

SUBSTITUTION PAR LA MÉTHADONE ET LA BUPRÉNORPHINE: COMMENT INFORMER LA COMMISSION FÉDÉRALE DE CONTRÔLE CONFORMÉMENT AU GDPR?

La Commission Fédérale de contrôle de la pratique des soins de santé est chargée de contrôler la pratique des professionnels de la santé. La Commission veille notamment à ce que les professionnels de la santé respectent les dispositions de la loi et des décrets, et contrôle les traitements de substitution à la méthadone et à la buprénorphine.

Cette commission remplace les anciennes commissions médicales provinciales.

COORDONNÉES

Le site internet www.health.belgium.be/fr/la-commission-federale-de-contrôle

Le numéro de téléphone +32(0)2 524 97 97

QUAND CONTACTER LA COMMISSION FÉDÉRALE DE CONTRÔLE?

La Commission de surveillance est une instance de contrôle des professionnels de la santé. Vous pouvez donc vous adresser à la Commission, entre autres, en cas de doute sur l'exercice illégal d'une profession de santé ou si le comportement d'un professionnel de santé est très inquiétant (p.ex. entretien d'un patient souffrant d'addiction.)

L'initiation et l'arrêt d'un traitement de substitution à la méthadone ou à la buprénorphine sont également rapportés ici.

COMMENT UTILISER LE FORMULAIRE?

Désormais, la communication avec la Commission se fait de préférence par le formulaire de plainte et de notification car cette plateforme est conforme au GDPR.

Via cette plateforme, vous pouvez donc rapporter des pratiques illégales, entre autres, mais aussi partager le contrat méthadone/buprénorphine. Il suffit d'ailleurs que seul le pharmacien fasse cette notification.

Vous trouvez le formulaire de notification sur le site de la Commission fédérale de contrôle, sous la rubrique 'Vous souhaitez déposer une plainte ou effectuer une notification?'

Les images ci-dessous montrent ce que vous devez cocher/remplir pour transmettre un contrat de substitution. Seuls les espaces marqués d'un astérisque (*) sont obligatoires.

- * **Identité** Je souhaite rester anonyme.
 J'accepte de communiquer mon identité.

* **Sujet** Revoir copie de certains documents

* **Date de notification**

* **Date de l'incident**

Téléphone/GSM

Nom et prénom du patient *Si autre que le plaignant

* **Professionnel de soins de santé concerné** L'identité du professionnel est connue

* **Nom et Prénom du professionnel** Le nom de prescripteur

* **Profession de santé** Médecin-Généraliste

Adresse de pratique

* **Province de pratique?**

Dénomination de l'institution ou de la société concernée

- * **Sélectionnez le(s) type(s) de manquement (Plusieurs choix possibles)**
- Ne s'applique pas
 - Aptitude physique ou psychique
 - Médicaments et prescriptions
 - Qualité du soins reçu
 - Exercice illégal d'une profession de soins de santé
 - Autres

* **Décrivez avec précision les faits et les circonstances qui, selon vous, ont contribué à cette plainte ou à ce rapport (Utilisez la pièce jointe s'il n'y a pas assez d'espace)**

Traitement de substitution

- Quelles sont les conséquences du manquement dénoncé ? (Plusieurs choix possibles)**
- Dommage physique
 - Dommage financier
 - Dommage matériel
 - Dommage sociale ou psychologique
 - Autre(s)

Description des dégâts

- * **Avez-vous déjà dénoncé les faits à une autre autorité que la Commission fédérale de contrôle ? (Plusieurs choix possibles)**
- Non la situation n'a été dénoncée qu'à la Commission fédérale de contrôle
 - Oui la situation a été dénoncée à la Cellule droit du patient du SPF Santé
 - Oui une plainte a été déposée auprès du Parquet du SPF Justice
 - Oui la situation a été dénoncée auprès de l'INAMI
 - Oui la situation a été dénoncée auprès du SPF économie
 - Oui la situation a été dénoncée auprès de l'AFMPS
 - Oui autre(s)

* **Comment évaluez-vous la gravité de ce qui s'est passé ?** 0 Pas sérieux

* **Comment évaluez-vous le risque que cet incident se reproduise ?** 0 Aucun risque

Fichier(s) joint(s) Télécharger

* **Pour connaître et exercer vos droits, notamment par rapport aux données collectées par ce formulaire, veuillez consulter notre politique de confidentialité.**

En soumettant ce formulaire j'accepte que les informations saisies soient exploitées dans le cadre de ma demande

[Politique de confidentialité](#)

J'ai lu la politique de confidentialité ci-dessus (lien) et je suis d'accord.

Quelques commentaires supplémentaires:

A. IDENTITÉ

Vous pouvez choisir de rester anonyme ou pas.

Dans le cas d'un contrat de substitution, vous devrez accepter de partager votre identité.

B. SUJET

Au moment de la transmission du contrat, choisissez l'objet 'Recevoir copie de certain documents'.

C. DATE

Sous 'date de notification' et 'date de l'incident', inscrire deux fois la même date, celle du début du contrat.

D. OÙ

Indiquez la province où le médecin exerce.

E. NOM DU PROFESSIONNEL

Indiquez toujours ici le nom des professionnels de santé figurant sur le contrat. Pas le nom d'un cabinet médical.

F. L'ENVOI DE CONTRATS

Faites- le dans l'avant-dernier espace 'Fichier(s) joint(s)'.