

Avis de la Commission paritaire nationale Médecins-Hôpitaux portant sur le conseil médical au niveau du réseau

1. Contexte

La loi du 28 février 2019 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux, prévoit l'institution d'un conseil médical dans chaque réseau hospitalier clinique locorégional.

Les nouveaux articles insérés 143/1 et 143/2 de la loi sur les hôpitaux fixent la composition et le fonctionnement de ce conseil médical au niveau du réseau comme suit :

Art. 143/1. « Dans chaque réseau hospitalier clinique locorégional, il est institué un conseil médical qui constitue l'organe représentatif des médecins hospitaliers travaillant au sein du réseau hospitalier clinique locorégional.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, pendant une période de 5 ans à compter de l'agrément du réseau hospitalier clinique locorégional, la représentation des médecins hospitaliers au niveau du réseau hospitalier clinique locorégional peut être assurée par une délégation mandatée de médecins hospitaliers qui sont membres des conseils médicaux des hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional. Cette délégation est assurée par le conseil médical des hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional. Chaque conseil médical de chaque hôpital faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional est représenté par au moins un médecin hospitalier au sein de la délégation. La délégation mandatée visée remplit les tâches visées aux articles 143/3 et 143/4.

Le Roi peut fixer la date à partir de laquelle le décompte commence pour le renouvellement des mandats du conseil médical des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux. »

Art. 143/2. « Les membres de l'organe visé à l'article 143/1 sont élus directement par et parmi les médecins hospitaliers travaillant au sein du réseau hospitalier clinique locorégional pour une période renouvelable de 3 ans. Certaines modalités spécifiques sont fixées préalablement aux élections, garantissant que chaque hôpital faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional est représenté au sein du conseil médical du réseau par au moins un médecin hospitalier travaillant dans cet hôpital.

Le Roi peut déterminer des conditions plus précises auxquelles les médecins hospitaliers devront satisfaire pour être éligibles ou avoir voix délibérative. Il peut également fixer certaines règles relatives à la composition du conseil médical du réseau, au mode d'élection des membres, à la désignation du président, et au fonctionnement du conseil médical du réseau. »

Il est donc possible de fixer, par arrêté royal, des modalités concernant les éléments suivants :

- les médecins qui disposent du droit de vote ;
- les médecins qui sont éligibles ;
- la composition du conseil médical au niveau du réseau ;
- la désignation du président ;
- le fonctionnement interne du conseil médical.

Il est également possible de fixer, par arrêté royal, le moment où les premières élections doivent être organisées.

La ministre de la Santé publique et des Affaires sociales envisage d'utiliser la possibilité prévue aux articles 143/1 et 143/2 et a demandé, dans sa lettre du 18 octobre 2018, un avis en la matière à la Commission paritaire nationale Médecins-Hôpitaux (ci-après CPNMH), qui a créé un groupe de travail à cet égard pour préparer l'avis.

Dans sa demande d'avis, la ministre a notamment demandé s'il était préférable de réglementer la composition et le fonctionnement du conseil médical au niveau du réseau en adaptant l'arrêté royal du 10 août 1987 fixant les règles relatives à la composition et au fonctionnement du conseil médical ou en élaborant un nouvel arrêté distinct.

2. De manière générale, il est indiqué de préciser, par arrêté royal, les modalités relatives à la composition et au fonctionnement du conseil médical au niveau du réseau

La CPNMH estime qu'il serait indiqué d'utiliser la compétence dévolue au Roi dans les (nouveaux) articles 143/1 et 143/2 de la loi sur les hôpitaux et de promulguer un arrêté royal portant sur la composition et le fonctionnement du conseil médical au niveau du réseau.

Il serait préférable de le faire dans le cadre d'un arrêté distinct. Parallèlement, il est recommandé d'adapter et de moderniser l'arrêté royal du 10 août 1987. À cette fin, la CPNMH renvoie à l'avis qui a été transmis à la ministre le 30 août 2016.

Toutefois, dans la mesure où l'arrêté à prendre ne réglemente pas une matière, il y a lieu de se référer à l'arrêté royal du 10 août 1987. Cet arrêté fera office de *lex generalis* et peut être adapté *mutatis mutandis*.

Les diverses modalités sont précisées ci-dessous. Dans le texte ci-après, on entend par « réseau » le « réseau hospitalier clinique locorégional », tel que visé au nouvel art. 14/1, 1° de la loi sur les hôpitaux.

3. Médecins disposant du droit de vote

D'après la CPNMH, il convient d'accorder le droit de vote à tous les médecins liés à un hôpital par une convention individuelle ou un acte de nomination faisant partie du réseau et à tous les médecins liés au réseau par une convention individuelle ou un acte de nomination (sans ancienneté minimum requise).

Il convient d'assimiler aux médecins hospitaliers et aux médecins du réseau, les praticiens de l'art dentaire ainsi que les pharmaciens et les licenciés ou masters en sciences chimiques habilités à pratiquer des analyses de biologie clinique, actifs dans un ou plusieurs hôpitaux du réseau et donc l'activité est régie par une convention individuelle ou un acte de nomination.

Concernant le nombre de voix par médecin disposant du droit de vote, il est proposé :

- que les médecins spécialistes en formation disposent d'une seule voix ;
- pour les autres médecins, qu'il soit tenu compte de leur niveau d'activité tel que fixé dans la convention individuelle ou l'acte de nomination. Sur le plan du calcul, il est proposé de considérer comme un tout le niveau d'activité sur l'ensemble des hôpitaux du réseau. Chaque hôpital communique au réseau le niveau d'activité de ses médecins.

Toute contestation éventuelle du niveau d'activité fait l'objet d'un constat et d'un traitement par hôpital, selon les modalités définies au sein de l'hôpital. Les éventuelles contestations en matière de fixation du niveau d'activité entre les hôpitaux du réseau peuvent être soumises au conseil médical du réseau et – dans l'attente de sa première composition – aux présidents des conseils médicaux de tous les hôpitaux du réseau.

En fonction du calcul du niveau d'activité, il est suggéré d'attribuer le nombre de voix comme suit :

- L'activité hospitalière du médecin est comprise entre deux demi-journées et quatre demi-journées: une voix ;
- L'activité hospitalière du médecin s'élève à cinq demi-journées ou plus: trois voix ;
- L'activité hospitalière du médecin s'élève à cinq demi-journées ou plus et le médecin hospitalier n'exerce pas dans un hôpital en dehors du réseau : quatre voix. Si l'exercice dans un autre hôpital hors réseau est réalisé dans le cadre d'un accord de coopération (par exemple suprarégional) inter-réseau, le médecin sera considéré comme n'exerçant que dans le réseau.

Un médecin ayant le droit de voter dispose dès lors respectivement d'un, de trois ou de quatre bulletins de vote, où il peut désigner à chaque fois au maximum autant de candidats qu'il y a de mandats à conférer au sein du conseil médical à élire.

4. Candidats potentiels

La CPNMH estime qu'il est judicieux que seuls les médecins avec un minimum d'ancienneté puissent se porter candidat. À cette fin, on considère dans son ensemble l'activité exercée au sein de tous les hôpitaux faisant partie du réseau. On estime qu'avant de présenter leur candidature, il convient que les médecins aient été liés au réseau par une convention individuelle ou un acte de nomination pendant l'une des périodes suivantes :

- un an pour les médecins spécialistes en formation ;
- deux ans de façon ininterrompue pour les autres médecins, étant entendu que si un médecin spécialiste en formation exerce ensuite en qualité de médecin au sein du réseau, en vue du calcul de l'ancienneté minimum exigée, le compteur est remis à zéro.

Le calcul de l'ancienneté se fait à la date de clôture de la liste des candidats.

Les candidats, à l'exception des médecins spécialistes en formation, doivent toujours indiquer à quel hôpital du réseau ils sont attachés à titre principal, à savoir l'hôpital où ils ont l'activité la plus élevée telle que prise en compte pour le calcul du nombre de voix auquel ils ont droit ou telle qu'effectivement exercée si le médecin n'est pas lié à l'hôpital mais au réseau. On peut les considérer uniquement comme représentant de l'hôpital en question pour le calcul de la représentation garantie par hôpital.

5. Composition de la liste

Il est proposé de dresser, pour l'ensemble du réseau, une seule liste de candidats sur laquelle tous les médecins peuvent exprimer leur vote. Les bulletins de vote indiquent à quel hôpital le candidat concerné est attaché à titre principal, sauf pour les médecins spécialistes en formation.

Si des médecins spécialistes en formation se portent candidat, cette qualité (« MSF ») doit figurer aussi sur les bulletins de vote.

Tous les médecins hospitaliers ayant le droit de vote peuvent voter pour tous les candidats de la liste. Lors de l'attribution des sièges, la représentation par hôpital est garantie.

6. Représentation garantie par hôpital

La CPNMH juge insuffisante la représentation garantie par la loi d'un médecin par hôpital.

Elle estime qu'il convient de prévoir une représentation garantie de deux médecins par hôpital du réseau (à attribuer aux médecins - attachés à titre principal à l'hôpital en question - qui ont obtenu le plus de voix sur la liste unique pour l'ensemble du réseau). De préférence, le principe de cette représentation garantie devrait être entériné par arrêté royal si cela s'avère possible d'un point de vue juridique. Dans l'hypothèse où cela ne serait pas possible, il devrait être consacré par le législateur via une modification de la loi. La CPNMH demande que les deux alternatives soient examinées dans un avis juridique.

Si, lors de la clôture de la liste des candidats, le nombre de candidats attachés à titre principal à un hôpital s'avère insuffisant pour assurer la représentation garantie de cet hôpital au sein du conseil médical du réseau, le président du conseil médical de l'hôpital qui est en sous-représentation assumera le premier ou, le cas échéant, le deuxième mandat garanti à ce dernier au sein du conseil médical au niveau du réseau. Dans le premier cas de figure – le président du conseil médical de l'hôpital concerné assume le premier mandat garanti à l'hôpital concerné –, le deuxième mandat garanti sera perdu.

7. Représentation proportionnelle

Uniquement lors de la première élection du conseil médical du réseau, il est proposé, pour garantir une représentation proportionnelle, que dans tous les réseaux composés de trois hôpitaux ou plus (*), pas plus de la moitié du nombre de membres du conseil médical au niveau du réseau ne puissent être principalement attachés au même hôpital.

S'il ressort des résultats du vote que plus de la moitié des membres élus sont attachés à titre principal au même hôpital, seul le nombre d'élus attachés à cet hôpital qui correspond à la moitié du nombre de membres du conseil médical du réseau – moitié arrondie à l'unité supérieure s'il s'agit d'un chiffre décimal – pourront exercer leur mandat, et ce, en fonction du nombre de voix obtenues. Les autres sièges seront attribués aux candidats qui sont principalement attachés aux autres hôpitaux du réseau, en fonction du nombre de voix obtenues et en tenant compte de la représentation garantie de deux médecins par hôpital (cf. point 6). Si, pour un hôpital donné, il n'y a pas suffisamment de candidats pour procéder de la sorte, les mandats concernés ne sont pas pourvus.

(*) La CPNMH a également examiné attentivement le scénario dans lequel serait constitué un réseau ne comprenant que deux hôpitaux, et en a débattu longuement. Les membres ne sont toutefois pas parvenus à un accord sur la nécessité de prévoir des prescriptions réglementaires pour cette éventualité, en l'occurrence quant aux modalités selon lesquelles, dans ce scénario très spécifique – et selon l'avis de la Commission, plutôt exceptionnel –, il serait possible de soumettre la relation entre les deux partenaires du réseau à des prescriptions réglementaires, sans compromettre la finalité de l'organisation d'élections.

8. Représentation des médecins spécialistes en formation

En matière de représentation des médecins spécialistes en formation, la CPNMH propose de prévoir un représentant garanti au sein du conseil médical au niveau du réseau s'il y a au moins un candidat médecin spécialiste en formation. Le médecin spécialiste en formation qui a obtenu le meilleur score sera élu. S'il démissionne avant la fin de son mandat, le médecin spécialiste en formation ayant obtenu le deuxième meilleur score achèvera celui-ci, et ainsi de suite. En l'absence de candidat susceptible d'achever le mandat, de nouvelles élections ne seront pas organisées et le mandat ne sera pas attribué.

(cf. *infra* concernant la délégation mandatée)

9. Premières élections

Conformément à la loi, le conseil médical au niveau du réseau peut se composer d'une délégation mandatée, pendant une période de maximum cinq ans à compter de l'agrément du réseau.

La CPNMH propose que l'éventuelle décision d'organiser des élections pendant cette période de cinq ans soit prise par le gestionnaire du réseau, sur proposition de et en accord avec la délégation mandatée. La CPNMH considère, même si la loi ne l'impose pas, que de telles élections ne devraient pas avoir lieu avant un délai d'au moins 1 an après l'installation du conseil médical du réseau via une délégation mandatée

Bien que la loi ne l'impose pas, la CPNMH estime qu'il est quand même souhaitable que la délégation mandatée soit composée de telle sorte que les médecins spécialistes en formation y soient aussi représentés à moins qu'aucun membre des conseils médicaux des hôpitaux du réseau ne soit un médecin spécialiste en formation.

Compte tenu du fait que la disposition légale relative à la délégation mandatée ne prévoit pas d'exécution par arrêté royal, la CPNMH suggère à ce propos qu'une

circulaire soit envoyée, demandant/recommandant d'appliquer également *mutatis mutandis*, pendant la période transitoire de 5 ans définie dans la loi, les principes décrits aux points 6, 7, 11 et 12. En ce qui concerne la représentation et l'implication des médecins spécialistes en formation, il y a lieu de demander / recommander dans cette circulaire que la délégation mandatée prenne l'initiative d'évaluer comment organiser cette participation de façon pratique et efficiente.

Il convient également d'indiquer comment, pendant la période transitoire, il est préférable d'agir au cas de modification de la composition du conseil médical au niveau d'un hôpital, et en particulier quels pourraient être l'impact ou les répercussions d'une modification de ce genre sur la composition de la délégation et sur son mandat.

10. Date des élections

Les élections pour le conseil médical du réseau et celles des conseils médicaux des hôpitaux du réseau devraient se dérouler, de préférence, au même moment. Pour ce faire, une modification de l'arrêté royal du 10 août 1987 devrait être prévue.

Le conseil médical au niveau du réseau s'accorde à cet égard avec, si désigné(s), le gestionnaire du réseau ou son représentant, les conseils médicaux au niveau de l'hôpital, ainsi que les gestionnaires au niveau de l'hôpital, pour pouvoir correctement organiser et préparer sur le plan pratique les élections.

11. Nombre de membres du conseil médical

La CPNMH estime qu'il est judicieux de fixer le nombre de membres du conseil médical au niveau du réseau comme suit :

- 2 membres représentant chaque hôpital faisant partie du réseau
- à compléter d'1 membre par tranche entamée de 100 médecins hospitaliers liés à un hôpital du réseau ou au réseau par une convention individuelle ou un acte de nomination indépendamment du seuil d'activité presté, sans que le nombre total des membres du conseil médical du réseau dépasse 20, y compris le président et les vice-présidents
- à compléter d'un membre médecin spécialiste en formation s'il y a un candidat.

12. Fonctionnement du conseil médical

a. Présidence

Le président du conseil médical du réseau ne peut pas être en même temps président d'un conseil médical d'un hôpital du réseau. Le président est élu par et parmi les membres du conseil médical.

b. Vice-présidents

Il y a autant de vice-présidents que d'hôpitaux au sein du réseau, de manière à ce que chaque hôpital au sein du réseau soit représenté par un vice-président.

c. Bureau

Un Bureau est institué et se compose du président et des vice-présidents.

d. Possibilité d'inviter des externes

Modalités identiques à celles prévues dans l'AR du 10/08/1987.

e. Possibilité d'être entendu

Modalités identiques à celles prévues dans l'AR du 10/08/1987, à compléter par un médecin en chef de réseau, un gestionnaire de réseau ou son remplaçant.

f. Vote

Lorsque le conseil médical vote, on ne tient pas compte des abstentions pour le calcul du résultat des votes. Les règles de quorum et de majorité sont celles prévues dans l'arrêté royal du 10 août 1987. En cas de parité des voix, la voix du président est prépondérante, hormis dans l'hypothèse d'un vote secret.

g. Système de procurations

La CPNMH estime qu'il est aussi judicieux de prévoir la possibilité pour chaque membre de se faire représenter par procuration (par un autre membre du conseil médical au niveau du réseau). Un membre du conseil médical peut être mandaté uniquement par un autre membre.

La CPNMH souligne le fait qu'un système de procuration devrait être prévu également dans l'arrêté fixant les règles relatives au conseil médical au niveau de l'hôpital.