Volksgezondheid
Veiligheid van de Voedselketen
Leefmilieu

Direction générale
Soins de santé

Commission paritaire nationale
Médecins-Hôpitaux

Réf. : NPCAZ/2025/A-1_FR

BRUXELLES, 4/6/2025*

AVIS DE LA CPNMH RELATIF AU CONSEIL MÉDICAL DU RÉSEAU HOSPITALIER CLINIQUE LOCORÉGIONAL

Le président,

J. DE COCK

(*) Cet avis a été approuvé lors de la plénière du 4 juin 2025

Contexte

La loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins prévoit, aux articles 143/1 et 143/2, insérés par la loi du 28 février 2019, l'institution d'un conseil médical comme organe représentatif des médecins hospitaliers travaillant au sein du réseau hospitalier clinique locorégional.

Au départ, la possibilité était prévue de travailler, pendant une période de 5 ans, avec une délégation mandatée de médecins hospitaliers membres des conseils médicaux des hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional. Cette période a été élargie à 7 ans, par la loi du 18 mai 2024.

Les dispositions précitées sont actuellement les suivantes :

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 1er, pendant une période de 7 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 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.

L'exposé des motifs de 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, évoque une grande liberté laissée aux réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux en ce qui concerne l'élection et la composition du conseil médical. Il est cependant aussi question de la possibilité, par arrêté royal :

- de synchroniser la date de l'élection du conseil médical des différents réseaux (pour les élections qui suivent la première élection) ;
- de déterminer des conditions plus précises auxquelles les médecins hospitaliers devront satisfaire pour être éligibles ou avoir voix délibérative ;
- de fixer des règles relatives à la composition de l'organe représentatif, au mode d'élection des membres, à la désignation du président, et au fonctionnement de l'organe.

L'accord de gouvernement du 31 janvier 2025 stipule ce qui suit concernant les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux :

« Les réseaux hospitaliers locorégionaux visent à encourager une plus grande coopération, à répartir les activités de manière plus efficace, à coordonner les soins et à maximiser la valeur pour la société et les patients. En termes de financement et de qualité des soins, il est inefficace de maintenir des activités hospitalières identiques sur des sites distants de quelques kilomètres seulement. Il s'agit donc d'évaluer dans quelle mesure les réseaux hospitaliers locorégionaux actuels contribuent à la coopération souhaitée entre les hôpitaux et les acteurs de soins de santé pour assurer les soins de proximité nécessaires à la population dans leur zone de soins et si, en liaison avec les Communautés, ces réseaux peuvent être coordonnés au maximum avec d'autres zones et régions de soins, le cas échéant. La proximité des soins est garantie dans la mesure du possible et les soins hautement spécialisés sont concentrés dans des centres d'excellence lorsque la qualité des soins l'exige. La désignation de ces centres se fait sur la base de critères objectifs de qualité et de quantité qui donnent aux hôpitaux universitaires et généraux la possibilité de devenir un centre d'expertise. En ce qui concerne le financement, il convient dans le même temps de s'intéresser spécifiquement aux missions à caractère unique des hôpitaux universitaires. »

La Commission Paritaire Nationale Médecins-Hôpitaux (CPNMH) estime qu'un conseil médical fonctionnant de manière optimale au niveau du réseau est une condition préalable pour développer une gestion médicale de qualité et concertée au sein des réseaux cliniques locorégionaux. Toutefois, la CPNMH est consciente de l'intention d'évaluer les réseaux hospitaliers locorégionaux au cours de la présente législature et demande que la nécessité de préciser les modalités de fonctionnement du réseau MR soit évaluée par rapport au calendrier de cette évaluation.

Historique

Le 30 août 2016, il avait déjà été proposé d'actualiser l'arrêté royal du 10 août 1987 fixant les règles relatives à la composition et au fonctionnement du Conseil médical en exécution des articles 24, 25 et 26 de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux. Un avis de la CPNMH portant sur le conseil médical au niveau du réseau a ensuite été spécifiquement émis le 31 octobre 2019. Dans cet avis, la CPNMH a jugé qu'il serait indiqué d'utiliser la compétence dévolue au Roi dans les articles précités de la loi sur les hôpitaux pour promulguer un arrêté royal sur la composition et le fonctionnement du conseil médical au niveau du réseau. Suite à la demande explicite du ministre de la Santé publique et des Affaires sociales de l'époque d'inclure un choix dans l'avis, il a été opté pour un arrêté distinct, l'arrêté royal du 10 août 1987 s'appliquant *mutatis mutandis* aux aspects qui n'ont pas été explicitement réglementés. En outre, un groupe

de travail a été mis sur pied début 2020 afin d'examiner l'avis du 30 août 2016 relatif à l'actualisation de l'AR du 10 août 1987 et de le peaufiner.

Le Conseil d'État a rendu un avis le 20 décembre 2019 sur un projet d'arrêté royal précisant les règles relatives au conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional en exécution de l'article 143/2, alinéa 2, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins. Aucune suite n'a toutefois été donnée à ce projet d'AR et aux travaux de la CPNMH sur l'actualisation de l'AR du 10 août 1987 pour cause de période d'affaires courantes, suivie de la crise COVID.

Un nouveau groupe de travail de la CPNMH a vu le jour dans le but d'actualiser les avis antérieurs.

Proposition

1. **Relation des modalités d'exécution relatives au conseil médical au niveau du réseau par rapport à l'arrêté royal du 10 août 1987**

La CPNMH recommande - par dérogation à l'avis du 31 octobre 2019 - de rédiger un seul arrêté d'exécution commun concernant à la fois le conseil médical du réseau hospitalier clinique locorégional et celui de l'hôpital. Ce à la suite de l'avis du Conseil d'État du 20 décembre 2019 qui appelle à une clarification claire des règles pour le conseil médical au niveau du réseau et en raison de l'interrelation entre le conseil médical au niveau de l'hôpital, d'une part, et du réseau, d'autre part. Dans le cadre de cet arrêté, les propositions de l'avis du 30 août 2016 et de la documentation relative aux travaux de la CPNMH en 2020 concernant l'actualisation de l'AR du 10 août 1987 peuvent également être intégrées, conseillant, entre autres, de remplacer en néerlandais « geneesheer » par « arts », de prévoir, pour certaines procédures du conseil médical, qu'elles puissent également se faire par voie électronique... Étant donné que les travaux n'ont jamais été parachevés en 2020 et que des possibilités de les affiner se présentent encore, notamment dans le cadre de l'intégration en un arrêté royal unique, la CPNMH demande à être associée à l'élaboration du projet d'arrêté royal.

2. **Délégation mandatée de médecins hospitaliers qui sont membres des conseils médicaux des hôpitaux**

Il n'y avait pas de consensus au sein de la CPNMH concernant la possibilité structurelle de travailler avec une délégation mandatée de médecins hospitaliers membres des conseils médicaux des hôpitaux. Cela s'explique par la valeur que certains membres accordent à l'organisation d'élections directes effectives et à la possibilité de voter pour des personnes ayant une vision spécifique de la gestion médicale du réseau hospitalier clinique locorégional. Certains autres membres constatent toutefois que les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux sont déployés de manière très différente et souhaitent dès lors ancrer le principe selon lequel le réseau hospitalier clinique locorégional peut choisir lui-même ce qui est le plus adapté pour le réseau en question : soit un conseil médical élu, soit une délégation mandatée.

Compte tenu de l'évaluation des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux, prévue dans l'Accord de gouvernement, la CPNMH recommande de prolonger la possibilité

prévue à l'article 143/1, alinéa 2 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, pour la durée de l'évaluation. L'entrée en vigueur du nouvel arrêté royal pourra être déterminée en fonction de cela.

3. Droit de vote

La CPNMH recommande, pour les élections au niveau de l'hôpital et au niveau du réseau, de fixer le droit de vote des membres au moment de la clôture des listes et de déterminer le niveau d'activité du médecin sur la base de la convention individuelle ou d'un acte de nomination. Conformément à l'avis antérieur, la CPNMH estime qu'aucune ancienneté minimum ne doit être exigée pour l'octroi du droit de vote.

Selon la CPNMH, il est conseillé de prévoir la répartition des voix comme suit, au niveau du réseau :

- 1 voix pour une activité comprise entre deux demi-journées par semaine et moins de cinq demi-journées par semaine et pour les médecins spécialistes en formation ;
- 2 voix pour une activité comprise entre cinq demi-journées par semaine et moins de huit demi-journées par semaine ;
- 3 voix pour huit demi-journées ou plus.

Sur chaque bulletin de vote, il peut être indiqué à chaque fois autant de candidats qu'il y a de sièges vacants au sein du conseil médical à élire.

La quatrième voix a fait l'objet d'une discussion approfondie en ce qui concerne l'exclusivité du médecin et l'impact des collaborations avec des hôpitaux extérieurs au réseau, notamment en fonction des missions de soins suprarégionales, ainsi que l'imputation de l'activité médicale en policlinique ou à domicile. En conclusion, la CPNMH propose de supprimer la possibilité d'une quatrième voix prévue dans l'avis antérieur.

Vu l'avis du Conseil d'État, la CPNMH réaffirme le souhait 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 dont l'activité est régie par une convention individuelle ou un acte de nomination.

Conformément à l'avis antérieur, le niveau d'activité sur l'ensemble des hôpitaux du réseau doit être considéré comme un tout pour le calcul de l'activité totale. Chaque hôpital communique au réseau le niveau d'activité de ses médecins.

Il convient, comme recommandé antérieurement, de préciser la fixation et le traitement de contestations éventuelles du niveau d'activité par hôpital dans l'hôpital concerné, selon les modalités définies au sein de cet hôpital. Les éventuelles contestations en matière de fixation du niveau d'activité entre les hôpitaux du réseau doivent 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.

4. Éligibilité

La CPNMH réaffirme qu'il est souhaitable que les médecins éligibles aient une certaine ancienneté minimum. Il est tenu compte, pour ce faire, de l'activité cumulée dans tous les hôpitaux faisant partie du réseau. Pour pouvoir présenter leur candidature, les médecins doivent être liés au réseau par une convention individuelle ou un acte de nomination, et ce pendant les périodes suivantes :

- Pas d'ancienneté minimum pour les médecins spécialistes en formation ;
- Deux ans de façon ininterrompue pour les autres médecins. La CPNMH ne reprend délibérément pas le passage « 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. » figurant dans l'avis antérieur. L'ancienneté acquise reste donc d'application si un médecin spécialiste en formation exerce ensuite en qualité de médecin au sein du réseau. 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

La CPNMH reconfirme l'avis antérieur dans lequel il était 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 comme déjà indiqué ci-dessus. La liste doit être établie par ordre alphabétique.

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

Tous les médecins hospitaliers et médecins spécialistes en formation 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 de chaque hôpital du réseau

La CPNMH demande de prévoir dans l'arrêté d'exécution une représentation minimale de deux médecins par hôpital.

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 doit assumer 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

Le groupe de travail maintient la proposition de la représentation proportionnelle pour la première élection du conseil médical du réseau, à savoir que maximum la moitié du nombre calculé de membres peuvent être attachés au même hôpital.

L'attribution des mandats se fait donc en cascade, à partir de la liste des candidats dans l'ordre des voix obtenues. 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 calculé de membres du conseil médical du réseau 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. 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. Dans ce cas, le nombre de membres attachés à titre principal à un même hôpital dépasse donc les 50 %.

Également dans le cadre de la réglementation sur les modalités particulières pour les élections de l'assemblée générale des médecins hospitaliers, il faut veiller à une représentation proportionnelle avec des garanties pour les hôpitaux de plus petite taille.

8. Représentation des médecins spécialistes en formation

En matière de représentation des médecins spécialistes en formation, la CPNMH propose de renforcer le mandat garanti pour les médecins spécialistes en formation (MSF). Ainsi, il devrait y avoir, au sein du conseil médical au niveau du réseau, 1 MSF disposant du droit de vote par tranche de 500 MSF, avec un maximum de 2. Cela doit se faire via la participation à l'élection régulière du conseil médical du réseau hospitalier locorégional. Le(s) médecin(s) spécialiste(s) en formation qui a (ont) obtenu le meilleur score est (sont) élu(s) pour ce(s) mandat(s) garanti(s). S'il(s) démissionne(nt) avant la fin de son/leur 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, une élection sera organisée parmi les médecins spécialistes en formation. On garantit ainsi que le(s) mandat(s) garanti(s) sont pourvus de manière adéquate.

Dans le cadre des élections régulières, un médecin spécialiste en formation ne peut <u>pas</u> être élu en plus de la représentation garantie au sein du conseil médical du réseau hospitalier.

Il a été recommandé à l'époque d'attirer l'attention sur l'importance de la représentation et de l'implication des médecins spécialistes en formation au moyen d'une circulaire relative à la délégation mandatée. Si la période transitoire prévue dans

la législation est prolongée (cf. supra), cette modification de loi peut être l'occasion d'également ancrer cette représentation sur le plan juridique.

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 sept ans à compter de l'agrément du réseau. Comme indiqué ci-dessus, la CPNMH propose de prolonger éventuellement cette période pour la durée de l'évaluation des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux. Le choix d'organiser des élections avant la fin du délai légal est fait par le gestionnaire du réseau, sur proposition de et en accord avec la délégation mandatée.

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. Toutefois, contrairement à l'avis antérieur, la CPNMH constate que la synchronisation peut être compromise et que, par conséquent, le choix d'une organisation commune ou non des élections doit être laissé à l'appréciation des hôpitaux concernés et du réseau. La date des élections est donc convenue par le conseil médical au niveau du réseau, avec 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 préparer et organiser sur le plan pratique les élections. Une dissolution prématurée du conseil médical au niveau de l'hôpital doit donc être possible afin de pouvoir organiser une élection simultanée.

La CPNMH propose également de parvenir à un accord sur une date clairement prévisible pour les élections, tant au niveau de l'hôpital que du réseau. Actuellement, ce n'est pas toujours possible, car la date peut être influencée s'il est question de plaintes à propos de la liste des médecins hospitaliers. La CPNMH propose un ancrage juridique qui devra prévoir une élection du conseil médical dans un délai d'un mois après un moment fixé afin d'obtenir une date d'élection prévisible. La tenue de l'élection pourrait par exemple être fixée un mois après l'expiration du délai imparti pour le traitement de plaintes éventuelles, qu'il y ait effectivement eu des plaintes ou non.

11. Taille du conseil médical

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

- Un minimum de 6 membres ;
- Deux membres représentant chaque hôpital faisant partie du réseau ;
- Ce nombre de membres calculé pour le conseil médical est complété par un médecin spécialiste en formation par tranche de 500 MSF, avec un maximum de 2 ;
- À compléter d'1 membre par tranche entamée de 100 médecins (hors MSF) liés à un hôpital du réseau ou au réseau par une convention

individuelle ou un acte de nomination indépendamment du seuil d'activité presté ;
- Ce nombre est arrondi au nombre pair suivant et sans que le nombre total des membres du conseil médical du réseau dépasse 20, y compris le président, les vice-présidents et le secrétaire ;
- Le nombre de médecins liés à un même hôpital du réseau peut s'élever à maximum 50 % du nombre de membres du conseil médical.

Enfin, ce nombre calculé de membres du conseil médical est complété par un médecin spécialiste en formation par tranche de 500 MSF, avec un maximum de 2.

12. Fonctionnement du conseil médical

Le GT suit ici les avis de 2019 moyennant les ajustements suivants :

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

Chaque hôpital est représenté par le président **ou** un vice-président. Autrement dit, le président est élu parmi les membres et l'hôpital concerné ne fournit plus de vice-président. Les vice-présidents sont choisis parmi les membres élus des autres hôpitaux.

c. Secrétaire

Il convient de désigner ensuite un secrétaire au sein du conseil médical.

d. Bureau

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

e. Possibilité d'inviter des externes

Les modalités identiques à celles prévues dans l'AR du 10 août 1987 doivent être reprises pour le conseil médical tant au niveau de l'hôpital que du réseau.

f. Possibilité d'être entendu

Les modalités identiques à celles prévues dans l'AR du 10 août 1987 doivent être reprises pour le conseil médical au niveau de l'hôpital, à compléter par un médecin en chef de réseau, un gestionnaire de réseau ou son représentant pour le conseil médical au niveau du réseau.

g. 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 identiques à celles qui sont actuellement d'application dans l'AR du 10 août 1987. En cas de parité des voix, la voix du président est prépondérante, hormis dans l'hypothèse d'un vote secret.

h. Système de procurations

La CPNMH estime qu'il est aussi judicieux de prévoir la possibilité, pour le conseil médical tant au niveau de l'hôpital que du réseau, que chaque membre se fasse représenter par procuration (par un autre membre du conseil médical au niveau du réseau en question). Un membre du conseil médical peut être mandaté uniquement par un autre membre.