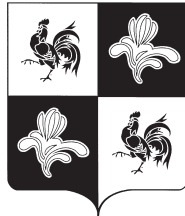


Parlement francophone bruxellois
(Assemblée de la Commission communautaire française)



16 janvier 2018

SESSION ORDINAIRE 2017-2018

PROJET DE DÉCRET

relatif à l'organisation du transport médico-sanitaire

RAPPORT

fait au nom de la commission de la Santé

par M. Zahoor Ellahi MANZOOR

SOMMAIRE

1. Désignation du rapporteur.....	3
2. Exposé de Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé...	3
3. Discussion générale.....	5
4. Discussion et vote des articles.....	9
5. Vote de l'ensemble du projet de décret.....	12
6. Approbation du rapport.....	12
7. Texte adopté par la commission.....	12

Membres présents : M. Jacques Brotchi, M. Bea Diallo, M. André du Bus de Warnaffe, M. Amet Gjanaj, M. Abdallah Kanfaoui, M. Hasan Koyuncu, M. Zahoor Ellahi Manzoor, Mme Martine Payfa (présidente), Mme Caroline Persoons (remplace M. Michaël Vossaert), Mme Magali Plovie et Mme Kenza Yacoubi.

Ont également participé aux travaux : Mme Isabelle Emmery (députée) et Mme Cécile Jodogne (ministre).

Mesdames,
Messieurs,

La commission de la Santé a examiné, en sa réunion du 16 janvier 2018, le projet de décret relatif à l'organisation du transport médico-sanitaire.

1. Désignation du rapporteur

Sur proposition de M. Hasan Koyuncu, M. Zahoor Ellahi Manzoor est désigné en qualité de rapporteur.

2. Exposé de Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé

Voici enfin le moment de débattre ensemble du transport médico-sanitaire que d'aucuns appellent également « transport non urgent de personnes ». Il s'agissait d'une priorité annoncée en 2017. La promesse est tenue.

La ministre rappelle qu'elle a déjà eu l'occasion, à plusieurs reprises, de répondre à l'un ou l'autre commissaire sur le sujet dans le cadre d'interpellations, de questions orales ou écrites.

M. du Bus de Warnaffe, en particulier, ainsi que M. Van Goidsenhoven ont toujours été très attentifs à l'évolution de ce dossier.

Aussi, la ministre prie les commissaires de bien vouloir l'excuser s'il leur semble qu'elle se répète mais elle croit nécessaire de remettre les choses en perspective et de proposer un bref rappel historique, le dossier étant particulièrement complexe.

Le transport médico-sanitaire fait partie des compétences de la Commission communautaire française depuis les années nonante. Ce n'est donc pas un sujet neuf. Certains estiment même que le transfert de compétences liées à la réforme institutionnelle remonterait aux années quatre-vingt, à une époque où la Commission communautaire française n'existait pas encore.

Par le passé, les choses n'ont jamais été très claires. La Cour constitutionnelle et le Conseil d'État ont tour à tour été saisis de la question de savoir s'il revenait au pouvoir fédéral ou à une autre entité de légiférer en matière de transport de « malades couchés et non couchés », « de transport médico-sanitaire non urgent » ou « de transport médico-social », selon les vocables utilisés.

Un groupe de travail *ad hoc* a également été créé au sein de la Conférence interministérielle (CIM) de la

Santé publique. En 2011, à l'issue des travaux, il a été demandé à la Commission communautaire commune d'établir une ordonnance pour réglementer le secteur à Bruxelles.

Le Collège réuni a ainsi adopté en première lecture, en février 2014, un avant-projet d'ordonnance relative à l'organisation du transport médico-sanitaire. Une première proposition d'ordonnance avait été déposée sur le sujet, mais sans toutefois aboutir.

Laissant la prérogative à la Commission communautaire commune, la Commission communautaire française, quant à elle, ne s'était pas penchée sur le sujet lors de la législature précédente.

Toutefois, afin de ne pas créer un vide juridique, source de problème, la ministre a estimé préférable de travailler de concert avec la Commission communautaire commune.

Le sujet est complexe, dès lors qu'il convient aussi de tenir compte d'un certain nombre d'éléments :

1° La distinction doit être faite entre le transport urgent, c'est-à-dire un transport médical en ambulance et le transport médico-sanitaire d'un patient assis ou couché.

Le premier relève de l'aide médicale urgente, il est régi par la loi de 1964 et ressortit aux compétences du fédéral.

Le second est une matière personnalisable et, partant, relève des Communautés et des Régions. Le cadre juridique est plus complexe puisqu'il est élaboré par plusieurs autorités compétentes.

2° Les règles européennes qui s'imposent au législateur sont toujours plus nombreuses.

3° Sur le territoire de Bruxelles-Capitale, la compétence est conjointement exercée par la Commission communautaire commune, la Communauté flamande et la Commission communautaire française.

4° Ce même petit territoire accueille de nombreux hôpitaux, centres médicaux et autres institutions, telles que les maisons de repos.

5° Une telle concentration d'acteurs socio-sanitaires entraîne la présence de nombreux véhicules venant des autres régions du pays.

6° Le transport médico-sanitaire couvre un large champ d'exercices, soins ponctuels, consultations, transferts inter-hospitaliers, retours à domicile, etc.

L'objectif principal de la ministre était d'encadrer le secteur dans le respect des patients. Compte tenu de tous les éléments qu'elle vient d'évoquer, une concertation avec les autres entités fédérées compétentes s'est imposée comme une évidence.

La ministre déclare avoir souhaité que des solutions pragmatiques dans ce domaine puissent être dégagées sans multiplier les décrets dont les implications seraient différentes selon l'entité considérée.

Les ministres Didier Gosuin et Guy Vanhengel, compétents en matière de Santé au sein du Collège réuni, partageaient les mêmes préoccupations. Il a donc été décidé de travailler de concert et de rédiger un projet d'ordonnance pour la Commission communautaire commune, d'une part, et un projet de décret pour la Commission communautaire française, d'autre part.

L'élaboration des textes s'est faite concomitamment à toutes les étapes du parcours : différentes lectures dans les Collèges respectifs, avis des Conseils consultatifs de part et d'autre, envois simultanés au Conseil d'État et, enfin, dépôt sur le Bureau des Assemblées législatives concernées.

À une différence près, le texte proposé à l'examen est, en tous points, rigoureusement identique au projet d'ordonnance qui sera analysé sous peu en commission de la Santé de l'Assemblée réunie.

La seule différence réside dans l'obligation de bilinguisme imposée à la Commission communautaire commune. Cette obligation n'existe pas pour une législation qui s'inscrit dans le cadre d'une institution mono-communautaire.

Le projet de décret présenté a, par ailleurs, fait l'objet d'une concertation avec la Région wallonne, la Communauté flamande et la Communauté germanophone.

Ce faisant, les ministres de la Commission communautaire commune et la ministre de la Commission communautaire française assurent ainsi une coordination optimale des normes bruxelloises avec celles des autres entités fédérées du pays, ainsi qu'avec les règles européennes.

La ministre entend déjà préciser que le travail de rédaction des arrêtés d'exécution du décret (et de l'ordonnance) s'organise sur le même mode de concertation permanente.

Les principaux objectifs du projet qui est présenté aujourd'hui sont les suivants :

1. Assurer le respect du bien-être des patients, ainsi que de leur intégrité physique et morale.
2. Assurer une transparence tarifaire.
3. Assurer une coordination optimale des normes bruxelloises avec les normes des autres entités fédérées et les normes européennes en la matière.
4. Établir un cadastre des sociétés d'ambulance et identifier précisément leur gestionnaire et la personnalité juridique choisie.
5. Rendre parfaitement transparentes les relations de travail entre les services d'ambulances et le personnel qui est à bord.
6. Soutenir et promouvoir la qualité des services fournis.

En outre, il est important de pouvoir :

1. Déterminer les exigences minimales de qualification du personnel.
2. Permettre à l'autorité de fixer les normes d'agrément.
3. Respecter les termes du Protocole d'accord conclu entre l'autorité fédérale et les collectivités fédérées lors de la Conférence Interministérielle Santé du 27 mars 2017 et portant sur les équipements extérieurs des véhicules et les tenues vestimentaires du personnel.

Le patient étant au cœur du dispositif, le but final à atteindre est la garantie de leur intégrité physique et le respect de leur bien-être.

Si les normes et procédures mises en place au travers du texte soumis à l'examen s'appliquent aux sociétés de transport, elles concernent aussi les mutuelles, les hôpitaux et les patients.

Pour cette raison, une commission permanente de concertation est instaurée. Ses membres seront des gestionnaires de services de transport médico-sanitaire exerçant en région bruxelloise, des représentants de patients, des mutualités et des couples d'hôpitaux.

Elle remettra des avis au Collège sur différents sujets qui seront détaillés lors de l'examen des articles.

Cette commission sera unique et commune à la Commission communautaire française et à la Commission communautaire commune; un accord de coopération est prévu entre les deux entités à cet égard. Il sera envoyé au Conseil d'État une fois que le pré-

sent projet de décret sera adopté et, ensuite, il sera également soumis à l'examen des députés.

Pour conclure, la ministre se réjouit qu'une première pièce maîtresse du dispositif puisse être mise en place avec ce nouveau projet de décret.

3. Discussion générale

Mme Magali Plovie (Ecolo) entend tout d'abord souligner les éléments positifs du projet de décret. Ce texte était attendu. Les objectifs visés sont clairs et à saluer. Il faut se réjouir de ce que le texte soit commun à la Commission communautaire française et à la Commission communautaire commune, considérant qu'il est important de pouvoir travailler de concert sur les matières touchant la santé et le social. Le groupe Ecolo attendra donc avec impatience l'accord de coopération. Il faut également saluer les concertations qui ont été menées avec les autres entités.

Elle s'est étonnée de ce que la page 3 de l'exposé des motifs, en son paragraphe 6, évoque les seules Communauté flamande et Communauté germanophone. La ministre a présentement cité dans son exposé la Région wallonne qui semblait manquer à l'appel.

La députée s'interroge à propos de la composition de la Commission permanente, le Conseil consultatif avait demandé, dans son avis de prévoir la participation du SIAMU et de la Direction « Taxi ». Qu'en pense la ministre ?

La ministre a-t-elle prévu par ailleurs de mettre en place une programmation ? Y a-t-il une limitation du nombre de services, à l'instar de ce qui se fait pour les maisons de repos ?

Abordant l'article 7, § 6, du projet qui traite de tout service de transport médico-sanitaire dont le siège d'exploitation se situe en dehors du territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, la députée se demande pourquoi il n'est fait que référence in fine qu'aux articles 3 et 6 du projet et non pas à l'article 5 plus complet en ce qui concerne les exigences normatives d'agrément.

En rapport avec l'article 5, la ministre prévoit de déterminer la possibilité de fixer des tarifs minima et maxima (article 5, § 2, 10°). Sera-t-il permis d'appliquer ces tarifs minima et maxima par rapport aux catégories de véhicules évoquées dans le même article au paragraphe 2, 2° ? En fonction de la catégorie du véhicule, on peut raisonnablement penser qu'il y aura des tarifs différents. La ministre va-t-elle fixer des minima et des maxima en fonction des catégories de véhicules ?

Enfin, évoquant la Commission permanente qui sera mise en place, la députée demande à quelle structure elle sera attachée. Sera-t-elle liée à l'administration ou sera-t-elle indépendante compte tenu de ce qu'elle est commune à la Commission communautaire française et à la Commission communautaire commune ?

Mme Caroline Persoons (DéFI) se réjouit de voir aboutir cette législation, tant à la Commission communautaire française qu'à la Commission communautaire commune.

Elle fait référence à la proposition qu'elle avait déposée en 2009, à l'initiative de Mme Françoise Schepmans, à la Commission communautaire commune. La proposition d'ordonnance allait tout à fait dans le sens du présent projet, s'inspirant d'une législation wallonne.

Cette proposition avait été rejetée en mars 2010, malgré qu'elle visait à rencontrer les difficultés du secteur, qu'il s'agisse des sociétés de transports ou des patients transportés.

Depuis longtemps, il y a une nécessité absolue de contrôler la qualité des services offerts.

La députée se réjouit également de ce que le projet de décret prévoit la mise en place d'une Commission permanente de concertation rassemblant des représentants du secteur. Ce dernier est en manque d'écoute des pouvoirs publics et ne dispose pas d'un lieu leur permettant de faire entendre leurs revendications ou leurs difficultés.

La ministre pourrait-elle fournir des chiffres quant au nombre de sociétés présentes sur le marché, éventuellement en annexe au rapport ?

Les sociétés auront la possibilité d'être agréées par la Commission communautaire française uniquement, ce qui implique une exigence linguistique différente. Cet agrément sera mis en place au sein de la Commission communautaire française. Qu'en est-il du point de vue purement administratif de cette mise en place ?

Enfin, abordant le transport scolaire d'enfants lourdement handicapés, la députée se demande où se trouve la limite avec le transport médico-sanitaire, compte tenu de ce que certains transports scolaires impliquent un accompagnement médical.

M. Abdallah Kanfaoui (MR) estime que l'examen de ce projet doit être lié au proverbe « Mieux vaut tard que jamais ! ».

Le sujet de l'organisation et de l'harmonisation du transport médico-sanitaire se faisait en effet attendre depuis de nombreuses années.

Les problèmes constatés étaient pourtant déjà évoqués depuis 2003 par le magazine Test Santé. À titre d'exemple, n'importe qui avec un permis pouvait proposer ses services pour assurer un transport médico-sanitaire. Chacun pouvait donc pratiquer les tarifs qu'il voulait sans obligation de transparence ou rouler avec des véhicules vétustes non-adaptés. Certains ne respectaient pas les normes d'hygiène. Certains transportaient des cadavres à bord de leurs véhicules de transport médico-sanitaire. La situation était donc déplorable, en plus d'être dangereuse. Il convenait de prendre urgemment ce problème à bras le corps.

En 2009 déjà, à l'initiative de Mme Françoise Schepmans et de Mme Caroline Persoons, une proposition d'ordonnance avait été déposée à la Commission communautaire commune afin de régler ce phénomène qui posait déjà problème.

Bien que répondant, déjà à l'époque, directement aux demandes des représentants du secteur et laissant une grande marge d'appréciation au Collège réuni pour en fixer les modalités pratiques, le texte n'avait pas abouti car rejeté par une majorité qui souhaitait attendre ... les conclusions du débat avec le fédéral.

Il aura donc fallu neuf ans pour clarifier une situation qui n'a pourtant jamais été aussi problématique au sein des autres assemblées communautaires.

En mars 2013, promesse après promesse, report d'échéance après échéance, l'ex-ministre Benoît Cerexhe avait fini par reconnaître que le Gouvernement avait du retard dans ce dossier. En commission du 3 octobre 2013, sa remplaçante Mme Céline Fremault évoquait, quant à elle, un aboutissement pour le début de l'année 2014 ...

En ce début d'année 2018, c'est avec un mélange d'exaspération et de soulagement que le groupe MR voit arriver le texte du projet de décret sur les bancs de l'assemblée. Ce projet, élaboré en collaboration étroite avec la Commission communautaire commune, vise à aboutir à une situation harmonisée pour la Région de Bruxelles-Capitale.

Le groupe MR est donc satisfait de constater les avancées de la ministre dans un débat qu'il ne voyait plus aller de l'avant, malgré l'urgence de la situation et le retard considérable accumulé par les différents gouvernements au pouvoir.

Par ailleurs, outre que le groupe MR se réjouit de l'avancement dans ce dossier, il constate avec plaisir que le projet de décret déposé par le gouvernement s'inspire très largement du texte déposé par la députée Françoise Schepmans en 2009. Le groupe MR déplore en revanche qu'il ait fallu neuf ans au(x) gouvernement(s) successifs pour accoucher d'un texte qui est, à quelques rares exceptions près, le jumeau quasi identique de la proposition initiale.

En effet, de la procédure d'agrément aux mécanismes de sanction, en passant par les exigences en termes de formation du personnel, de composition du personnel au sein des véhicules, aux normes en termes de transparence tarifaire et d'hygiène, tout ressemble à s'y méprendre à la proposition d'ordonnance déposée en 2009 par Mmes Schepmans et Persoons.

Pour le surplus, le groupe MR observe dans le projet de décret présenté par la ministre que de nombreux points doivent être définis par les arrêtés d'exécution que le Gouvernement devra prendre prochainement.

Ces points comportent cependant quelques questions qui seront abordées dans la cadre de la discussion des articles. Il serait également intéressant de savoir quelle sera la nature de la collaboration entre la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française à propos de l'élaboration de ces arrêtés.

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS) déclare se joindre aux interventions de ses trois collègues précédents pour saluer l'arrivée de ce projet visant à définir un cadre pour une profession essentielle.

Les députés du groupe PS ont souvent eu l'occasion d'interpeller sur le sujet, tant en Commission communautaire française qu'en Commission communautaire commune, dénonçant des situations particulièrement problématiques.

L'insertion et la clarification d'un certain nombre de principes appelés « principaux objectifs » dans le dispositif du projet de décret, tel que celui du cadastre des opérateurs, de la qualification du personnel, de la clarification des liens juridiques en droit du travail entre les services et les personnels, de la transparence des prix, du travail de mise en concordance des différentes normes existantes à tous les niveaux de pouvoir, ainsi que du principe de l'agrément subordonné à des normes de qualité sont essentiels.

Le groupe PS salue aussi le principe de l'introduction d'une structure de concertation entre les représentants des patients, des mutualités, des sociétés de transport médico-sanitaire et des hôpitaux.

Il convient de souligner l'introduction de représentants de patients aux côtés des acteurs habituels dans ce processus, et ce dans le but non seulement de concertation ou de remettre des avis préalables mais aussi de formuler des recommandations portant sur les normes, sur la formation des conducteurs accompagnateurs « ambulanciers », sur l'accessibilité et la viabilité des opérateurs de transport médico-sanitaire, ...

Le groupe PS se félicite de ce que le projet a fait l'objet d'une concertation avec le secteur, à savoir les gestionnaires des services de transport médico-sanitaire exerçant en région bruxelloise, ainsi qu'avec les représentants des patients, les mutualités et les coupoles d'hôpitaux.

Il faut souligner que le projet a, enfin, fait l'objet d'une collaboration avec la Commission communautaire commune qui a mené à la rédaction harmonisée du projet de décret de la Commission communautaire française, en lien avec le projet d'ordonnance bicommunautaire.

Le groupe PS se réjouit de ce que ce projet et ce travail de concertation aient mené à la rédaction d'un projet d'accord de coopération permettant la constitution d'une Commission permanente de concertation commune à la Commission communautaire française et à la Commission communautaire commune.

Prenant la ministre au mot sur le principe qu'elle a énoncé dans l'exposé des motifs, le député conclut qu'il portera une attention particulière à ce que ce décret s'inscrive pleinement dans la continuité des soins et de la réduction des inégalités en matière de santé.

Il s'agira, tout en poursuivant des objectifs qualitatifs, d'assurer l'accessibilité pour tous à ces services, la situation socio-économique des Bruxellois devant y recourir étant souvent précaire si l'on songe notamment aux seniors.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) fait lui aussi référence à un proverbe pour entamer son intervention « Tout vient à point à qui sait attendre ». Le projet de décret était largement attendu tant par le secteur, qui sera enfin reconnu en tant que tel au sein de l'espace régional, que par les patients eux-mêmes dont les interrogations relatives à la tarification pratiquée actuellement témoignent de leur désarroi.

Le député entend saluer les trois éléments suivants :

- l'exigence de qualité qui transparait de l'ensemble du projet de décret, notamment à travers les conditions d'agrément;

- la volonté de transparence des prix, d'une part, et des modes de fonctionnement, d'autre part;
- la coordination / la concertation / la coopération qui sont mises en place dans le cadre du projet de décret, notamment avec les autres entités fédérées.

Lorsque l'on parle de services, il importe d'harmoniser au maximum les règles afin d'éviter que la concurrence ne soit entravée.

Par ailleurs, le député adresse à la ministre quelques questions portant essentiellement sur la concertation.

Il est question d'instaurer une structure de concertation entre les représentants des patients, des mutualités, des sociétés de transport médico-sanitaires et des hôpitaux. Quelle est la vision de la ministre quant à la ventilation de la répartition des différents acteurs ? L'agence inter-mutuelles sera-t-elle représentée ou chacune des mutualités enverra-t-elle un représentant ? Il en est de même pour les hôpitaux. Comment sera opérée la pondération dans ce contexte ? A quelle fréquence la structure se réunira-t-elle ?

Celle-ci semble revêtir une importance capitale puisqu'elle sera chargée d'émettre une série de recommandations, notamment en termes de conditions d'agrément. Il s'agit donc au final de l'organe qui va déterminer la politique opérationnelle du projet de décret.

Le député constate que la collaboration menée avec la Commission communautaire commune a conduit à la constitution d'une Commission permanente commune aux deux Commissions. L'existence de celle-ci est indispensable mais le député souhaite savoir qui y siègera, à quelle fréquence elle se réunira, quelles en seront les règles de fonctionnement et sur quels critères la présidence de la Commission permanente à désigner par le Collège sera choisie.

Enfin, le député aborde le projet d'accord de coopération évoqué par la ministre. Un agenda pour la conclusion de celui-ci a-t-il été fixé ?

Évoquant les sanctions, à savoir soit le retrait d'agrément, soit la sanction pénale ou administrative, le député voudrait savoir qui sera précisément chargé d'exercer le contrôle pouvant mener à la sanction. S'agit-il d'un service au sein de l'administration de la Commission communautaire française ? Qu'en sera-t-il ? L'organe de contrôle sera-t-il également l'organe de sanction ?

À propos du remboursement garanti, quelles sont les formules envisagées avec les mutualités pour assurer celui-ci ?

Mme Cécile Jodogne (ministre) remercie les députés pour leurs interventions.

À l'attention de M. Kanfaoui, elle précise que la nécessité de légiférer dans ce domaine existe depuis bien plus que neuf ans. Elle se réfère à son exposé d'introduction dans lequel elle a rappelé qu'une législation était attendue avant même l'existence de la Commission communautaire française.

Les reproches exprimés par M. Kanfaoui s'adressent donc également à l'ancien ministre-président Hervé Hasquin ...

Aujourd'hui, il faut regarder de l'avant. Le projet existe et il convient de s'en réjouir de façon unanime.

À la question soulevée par Mme Plovie concernant la composition de la Commission permanente et la possibilité d'y associer le SIAMU ou la direction « Taxi », la ministre précise que certes des comparaisons peuvent être réalisées par rapport aux missions menées mais il n'apparaît pas approprié d'intégrer ces deux organes dans une Commission dont les missions sont beaucoup plus larges. Le protocole établi au niveau de la CIM Santé est très clair à cet égard, notamment en ce qui concerne les missions des uns et des autres.

Le transport médico-sanitaire non urgent est avant tout une mission privée qui ne nécessite pas une représentation permanente du SIAMU et du secteur « Taxi ».

À l'attention de M. du Bus de Warnaffe, la ministre précise qu'il n'y a qu'une seule Commission permanente de concertation commune à la Commission communautaire française et à la Commission communautaire commune. Ce sont les arrêtés qui définiront précisément la pondération entre les différentes institutions représentées au sein de cette Commission. Il en sera de même pour le mode de fonctionnement.

La ministre ajoute qu'il ne s'agit pas de mettre en place une commission pléthorique mais un organe qui fonctionne dans le respect d'une représentation équilibrée de chacun des acteurs de ce secteur.

La Commission de concertation est indépendante et son secrétariat sera géré par la Commission communautaire commune. L'accord de coopération concerne uniquement cette Commission permanente de concertation.

Par ailleurs, le Protocole d'accord, approuvé par toutes les entités fédérées, ainsi que les normes européennes en vigueur expliquent pourquoi le Gouvernement n'a pas fait référence à l'article 5 du projet de décret dans le cadre de l'article 7, § 6, *in fine*.

Dans la mesure où il y a une réciprocité des agréments et où chaque entité est autonome quant aux conditions d'agrément qu'elle fixe, le Gouvernement francophone bruxellois ne pouvait se montrer plus exigeant en intégrant les normes d'agrément prévues à l'article 5, § 2, dans le corps de l'article 7, § 6, applicable aux services de transport médico-sanitaire dont le siège d'exploitation se situe en dehors du territoire de la Région de Bruxelles-Capitale.

L'article 7, § 6, fait référence aux articles 3 et 6 du projet de décret. Ils sont libellés de façon plus globale en s'attachant au respect des patients.

En ce qui concerne les tarifs, la ministre rappelle que la Commission permanente de concertation aura pour mission d'examiner la politique de tarification dans le cadre d'une fourchette minima-maxima.

À propos des sanctions, la ministre précise que ce seront des arrêtés qui préciseront les modalités des sanctions, certes déjà prévues au projet, à savoir la sanction pénale, l'amende administrative ou le retrait d'agrément. Si ce dernier est émis par la Commission communautaire française, c'est le département de la Santé de la Commission communautaire française qui gèrera ces sanctions à appliquer le cas échéant.

Évoquant la possibilité d'une programmation soulevée par Mme Plovie, la ministre souligne qu'il n'y aura pas de programmation puisqu'il s'agit d'une activité commerciale qui relève de la liberté de commerce et d'établissement.

Le Gouvernement a le pouvoir d'imposer un nombre d'agréments mais pas celui d'un nombre limité de prestations.

Un cadastre des acteurs en activité sera dressé. Lorsque l'administration et le cabinet ont consulté le secteur dans le cadre de l'élaboration de la législation, ce ne sont pas moins de trente personnes qui ont participé aux réunions. Le projet devra permettre de clarifier la situation réelle.

Enfin, les députés ont souligné avec raison les difficultés rencontrées par les patients, qu'il s'agisse des conditions de transport ou des tarifs pratiqués. Certaines sociétés actives dans le secteur et de bonne réputation étaient également demanderesse d'une législation mettant en place un agrément devenant en quelque sorte un label de qualité. Ce faisant, il

convenait également de placer chaque acteur dans des conditions égales de concurrence.

Mme Magali Plovie (Ecolo) déclare que les explications de la ministre n'ont pas permis d'apaiser ses inquiétudes quant à l'article 7, § 6, du projet.

Elle évoque l'article 5, § 2, 6°, du projet et donne l'exemple d'une entreprise française qui voudrait prester à Bruxelles. Elle ne devrait que se soumettre qu'aux articles 3 et 6 du projet auxquels il est fait référence à l'article 7, § 6, *in fine*, mais pas aux conditions d'agrément figurant à l'article 5 reprenant notamment les obligations en matière de traçabilité de chaque transport médico-sanitaire réalisé ou en matière de tarification, etc. À son estime, cette situation que laisse perdurer le projet de décret est problématique.

Il lui semble que certaines normes d'agrément figurant dans l'article 5 devraient pouvoir être applicables aux services de transport médico-sanitaire dont le siège d'exploitation se situe en dehors de la Région de Bruxelles-Capitale.

M. Abdallah Kanfaoui (MR) souhaite se joindre à la remarque pertinente de sa collègue et évoque un risque de concurrence sauvage.

Mme Cécile Jodogne (ministre) souligne que le cas de figure présenté par Mme Plovie est avant tout théorique et peu probable dans la pratique. Il est difficile d'imaginer une société française voulant réaliser du transport médico-sanitaire à Bruxelles à partir d'un siège d'exploitation se situant en France.

Elle évoque à nouveau le principe de réciprocité susmentionné. Lorsque des ambulances françaises ramènent des accidentés de ski en Belgique, il faut qu'elles puissent traverser le pays pour déposer leurs patients à Bruxelles. Cette réciprocité fonctionne pour l'ensemble des pays européens.

L'article 7, § 6 précise qu'il faut que les exigences normatives d'agrément des services de transport médico-sanitaire dont le siège d'exploitation se situe en dehors du territoire de la Région de Bruxelles-Capitale, mais au sein de l'Union européenne, soient équivalentes à celles visées dans le présent projet de décret pour qu'ils soient autorisés à exercer leurs activités sur le territoire de la région bruxelloise.

Le principe de réciprocité est essentiel.

4. Discussion et vote des articles

Article premier

Il ne suscite aucun commentaire et est adopté à l'unanimité des 11 membres présents.

Article 2

Il ne suscite aucun commentaire et est adopté à l'unanimité des 11 membres présents.

Article 3

M. Abdallah Kanfaoui (MR) souligne que l'article 3, § 3, assure une transparence tarifaire notamment par la publication des tarifs pratiqués sur internet. Or, l'avis du Conseil d'État évoque la possibilité d'afficher cette tarification aussi bien dans les ambulances que dans les établissements de soins, et ce dans l'objectif d'offrir une concurrence saine. Qu'en pense le Gouvernement considérant qu'une grande partie des plaintes reçues à présent portent sur le caractère nébuleux des tarifications opérées ?

Mme Cécile Jodogne (ministre) précise que l'article 3, § 3, stipule que cette transparence est opérée « notamment en publiant les tarifs sur internet ». Les arrêtés d'application pourront établir d'autres modes de transparence. Il est envisagé de créer une plateforme de présentation des tarifs de l'ensemble des prestataires, afin de permettre aux patients, aux mutuelles, voire aux hôpitaux, de procéder à des comparaisons, et ce dans un souci de transparence et d'accès aisé aux tarifs.

L'article 3 est adopté à l'unanimité des 11 membres présents.

Article 4

Il ne suscite aucun commentaire et est adopté à l'unanimité des 11 membres présents.

Article 5

Il ne suscite aucun commentaire et est adopté à l'unanimité des 11 membres présents.

Article 6

M. Abdallah Kanfaoui (MR) évoque le 3° de cet article qui fait référence à la déontologie médicale. Il s'étonne de ne pas retrouver au sein de la Commis-

sion permanente de concertation des représentants légaux du Conseil national de l'Ordre des Médecins, ce dernier étant le seul habilité à se prononcer, voire à trancher les questions de déontologie médicale.

Mme Cécile Jodogne (ministre) rappelle que la Commission permanente de concertation sera notamment composée de représentants des coupes des hôpitaux et des mutualités. Il pourra y avoir des médecins mais ce ne sera pas formellement l'Ordre des médecins qui sera représenté ici.

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS) ajoute que l'Ordre national des Médecins ne peut intervenir dans le cadre d'une activité commerciale.

M. Abdallah Kanfaoui (MR) confirme que la déontologie médicale ne revêt aucun caractère commercial. Le Conseil national de l'Ordre est le seul organe habilité par arrêté royal à statuer sur les règles de déontologie médicale.

Mme Cécile Jodogne (ministre) précise qu'il s'agit de règles ou d'attitudes qui pourraient être d'application pour les transporteurs à l'égard des patients.

M. Abdallah Kanfaoui (MR) estime que le terme de déontologie médicale semble mal choisi.

Mme Cécile Jodogne (ministre) dépose un amendement qui vise à remplacer au 3° les mots « de la déontologie médicale » par les mots « de l'éthique médicale ».

L'article 6, tel qu'amendé, est adopté à l'unanimité des 11 membres présents.

Article 7

Mme Magali Plovie (Ecolo) estime que ses questions relatives au paragraphe 6 n'ont pas encore trouvé de réponses qui la satisfassent. Elle déclare qu'elle continuera à creuser cette question mais s'abstiendra sur cet article et sur l'ensemble du projet dans le cadre des travaux en commission.

M. Abdallah Kanfaoui (MR) demande quelles sont les grandes lignes des règles de recevabilité et de composition du dossier de demande d'agrément. Quel est le délai déjà envisagé dans lequel la demande d'agrément provisoire doit être introduite à partir de l'entrée en vigueur du décret ?

Mme Cécile Jodogne (ministre) confirme que ce sont les arrêtés d'application qui détermineront ce type d'informations. Ils sont déjà en cours de préparation.

L'article 7 est adopté par 10 voix pour et 1 abstention.

Article 8

M. Abdallah Kanfaoui (MR) demande comment va s'opérationnaliser la procédure d'échange d'informations relatives à l'agrément, au retrait d'agrément, au refus de l'agrément des services de transport médico-sanitaire, entre le Collège, les autres collectivités fédérées compétentes et l'autorité fédérale.

Mme Cécile Jodogne (ministre) rappelle que le protocole d'accord concerne toutes les entités fédérées concernées puisqu'il a été approuvé au sein de la CIM Santé.

L'accord de coopération ne concerne que la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune et n'a trait qu'à la Commission permanente de concertation.

Si la question du député porte sur des échanges d'informations habituels entre administrations, ce sont ces dernières qui vont les organiser et les gérer, comme cela se fait dans beaucoup de domaines (par exemple, les maisons de repos).

Mme Caroline Persoons (DéFI) demande confirmation de ce que les services de transport médico-sanitaire non bruxellois cités à l'article 7, § 6, ne devront pas demander d'agrément, ni introduire une procédure à cet égard.

Mme Cécile Jodogne (ministre) précise que le critère principal est la localisation du siège d'exploitation. Si l'entreprise située en France, par exemple, veut développer une activité à Bruxelles et y ouvrir un siège d'exploitation, elle sera soumise à la procédure d'agrément. Ce qui ne sera pas le cas de la société d'ambulance française qui vient déposer à Bruxelles un accidenté des sports d'hiver.

L'article 8 est adopté à l'unanimité des 11 membres présents.

Article 9

M. Abdallah Kanfaoui (MR) demande qui sera chargé du contrôle de qualité évoqué dans cet article. Quels sont les pouvoirs accordés aux agents chargés des constats ? Quel est le budget prévu à cet égard ?

Évoquant l'expérience wallonne et un sous-effectif réel, le député souhaite qu'il n'en soit pas de même en région bruxelloise.

Mme Cécile Jodogne (ministre) précise que la Commission communautaire française est actuellement dotée d'un service des inspections. Il est en pleine réorganisation.

La nouvelle mission de contrôle des agréments et de la qualité des services prestés sera confiée au service réorganisé, en lien avec le département de la Santé.

M. Abdallah Kanfaoui (MR) laisse entendre que ce service de la Commission communautaire française ne semble pas très étoffé.

Mme Cécile Jodogne (ministre) souligne qu'il sera fait en sorte que ce service soit en mesure de remplir les missions qui sont les siennes.

L'article 9 est adopté à l'unanimité des 11 membres présents.

Article 10

M. Abdallah Kanfaoui (MR) demande quelle sera la fréquence à laquelle la commission permanente de concertation se réunira. Ces rencontres s'organiseront-elles sur base périodique ou ponctuelle ?

Mme Cécile Jodogne (ministre) souligne à nouveau que les modalités de fonctionnement de la Commission permanente de concertation seront fixées par les arrêtés. Celle-ci élaborera également son propre règlement d'ordre intérieur.

L'article 10 est adopté à l'unanimité des 11 membres présents.

Article 11

Il ne suscite aucun commentaire et est adopté à l'unanimité des 11 membres présents.

Article 12

M. Abdallah Kanfaoui (MR) demande quelles seront les grandes lignes de la procédure de médiation ouverte aux patients. Qui sera désigné pour prendre le rôle de médiateur ?

Mme Cécile Jodogne (ministre) répond que, s'agissant de dispositions pratiques, il ne convient pas de les faire figurer dans un projet de décret. Elles seront fixées par arrêtés d'application.

L'article 12 est adopté à l'unanimité des 11 membres présents.

Article 13

Il ne suscite aucun commentaire et est adopté à l'unanimité des 11 membres présents.

Article 14

M. Abdallah Kanfaoui (MR) demande si une seule personne sera chargée d'infliger les amendes administratives, comme semble l'indiquer le 1° du paragraphe 4. Une seule personne suffira-t-elle pour remplir cette mission ? Quel sera son statut professionnel ?

Mme Cécile Jodogne (ministre) rappelle que c'est au sein de l'administration de la Commission communautaire française que seront organisés la délivrance des agréments, le contrôle de ceux-ci et, le cas échéant, les sanctions à infliger pour ce qui concerne les agréments délivrés par celle-ci.

Il sera veillé à ce qu'il n'y ait pas de « vide » dans la gestion de ces dossiers.

Le fait de désigner une personne n'exclut pas qu'elle puisse s'entourer d'une équipe ou d'un service.

L'article 14 est adopté à l'unanimité des 11 membres présents.

Article 15

Il ne suscite aucun commentaire et est adopté à l'unanimité des 11 membres présents.

Article 16

Il ne suscite aucun commentaire et est adopté à l'unanimité des 11 membres présents.

Article 17

Il ne suscite aucun commentaire et est adopté à l'unanimité des 11 membres présents.

Article 18

Il ne suscite aucun commentaire et est adopté à l'unanimité des 11 membres présents.

5. Vote de l'ensemble du projet de décret

L'ensemble du projet de décret est adopté par 10 voix pour et 1 abstention.

6. Approbation du rapport

Il est fait confiance à la présidente et au rapporteur pour l'élaboration du rapport.

7. Texte adopté par la commission

Projet de décret relatif à l'organisation du transport médico-sanitaire

Article 1^{er}

Le présent décret règle, en vertu de l'article 138 de la Constitution, une matière visée à l'article 128 de celle-ci.

Article 2

Pour l'application du présent décret, on entend par :

- 1° « Transport médico-sanitaire » : tout transport terrestre rémunéré ou non de patients, au départ de ou vers un dispensateur de soins, en ce compris les transferts inter-hospitaliers, effectué par ambulance ou véhicule sanitaire léger, par un personnel qualifié, à l'exception des transports visés par la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente;
- 2° « Patient » : personne physique qui utilise un transport médico-sanitaire adapté à son état de santé;
- 3° « Ambulance » : véhicule terrestre équipé pour le transport médico-sanitaire, en position assise ou couchée, de patients nécessitant une surveillance de leur état de santé ou la dispensation de soins pendant la durée du transport;
- 4° « Véhicule sanitaire léger » : véhicule terrestre, équipé ou non pour le transport de personnes dont l'autonomie est réduite, adapté pour le transport médico-sanitaire, en position assise, de patients ne nécessitant pas une surveillance de leur état de santé, ni la dispensation de soins pendant la durée du transport;
- 5° « Service de transport médico-sanitaire » : toute personne physique ou morale exerçant une activité de transport médico-sanitaire sur le territoire de la Région bilingue de Bruxelles-Capitale;

6° « Ambulancier » : toute personne possédant les qualifications déterminées par le Collège;

7° « Le Collège » : le Collège de la Commission communautaire française;

8° « Dispensateurs de soins » : les personnes énumérées à l'article 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

9° « La Commission permanente de concertation » : organe consultatif composé des représentants des secteurs concernés par le transport médico-sanitaire, chargé d'émettre des propositions, des avis et des recommandations au Collège.

Article 3

Les services de transport médico-sanitaire :

- 1° garantissent l'intégrité physique et morale des patients;
- 2° respectent le bien-être des patients;
- 3° assurent une transparence tarifaire, vis-à-vis des patients, d'une part, et du Collège, d'autre part, notamment en publiant les tarifs pratiqués sur internet.

Article 4

Tout service de transport médico-sanitaire dont le siège d'exploitation se situe sur le territoire de la Région bilingue de Bruxelles-Capitale, qui, en raison de son organisation, doit être considéré comme appartenant exclusivement à la Communauté française, doit être agréé conformément au présent décret et à ses arrêtés d'exécution.

Article 5

§ 1^{er}. – Après avis de la Commission permanente de concertation, le Collège fixe les normes d'agrément du transport médico-sanitaire sur le territoire de la Région bilingue de Bruxelles-Capitale.

§ 2. – Les normes d'agrément concernent notamment :

- 1° les conditions relatives aux membres du personnel des services de transport médico-sanitaire dont :
 - a) le nombre de personnes devant être présentes lors de chaque transport en véhicule sanitaire léger;
 - b) le nombre de personnes ayant la qualification d'ambulancier devant être présentes lors de chaque transport en ambulance, ainsi que leur place à bord de l'ambulance pendant le transport;
 - c) les types de transport pour lesquels la présence d'un médecin et/ou d'un infirmier et/ou d'une personne possédant une qualification nécessaire à la surveillance du patient est requise, ainsi que leur place à bord du véhicule pendant le transport;
 - d) les qualifications requises du personnel présent à bord des ambulances et des véhicules sanitaires légers, les équivalences à ces qualifications et la formation continuée obligatoire;
- 2° les caractéristiques des ambulances adaptées au transport médico-sanitaire, lesquelles peuvent être classées en catégories par le Collège, après avis de la Commission permanente de concertation, en fonction notamment des qualifications du ou des professionnels de la santé devant être à bord, compte tenu de l'état de santé du patient, ou en fonction du type de véhicule et du matériel médical devant être utilisé;
- 3° l'équipement, les conditions d'hygiène, les caractéristiques techniques et l'aspect extérieur des véhicules sanitaires légers et des ambulances;
- 4° les caractéristiques des tenues d'intervention;
- 5° les règles relatives à l'affichage et à la transparence des tarifs, ainsi que les mentions spécifiques devant figurer sur la facture;
- 6° les obligations en matière de traçabilité de chaque transport médico-sanitaire réalisé, notamment l'identité et les qualifications du personnel impliqué et le type de véhicule utilisé;
- 7° l'honorabilité des personnes qui assurent la gestion d'un service de transport médico-sanitaire;

- 8° la remise annuelle, par les services de transport médico-sanitaire, d'un rapport d'activités;
- 9° la souscription à une assurance en responsabilité civile pour le service ainsi que pour chacun des membres du personnel;
- 10° sur avis de la Commission permanente de concertation, le Collège peut fixer les tarifs minima et maxima et les critères appliqués pour calculer le tarif que les services de transport médico-sanitaire peuvent demander à un patient.

Article 6

Les services de transport médico-sanitaire exercent leurs tâches vis-à-vis des patients dans le respect :

- 1° de la notion d'égalité de traitement, en s'abstenant de toute discrimination directe ou indirecte, fondée notamment sur le statut, sur les convictions religieuses, philosophiques, un handicap ou une caractéristique physique, l'état de santé actuel ou futur, l'âge, l'état civil, le genre, l'orientation sexuelle, l'origine nationale ou ethnique, la situation familiale ou socio-économique;
- 2° des droits et libertés constitutionnels et légaux des patients dont le libre choix du service de transport médico-sanitaire, en tenant compte de leur état de santé;
- 3° de l'éthique médicale;
- 4° des obligations légales en matière de protection de la vie privée et d'échange de données, en particulier lorsque des informations sensibles relatives à l'état de santé des patients sont traitées.

Article 7

§ 1^{er}. – Tout service de transport médico-sanitaire relevant de la compétence de la Commission communautaire française est agréé par le Collège.

Tout service agréé doit mentionner son agrément par le Collège sur toutes les factures, ainsi que sur tout autre document officiel.

§ 2. – L'agrément est octroyé par le Collège, sur avis de la Commission permanente de concertation, aux services de transport médico-sanitaire qui respectent les normes fixées par ou en vertu du présent décret.

L'agrément est octroyé pour une période de six ans. Il est renouvelable.

§ 3. – Un agrément provisoire est accordé aux services de transport médico-sanitaire sollicitant un agrément et qui fournissent au préalable un plan financier démontrant qu'ils disposent des moyens nécessaires pour acquérir le matériel et engager le personnel requis.

L'agrément provisoire est octroyé pour une période de six mois, renouvelable une seule fois.

Pour pouvoir bénéficier d'un agrément provisoire, le service de transport médico-sanitaire ne doit pas avoir fait l'objet d'un refus ou d'un retrait d'agrément.

§ 4. – Le Collège fixe les règles de recevabilité et de composition du dossier de demande d'agrément.

§ 5. – Le Collège fixe le délai dans lequel la demande d'agrément provisoire doit être introduite, à partir de l'entrée en vigueur du présent décret.

§ 6. – Tout service de transport médico-sanitaire dont le siège d'exploitation se situe en dehors du territoire de la Région bilingue de Bruxelles-Capitale, mais au sein de l'Union européenne et qui dispose d'un agrément délivré par l'autorité compétente du territoire sur lequel son lieu d'exploitation se situe, ou d'un titre équivalent, est autorisé à exercer ses activités sur le territoire de la Région bilingue de Bruxelles-Capitale, pour autant que les exigences normatives soient équivalentes, au moins aux articles 3 et 6 du présent décret.

§ 7. – Le service de transport médico-sanitaire qui suspend ou cesse ses activités en informe immédiatement le Collège, selon les modalités qu'il fixera.

Article 8

§ 1^{er}. – Le Collège fixe les procédures d'octroi, de renouvellement d'octroi, de retrait, de retrait urgent ainsi que de refus de l'agrément.

Il prévoit, notamment, la possibilité, pour le service concerné, de faire valoir son point de vue, oralement ou par écrit, préalablement à toute décision de retrait, retrait urgent.

Le Collège fixe les modalités d'une procédure de recours en cas de retrait, retrait urgent ou refus de l'agrément.

§ 2. – Le Collège retire l'agrément ou l'agrément provisoire en cas de non-respect des obligations du

présent décret ou de ses arrêtés d'exécution, selon les modalités qu'il fixe conformément au § 1^{er}.

§ 3. – Lorsqu'il constate un manquement grave aux obligations du présent décret ou à ses arrêtés d'exécution, susceptible de porter préjudice à la santé ou à la sécurité des personnes transportées, le Collège procède au retrait urgent de l'agrément ou de l'agrément provisoire, selon les modalités qu'il fixe conformément au § 1^{er}.

§ 4. – Le Collège veille à organiser, avec les autres collectivités fédérées compétentes ainsi qu'avec l'autorité fédérale, une procédure d'échange d'informations relatives à l'agrément, au retrait d'agrément, au refus de l'agrément des services de transport médico-sanitaire établis sur le territoire de la Région bilingue de Bruxelles-Capitale et relevant de sa compétence.

Article 9

Les modalités de contrôle de la qualité des services offerts ainsi que du respect des conditions d'agrément sont fixées par le Collège.

Article 10

Une Commission permanente de concertation est créée avec, notamment, pour mission, à la demande des membres du Collège ou d'initiative :

- 1° d'assurer une concertation entre les représentants des secteurs concernés par le transport médico-sanitaire;
- 2° d'émettre des avis et des recommandations sur les normes d'agrément, la formation du personnel présent à bord des ambulances et des véhicules sanitaires légers;
- 3° d'émettre des recommandations quant aux rapports, notamment financiers, entre les patients et les services de transport médico-sanitaire, en vue d'assurer la qualité, l'accessibilité et la viabilité financière des services de transport médico-sanitaire;
- 4° de faire toute proposition utile au Collège, concernant la qualité, l'accessibilité, la viabilité et l'efficacité du transport médico-sanitaire en général;
- 5° d'émettre des avis et des recommandations relatifs au contrôle technique des services de transport médico-sanitaire agréés par des organismes agréés.

Article 11

La Commission permanente de concertation est composée de représentants des mutuelles, d'hôpitaux, des patients et des sociétés de transport médico-sanitaire dont le nombre est déterminé par le Collège.

La composition et les règles de fonctionnement de la Commission permanente de concertation sont fixées par le Collège.

La présidence de la Commission permanente de concertation est assurée par une personne désignée par le Collège.

Article 12

Le Collège fixe les modalités d'une procédure de médiation ouverte aux patients.

Article 13

§ 1^{er}. – Sont punis d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de 1.000 à 10.000 euros, ou d'une de ces peines seulement, les personnes qui exercent une activité de transport médico-sanitaire sans être titulaire d'un agrément, ou à la suite d'un retrait d'agrément ou d'une fermeture d'urgence.

Sont punis d'un emprisonnement de quinze jours à six mois et d'une amende de 100 à 5.000 euros, ou d'une de ces peines seulement, ceux qui contreviennent aux normes d'agrément fixées par la présente ordonnance ou ses arrêtés d'exécution.

§ 2. – Les cours et tribunaux pourront interdire à la personne condamnée en vertu du § 1^{er} de gérer un service de transport médico-sanitaire soit lui-même, soit par personne interposée. Cette interdiction ne pourra excéder dix ans.

Article 14

§ 1^{er}. – Sans préjudice du retrait d'agrément, est passible d'une amende administrative :

1° l'exploitant qui fait une fausse déclaration, une déclaration incomplète ou omet de faire une déclaration quant aux obligations prévues par ou vertu du présent chapitre;

2° l'exploitant qui entrave l'exercice des missions des personnes visées à l'article 9 du présent décret, telles que fixées par le Collège;

3° l'exploitant qui ne donne pas suite aux injonctions du Collège dans le délai qui lui est imparti.

§ 2. – L'amende administrative est fixée à :

1° 2.000 euros pour les infractions visées au § 1^{er}, 1°;

2° 1.000 euros pour les infractions visées au § 1^{er}, 2°;

3° 500 euros pour les infractions visées au § 1^{er}, 3°.

§ 3. – En cas de récidive dans l'année de la constatation de l'infraction, les montants visés ci-avant sont doublés.

§ 4. – Le Collège :

1° désigne la personne chargée d'infliger les amendes administratives;

2° détermine la procédure de notification et les délais de paiement;

3° définit la procédure de recouvrement d'office en cas de non-paiement dans les délais impartis.

Article 15

Dans le cadre des conditions d'autorisation et aux fins de mettre en œuvre les missions dans le cadre de l'exercice de la compétence relative à l'organisation du transport médico-sanitaire, l'Administration et les services de transport médico-sanitaire traitent en exécution du présent décret et des arrêtés d'exécution au moins les données à caractère personnel suivantes :

1° concernant le personnel :

a) les données d'identification et les données relatives à la formation;

b) les données relatives à l'honorabilité.

2° concernant les trajets :

a) la traçabilité du trajet;

3° concernant les plaintes :

a) l'identité des membres du personnel concernés;

b) l'identité du patient.

Le délai de conservation est de dix ans pour les plaintes et de cinq ans pour les autres données. S'agissant des données sur le personnel, le délai prend cours à partir de la date du terme du contrat.

Article 16

Le Collège fixe les conditions auxquelles les services de transport médico-sanitaires existants avant l'entrée en vigueur du présent décret peuvent être autorisés à poursuivre leurs activités entre l'entrée en vigueur du présent décret et la décision concernant la demande d'agrément provisoire.

Le Collège détermine également les dispositions transitoires relatives à la qualification des ambulanciers qui accompagnaient déjà les transports médico-sanitaires au moment de l'entrée en vigueur du présent décret.

Article 17

Tous les deux ans, le Collège soumet à l'Assemblée de la Commission communautaire française, un rapport sur le transport médico-sanitaire établi avec l'appui de la commission permanente de concertation.

Ce rapport porte sur les deux dernières années civiles et comprend, notamment, les données statistiques suivantes :

- 1° la liste des services de transport médico-sanitaire, agréés ou agréés provisoirement;
- 2° le nombre de plaintes introduites;
- 3° le nombre de plaintes encore pendantes et de dossiers clôturés;
- 4° la liste des mesures prises à la suite des plaintes;
- 5° la liste des agréments retirés ou non renouvelés.

Article 18

Le Collège fixe le jour de l'entrée en vigueur du présent décret.

Le Rapporteur,

Zahoor Ellahi MANZOOR

La Présidente,

Martine PAYFA