facilement le nouveau système de dossiers de soins partagés s'ils sont convaincus que les mesures de sécurité assurent la confidentialité, le respect du secret médical et préviennent les détournements de finalité.

L'article 1er point 32° paragraphe (6) (l'article nouveau 62quater du Code de la sécurité sociale) du projet de loi prévoit qu'un règlement grand-ducal, pris après avis de la Commission nationale déterminera les modalités et les conditions de mise en place du dossier de soins partagé.

La Commission nationale salue le fait que les auteurs du projet de loi l'associent à cette tâche. Elle précise que ces mesures devront présenter des garanties suffisantes pour protéger la nature sensible des données médicales.

L'exigence d'un niveau de sécurité particulièrement élevé de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage des données de santé devrait, aux yeux de la Commission nationale, être inscrite dans le texte même de la loi. Les modalités et conditions détaillées peuvent toutefois faire l'objet d'un règlement grand-ducal.

Elle suggère dès lors de rajouter un point à la liste des modalités et des conditions contenue à l'article 60quater paragraphe (6) du Code de la sécurité sociale avec le libellé suivant:

„les mesures nécessaires pour assurer un niveau de sécurité particulièrement élevé de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage des données de santé.“

Lors de l'examen des dispositions de ce règlement grand-ducal, la Commission nationale sera attentive à ce que l'authentification des personnes qui accèdent aux dossiers de soins partagés – tant les patients que les professionnels de santé – soit forte. Elle se félicite de ce que le projet de loi retient d'ores et déjà le principe de la traçabilité des accès. Cette mesure technique est un outil précieux pour que le patient exerce pleinement son droit d'accès mais aussi pour vérifier *a posteriori* toute consul-

tation du dossier en dehors des hypothèses pour lesquelles il a été institué. Il permet encore d'assurer les praticiens de l'exactitude des informations.

Ainsi décidé à Luxembourg en date du 24 novembre 2010.

La Commission nationale pour la protection des données,

Gérard LOMMEL
Président

Pierre WEIMERSKIRCH
Membre effectif

Thierry LALLEMANG
Membre effectif