



CHIREC

Boulevard du Triomphe, 201, Triomflaan - 1160 Bruxelles – Brussel

.....

REGLEMENTATION GENERALE REGISSANT LES RAPPORTS

JURIDIQUES ET FINANCIERS

ENTRE LE GESTIONNAIRE ET LE CORPS MEDICAL

relative aux numéros d’agrément 332 et 723

Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell

Social-Sociale Zetel • asbl Chirec vzw • Boulevard du Triomphe 201 Triomflaan, 1160 Bruxelles - Brussel

Numéro d’entreprise- Ondernemingsnummer : 472 937 059

.....	1
<i>Préambule</i>	<i>5</i>
<i>PREMIERE PARTIE – Organisation et Coordination.....</i>	<i>5</i>
<i>TITRE I – DEFINITIONS.....</i>	<i>5</i>
<i>TITRE II – CONDITIONS D’ADMISSION ET DE PROMOTION</i>	<i>9</i>
<i>Article 1 – Conditions d’admission du médecin hospitalier.....</i>	<i>9</i>
<i>Article 2 – Procédure d’accréditation du médecin hospitalier.....</i>	<i>9</i>
<i>Article 3 – Statuts particuliers des médecins hospitaliers non accrédités</i>	<i>10</i>
§1. Les assistants	10
§3. Le médecin candidat spécialiste.....	10
§4. Le consultant externe.....	11
§5. Le vacataire	11
<i>Article 4 – Statut particulier des prestataires de soins indépendants que la Loi assimile à des médecins hospitaliers</i>	<i>12</i>
<i>TITRE III – ORGANIGRAMME MEDICAL.....</i>	<i>12</i>
<i>Article 5 – Organigramme Médical</i>	<i>12</i>
§1. Le Médecin Chef	12
§2. Les Medecins Chefs de Site hospitalier, hospitalier de jour et non hospitalier	13
§3. Les Chefs de Pôle et les Chefs de département.....	14
§4. Le Medecin responsable d’un programme de soins	14
§5. Les Chefs de Service de Site (CSS)	15
§6. Les Chefs de service de spécialité.....	15
§ 7. Les Médecins Coordinateurs au sein d’un site	16
§8. Les Maîtres de Stage	16
§ 9. Le chef de clinique oncologique	17
<i>TITRE IV–FIXATION DU CADRE MEDICAL</i>	<i>17</i>
<i>Article 6 – Cadre Médical</i>	<i>17</i>
1. Collège Pluridisciplinaire Médico-Technique	17
2. Collège des Cliniciens	18
<i>Article 7 – Organisation des Services.....</i>	<i>18</i>
1. Programmes de Soins.....	19
2. Départements.....	19
3. Pôles	20
4. Les Services sur les Sites.....	20
5. Activités Coordinées	21
6. Conventions INAMI	21
<i>Article 8 – Contrat individuel et Convention de collaboration</i>	<i>21</i>
<i>Article 9 – Le médecin en société.....</i>	<i>21</i>

Article 10 – Définition du timat	22
Article 11 – Période probatoire	22
Article 12 – Durée du contrat	23
Article 13 – Des différents modes de fin de contrat	24
§1. Fin de plein droit du contrat du médecin	24
§2. Résiliation du contrat	25
2.1. Par le Médecin	25
2.2. Par le CHIREC.....	25
Article 14 – Assurances	26
TITRE VI –ORGANISATION ET COORDINATION DE L’ACTIVITE MEDICALE ET OBLIGATIONS DES MEDECINS	26
Article 15 – Dispositions générales.....	26
Article 16 – Des conditions de l’activité médicale	27
Article 17 – Coordination	29
Article 18 – Rôle de garde et permanence des soins.....	29
Article 19 – Dossier médical	30
Article 20 – De la prescription médicale	31
Article 21 – Relations avec le médecin traitant	32
Article 22 – Relations avec les patients et leurs familles	32
Article 23 – Confidentialité et devoir de réserve vis-à-vis des médias.....	32
Article 24 – Conseil Médical	33
Article 25 – Concertation entre la Direction Générale et le Conseil Médical	33
Article 27 – De la mise sous tutelle.....	33
Article 28 – De l’audit médical ciblé	34
TITRE VII – SANCTIONS ET PROCEDURE	35
Article 29 - Sanctions	35
Article 30 - Procédure de sanction.....	37
Article 31 – Recours	38
Article 32 - La résiliation du contrat pour motif grave.....	38
TITRE VIII – RESPONSABILITE.....	38
Article 33 – Responsabilité.....	38
TITRE IX – DISPOSITIONS FINALES	40
Article 34	40
DEUXIEME PARTIE – Statut Pécuniaire.....	42
TITRE X – DE LA REMUNERATION DE L’ACTIVITE MEDICALE ET DE SES MODALITES.....	42
Article 35 – Rémunération de l’activité médicale	42
Article 36 – Perception des honoraires.....	42
Article 37 – Politique de prise en charge par le CHIREC des frais exposés par le médecin	42

Article 38 – Couverture des frais par le médecin	43
Article 39 – Modalités de rétrocession des honoraires	44
1. Pour les médecins relevant du Collège Pluridisciplinaire Médico-Technique	44
2. Pour les médecins relevant du Collège des Cliniciens	44
Article 40 - Force contraignante	45
TITRE XI– DE LA FIXATION DES HONORAIRES	45
Article 41 – Fixation des honoraires	45
Article 42 – Des maxima de suppléments d'honoraires	45
Article 43 – Fixation des règles.....	45
Article 44 – Accords particuliers	46
Article 45– Soins au tarif de l'Accord.....	46
Article 46 – Absence d'Accord Médico-Mutualiste	46
TITRE XII – DE LA PUBLICITE	46
Article 47 – Publicité	46
Article 48 – Information du patient.....	46
TITRE XIII – BASSE VARIABILITE	47
TROISIEME PARTIE – Règlement de perception centrale	48
1. Perception centrale par l'Hôpital	48
2. Le Mandat	48
3. Responsabilité du médecin pour les honoraires réclamés	48
QUATRIEME PARTIE.....	50
Annexes à la Réglementation générale.....	50
ANNEXE n° 1 : ANNEXE A L'ARTICLE 5 – ORGANIGRAMME MEDICAL	51
ANNEXE n° 2 : ANNEXE A L'ARTICLE 10 –Règles d'attribution des dixièmes pour le calcul du timat.....	52
ANNEXE n° 3 : ANNEXE A L'ARTICLE 35 – STATUT PECUNIAIRE.....	53
ANNEXE n° 4 : STATUT DU MEDECIN candidat spécialiste	59
ANNEXE n° 5 – LE STATUT DU MEDECIN GENERALISTE EN FORMATION	64

Préambule

La présente Réglementation, fixée en vertu de l'article 144 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins., vise à définir les rapports juridiques, les conditions d'organisation, financières et de travail, entre le CHIREC ASBL et l'ensemble des médecins hospitaliers.

La présente réglementation générale ne peut être contraire à la loi sur les hôpitaux qui prime sur celle-ci. Toute disposition qui sera jugée contraire à cette loi entraînera la nullité de cette disposition sans entraîner la nullité de la réglementation générale dans son ensemble. La disposition qui fait l'objet de la nullité devra être renégociée entre le Gestionnaire et les Conseils médicaux.

Elle a été élaborée à l'initiative du Gestionnaire dans le respect des dispositions légales et en concertation avec le Conseil médical. Elle a été approuvée par le Conseil Exécutif de l'ASBL CHIREC en date du 16 août 2024, et par avis renforcé du Conseil médical rendu le 2 septembre 2024.

Elle remplace intégralement et immédiatement la réglementation précédente en vigueur pour les deux numéros d'agrément.

La présente Réglementation est à tout moment disponible au secrétariat de la direction du Site ainsi que sur le portail interne en ligne du CHIREC.

PREMIERE PARTIE – Organisation et Coordination

TITRE I – DEFINITIONS

Au sens de la présente Réglementation, on entend par :

- **Loi sur les Hôpitaux (ci-après « LCH » ou « Loi »)** : la Loi Coordonnée « sur les hôpitaux et autres établissements de soins » du 10 juillet 2008.
- **Site** : chaque lieu d'implantation géographique où s'exerce l'activité médicale du CHIREC. La liste des lieux d'implantation du CHIREC est susceptible d'évoluer dans le temps sans qu'il ne soit nécessaire de modifier la présente réglementation générale.

Le CHIREC est composé de plusieurs sites hospitaliers complets :

- Hôpital Delta,
- Hôpital de Braine-l'Alleud - Waterloo
- Clinique Sainte-Anne Saint-Remi

Le CHIREC est composé de plusieurs sites hospitaliers de jour :

- Clinique de la Basilique
- Centre Médical Edith Cavell

A moins qu'il n'en soit disposé autrement, chaque fois qu'il est fait référence à un site hospitalier dans la présente Réglementation, il y a lieu d'entendre le site hospitalier complet et le site hospitalier de jour.

Le CHIREC est composé de plusieurs sites non hospitaliers :

- Centre Médical Parc Léopold
- Centre Médical Europe-Lambermont
- City Clinic Louise

- **Service** : une entité fonctionnelle qui n'est pas nécessairement limitée au domaine d'activité d'une seule spécialité. Ainsi qu'exigé par la législation en vigueur et notamment par l'arrêté royal du 23 octobre 1964 « *portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre* », chaque Site hospitalier du CHIREC comporte un certain nombre de services, notamment un service de chirurgie, un service de médecine, un service de maternité, un service de pédiatrie. Le service est constitué, en majeure partie, de médecins exerçant la même spécialité ou la même discipline. Les services sont, en règle générale, organisés en Programmes de soins, Départements ou Pôles.
- **Programme de soins** : ceux qui sont définis par la législation en vigueur et notamment par l'arrêté royal du 15 février 1999 « *fixant la liste des programmes de soins, visée à l'article 12 de la loi coordonnée le 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, et indiquant les articles de la loi coordonnée le 10 juillet 2008 relative aux hôpitaux et autres établissements de soins applicables à ceux-ci* » et ceux qui sont définis de manière spécifique par le CHIREC, à savoir actuellement :
 - la médecine de la reproduction (PMA);
 - la pathologie cardiaque (cardiologie A et cardiologie P)
 - l'oncologie
 - le programme de soins pour enfants
 - le programme de soins pour le patient gériatrique
 - les soins de l'accident vasculaire cérébral
- **Pôle** : la classification d'activités cliniques par Site, regroupant les patients présentant des pathologies similaires ou des lésions d'organes ou de groupes d'organes faisant appel aux mêmes ressources médicales, infirmières, paramédicales et de soins. Le pôle concrétise l'organisation des soins centrée sur les besoins du patient. Il existe actuellement plusieurs pôles d'activité clinique par site hospitalier, notamment : le pôle « locomoteur », le pôle « mère/enfant », le pôle « thoracique et vasculaire », le pôle « viscéral ». Le périmètre d'activité d'un pôle est limité à un Site hospitalier complet : DELTA, Sainte-Anne Saint-Remi et Hôpital de Braine-l'Alleud – Waterloo.
- **Département** : un ensemble de services hospitaliers sur l'ensemble des Sites du CHIREC. Le département est intersite et multisite et assure une fonction de support. Il peut compter des médecins du Collège Pluridisciplinaire Médico-Technique et/ou des médecins du Collège des Cliniciens. Il existe actuellement plusieurs départements intersites et multisites, notamment : le département « médecine aiguë », le département « imagerie médicale », le département « biologie clinique », le département « anesthésiologie », le département « neurosciences », le département « gériatrie », le département « oncologie », le département « métabolique », le département « ophtalmologie », le département « tête et cou » et le département de « Chirurgie plastique et Dermatologie ».
- **Conseil d'Administration** : l'Organe d'Administration de l'ASBL CHIREC, dont les missions sont déterminées par les statuts de celle-ci. Il est l'organe responsable de la gestion et de l'exploitation de l'hôpital, conformément aux statuts de l'ASBL CHIREC et à la Loi sur les Hôpitaux.
- **Conseil Exécutif** : l'organe chargé de la mise en œuvre des stratégies définies par le Conseil d'Administration, de la gestion journalière et de la gestion opérationnelle de l'Association, tel que défini dans les statuts de l'ASBL CHIREC. Le Conseil Exécutif est le « Gestionnaire » au sens de la LCH. Il est composé du Directeur Général Médical du CHIREC, du Directeur Général Administratif et Financier du CHIREC et/ou Médecins Chefs de Site ainsi que les invités permanents conformément au ROI du Conseil Exécutif. Le Conseil Exécutif élargi est composé des mêmes personnes auxquelles s'ajoutent, les Directeurs de Site non hospitalier, les Chefs de Département non médicaux, du président du Conseil d'Administration et du président du Conseil Médical.

- **Direction Générale** : le Directeur Général Médical et le Directeur Général Administratif et Financier.
- **Directeur Général Médical** : le médecin désigné, conformément aux statuts de l'ASBL CHIREC, par le Conseil d'Administration pour exercer la fonction de Médecin Chef au sens défini par la Loi Coordonnée sur les Hôpitaux (LCH) et l'arrêté royal du 15 décembre 1987 « *portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'arrêté royal du 7 août 1987* ».
- **Médecin Chef de Site** : le médecin désigné pour représenter le Directeur Général Médical dans ses missions sur chacun des Sites et pour assurer la Direction Médicale et la coordination d'un des Sites du CHIREC.
- **Médecin Chef de Pôle** : le médecin chargé de diriger le Pôle d'activité clinique du Site hospitalier concerné, en binôme avec un infirmier, conformément à l'article 7.
- **Chef de Pôle** : la chefferie de pôle assurée par un binôme composé du médecin chef de pôle et d'un infirmier est chargée de l'organisation fonctionnelle des services médicaux inclus dans son pôle, dans le but de favoriser la prise en charge multidisciplinaire des patients. Le Chef de Pôle a pour missions de contribuer à la standardisation des procédures diagnostiques thérapeutiques, d'admission et sortie des patients, et d'optimisation des flux pendant les séjours tant hospitaliers qu'ambulatoires. Il est responsable de la confection et du suivi des budgets de son pôle aussi bien d'investissement que de fonctionnement. Le Chef de Pôle participe, avec la Direction de Site, aux travaux de la Cellule « Safety Security » CHIREC et aux futures démarches d'accréditation hospitalière. Il est l'intermédiaire organisationnel entre la Direction du Site et la Direction Générale d'une part, et les représentants des différents services d'autre part. Le Chef de Pôle dépend hiérarchiquement du Médecin Chef de Site. Il n'a pas de relation hiérarchique directe avec les Chefs de Service de Site.
- **Chef de Département** : la chefferie de département assurée par un binôme composé du médecin chef de département et d'un infirmier.
- **Médecin Chef de Département** : le médecin désigné pour gérer l'activité d'un département tel que décrit à l'article 7, point 2, en binôme avec un infirmier. Il dépend hiérarchiquement du Directeur Général Médical.
- **Médecin responsable d'un programme de soins CHIREC** : le médecin qui exerce la responsabilité d'organiser, de coordonner et de gérer un programme de soins. Il dépend hiérarchiquement du Directeur Général Médical.
- **Chef de Service de Site** : le médecin désigné pour gérer chacun des services définis dans la présente Réglementation. Il met en application l'ensemble des missions définies dans l'arrêté royal du 15 décembre 1987 « *portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'arrêté royal du 7 août 1987* ». Il contribue à l'obtention d'une qualité maximale pour ce qui concerne les prestations des médecins du staff sous son autorité. Il organise la continuité du service médical et contribue à créer un climat de collaboration positive entre médecins, infirmières et autres collaborateurs. Il met en application les décisions et recommandations des Comités instaurés par la Loi (Comité d'Hygiène Hospitalière, Comité Medico-Pharmaceutique, Comité du Matériel Médical, Comité de Transfusion). Il collabore avec les Chefs de Pôle et avec le Médecin Chef de Département. Il dépend hiérarchiquement du Médecin Chef de Site.
- **Chef de service de spécialité** : le médecin qui assume la coordination de l'activité médicale de sa spécialité au sein du Pôle ou du Département. Il est nommé par le Conseil exécutif sur proposition

d'abord du Médecin Chef de Pôle et/ou de Département et ensuite du médecin Chef de Site après avis simple du Conseil Médical. Il dépend hiérarchiquement du Médecin Chef de Site.

- **Médecin Coordinateur au sein d'un Site** : le responsable sur un Site de la coordination de l'usage, par plusieurs services, d'infrastructures communes et du recours à un personnel partagé (par exemple : quartier opératoire). Le Médecin Coordinateur au sein d'un Site exerce une responsabilité « horizontale », étant responsable d'un secteur d'activités commun à plusieurs services dans le site hospitalier. Il dépend hiérarchiquement du Médecin Chef de Site.
- **Médecin Chef de Clinique oncologique** : le médecin désigné pour gérer la Clinique oncologique. Il dépend hiérarchiquement du Chef de Département oncologique et du Directeur Général Médical
- **Médecin Hospitalier** : le médecin exerçant l'art de guérir au sein du CHIREC aux conditions définies par une convention individuelle de collaboration ou un contrat individuel. Parmi les médecins hospitaliers, on distingue :
 - les accrédités (membres de l'ASBL CHIREC);
 - les non accrédités (non membres de l'ASBL CHIREC);
 - les prestataires de soins que la Loi assimile à des médecins hospitaliers :
 - les licenciés en Sciences Dentaires;
 - les pharmaciens travaillant en milieu hospitalier habilités, conformément à l'arrêté royal n° 78, à effectuer des analyses de biologie clinique;
 - les licenciés en Sciences chimiques travaillant en milieu hospitalier habilités, conformément à l'arrêté royal n° 78, à effectuer des analyses de biologie clinique.
- **Médecin non mono-hospitalier** : médecin accrédité au CHIREC qui pratique des interventions médicales ou chirurgicales, sous anesthésie et/ou sédation, et/ou toute intervention qui générerait un forfait hospitalier, à l'extérieur du CHIREC, que ce soit dans une autre institution, une clinique privée ou une polyclinique
- **Staff médical** : l'ensemble des médecins hospitaliers exerçant dans un service quel que soit leur timat.
- **Cadre médical** : l'ensemble des médecins, pharmaciens-biologistes et dentistes exerçant à l'hôpital, quelle que soient la durée et le type de leur activité.
- **Collège Pluridisciplinaire Médico-Technique** (CPMT) : l'ensemble des médecins spécialistes accrédités pratiquant dans le cadre des services médico-techniques désignés comme tels par le Conseil d'Administration (voir article 6).
- **Collège des Cliniciens** : tous les autres médecins (voir article 6).
- **Conseil Médical** : l'organe représentant les membres du cadre médical par lequel ceux-ci sont associés à la prise de décision de l'hôpital, conformément aux articles 137 et suivants de la LCH.
- **Comité Médical Local** : un organe consultatif officieux représentant les médecins hospitaliers d'un Site.
- **Timat** : période de prestation de référence exprimée en dixième (/10)

TITRE II – CONDITIONS D’ADMISSION ET DE PROMOTION

Article 1 – Conditions d’admission du médecin hospitalier

Pour être admis à exercer son art au sein du CHIREC, le candidat médecin hospitalier doit satisfaire aux conditions suivantes :

- Adhérer aux statuts de l’a.s.b.l. CHIREC, inscrite à la BCE sous le numéro d’entreprise 472.937.059 ;
- être autorisé à pratiquer son art en Belgique ;
- s’engager à exercer son activité sous le statut social d’indépendant, à l’exception des licenciés en Sciences chimiques qui exercent au CHIREC sous contrat de travail ;
- remplir les conditions de compétence légales, réglementaires et administratives liées à l’exercice de la spécialité revendiquée par le médecin;
- être prêt à collaborer avec les différents services, Pôles, Départements et Programmes de soins et accepter les conditions de la présente Réglementation et les règles d’organisation du CHIREC, ainsi que les modifications qui y seraient apportées dans le respect de la législation en vigueur et des compétences du Conseil Médical.

Article 2 – Procédure d’accréditation du médecin hospitalier

L’accréditation est caractérisée par les liens contractuels entre le CHIREC et le médecin, définis dans le contrat individuel qui consacre le fait que le médecin est indépendant.

La demande de candidature qui indique le Site et le Service dans lesquels le médecin postule ainsi que toute activité médicale exercée en dehors de son domicile privé, peut être adressée au Président du Conseil d’Administration, au Conseil Exécutif, au Conseil Médical ou à la Direction de Site. Elle n’est cependant officiellement reçue et enregistrée comme telle qu’à partir du moment où elle est transmise au Directeur Général Médical qui en accuse réception auprès du médecin candidat. Le Directeur Général Médical adresse une copie du dossier de candidature au Président du Conseil Médical CHIREC, au Président du Conseil d’Administration et au Médecin Chef de Site.

Dès réception du dossier de candidature, le Médecin Chef de Site le transmet au Chef de Service de Site, au Chef de service de spécialité de la spécialité, au Chef de Pôle, au Chef de Département et au Président du Comité Médical Local concerné. Le médecin candidat est convoqué pour être entendu au cours d’une unique audition par le Médecin Chef de Site, le Chef de Service de Site, le Chef de service de spécialité de la spécialité, le Chef de Pôle, le Chef de Département et un représentant du Comité Médical Local concerné.

Au terme de l’audition, les personnes qui ont entendu le médecin candidat, établissent un rapport global avec leur recommandation.

Le dossier est ensuite traité au sein du Comité Médical Local en présence du Médecin Chef de Site. Le Médecin Chef de Site transmet au Directeur Général Médical, le rapport global établi par les personnes qui ont entendu le médecin candidat ainsi que les conclusions du Comité Médical Local. Le Comité Médical Local transmet ses conclusions au Conseil Médical CHIREC. Le Conseil Médical CHIREC remet son avis au Directeur Général Médical.

Dans la mesure du possible, le Conseil Exécutif prend sa décision dans les 60 jours calendrier à dater du jour de l’accusé de réception de la candidature par le Directeur Général Médical.

Le Conseil Exécutif transmet sa décision au Conseil d’Administration et au Conseil Médical.

En cas de désaccord entre le Conseil Exécutif et le Conseil Médical CHIREC, le dossier est soumis au Conseil d'Administration qui prend la décision finale.

Le Conseil Exécutif notifie au candidat la décision et lui transmet les modalités d'inscription si la candidature a été retenue.

En cas de refus, la décision ne doit pas être motivée.

Article 3 – Statuts particuliers des médecins hospitaliers non accrédités

Les statuts particuliers repris ci-dessous ne confèrent pas au médecin la qualité d'accrédité et ne lui confèrent aucun droit pour le devenir.

Ils exercent dans le cadre d'une convention spécifique en qualité d'indépendant.

§1. LES ASSISTANTS

§1.1. L'Assistant en Salle d'Opération

Le statut d'assistant en salle d'opération est conféré par le Conseil Exécutif à des médecins qui aident en salle d'opération un ou plusieurs médecins accrédités. Le médecin accrédité désirant s'adjoindre un assistant soumettra sa demande au Médecin Chef de Site qui la transmettra avec sa recommandation au Conseil Exécutif et pour information au Comité Médical Local. L'Assistant en Salle d'Opération ne peut pratiquer qu'en la présence et sous la responsabilité d'un médecin accrédité concerné. Il exerce dans le cadre d'une convention spécifique en qualité d'indépendant. Le volume de son activité est toujours variable en fonction des nécessités du médecin accrédité responsable.

§1.2. L'Assistant en Hospitalisation

Le statut d'assistant en hospitalisation est conféré par le Conseil Exécutif. L'assistant en hospitalisation effectuera pour les médecins accrédités, à leur demande et sous leur responsabilité, le suivi des patients hospitalisés. Le médecin accrédité désirant s'adjoindre un assistant soumettra sa demande au Médecin Chef de Site qui la transmettra avec sa recommandation au Conseil Exécutif et pour information au Comité Médical Local. L'Assistant en hospitalisation exerce dans le cadre d'une convention spécifique en qualité d'indépendant. Le volume de son activité est toujours variable en fonction des nécessités du médecin accrédité responsable.

La communication de l'acceptation du statut d'Assistant en Salle d'Opération ou d'Assistant en Hospitalisation est faite par le Conseil Exécutif à tous les Pôles et Départements concernés.

§2. LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE EN FORMATION

L'engagement du médecin généraliste en vue de sa formation est soumis à l'avis préalable du Conseil Médical et à l'accord du Conseil Exécutif. Les médecins généralistes en formation en milieu hospitalier, effectuant leur formation auprès d'un Maître de Stage agréé par la Santé Publique sont soumis à la législation en vigueur, notamment l'Arrêté ministériel du 1er mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes et à la Loi du 12 décembre 2010 « *fixant la durée du travail des médecins, dentistes, vétérinaires, des candidats-médecins en formation, des candidats-dentistes en formation et étudiants stagiaires se préparant à ces professions* », réservée à cette catégorie de médecins. Le règlement concernant le médecin candidat généraliste est référencé en annexe 5 de la présente Règlementation.

§3. LE MÉDECIN CANDIDAT SPÉCIALISTE

L'engagement du médecin candidat spécialiste en vue de sa formation est soumis à l'avis préalable du Conseil Médical et à l'accord du Conseil Exécutif. Les médecins candidats spécialistes, effectuant leur formation auprès

d'un Maître de Stage agréé par la Santé Publique, sont soumis à la législation en vigueur et notamment à l'arrêté ministériel du 23 avril 2014 « *fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage* » et à la Loi du 12 décembre 2010 « *fixant la durée du travail des médecins, dentistes, vétérinaires, des candidats-médecins en formation, des candidats-dentistes en formation et étudiants stagiaires se préparant à ces professions* », réservée à cette catégorie de médecins. Le règlement concernant le médecin candidat spécialiste est annexé à la présente Réglementation et fait partie intégrante de celle-ci (voir infra Quatrième partie, annexe n° 4).

Tout Maître de Stage agréé par la Santé Publique qui désire accueillir et prendre en charge des stagiaires doit en faire la demande écrite trois mois à l'avance auprès du Médecin Chef de Site, en indiquant le nombre de stagiaires qu'il envisage de prendre. Le Médecin Chef de Site prend sa décision dans les deux mois après avoir consulté le Chef de Service du Site ou le Chef de service de spécialité. Le Maître de Stage assume seul et sous son entière responsabilité la formation des médecins qu'il a en stage, dans le cadre des missions, droits et obligations qui lui sont imposés par la législation en vigueur et notamment par l'arrêté ministériel du 23 avril 2014 précité. Dans le cas où le Maître de Stage n'est pas Chef de Service de Site ou Chef de service de spécialité, il s'accorde avec ces derniers pour disposer de l'autorité et des moyens nécessaires afin de lui permettre de répondre aux exigences liées à la fonction. L'ensemble du staff participe à la formation du stagiaire.

Conformément à l'article 44, 4° de l'arrêté ministériel du 23 avril 2014 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage, la supervision de tous les candidats spécialistes est assurée à tout moment par un médecin spécialiste dans la spécialité pratiquée dans le service de stage concerné, physiquement présent dans le service de stage pendant les heures normales de service, appelable vingt-quatre heures sur vingt-quatre en dehors de ces heures et immédiatement disponible. Le médecin spécialiste superviseur est alors responsable du candidat spécialiste pendant toute la durée de sa supervision.

§4. LE CONSULTANT EXTERNE

Le statut de consultant externe peut être accordé à des médecins, pour leur permettre d'exercer au bénéfice du CHIREC une expertise insuffisamment représentée au sein des médecins accrédités du CHIREC. Ce statut est octroyé sur décision du Conseil Exécutif, après avis du Conseil Médical.

L'activité du consultant externe ne pourra excéder le total de 2/10^{èmes}. Le consultant externe exerce dans le cadre d'une convention spécifique en qualité d'indépendant.

§5. LE VACATAIRE

Le statut de vacataire peut être accordé à des médecins pour leur permettre de participer à la permanence médicale et à la continuité des soins. Ils doivent répondre aux critères légaux spécifiques. La demande doit être introduite par le Chef de Service de Site auprès du Médecin Chef de Site, qui la transmet avec sa recommandation au Conseil Exécutif et au Comité Médical Local.

Ce statut est octroyé sur décision du Conseil Exécutif après avis du Conseil Médical. Le médecin vacataire exerce dans le cadre d'une convention spécifique en qualité d'indépendant.

Tout autre médecin souhaitant exercer une activité au CHIREC doit préalablement avoir l'accord du Conseil Exécutif après information du Conseil Médical.

§6. LE MÉDECIN DÉTACHÉ

Le statut de médecin détaché peut être accordé à des médecins exerçant dans un autre hôpital et qui seraient amenés à prêter une activité relevant de leur spécialité auprès du CHIREC en vertu d'une convention

interhospitalière. La mission, la durée et les conditions d'exercice et de rémunération sont précisées dans la convention de détachement. Ce statut est octroyé sur décision du Conseil Exécutif, après avis du Conseil Médical.

§7. LE MÉDECIN VISITEUR

Le statut de médecin visiteur peut être accordé à des médecins en formation ou spécialistes qui souhaitent venir observer la pratique médicale hospitalière durant une période déterminée. La demande doit être introduite par le Chef de Service de Site auprès du Médecin Chef de Site, qui la transmet avec sa recommandation au Conseil Exécutif et au Comité Médical Local. Ce statut est octroyé sur décision du Conseil Exécutif après avis du Conseil Médical.

Article 4 – Statut particulier des prestataires de soins indépendants que la Loi assimile à des médecins hospitaliers

Les prestataires de soins que la Loi assimile à des médecins hospitaliers sont :

- Les licenciés en Sciences Dentaires
- Les pharmaciens travaillant en milieu hospitalier habilités, conformément à l'arrêté royal n° 78, à effectuer des analyses de biologie clinique
- Les licenciés en Sciences Chimiques travaillant en milieu hospitalier habilités, conformément à l'arrêté royal n° 78, à effectuer des analyses de biologie clinique.

Ces prestataires de soins, à l'exception des licenciés en Sciences Chimiques, exercent au CHIREC dans le cadre d'une convention spécifique en qualité d'indépendant. Ils sont recrutés par le Conseil Exécutif selon la même procédure de recrutement et d'accréditation que celle prévue pour les médecins hospitaliers si ce n'est que les licenciés en Sciences Chimiques exercent au CHIREC dans le cadre d'un contrat de travail, en qualité de salarié.

Etant assimilés à des médecins hospitaliers, ces trois catégories de prestataires de soins disposent d'un droit de vote et d'éligibilité pour l'élection du Conseil Médical, conformément à la législation en vigueur et notamment à 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* ».

TITRE III – ORGANIGRAMME MEDICAL

Article 5 – Organigramme Médical

A l'exception des mandats des membres du Conseil Exécutif (Directeur Général Administratif et Financier, Directeur Général Médical, Directeurs de Site et/ou Médecin Chef de Site), tous les mandats sont d'une durée de 5 ans.

§1. LE MÉDECIN CHEF

Le Médecin Chef est le Directeur Général Médical. Il est désigné par le Conseil d'Administration après avis renforcé du Conseil Médical CHIREC, conformément à la LCH.

Le Médecin Chef doit être accrédité et son activité hospitalière doit être prestée exclusivement au sein du CHIREC.

Le mandat de Médecin Chef est à durée indéterminée.

Lors de la désignation, s'applique une période probatoire d'un an. Elle peut être prolongée par le Conseil d'Administration pour une période de six mois.

Le mandat peut être retiré par décision motivée du Conseil d'Administration après audition de l'intéressé et avis renforcé du Conseil Médical CHIREC, moyennant le respect d'un préavis conforme au contrat.

Le mandat ne peut être exercé au-delà de la date anniversaire de soixante-sept ans, sauf décision contraire du Conseil d'Administration.

Le Médecin Chef peut démissionner de son mandat moyennant un préavis de 1 mois si la démission intervient au cours de la période probatoire ou moyennant un préavis de 3 mois si la démission intervient en dehors de la période probatoire. Le délai de préavis peut être raccourci de commun accord avec le Conseil d'Administration.

§2. LES MEDECINS CHEFS DE SITE HOSPITALIER, HOSPITALIER DE JOUR ET NON HOSPITALIER

Les Médecins Chefs de Site sont désignés par le Conseil d'Administration après avis renforcé du Conseil Médical et avis du Directeur Général Médical.

Ils exercent par délégation du Directeur Général Médical et sous son autorité, la fonction de Médecin Chef sur le Site conformément et dans les limites de leur profil de fonction et de la loi sur les Hôpitaux. Ils sont habilités notamment à prendre les initiatives nécessaires afin d'associer, entre autres par une activité effective du staff médical, les médecins hospitaliers au fonctionnement intégré de l'hôpital et à l'évaluation qualitative et à toutes les initiatives qui en découlent pour maintenir ou améliorer la qualité de l'activité médicale.

En vertu de ses prérogatives, le médecin chef de site, lorsqu'il estime que l'aspect médical, la qualité des soins ou la sécurité des patients le justifient, avertit par écrit le médecin hospitalier concerné pour tout comportement qui n'irait pas en ce sens.

Afin de maintenir et/ou d'améliorer la qualité de l'activité médicale et/ou de garantir la sécurité des patients, le médecin chef de site est également habilité à donner des instructions par écrit aux médecins hospitaliers actifs dans le département médical de l'hôpital dont il est responsable.

Le médecin chef exerce les pouvoirs visés ci-dessus en étroite concertation avec le gestionnaire et le conseil médical.

Le Médecin Chef de Site doit être accrédité et son activité hospitalière doit être prestée exclusivement au sein du CHIREC.

Le mandat du Médecin Chef de Site est à durée indéterminée.

Lors de la désignation, s'applique une période probatoire d'un an. Elle peut être prolongée par le Conseil d'Administration pour une période de six mois.

Le mandat peut être retiré par décision motivée du Conseil d'Administration rendue après audition du Médecin Chef de Site concerné et avis renforcé du Conseil Médical, moyennant le respect d'un préavis conforme au contrat.

Il ne peut être exercé au-delà de la date anniversaire de soixante-sept ans, sauf décision contraire du Conseil d'Administration.

Le Médecin Chef de Site peut démissionner de son mandat moyennant un préavis de 1 mois si la démission intervient au cours de la période probatoire ou moyennant un préavis de 3 mois si la démission intervient en

dehors de la période probatoire. Le délai de préavis peut être raccourci de commun accord avec le Conseil d'Administration.

Sauf exception décidée par le Conseil d'Administration, le Médecin Chef de Site exerce la fonction de Directeur de Site selon les statuts du CHIREC.

§3. LES CHEFS DE PÔLE ET LES CHEFS DE DÉPARTEMENT

Le poste de Chefs de Pôle et le poste de Chef de Département sont ouverts par le Directeur Général Médical qui reçoit les candidatures. Les Chefs de Pôle et de Département doivent être médecins accrédités prestant 8/10^{èmes} au moins et leur activité hospitalière doit être prestée exclusivement au sein du CHIREC. Le Conseil Exécutif peut, par une décision motivée, déroger à ces critères d'activité ou de statut.

Les Chefs de Pôle sont désignés par le Conseil Exécutif après avis simple du Conseil Médical. En cas de désaccord entre le Conseil Exécutif et le Conseil Médical sur les désignations, le Conseil d'Administration tranche.

Les Chefs de Départements sont désignés par le Conseil d'Administration sur proposition du Conseil Exécutif, après avis simple du Conseil Médical.

Le mandat de Chef de Pôle ou de Département est de cinq ans. Il pourra être reconduit par décision expresse mais ne peut être exercé au-delà de la date anniversaire de soixante-sept ans sauf dérogation du Conseil Exécutif.

La période probatoire est d'un an. Pendant cette période, le mandat peut être retiré à tout moment, sans préavis, par le Conseil Exécutif après avis du Conseil Médical pour les Chefs de Pôle, et par le Conseil d'Administration, sur proposition du Conseil Exécutif et après avis du Conseil Médical, pour les Chefs de Département.

Hors période probatoire, le mandat de Chef de Pôle peut être retiré par le Conseil Exécutif après audition du Chef de Pôle concerné (binôme médecin et infirmier) et avis du Conseil Médical, moyennant un préavis de trois mois.

Hors période probatoire, le mandat de Chef de Département peut être retiré par le Conseil d'Administration sur proposition du Conseil Exécutif et après audition du Médecin Chef de Département concerné et avis du Conseil Médical moyennant un préavis de trois mois.

Le Chef de Pôle exerce sous l'autorité du Médecin Chef de Site.

Le Chef de Département exerce sous l'autorité du Directeur Général Médical.

Les Chefs de Pôle et de Département peuvent démissionner de leur mandat moyennant un préavis de 1 mois si la démission intervient au cours de la période probatoire ou moyennant un préavis de 3 mois si la démission intervient en dehors de la période probatoire. Le délai de préavis peut être raccourci de commun accord avec le Conseil Exécutif.

§4. LE MEDECIN RESPONSABLE D'UN PROGRAMME DE SOINS

Le Médecin responsable d'un programme de soins est désigné par le Conseil d'Administration sur proposition du Conseil Exécutif, après avis du Conseil Médical. Les dispositions ayant trait au mandat de Chef de Département CHIREC s'appliquent mutatis mutandis.

Dans le cas où le programme de soins est considéré comme un département (cf. article 7), le médecin responsable est le Chef de Département.

Le mandat de Médecin responsable d'un programme de soins est de cinq ans. Il pourra être reconduit par décision expresse mais ne peut être exercé au-delà de la date anniversaire de soixante-sept ans sauf dérogation du Conseil Exécutif.

Pendant la période probatoire d'un an, le mandat peut être retiré à tout moment par le Conseil d'Administration sur proposition du Conseil Exécutif et après avis du Conseil Médical.

Hors période probatoire, le mandat peut être retiré à tout moment par le Conseil d'Administration sur proposition du Conseil Exécutif après audition du Médecin responsable du programme de soins concerné et avis du Conseil Médical, moyennant un préavis de trois mois.

Le Médecin responsable d'un programme de soins peut démissionner de son mandat moyennant un préavis de 1 mois si la démission intervient au cours de la période probatoire ou moyennant un préavis de 3 mois si la démission intervient en dehors de la période probatoire. Le délai de préavis peut être raccourci de commun accord avec le Conseil Exécutif.

§5. LES CHEFS DE SERVICE DE SITE (CSS)

Le poste de Chef de Service de Site est ouvert par le Conseil Exécutif. Les Chefs de Service de Site sont désignés par le Conseil Exécutif après avis du Conseil Médical et du Chef de Pôle ou de Département. Le Chef de Service de Site doit être médecin accrédité, prêter 8/10^{èmes} au moins et son activité hospitalière doit être prestée exclusivement au sein du CHIREC, sauf dérogation accordée par le Conseil Exécutif.

Le mandat de Chef de Service de Site est de cinq ans. Il pourra être reconduit mais ne peut être exercé au-delà de la date anniversaire de soixante-sept ans sauf dérogation du Conseil Exécutif.

La période probatoire est d'un an. Pendant cette période, le mandat peut être retiré à tout moment, sans préavis, par le Conseil Exécutif sur proposition du Directeur Général Médical après avis du Conseil Médical.

Hors période probatoire, le mandat peut être retiré par le Conseil Exécutif sur proposition du Directeur Général Médical après audition du Médecin Chef de Service de Site concerné et avis du Conseil Médical, moyennant un préavis de trois mois.

Le Chef de Service de Site exerce sous l'autorité du Médecin Chef de Site.

Le Chef de Service de Site peut démissionner de son mandat moyennant un préavis de 1 mois si la démission intervient au cours de la période probatoire ou moyennant un préavis de 3 mois si la démission intervient en dehors de la période probatoire. Le délai de préavis peut être raccourci de commun accord avec le Conseil Exécutif.

§6. LES CHEFS DE SERVICE DE SPÉCIALITÉ

Le poste de Chef de service de spécialité est ouvert par les Chefs de Pôle ou de Département qui reçoivent les candidatures et les transmettent au Directeur Général Médical. Les Chefs de service de spécialité sont désignés par le Conseil Exécutif sur proposition d'abord du Médecin Chef de Pôle et/ou de Département et ensuite du Médecin Chef de Site, après avis du Conseil Médical. Le Chef de service de spécialité doit être accrédité au CHIREC, prêter 8/10^{èmes} au moins et son activité hospitalière doit être prestée exclusivement au sein du CHIREC, sauf dérogation accordée par le Conseil Exécutif.

Le mandat de Chef de service de spécialité est de cinq ans. Il pourra être reconduit mais ne peut être exercé au-delà de la date anniversaire de soixante-sept ans sauf dérogation du Conseil Exécutif.

La période probatoire est d'un an. Pendant cette période, le mandat peut être retiré à tout moment, sans préavis, par le Conseil Exécutif sur proposition du Directeur Général Médical après avis du Conseil Médical.

Hors période probatoire, le mandat peut être retiré par le Conseil Exécutif sur proposition du Directeur Général Médical après audition du Chef de service de spécialité concerné et avis du Conseil Médical moyennant un préavis de trois mois.

Le Chef de service de spécialité exerce sous l'autorité du Médecin Chef de Site.

Le Chef de service de spécialité peut démissionner de son mandat moyennant un préavis de 1 mois si la démission intervient au cours de la période probatoire ou moyennant un préavis de 3 mois si la démission intervient en dehors de la période probatoire. Le délai de préavis peut être raccourci de commun accord avec le Conseil Exécutif.

§ 7. LES MÉDECINS COORDINATEURS AU SEIN D'UN SITE

Les Médecins Coordinateurs au sein d'un Site sont placés sous l'autorité directe du Médecin Chef de Site.

Les Médecins Coordinateurs au sein d'un Site sont désignés par le Conseil Exécutif après avis du Conseil Médical. Le Médecin Coordinateur au sein d'un Site doit être médecin accrédité, prêter 8/10^{èmes} au moins et son activité hospitalière doit être prestée exclusivement au sein du CHIREC, sauf dérogation accordée par le Conseil Exécutif.

Le mandat du Médecin Coordinateur au sein d'un Site est de cinq ans. Il pourra être reconduit mais ne peut être exercé au-delà de la date anniversaire de soixante-sept ans sauf dérogation du Conseil Exécutif.

La période probatoire est d'un an. Pendant cette période, le mandat peut être retiré à tout moment, sans préavis, par le Conseil Exécutif sur proposition du Directeur Général Médical après avis du Conseil Médical.

Hors période probatoire, le mandat peut être retiré par le Conseil Exécutif sur proposition du Directeur Général Médical après audition du Médecin Coordinateur concerné et avis du Conseil Médical moyennant un préavis de trois mois.

Le Médecin coordinateur au sein d'un Site peut démissionner de son mandat moyennant un préavis de 1 mois si la démission intervient au cours de la période probatoire ou moyennant un préavis de 3 mois si la démission intervient en dehors de la période probatoire. Le délai de préavis peut être raccourci de commun accord avec le Conseil Exécutif.

§8. LES MAÎTRES DE STAGE

Le Maître de Stage est seul responsable du respect des obligations qui incombent au Maître de Stage. Il est agréé par le Ministère de la Santé Publique et assume la responsabilité de la formation des médecins qu'il a en stage de formation dans le cadre des missions, droits et obligations qui lui sont imposés par la législation en vigueur et notamment par l'arrêté ministériel du 23 avril 2014 « *fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage* ». Dans le cas où le Maître de Stage n'est pas Chef de Service de Site ou Chef de service de spécialité, il s'accorde avec ces derniers pour disposer de l'autorité et des moyens nécessaires pour lui permettre de répondre aux exigences liées à la fonction. L'ensemble du staff participe à la formation du stagiaire.

CONFORMÉMENT À L'ARTICLE 44, 4° DE L'ARRÊTÉ MINISTÉRIEL DU 23 AVRIL 2014 FIXANT LES CRITÈRES GÉNÉRAUX D'AGRÉMENT DES MÉDECINS SPÉCIALISTES, DES MAÎTRES DE STAGE ET DES SERVICES DE STAGE, LA SUPERVISION DE TOUS LES CANDIDATS SPÉCIALISTES EST ASSURÉE À TOUT MOMENT PAR UN MÉDECIN SPÉCIALISTE DANS LA SPÉCIALITÉ PRATiquÉE DANS LE SERVICE DE STAGE CONCERNÉ, PHYSIQUEMENT PRÉSENT DANS LE SERVICE DE STAGE PENDANT LES HEURES NORMALES DE

SERVICE, APPELABLE VINGT-QUATRE HEURES SUR VINGT-QUATRE EN DEHORS DE CES HEURES ET IMMÉDIATEMENT DISPONIBLE. LE MÉDECIN SPÉCIALISTE SUPERVISEUR EST ALORS RESPONSABLE DU CANDIDAT SPÉCIALISTE PENDANT TOUTE LA DURÉE DE SA SUPERVISION.
§ 9. LE CHEF DE CLINIQUE ONCOLOGIQUE

Le Chef de Clinique Oncologique est proposé par le Chef du Département oncologique. Il est nommé par le Conseil Exécutif après avis simple du Conseil Médical.

Le mandat de Chef de Clinique Oncologique est de 5 ans. Il pourra être reconduit mais ne peut être exercé au-delà de la date d'anniversaire de soixante-sept ans sauf dérogation du Conseil Exécutif.

La période probatoire est d'un an. Pendant cette période, le mandat peut être retiré à tout moment, sans préavis, par le Conseil Exécutif sur proposition du Directeur Général médical après avis du Conseil Médical.

Hors période probatoire, le mandat peut être retiré par le Conseil Exécutif sur proposition du Directeur Général Médical après audition du Chef de Clinique oncologique concerné et avis du Conseil Médical moyennant un préavis de trois mois.

Le Chef de Clinique Oncologique exerce sous l'autorité du Chef de Département oncologique.

Le Chef de Clinique Oncologique peut démissionner de son mandat moyennant un préavis de 1 mois si la démission intervient au cours de la période probatoire ou moyennant un préavis de 3 mois si la démission intervient en dehors de la période probatoire. Le délai de préavis peut être raccourci de commun accord avec le Conseil Exécutif.

TITRE IV—FIXATION DU CADRE MEDICAL

Article 6 – Cadre Médical

Le cadre médical sur base duquel est établi l'organigramme du département médical est fixé de la manière suivante :

1. COLLÈGE PLURIDISCIPLINAIRE MÉDICO-TECHNIQUE

1. Le Collège Pluridisciplinaire Médico-Technique est constitué par les médecins appartenant aux services suivants :

- Service des Soins d'Urgences Spécialisés et SMUR
- Service des Soins Intensifs
- Service d'Imagerie Médicale
- Service de Médecine Nucléaire
- Service de Biologie Clinique
- Service de Néphrologie - Dialyse
- Service de Radiothérapie
- Service des Soins Intensifs en Néonatalogie (NIC)
- Service d'Anatomopathologie

Les médecins spécialistes en anatomopathologie habilités à recevoir les prescriptions et demandes d'examen émanant des médecins accrédités au CHIREC dans le cadre de leur activité au sein de l'Institution sont accrédités au sein du Collège Pluridisciplinaire Médico-Technique, même si tout ou partie des actes sont réalisés dans un laboratoire extra-muros.

2. Le Président du Collège Pluridisciplinaire Médico-Technique est désigné, parmi tous les médecins du Collège, par les Chefs de Département dont les services font partie du Collège Pluridisciplinaire Médico-Technique.
3. Les médecins faisant partie du Collège Pluridisciplinaire Médico-Technique doivent soumettre à l'approbation du Conseil Exécutif toute activité médicale qu'ils souhaitent exercer en dehors de leur domicile privé sous peine de se voir infliger une sanction prévue au Titre VII de la présente Réglementation et engager leur responsabilité (voir infra, Titre VIII).

2. COLLÈGE DES CLINIENS

Le Collège des Cliniciens est constitué par tous les médecins accrédités dans les services n'appartenant pas au Collège Pluridisciplinaire Médico-Technique. Ils exercent une des spécialités suivantes :

- Médecine Interne Générale et Endocrinologie
- Cardiologie
- Pneumologie
- Gastroentérologie
- Rhumatologie
- Physiothérapie/Revalidation
- Gériatrie
- Neurologie ou Neuropsychiatrie (en l'absence de service d'hospitalisation psychiatrique)
- Psychiatrie
- Dermatologie
- Chirurgie Viscérale
- Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
- Neurochirurgie
- Chirurgie de la Main
- Chirurgie Plastique
- Gynécologie – Obstétrique
- Urologie
- Stomatologie – Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale
- Dentisterie
- Ophtalmologie
- ORL
- Anesthésiologie
- Pédiatrie

Il n'y a de Chef de Service que là où la Loi sur les Hôpitaux ou ses arrêtés d'exécution l'imposent : lits chirurgicaux, lits médicaux, lits maternité, lits pédiatrie, Médecin Chef de Service de radiothérapie ou de néphrologie/dialyse, par exemple.

Article 7 – Organisation des Services

Les services sont organisés en Programmes de soins (légalement définis), Départements ou Pôles. Certaines activités médicales sont coordonnées de façon spécifique ou font l'objet de conventions avec l'INAMI. Tout médecin peut relever de plusieurs Programmes de soins, Départements ou Pôles.

Le service qui établit son règlement d'ordre intérieur (ROI) le fait sur base du canevas disponible auprès du service juridique de l'Hôpital. Le projet doit être validé par le Conseil exécutif qui requiert ensuite l'avis du Conseil médical. Il en va de même de ses modifications ultérieures.

Les Règlements d'ordre intérieur de services doivent respecter la présente réglementation générale.

1. Programmes de Soins

Les programmes de soins sont ceux définis par la législation en vigueur et notamment par l'arrêté royal du 15 février 1999 « *fixant la liste des programmes de soins, visée à l'article 12 de la loi coordonnée le 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, et indiquant les articles de la loi coordonnée le 10 juillet 2008 relative aux hôpitaux et autres établissements de soins applicables à ceux-ci* », à savoir notamment :

- la médecine de la reproduction (PMA);
- la pathologie cardiaque (cardiologie A et cardiologie P)
- l'oncologie
- le programme de soins pour enfants
- le programme de soins pour le patient gériatrique
- les soins de l'accident vasculaire cérébral (nouveau depuis 2014)

Chaque Programme de Soins est dirigé par un responsable du Programme qui dépend du Directeur Général Médical.

Un Programme de Soins peut constituer, selon les cas, un Département identifié individuellement par exemple oncologie, gériatrie, soit être inclus dans un Pôle Clinique comme par exemple la PMA, la cardiologie ou la pédiatrie.

2. Départements

Chaque Département est dirigé par un Chef de Département. La définition de Chef de Département correspond à une fonction de direction qui est occupée, pour chaque Département, par un binôme médecin et infirmier (voir supra, Titre I). Les Départements sont intersites et multisites et regroupent les services suivants sur l'ensemble des Sites du CHIREC :

Département de Médecine Aiguë :

Regroupe les services d'urgences spécialisés et SMUR ainsi que les services des soins intensifs et/ou de Fonction « Première Prise en Charge des Urgences ».

Département d'Imagerie Médicale :

Regroupe les services d'imagerie médicale (radiodiagnostic) et de médecine nucléaire.

Département de Biologie Clinique :

Regroupe les médecins biologistes, les pharmaciens biologistes, les licenciés en sciences chimiques.

Département d'Anesthésiologie :

Regroupe les anesthésistes ainsi que les activités relatives à l'algologie .

Département de Neurosciences :

Regroupe les spécialistes en neurologie, neurochirurgie, neuropsychiatrie et psychiatrie, et le labo du sommeil.

Département de Gériatrie (Programme de Soins) :

Regroupe les services de gériatrie.

Département d'Oncologie :

Regroupe le service de radiothérapie et les programmes de soins d'oncologie.

Département Métabolique :

Regroupe les spécialistes en médecine interne, néphrologie/dialyse, endocrinologie, et infectiologie.

Département Ophtalmologie :

Regroupe les ophtalmologues

Département Tête et Cou :

Regroupe les activités d'ORL, stomatologie, dentisterie et chirurgie cervico-maxillo-faciale.

Département de Chirurgie plastique et Dermatologie :

Regroupe les activités de la chirurgie plastique et esthétique et de Dermatologie

L'anatomopathologie est exercée par des médecins extérieurs et n'est donc pas reprise en tant que Département multisite. Ces médecins spécialistes de l'anatomopathologie doivent être accrédités au CHIREC pour pouvoir prêter des actes dans leur laboratoire au profit de patients hospitalisés au sein de l'Institution.

3. Pôles

Chaque Pôle est dirigé par un Chef de Pôle. La définition de Chef de Pôle correspond à une fonction de direction qui est occupée, pour chaque Pôle, par un binôme médecin et infirmier (voir supra, Titre I). Sur chaque Site hospitalier complet du CHIREC, il existe les Pôles suivants :

Pôle Mère-Enfant :

Regroupe les activités de maternité, génétique, pédiatrie, N, NIC, MIC, PMA (programme de soins), pédopsychiatrie.

Pôle Locomoteur :

Regroupe les activités de chirurgie orthopédique et traumatologie, de rhumatologie, de physiothérapie/revalidation, kinésithérapie, de la chirurgie de la main.

Pôle Thoracique et Vasculaire :

Regroupe les activités de cardiologie, pneumologie, chirurgie thoracique et vasculaire.

Pôle Viscéral :

Regroupe les activités de gastroentérologie, chirurgie viscérale et pariétale, urologie, gynécologie.

4. Les Services sur les Sites

a) Services Isolés

Les services isolés sont des services non rattachés à un Pôle ou un Département et dépendent directement du Médecin Chef de Site. Ils sont coordonnés par un Chef de service de spécialité désigné par le Conseil Exécutif sur proposition d'abord du Médecin Chef de Pôle et/ou de Département et ensuite du Médecin Chef de Site et après avis du Conseil médical.

b) Les services sont des entités fonctionnelles qui ne sont pas nécessairement limitées au domaine d'activité d'une seule spécialité. Ainsi qu'exigé par la législation en vigueur et notamment par l'arrêté royal du 23 octobre 1964 « *portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre* », chaque Site du CHIREC comporte notamment un service de chirurgie, un service de médecine, un service de maternité, un service de pédiatrie. Ces services ainsi que les autres services à composante normative comme la radiothérapie, la radiologie, la médecine nucléaire, la gériatrie, la revalidation (Service Sp), l'USI, les urgences, la biologie clinique, la dialyse, la psychiatrie à SARE, le NIC, MIC, etc., dont l'existence est définie par la Loi, doivent être dirigés par un Chef de Service de Site.

Par ailleurs, les différentes spécialités médicales sont regroupées en service dirigé par un Chef de service de spécialité.

5. Activités Coordonnées

Les activités suivantes sont coordonnées sur chaque Site par un Médecin Coordinateur qui dépend du Médecin Chef de Site :

- Quartier Opératoire
- Clinique Chirurgicale de Jour
- Clinique Médicale de Jour
- Etc.

Le Médecin Coordinateur au sein d'un Site peut être chargé de plusieurs secteurs d'activités communs à plusieurs services dans le Site hospitalier concerné.

6. Conventions INAMI

Un médecin responsable est désigné et dépend du Conseil Exécutif pour chacune des conventions suivantes :

- Oxygénothérapie à domicile
- Sommeil
- Diabète
- Toute convention à venir.

TITRE V – NATURE DU CONTRAT ET DU LIEN JURIDIQUE

Article 8 – Contrat individuel et Convention de collaboration

Tout contrat ou convention liant le médecin à l'Institution doit être considéré comme un contrat ou une convention *sui generis*. Il s'agit d'un contrat *intuitu personae*.

Les médecins exerçant leur activité au sein du CHIREC le font dans le cadre d'un contrat d'indépendant.

En conséquence, il n'y a pas de lien de subordination au sens de la législation sociale.

Les médecins sont cependant tenus de respecter les exigences d'organisation et de fonctionnement de l'Hôpital. En particulier, ils ne peuvent exercer au CHIREC que s'ils ont marqué leur accord avec la Réglementation Générale en vigueur, ainsi que stipulé dans le contrat individuel. Toutes les modifications de la présente Réglementation qui interviendraient pour l'avenir, s'appliqueront automatiquement de plein droit aux médecins sans qu'il soit nécessaire de conclure une nouvelle convention individuelle ou un nouvel avenant faisant application de la nouvelle Réglementation générale. La réglementation générale mise à jour est disponible sur le portail interne en ligne du CHIREC et auprès du Secrétariat de Direction des sites.

Article 9 – Le médecin en société

§1. Le médecin qui signe une convention de collaboration avec le CHIREC en personne physique et qui décide d'exercer en société en informe sans délai la Direction médicale de son site principal d'activité afin qu'un avenant contractuel de transferts de ses droits puisse être établi.

§2. Le contrat passé entre le CHIREC et la Société, au nom et pour compte de laquelle le médecin preste ses activités, est formé en considération exclusive de la personne de ce médecin, qui est expressément agréé pour remplir une activité visée aux articles 144 et 145 de la LCH.

La Société du ou des médecin(s) ne peut pas établir son siège social sur un des Sites du CHIREC, sauf autorisation accordée expressément par le Conseil Exécutif.

La Société du ou des médecin(s) ne peut pas utiliser le mot « CHIREC » ou le nom d'un des Sites du CHIREC dans sa dénomination sociale.

§3. Vu le caractère *intuitu personae* des relations juridiques, la Société ne peut dans l'exécution de ses obligations substituer, sans l'accord du Conseil Exécutif et l'avis du Conseil Médical, un autre médecin à celui préalablement agréé.

§4. Les droits et obligations visés au contrat conclu entre le CHIREC et la Société ne sont transmissibles ni entre vifs ni pour cause de décès.

§5. Le contrat conclu entre le CHIREC et la Société est résilié de plein droit et sans préavis si le médecin agréé pour remplir les obligations de celle-ci dans le CHIREC y cesse toute activité ou ne dispose plus de l'agrément requis à cet effet ou s'il perd le droit d'exercer la médecine.

§6. La responsabilité personnelle du médecin reste pleine et entière et ce dernier ne peut se retrancher derrière sa société. Les statuts de la Société doivent en faire mention. Le médecin justifie qu'il est couvert par une assurance adéquate (cf. article 14).

§6. L'activité du médecin agissant pour compte de la Société est intégrée aux activités de l'Hôpital au sens de la LCH. Le médecin représente personnellement la Société en Assemblée Générale et/ou au Conseil Médical.

§7. Si d'autres médecins collaborent au sein de la Société, ceux-ci ne peuvent exercer dans l'Hôpital que pour autant qu'ils aient été expressément agréés conformément à la présente Réglementation Générale. Dans le cas de sociétés regroupant plusieurs médecins accrédités, la fin de l'accréditation ou de l'activité de l'un d'entre eux ne met pas fin aux liens avec les autres et avec la Société, vu le caractère *intuitu personae* des relations.

Article 10 – Définition du timat

La définition du timat d'un médecin exerçant au sein du CHIREC est celle reprise dans le contrat ou dans la convention de collaboration liant les parties. A défaut, ce timat sera déterminé par le Directeur Général Médical en collaboration avec le Conseil Médical. Avant chaque élection du Conseil Médical, conformément à la législation en vigueur et notamment à 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* », le Conseil Exécutif constate le timat de chaque médecin hospitalier et, le cas échéant, revoit la puissance votale en fonction des éventuelles variations de son timat.

Les règles d'attribution des dixièmes pour le calcul du timat sont reprises dans la quatrième partie, à l'annexe n° 2 qui fait partie intégrante de la présente Réglementation.

Article 11 – Période probatoire

§1. Tout médecin admis à exercer sur un Site du CHIREC est soumis à une période probatoire de deux ans prenant cours à partir de la date de début d'activité indiquée dans le contrat et ses avenants. Cette

disposition s'applique à l'égard de tout candidat, qu'il ait ou non exercé précédemment une activité sur un autre Site du CHIREC.

§2. Le médecin admis à exercer sur un Site du CHIREC qui a signé un contrat à durée déterminée n'est pas soumis à une période probatoire mais est soumis à un préavis d'un mois. .

§3. Au plus tard trois mois avant la fin de la période probatoire, à la demande du Médecin Chef de Site, le Chef de Service de Site et/ou le Chef de service de spécialité de la spécialité, le Chef de Pôle ou le Chef de Département concernés, transmettent un avis au Comité Médical Local de Site, au Conseil Médical et au Directeur Général Médical qui le communiquent ensuite au Conseil Exécutif avec leur propre avis. A défaut d'avis transmis au Conseil Exécutif un mois avant l'échéance de la période probatoire, les avis du Chef de Service de Site et/ou du Chef de service de spécialité, du Chef de Pôle ou du Chef de Département, et ceux du Directeur général Médical et du Conseil Médical sont réputés favorables. La décision finale est prise par le Conseil Exécutif.

En cas de discordance entre l'avis du Conseil Médical et du Conseil Exécutif, le Conseil d'Administration tranchera.

§4. Une prolongation unique de la période probatoire pour une nouvelle durée qui ne pourra excéder 1 an, peut être décidée par le Conseil Exécutif après avis du Conseil Médical. Cette décision de prolongation doit être motivée.

Article 12 – Durée du contrat

Sans préjudice des alinéas suivants, les contrats des médecins accrédités sont conclus pour une période indéterminée (moyennant période probatoire, cf. article 11).

Les contrats des médecins non accrédités sont conclus pour une période déterminée ou indéterminée.

Afin de garantir la continuité des soins de manière prévisible, la volonté d'optimiser la gestion du cadre médical, et de promouvoir la rotation des cadres et la succession des générations, le contrat de médecin hospitalier prend fin de plein droit, sans qu'il soit nécessaire de notifier un quelconque préavis, à la date où le médecin atteint l'âge de 67 ans.

Le médecin qui souhaite prolonger son activité au-delà de la fin automatique visée à l'alinéa précédent, introduit au plus tard 6 mois avant le jour où il atteint son soixante-septième anniversaire et, ensuite, annuellement, 6 mois avant l'expiration de son renouvellement annuel, une demande de prolongation d'activité motivée auprès du Conseil Exécutif. Les motifs de la demande portent sur la manière dont le médecin envisage d'inscrire la prolongation de son activité dans le projet hospitalier, compte tenu des objectifs décrits à l'alinéa précédent.

A défaut de telle demande dans les délais mentionnés à l'alinéa précédent, la convention prend fin sans autre formalité à la date anniversaire du médecin concerné. Lorsqu'une demande est introduite dans les délais, mais ne contient pas les motifs visés à l'alinéa précédent, le Conseil exécutif peut inviter, s'il le juge opportun, le médecin concerné à fournir des motifs à sa demande de prolongation. Lorsque, le cas échéant après invitation formelle du Conseil exécutif de compléter la demande, celle-ci ne contient pas de motifs, la demande est réputée non formulée.

Le Conseil exécutif statue sur les demandes de prolongation, après avis du Conseil Médical et détermine, le cas échéant, les conditions de la poursuite d'activité, en veillant à assurer le transfert progressif, par le médecin concerné, de son activité au sein du CHIREC à des confrères accrédités ou en voie d'accréditation.

Le Conseil Exécutif informe le Conseil d'Administration de sa décision. En cas de désaccord avec le Conseil médical, il y joint l'avis du Conseil médical.

En cas de désaccord entre le Conseil Exécutif et le Conseil Médical, la décision est prise par le Conseil d'Administration.

Les critères qui sont pris en considération pour apprécier la demande motivée de prolongation de l'activité au-delà de 67 ans sont notamment :

- le souci de pouvoir assurer la continuité des soins
- l'activité hospitalière
- le savoir-faire spécifique
- la renommée du médecin concerné
- la carrière au sein du CHIREC

Et ce, dans le respect de la charte du Conseil Médical.

En toute hypothèse, la prolongation de l'activité ne pourra être accordée au-delà de 67 ans que moyennant l'engagement du médecin concerné à :

- assurer la transmission de son savoir-faire à un jeune confrère accrédité ou en voie d'accréditation au CHIREC pour assurer la continuité des soins et le suivi des patients ;
- respecter la législation en vigueur, la déontologie, les dispositions de la présente Réglementation, les règles d'organisation, de fonctionnement et de financement de l'Hôpital, les directives édictées par le Conseil Exécutif, le Conseil d'administration ou l'Assemblée générale et/ou les dispositions contenues dans la convention de collaboration ou le contrat individuel, notamment en privilégiant l'hospitalisation au CHIREC et le recours aux services médico-techniques et cliniques du CHIREC.

Chaque prolongation de l'activité du médecin au-delà de 67 ans fera l'objet d'un avenant contractuel entre le médecin et le CHIREC d'une durée déterminée d'un an.

En toute hypothèse, le contrat prend fin de façon définitive et irrévocable à la date anniversaire de septante-cinq ans.

Cependant, afin de garantir une offre médicale de qualité qui correspond aux besoins de terrain et en réponse aux possibles pénuries ainsi qu'à l'augmentation de la moyenne d'âge des médecins actifs et donc des nombreux départs à la retraite qui se profilent dans les années à venir, Le CHIREC examinera toute demande de prolongation au-delà de 75 ans si le médecin demandeur relève d'une des disciplines médicales identifiée en pénurie par la Commission fédérale de planification de l'offre médicale.

Le CHIREC examinera au cas par cas si la discipline du médecin demandeur de prolonger son activité au-delà de 75 ans relève d'une discipline en pénurie ou disparate au moment de la demande. Les autres critères et engagements du médecin spécifiés supra restent d'application pour une telle prolongation et le CHIREC reste libre, dans le respect de ses procédures de prolongation, de l'accepter ou de la refuser.

Article 13 – Des différents modes de fin de contrat

§1. FIN DE PLEIN DROIT DU CONTRAT DU MÉDECIN

Le contrat entre le CHIREC et le médecin prend fin de plein droit sans préavis ni indemnité en cas de :

- décès
- non couverture par une assurance en responsabilité civile professionnelle, conforme à l'article 14
- perte de la qualité de praticien de l'Art de Guérir sanctionnée par la perte du numéro d'agrément INAMI
- radiation du tableau par l'Ordre des Médecins, perte de la qualité de membre de l'ASBL CHIREC, non-paiement des cotisations et/ou de la participation au financement de l'Institution sous forme de prêt, dues par le médecin à l'ASBL CHIREC, dans les trois mois de la demande. Le défaut de paiement est constaté quatre semaines après mise en demeure envoyée par recommandé.
- Retrait du visa par la Commission médicale provinciale.

- à la date anniversaire de soixante-sept ans, sauf dérogation expresse accordée conformément aux dispositions de la présente Réglementation.
- En cas d'absence d'activité hospitalière supérieure à 1 an constatée par le Conseil Exécutif et sauf dérogation accordée par celui-ci, la décision de mettre fin au contrat est prise par le Conseil Exécutif après demande d'avis du Conseil Médical.

§2. RÉSILIATION DU CONTRAT

2.1. Par le Médecin

2.1.1. en période probatoire

Le médecin en période probatoire voulant résilier le contrat devra signifier sa décision au Conseil Exécutif par lettre recommandée et moyennant un préavis d'un mois qui sortira ses effets à partir du premier jour de la semaine qui suit la date d'envoi de la lettre recommandée.

2.1.2. hors période probatoire

Hormis dans le cadre d'un contrat à durée déterminée, le médecin voulant résilier le contrat devra signifier sa décision au Conseil Exécutif par lettre recommandée moyennant un préavis de six mois qui sortira ses effets à partir du premier jour du mois qui suit la date d'envoi de la lettre recommandée. Le préavis peut être réduit, à la demande du médecin, avec l'accord du Conseil Exécutif.

2.2. Par le CHIREC

2.2.1. en période probatoire – avec préavis

Sans préjudice des dispositions prévues à l'article 11 §2 de la présente Réglementation, la décision de mettre fin au contrat d'un médecin en période probatoire pour faute, pour motif d'organisation ou dans l'intérêt de l'institution est prise par le Conseil Exécutif après (i) demande d'avis et avis du Chef de Service de Site concerné et/ou du chef de service de la spécialité, du Chef de Pôle ou de Chef de Département concernés et (ii) demande d'avis renforcé et avis renforcé, du Conseil Médical.

Préalablement à l'adoption de la décision, le médecin concerné est entendu par le Médecin Chef de Site.

La décision de mettre fin au contrat sera signifiée par lettre recommandée et sera assortie d'un préavis d'un mois qui sortira ses effets à partir du premier jour de la semaine qui suit la date d'envoi de la lettre recommandée.

2.2.2. hors période probatoire – avec préavis

La décision de mettre fin au contrat d'un médecin hors période probatoire pour motif d'organisation ou dans l'intérêt de l'institution est prise par le Conseil Exécutif après (i) demande d'avis et avis du Chef de Service de Site et/ou du Médecin Référent de la spécialité, du Chef de Pôle ou de Chef de Département concernés, et (ii) demande d'avis renforcé et avis renforcé, du Conseil Médical.

Préalablement à l'adoption de la décision, le médecin concerné est entendu par le Médecin Chef de Site.

Hormis dans le cadre d'un contrat à durée déterminée, la décision de mettre fin au contrat sera signifiée par lettre recommandée et sera assortie d'un préavis de six mois qui sortira ses effets à partir du premier jour du mois qui suit la date d'envoi de la lettre recommandée.

2.2.3. résiliation pour manquement – avec préavis

Voir infra, Titre VII « Sanctions et Procédure ».

2.2.4. résiliation pour motif grave – sans préavis

Voir infra, Titre VII « Sanctions et Procédure ».

§3. SORT DES APPAREILLAGES OU INVESTISSEMENTS PARTICULIERS

En cas de résiliation ou de fin du contrat conclu entre le CHIREC et un médecin qui a bénéficié d'un équipement ou d'un investissement particulier réalisé à sa demande exclusive ou lié quasi exclusivement à sa pratique au sein du CHIREC, tant en hospitalisation qu'en consultation, le CHIREC conserve le choix de garder ou non les appareillages ou investissements particuliers concernés. Si le CHIREC ne garde pas les appareillages ou investissements concernés, le médecin les emporte et les rachète à leur valeur comptable résiduelle à la date du départ, sauf accord des parties sur une autre valorisation. Les modalités de récupération des charges d'amortissement seront déterminées par le Conseil Exécutif en fonction du plan d'amortissement prévu pour ledit appareillage ou investissement particulier.

En l'absence d'un plan d'amortissement, la durée de celui-ci est de 5 ans.

Article 14 – Assurances

Tous les médecins hospitaliers exerçant au sein du CHIREC assument l'entière responsabilité de leur activité médicale, notamment en ce qui concerne le respect des droits du patient.

Toutes les prestations hospitalières effectuées au sein d'un des sites hospitaliers de l'Institution sont couvertes par une police collective responsabilité civile professionnelle médicale souscrite par le CHIREC en faveur des médecins hospitaliers qui y exercent leur art. L'exercice et la pratique sur un des sites du CHIREC implique pour le médecin hospitalier, l'adhésion à cette police collective.

Les prestations des médecins candidats spécialistes au sein de l'Institution sont couverts par l'assurance responsabilité civile professionnelle médicale souscrite par le CHIREC à leur profit.

Le défaut d'assurance conforme ou le défaut de paiement de la prime entraînent automatiquement la résiliation du contrat sans préavis ni indemnité.

Les médecins ayant souscrit une police d'assurance responsabilité civile professionnelle médicale à titre individuel adhèrent à la police collective au plus tard à la première échéance annuelle de leur police individuelle. La couverture offerte par cette police individuelle doit être au moins équivalente à la couverture offerte par la police collective.

En cas de concours d'assurance, l'assurance souscrite à titre personnel par un prestataire de soins intervient prioritairement.

TITRE VI –ORGANISATION ET COORDINATION DE L'ACTIVITE MEDICALE ET OBLIGATIONS DES MEDECINS

Article 15 – Dispositions générales

Le Médecin hospitalier s'engage à exercer dans un esprit de respect et de collaboration envers ses collègues médecins et envers le personnel de l'Institution. Il participe au développement et au maintien d'un climat harmonieux dans l'Institution et au respect de la dignité de chacun.

Il œuvrera dans le respect de la législation et de la déontologie médicale.

Il respectera notamment scrupuleusement dans sa forme et dans son esprit la présente Réglementation, les directives et les règles d'organisation et de fonctionnement de l'Hôpital édictées par le Conseil Exécutif et ses Membres et leurs modifications. Il appliquera les règles d'organisation du Département, du Pôle et du Service déterminés par les Chefs respectifs, ainsi que les dispositions des conventions que le CHIREC aura conclues avec des tiers. Il s'engage de même à respecter le règlement d'admission.

Sans préjudice de tous dommages et intérêts, il veillera notamment à observer rigoureusement les réglementations INAMI et de la Santé Publique (attestations de soins, prescriptions, notamment documents 721 bis, 723, 727, ..., documents intermédiaires, RCM, ...) ainsi que les dispositions légales et réglementaires concernant le dossier médical. Chaque médecin est responsable de la tenue du dossier médical.

Le Médecin hospitalier collaborera dans le domaine de l'évaluation médicale. Il favorisera les contacts avec les médecins traitants et il participera aux initiatives de recherches au sein de l'Institution.

Le Médecin s'engage à travailler en équipe multidisciplinaire là où la législation et/ou les règles internes du CHIREC l'imposent.

Le médecin s'engage à respecter les procédures mises en place dans le cadre de l'amélioration de la qualité et de la sécurité. Il participe activement à leur élaboration et collabore avec le staff qualité.

Le Médecin s'engage à collaborer activement avec le service Relations Patients lorsqu'il est sollicité dans le cadre d'une plainte d'un patient.

En cas de non-respect de la législation en vigueur, de la déontologie, des dispositions de la présente Réglementation, des règles d'organisation, de fonctionnement et de financement de l'Hôpital, des directives édictées par le Conseil Exécutif, le Conseil d'administration ou l'Assemblée générale et/ou des dispositions contenues dans la convention de collaboration ou le contrat individuel, le médecin peut se voir infliger une sanction prévue au Titre VII de la présente Réglementation et engage sa responsabilité (voir infra, Titre VIII).

Article 16 – Des conditions de l'activité médicale

§1. Les médecins, tout en travaillant en équipe et en respectant les règles d'organisation du CHIREC, conservent la liberté complète de diagnostic et de traitement. Ils apprécient en conscience et en toute liberté les soins à dispenser à leurs patients, en se conformant à la législation en vigueur et en particulier aux articles 73 et suivants de la Loi sur l'Assurance Maladie-Invalidité (AMI) coordonnée le 14 juillet 1994.

Le médecin a l'autorité fonctionnelle nécessaire sur les membres du personnel pour ce qui est des soins prodigués à sa demande dans le cadre d'une prescription médicale légale (actes confiés et actes prescrits).

Dans un esprit de confraternité, les médecins acceptent de traiter non seulement les patients relevant de leur Service mais aussi ceux des autres Services pour lesquels leur collaboration est sollicitée.

Le praticien, responsable des soins, a le devoir d'adresser ses patients à un autre confrère dans les cas où il estime que les limites de sa propre compétence sont dépassées. Il donnera alors la priorité, tout en respectant le libre choix des patients, aux médecins et services du CHIREC. Il privilégiera donc l'hospitalisation au CHIREC et le recours aux services médico-techniques et cliniques du CHIREC.

Le médecin qui aurait une activité de consultation et/ou une activité hospitalière en dehors du CHIREC, veillera à ne pas diriger la patientèle qui s'est adressée à lui en dehors du CHIREC, qui a pris contact avec son secrétariat au CHIREC ou qui lui a été référée par un autre praticien dans le cadre de ses activités au

CHIREC, vers les autres endroits où il exerce, à l'exception des polycliniques et lieux de consultation que le CHIREC gère directement ou en collaboration avec des tiers, ou avec lesquels le CHIREC a conclu une convention de collaboration.

Le médecin en charge décide librement de la fin d'une hospitalisation. Il assume les formalités administratives en ce qui concerne les avis de fin d'hospitalisation. Il ne peut faire durer inutilement une hospitalisation.

Le médecin est responsable du choix de placer le patient en chambre individuelle, indépendamment du coût, le patient gardant sa liberté de choix d'opter ou non pour une chambre individuelle. En cas de nécessité, il appartient au médecin de solliciter auprès du Médecin Chef de Site un séjour en chambre individuelle pour raison médicale justifiée dans le dossier médical.

Le médecin devra tenir compte des recommandations du Comité des Médicaments et du Comité du Matériel Médical, du Comité d'Hygiène Hospitalière, du Comité de Transfusion, validées par le Conseil Exécutif.

En cas d'utilisation d'une source de radiation ionisante (RX, etc...), il veillera à porter le dosimètre personnel qui lui a été confié par le CHIREC et il obéira aux injonctions du service de contrôle physique. Tout médecin utilisant des radiations ionisantes doit être porteur d'un certificat de compétence en radioprotection valide.

Il veillera à en informer la direction médicale du site où il exerce.

§2. De manière à permettre une meilleure coordination et organisation du Service durant son absence, le médecin s'engage à prévenir son Chef de Service de Site ou son Chef de service de spécialité et son Médecin Chef de Site de ses congés au moins trois mois à l'avance. Le non-respect de cette disposition est passible de sanctions (voir, infra Titre VII).

§3. Le médecin qui s'absente doit s'assurer de la continuité des soins en confiant son ou ses patients à un médecin du CHIREC ou autorisé à travailler au CHIREC, de la même spécialité, conformément à l'article 18.

Cette double obligation s'applique également pour les médecins qui demandent une hospitalisation pour leurs patients programmés.

§4. Sans préjudice de l'article 3 et de l'article 16 § 5, le médecin ne peut introduire ou employer de sa propre initiative aucun travailleur, sous statut de salarié ou à titre d'indépendant, avant d'en avoir reçu préalablement l'autorisation expresse du Médecin Chef de Site. Cette demande ne sera recevable que sur présentation des documents suivants :

- un contrat de travail ou une convention d'indépendant liant le personnel concerné au médecin;
- un contrat d'assurance-loi couvrant ce personnel, s'il est salarié, contre les accidents de travail et sur le chemin du travail;
- un contrat d'assurance responsabilité civile couvrant ce personnel qu'il soit salarié ou indépendant à hauteur du montant de la couverture d'assurance responsabilité civile du médecin responsable de ce personnel.

Cette personne, introduite ou employée par le médecin, exerce sous la seule et entière responsabilité de celui-ci.

Le Médecin Chef de Site se réserve le droit de retirer à cette personne l'autorisation d'exercer au sein du CHIREC.

Sans autorisation, la personne concernée se verra interdire toute activité au sein de l'Hôpital.

Le médecin qui a reçu l'autorisation d'employer ou d'utiliser un personnel, doit informer par écrit et sans délai le Médecin Chef de Site de toute modification intervenue dans les conditions d'emploi.

Le personnel employé ou utilisé par le médecin devra se conformer aux règles et obligations applicables au personnel employé par le CHIREC.

- §5. Dans le respect de la législation en vigueur en matière d'emploi et de sécurité sociale, un médecin ne peut recourir aux services d'un membre du personnel salarié du CHIREC sous la forme d'une activité d'indépendant : tout cumul d'activité de salarié avec une autre activité en tant qu'indépendant que ce soit à titre de personne physique ou sous forme d'une société, pour l'exercice d'activités similaires même en situation de transition est interdit. A titre d'exemple, un(e) infirmier(ère) instrumentiste salarié(e) ne peut exercer son art en tant que prestataire indépendant complémentaire sur quelque Site du CHIREC que ce soit, même s'il ou elle est lié(e) par un contrat d'entreprise ou de prestation de services avec un ou plusieurs chirurgien(s) de l'Institution.

Article 17 – Coordination

Sur demande du Médecin Chef de Site, du Chef de Pôle ou de Département, de son Chef de Service ou de son Chef de service de spécialité, le médecin participera, au sein de son service ou au sein de Commissions ad hoc, à la réflexion, l'élaboration et l'harmonisation des stratégies thérapeutiques, en vue de garantir fonctionnement harmonieux du CHIREC et l'amélioration constante de la qualité des soins.

Outre les Commissions dont l'existence, la composition et les missions sont rendues obligatoires en exécution de la Loi sur les Hôpitaux (Commission des Médicaments et du Matériel Médical, Comité de Transfusion, Comité d'Hygiène Hospitalière, Comité d'Ethique, Commission Financière), le Directeur Général Médical peut, en collaboration avec le Conseil Médical, mettre sur pied des Commissions ad hoc chargées de les éclairer par leurs conseils et recommandations, sur les directives et mesures à prendre en vue de la réalisation des objectifs définis ci-dessus.

Pour les Commissions instituées par des dispositions légales et réglementaires, leur composition et fonctionnement sont régis par ces textes.

A défaut de disposition à ce sujet et pour les Commissions non prévues par une disposition légale ou réglementaire, leur composition et fonctionnement sont définis par le Directeur Général Médical après avis du Conseil Médical.

Article 18 – Rôle de garde et permanence des soins

Tout médecin pratiquant au sein du CHIREC a le devoir de participer au rôle de garde de sa spécialité. Toute dérogation à ce devoir ne peut être accordée que par le Médecin Chef de Site ou faire l'objet d'un accord écrit au sein du service concerné. Le non-respect de cette disposition déontologique et légale sera passible de sanctions (voir, infra Titre VII).

Sans préjudice de l'article 16, § 3, en cas d'absence ou d'empêchement, le médecin de garde doit pourvoir à son remplacement par un médecin hospitalier exerçant la même spécialité ou discipline et autorisé à exercer au sein du CHIREC. Le médecin qui se fait remplacer doit veiller à ce que le remplacement soit publié sur le portail et doit disposer de l'accord écrit de celui qui le remplace. En cas de recours à un confrère non autorisé à exercer au sein du CHIREC, il lui faudra, sauf urgence et à titre exceptionnel, obtenir l'accord préalable du Chef de Service et du Médecin Chef de Site.

Tout médecin inscrit au rôle de garde doit pouvoir, lorsqu'il est de garde, se libérer à tout moment de ses autres activités ou de sa consultation pour exercer les tâches qui lui incombent en tant que médecin de garde.

Indépendamment de l'organisation du Service des Urgences, tout médecin accrédité doit veiller à assurer la continuité des soins aux patients qu'il a en traitement. Conformément à l'article 16, § 3, en cas d'absence ou d'empêchement, le médecin doit confier son patient à un médecin qui assure la continuité des soins et doit également s'assurer que ce suivi est bien effectué en conformité avec l'article 10 (définition du timat).

La permanence des soins dans l'Hôpital est assurée de la manière suivante :

- Chaque spécialiste se rend disponible pour assurer le suivi de sa propre patientèle ;
- Pour pallier les cas d'indisponibilité, un rôle de garde par spécialité est organisé ;
- Chaque spécialiste s'organise pour se libérer **sans délai** le jour où il est de garde, de façon à pouvoir répondre à tout appel.

Outre les gardes sur place organisées selon les prescrits légaux, d'autres gardes sur place pourront être organisées pour certaines spécialités. Il est interdit d'adresser en dehors de l'Hôpital le patient qui se présente à la garde, sauf pour raisons médicales absolues ou si le patient en formule la demande. La prise en charge se fera au tarif légal.

Article 19 – Dossier médical

§1. DOSSIER MÉDICAL

Chaque médecin doit satisfaire aux exigences de la législation en vigueur, notamment l'Arrêté Royal du 3 mai 1999 « *déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier médical, visé à l'article 15 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, doit répondre* » et la Loi du 22 août 2002, telle que modifiée par la loi du 6 février 2024 « *relative aux droits des patients* »

En ce qui concerne la tenue et la composition du dossier médical qui conditionne notamment l'élaboration d'un RCM (Résumé Clinique Minimum) de qualité, le médecin veillera, pour respecter les termes de l'Arrêté Royal du 3 mai 1999, à ce que le dossier médical comporte les documents et renseignements suivants :

- a) l'identité du patient ;
- b) les antécédents familiaux et personnels, l'histoire de la maladie actuelle, les données des consultations et hospitalisations antérieures ;
- c) les éléments récoltés auprès du patient sur la planification anticipée de ses soins et sur ses objectifs de vie ;
- d) les résultats des examens cliniques, radiologiques, biologiques fonctionnels et histopathologiques ;
- e) les avis des médecins consultés ;
- f) les diagnostics provisoires et définitifs ;
- g) le traitement mis en œuvre et, en cas d'intervention chirurgicale, le protocole opératoire et le protocole d'anesthésie ;
- h) l'évolution de la maladie ;
- i) éventuellement, le protocole d'autopsie ;
- j) une copie du rapport de sortie qui doit être le compte rendu fidèle de la démarche diagnostique et thérapeutique et qui comprendra le rapport provisoire qui assure la continuité immédiate des soins et le rapport complet sur le séjour à l'Hôpital signé par le médecin responsable du patient ;
- k) pour chaque transfusion, le produit sanguin instable administré (avec le numéro d'unité ou le numéro de série), la date et l'heure de l'administration, les administrateurs (médecin et infirmier),

l'indication de la transfusion, les réactions éventuelles et une évaluation clinique et/ou biologique de l'efficacité de l'intervention.

L'accès du patient à son dossier médical est garanti par Loi du 22 août 2002 telle que modifiée par la loi du 6 février 2024 relative aux droits du patient et est encadré dans le strict respect de la réglementation notamment en ce qui concerne le droit de consultation de son dossier par le patient ou par la personne de confiance qu'il désigne, laquelle peut être un praticien professionnel, le droit d'obtenir une copie strictement personnelle et confidentielle de tout ou partie du dossier le concernant).

Le dossier médical reste la propriété de l'Institution et ne peut sortir de ses murs.

Le Médecin Chef de Site veille à ce que seuls les médecins concernés par les soins relatifs à un patient déterminé aient accès à son dossier.

Le médecin qui a été admis à tenir une consultation auprès du CHIREC est autorisé à consulter le dossier médical du patient qui se présente à sa consultation auprès du CHIREC. Il doit également compléter le dossier médical afférent à un patient qui se présente à sa consultation en fonction des informations qu'il apprend à cette occasion.

§2. SECRET MÉDICAL ET DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ

Tout médecin a droit à un accès au dossier patient informatisé de son patient et ce, dans le strict respect de la présente Réglementation Générale notamment de l'article 19, §1, alinéa 4.

L'accès au dossier patient informatisé est strictement individuel et est soumis aux règles de confidentialité et de secret professionnel. Un médecin ne peut accéder au dossier médical d'un patient que dans le cadre de l'existence d'un lien thérapeutique avec ce dernier. Tout abus est susceptible d'entraîner des sanctions sévères (voir, infra Titre VII).

Un médecin ne peut, en aucun cas, céder ou porter à la connaissance d'un tiers le contenu des codes d'accès au dit dossier patient informatisé.

Lorsqu'un médecin souhaite encoder dans le dossier patient informatisé du CHIREC des données relatives à un patient vu à l'extérieur des établissements du CHIREC, il doit avoir au préalable signé la Charte informatique du CHIREC (voir annexe n° 7)

En cas de cessation de la convention de collaboration liant le CHIREC à un médecin, à la demande de ce dernier, le CHIREC s'engage à lui donner accès sous forme électronique aux données du dossier patient informatisé relatives aux consultations éventuelles des patients vus par ledit médecin à l'extérieur des établissements du CHIREC, ceci aux fins d'assurer la continuité des soins desdits patients.

Dans ce cas, seul l'accès en lecture sera autorisé.

Article 20 – De la prescription médicale

- Les prescriptions d'examens d'Imagerie Médicale, de Biologie Clinique et d'Anatomopathologie, les demandes d'avis et/ou actes techniques auprès d'un tiers spécialiste, doivent être conformes aux règles de prescription figurant dans la législation notamment de l'AMI. La demande sera consignée dans le dossier médical.
- Les prescriptions de médicaments doivent être écrites et signées, sous forme papier ou électronique dans le respect des dispositions de l'article 15. Le traitement doit être inscrit dans le dossier médical et signé ou validé électroniquement.

- Les prescriptions à l'intention des infirmières, kinésithérapeutes, psychologues et paramédicaux, respecteront la législation en vigueur, notamment l'arrêté royal du 18 juin 1990 dans sa version modifiée par arrêté royal du 26 juin 2022 « *portant fixation de la liste des prestations techniques de l'art infirmier et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre* » (plans de soins de référence ou procédures, schéma de traitement écrit, etc.).
- Par dérogation, en cas d'urgence, une prescription orale est autorisée, dans le respect de la législation en vigueur, notamment de l'arrêté royal du 18 juin 1990 précité. Dans ce cas, le médecin s'engage à faire répéter le contenu de la prescription orale par l'infirmier de manière à s'assurer de sa bonne compréhension des instructions données. Une confirmation sera inscrite au plus vite dans le dossier du patient.

Article 21 – Relations avec le médecin traitant

Le médecin en charge du patient hospitalisé veillera à :

- informer le médecin traitant désigné par le patient de tout changement important et imprévu dans l'évolution de son affection;
- prévenir à temps le médecin traitant du jour et de l'heure d'une éventuelle intervention chirurgicale;
- adresser un rapport provisoire au médecin traitant le jour de la sortie du patient et fournir à ce dernier les prescriptions de médicaments nécessaires dans l'immédiat;
- faire suivre un rapport complet aussi rapidement que possible;
- informer personnellement le médecin traitant ou, à défaut, son remplaçant, d'un décès éventuel et ce dans les délais les plus courts.

Article 22 – Relations avec les patients et leurs familles

Le médecin hospitalier s'engage à respecter les dispositions de la Loi du 22 août 2002 telle que modifiée par la loi du 6 février 2024 relative aux droits des patients et notamment en matière de :

- respect de la dignité humaine du patient ;
- respect de son libre choix ;
- respect de ses objectifs de vie ;
- son droit à une information sur son état de santé dans un langage intelligible et à sa portée, et sur les choix diagnostiques et thérapeutiques, y compris les coûts des actes et traitements.

Le médecin hospitalier s'emploiera à appliquer ces dispositions dans l'esprit de la personnalisation des soins qui préside au sein de l'Hôpital, ce qui implique disponibilité, respect de la personne et humanité, tant vis-à-vis du patient que de son répondant.

Article 23 – Confidentialité et devoir de réserve vis-à-vis des médias

Le médecin hospitalier est tenu à un devoir absolu de confidentialité à l'égard des tiers et s'abstient de divulguer à l'extérieur toute information dont la divulgation pourrait porter atteinte aux intérêts de l'Hôpital, de ses organes et/ou de ses membres.

Le médecin ne peut s'exprimer dans les médias qu'à titre privé et, dans ce cas, doit alors veiller à ne faire aucune mention de l'institution. Si le médecin désire associer le nom du CHIREC ou faire état de sa qualité au sein de

l'institution, il doit préalablement en faire la demande auprès d'un membre du Conseil Exécutif et obtenir l'accord de celui-ci.

Article 24 – Conseil Médical

Le Conseil Médical exerce les prérogatives d'avis dans les conditions fixées aux articles 137 à 140 de la Loi sur les Hôpitaux.

Conformément à l'Arrêté Royal du 18 décembre 2001 « *exécutant l'article 128bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987* », le Conseil Médical dispose de tous les renseignements statistiques et comptables qui sont adressés au Ministère de la Santé Publique et à l'INAMI, du rapport du commissaire (réviseur) sur les comptes de l'Hôpital, des éléments nécessaires à l'élaboration des budgets et des comptes.

En collaboration avec le Directeur Général Médical et le Conseil Exécutif, il procède à une évaluation annuelle de l'activité des services médicaux et des réalisations des objectifs et du budget.

Article 25 – Concertation entre la Direction Générale et le Conseil Médical

La Direction Générale se consulte régulièrement avec le Président du Conseil Médical sur tous les points relevant d'un intérêt commun. Le Directeur Général Médical transmet au Conseil Médical les conclusions des discussions des Chefs de Département, de Pôles et de Service qui portent sur des matières de la compétence du Conseil Médical.

En vue de faciliter cette concertation, le Directeur Général Médical ou son représentant est invité *ès qualités* aux réunions du Conseil Médical. Le Président du Conseil Médical ou son représentant est invité *ès qualités* aux réunions du Conseil Exécutif Elargi.

Le Médecin Chef de Site est invité *ès qualités* aux réunions du Comité Médical Local.

Le Président du Comité Médical local est invité *ès qualités* aux réunions du Comité de Coordination local.

Article 26 - Affichage

Sauf autorisation particulière pour un des motifs visés ci-après et dans le respect de la neutralité et de l'intérêt réel pour les collaborateurs du CHIREC, il est interdit d'utiliser les locaux du CHIREC pour toute promotion ou communication étrangère à l'activité du CHIREC. La pose d'affiches ou de tout autre support de communication dans les locaux du CHIREC relève de la seule compétence du gestionnaire et doit faire l'objet d'une autorisation expresse du médecin chef de site. Une telle autorisation pourra être accordée pour autant qu'il s'agisse :

- d'affichages culturels ou d'intérêt général (expos, pièces de théâtre, festivals) pour autant qu'ils ne contiennent pas des éléments philosophiques, politiques ou religieux
- d'affichage des offres privées des collaborateurs du CHIREC (ex : vente d'une poussette, mise en location d'un bien immobilier de résidence, vente de sa voiture personnelle)
- d'affichage des offres commerciales si et uniquement si elles ont un intérêt réel pour le personnel (ex : location d'un appartement près d'un des sites du CHIREC ; baby-sitting, offres de stages de vacances pour les enfants).

Article 27 – De la mise sous tutelle

La mise sous tutelle n'est pas assimilable à une sanction.

La mise sous tutelle d'un médecin peut être décidée par le Directeur Général Médical en concertation avec le Conseil Médical afin de lui permettre de perfectionner son art. Elle peut être totale ou partielle, ne s'appliquant

alors qu'à certains actes médicaux précisés dans la décision. La durée de la mise sous tutelle peut être temporaire ou à durée indéterminée et l'éventuelle levée de celle-ci se fait en concertation avec le Directeur Général Médical et le Conseil Médical dès que les conditions qui l'ont amenée ont disparu.

Article 28 – De l'audit médical ciblé

Lorsque le Directeur Général Médical estime que le bon fonctionnement en matière de gestion du risque et de sécurité du patient au sein d'un service est compromis, il prend les mesures nécessaires pour organiser un audit médical ciblé. Cet audit médical ciblé se déroule dans le respect de la législation en vigueur et notamment de l'arrêté royal du 25 avril 2014 « *modifiant l'arrêté royal du 15 décembre 1987 portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'arrêté royal du 7 août 1987* ».

L'audit médical ciblé se déroule en plusieurs étapes :

1. La sélection et la définition du problème clinique ou organisationnel

Si un médecin est directement concerné et visé par l'audit médical ciblé, le Directeur Général Médical l'entend préalablement avant d'informer le Conseil Médical et le Conseil Exécutif de son intention de procéder à un audit médical ciblé.

Le Directeur Général Médical informe le Conseil Médical et le Conseil Exécutif de son intention d'organiser un audit médical ciblé et de ce qui en est à l'origine. Il décrit le dysfonctionnement, pointe les risques pour la sécurité des patients résultant de ce dysfonctionnement et, le cas échéant, cite le médecin concerné.

2. La définition de la nature des données à collecter et, le cas échéant, des normes à évaluer conformément à l'état de la science

Le Directeur Général Médical sélectionne et définit le problème clinique ou organisationnel, définit la nature des données à collecter et, le cas échéant, des normes à évaluer conformément à l'état de la science.

3. La collecte de données

Le Directeur Général Médical peut, dans le cadre du fonctionnement du staff médical, imposer la collaboration des médecins hospitaliers concernés à l'audit médical ciblé précité. Les médecins hospitaliers sont tenus de collaborer à l'audit. Un autre personnel hospitalier peut être concerné par l'audit après concertation et en collaboration avec le Chef de Service, de Pôle ou de Département dont relève ce personnel.

Dans tous les cas, avant, pendant et après l'audit médical ciblé, le Directeur Général Médical se consulte avec les Médecins Chefs (de Département ou de Service et de Pôle) concernés.

Le Directeur Général Médical peut également entendre tout patient concerné ainsi que son médecin traitant. D'une manière générale, le Directeur Général Médical pourra entendre toute personne qu'il juge utile, même extérieure à l'institution.

Toute audition fera l'objet d'un rapport d'audition qui sera signé par la personne auditionnée.

La collecte des données se fera dans le respect de la législation relative à la protection de la vie privée et notamment de la loi du 30 juillet 2018 « *relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel* » ainsi que le RGPD.

Les personnes qui participent à l'audit médical ciblé sont tenues au secret.

4. Le résultat de l'audit médical ciblé

Le Directeur Général Médical informe oralement le Conseil exécutif du résultat de l'audit médical ciblé et lui fournit un rapport écrit décrivant le déroulement de l'audit.

Lors de l'examen de l'audit médical ciblé par le Conseil Exécutif, le médecin concerné et/ou son Chef de Service et/ou de Pôle et de Département peuvent être entendus et apporter un commentaire au résultat de l'audit, s'ils y sont invités.

Le rapport final de l'audit est transmis au Conseil Médical. Seules les données à caractère personnel indispensables à l'exécution des missions du Conseil Médical sont transmises.

5. La définition du plan d'implémentation des points d'action et la concertation avec les Chefs de Service concernés.

En conclusion de l'audit, le Directeur Général Médical impose en collaboration avec le Médecin Chef de Service, le Médecin Chef de Pôle et le Médecin Chef de Département un plan d'implémentation des points d'action à entreprendre ainsi que la façon dont sera suivie leur exécution.

Le Directeur Général Médical évalue l'exécution de ces points d'action.

Les données à caractère personnel recueillies au cours de l'audit seront conservées pendant le temps nécessaire à l'exécution du plan d'implémentation des points d'action requis par l'audit.

6. Mesures conservatoires et sanctions éventuelles

Dans l'hypothèse où un Chef de Département serait concerné personnellement par l'audit, le Conseil Médical désigne, sur proposition du Directeur Général Médical, un médecin expérimenté pour assumer son rôle durant la période de l'audit.

A la suite de la présentation du résultat de l'audit, le Conseil exécutif peut décider d'appliquer une des sanctions prévues au Titre VII de la Réglementation générale. Par ailleurs, s'il estime que le maintien de la sécurité des patients le requiert, le Directeur Général Médical peut, en cours d'audit, proposer des mesures conservatoires. Si ces mesures correspondent à une des sanctions prévues au Titre VII de la Réglementation générale, elles seront proposées suivant la procédure prévue au Titre VII.

TITRE VII – SANCTIONS ET PROCEDURE

Article 29 - Sanctions

§ 1. Le présent titre s'applique à tous les médecins hospitaliers du CHIREC tels que définis par la présente Réglementation (médecins accrédités, médecins non accrédités, les assimilés).

Sans préjudice de toute action en responsabilité, le non-respect de la législation en vigueur, de la déontologie, des dispositions de la présente Réglementation, des règles d'organisation, de fonctionnement et de financement de l'Hôpital, des directives édictées par le Conseil Exécutif et/ou des dispositions contenues dans la convention de collaboration ou le contrat individuel peut constituer un manquement pouvant donner lieu à des sanctions.

Tout litige de nature déontologique est de la compétence du Conseil Provincial de l'Ordre des Médecins. En cas de suspension par l'Ordre des Médecins, le médecin sera suspendu automatiquement durant la même période. Le médecin est tenu d'informer sans délai le Conseil Exécutif de toute mesure disciplinaire prononcée à son encontre.

§ 2. Les sanctions disciplinaires suivantes peuvent être prononcées :

- La mise en garde (qui relève de la Direction médicale de site).
- L'avertissement écrit.
- La non-rétrocession au prestataire concerné des suppléments d'honoraires liés aux prestations effectuées au bénéfice de patients hospitalisés en chambre individuelle, pour une durée pouvant aller de minimum un mois à maximum un an.
- La majoration du taux de retenue d'honoraires pour une période pouvant aller de minimum un mois à maximum un an. S'agissant d'un médecin appartenant au Collège des Cliniciens, la sanction peut aller jusqu'à une retenue de 50% de la quote-part des honoraires que l'Hôpital lui rétrocède. S'agissant d'un médecin appartenant au Collège Pluridisciplinaire Médico-Technique, la sanction consiste en une retenue pouvant aller jusqu'à 33% de ses honoraires rétrocédés. Pour ne pas pénaliser le pool du médecin concerné, la retenue se fait sur la quote-part des honoraires à rétrocéder au médecin et non pas sur les sommes à rétrocéder à l'ensemble du pool.
- La suspension de la pratique médicale au sein du CHIREC et donc du contrat individuel ou de la convention de collaboration, sans rémunération, pour une période pouvant aller de minimum quinze jours à maximum un an.
- La résiliation du contrat pour manquement avec préavis.
- La résiliation du contrat pour motif grave.

Sauf les cas où la sanction interdit l'exercice de la médecine au sein du CHIREC, le médecin faisant l'objet d'une sanction visée au présent paragraphe a l'obligation de poursuivre normalement l'exécution de son contrat et notamment de garantir la continuité de son activité et des soins. Le manquement à cette obligation constitue en tout état de cause un motif grave, justifiant la résiliation du contrat sans préavis.

Sont considérées comme étant des sanctions mineures :

- La mise en garde
- L'avertissement écrit

Sont considérées comme étant des sanctions majeures :

- La non-rétrocession des suppléments d'honoraires liés aux prestations effectuées au bénéfice de patients hospitalisés en chambre individuelle
- La diminution du taux de rétrocession d'honoraires pour une période pouvant aller de minimum un mois à maximum un an.
- La suspension de la pratique médicale au sein du CHIREC et donc du contrat individuel ou de la convention de collaboration
- La résiliation du contrat pour manquement avec préavis.
- La résiliation du contrat pour motif grave.

Le type de sanction et la durée de celle-ci sont déterminés en fonction de la nature et de la gravité du manquement et des circonstances entourant celui-ci (récidives, circonstances aggravantes ou atténuantes, etc.).

§ 3. La mise en garde prononcée par le Médecin Chef de Site, le Médecin Chef de Pôle, le Médecin Chef du Département, le Médecin responsable du Programme de soins, le Chef de Service de Site, le Médecin référent

ou le Médecin coordinateur au sein d'un Site ne constitue pas une sanction disciplinaire au sens de la présente Réglementation.

Article 30 - Procédure de sanction

La mise en garde qui relève du médecin chef de site ne relève pas de cette procédure de sanction.

La présente procédure s'applique à toutes les sanctions à l'exception de la résiliation du contrat pour motif grave (voir infra, article 32).

1. Phase d'instruction

En cas de suspicion de manquement par un médecin, le médecin chef de site procède à l'instruction du dossier. Il peut procéder à toute mesure d'instruction utile. Il a notamment la faculté de solliciter le témoignage du médecin concerné et/ou de toutes les personnes qu'elle juge utile.

Le médecin concerné collabore à l'instruction. L'absence de réponse par le médecin concerné à un rappel de demande d'informations du médecin chef de site dans le cadre de l'instruction constitue une circonstance aggravante.

L'instruction est menée avec diligence.

A la fin de l'instruction, le médecin chef de site en charge de l'instruction établit un rapport et émet un avis concluant à l'opportunité de prononcer ou non une sanction et, le cas échéant, la sanction qu'il propose. Cet avis est transmis au Conseil Exécutif restreint.

2. Phase de décision

a. Décision de poursuivre la procédure de sanction

Si le médecin chef de site conclut qu'une sanction, mineure ou majeure, doit être appliquée, il en informe le Conseil Exécutif, lequel poursuit la procédure.

Le Conseil Exécutif prend alors connaissance du rapport et de l'avis d'instruction. Le Conseil Exécutif délibère et décide soit de poursuivre la procédure de sanction, soit de classer le dossier sans suite.

Dans l'hypothèse où le Conseil Exécutif décide de poursuivre la procédure en vue de sanctionner éventuellement le médecin concerné, il est procédé comme décrit ci-dessous.

b. Information du médecin et demande d'avis au Conseil Médical

Le Conseil Exécutif sollicite l'avis simple du Conseil médical sur la sanction qu'il propose, sauf pour les sanctions majeures, auquel cas l'avis renforcé est requis. La demande d'avis rappelle que l'avis éventuel est attendu dans un délai ne dépassant pas 1 mois.

Dans le même temps, le Conseil Exécutif informe le médecin concerné de ce qu'une sanction est envisagée et qu'un avis simple ou renforcé est sollicité de la part du Conseil médical. L'information mentionne les faits qui lui sont reprochés et la sanction disciplinaire qui est envisagée à son encontre. Il rappelle la possibilité laissée au médecin concerné de demander au Conseil médical de se faire entendre.

c. Réception de l'avis et décision

Sauf accord contraire entre le Conseil Exécutif et le Conseil médical, le Conseil médical dispose d'un délai d'1 mois pour faire valoir un avis au Conseil exécutif.

À défaut d'avis dans le délai convenu, si l'avis est favorable ou si l'avis n'est pas un avis renforcé, le Conseil exécutif peut prononcer la sanction proposée.

Si l'avis demandé est un avis renforcé et s'oppose à la proposition faite par le Conseil Exécutif, ce dernier peut prononcer la sanction alternative éventuellement proposée par le Conseil Médical.

Si l'avis demandé est un avis renforcé et s'oppose à la proposition faite par le Conseil Exécutif et que ce dernier ne peut se rallier à la proposition du Conseil médical, le Conseil exécutif ne peut prononcer de sanction qu'en accord avec le Conseil Médical. À cette fin, le Conseil Exécutif peut solliciter, sous le couvert d'éléments nouveaux, un nouvel avis sur une sanction différente ou identique à celle initialement proposée. Le Conseil Exécutif peut également se concerter avec le Conseil médical ou une délégation de celui-ci en vue de parvenir à un consensus. Celui-ci est consigné dans un procès-verbal signé par un représentant du Conseil médical et par un représentant du Conseil Exécutif.

Si, à la suite d'un avis renforcé défavorable du Conseil médical, le Conseil Exécutif souhaite solliciter un nouvel avis formel du Conseil médical en lieu et place de la concertation, il peut demander que l'avis soit émis dans un délai ne dépassant pas 15 jours sauf accord sur un autre délai entre le Conseil exécutif et le Conseil médical.

En cas de désaccord persistant, la procédure se poursuit comme visé par la loi sur les hôpitaux.

La sanction disciplinaire est notifiée au médecin concerné par un membre du Conseil Exécutif par pli recommandé ou remise en mains propres contre accusé de réception.

Article 31 – Recours

La résiliation du contrat pour motif grave s'opère dans le respect de la Loi coordonnée sur les Hôpitaux, en particulier de son article 137, alinéas 3 et suivants.

Article 32 - La résiliation du contrat pour motif grave

La résiliation du contrat pour motif grave s'opère dans le respect de la Loi coordonnée sur les Hôpitaux, en particulier de son article 137, alinéas 3 et suivants.

La notion de motif grave s'entend de toute faute qui rend immédiatement et définitivement impossible toute collaboration professionnelle entre les parties. Constituent notamment un motif grave, le fait de consulter le dossier d'un patient en dehors d'une relation thérapeutique effective ainsi que le fait de ne pas poursuivre une activité normale lorsqu'une sanction a été prononcée qui ne rend pas impossible l'exercice de la médecine au sein du CHIREC.

TITRE VIII – RESPONSABILITE

Article 33 – Responsabilité

1. En cas de non-respect de la législation en vigueur, de la déontologie, des dispositions de la présente Réglementation, des règles d'organisation, de fonctionnement et de financement de l'Hôpital, des directives édictées par le Conseil Exécutif, le Conseil d'administration ou l'Assemblée générale et/ou des

dispositions contenues dans la convention de collaboration ou le contrat individuel, le médecin engage sa responsabilité civile, sans préjudice du fait qu'il peut, en outre, se voir infliger une sanction prévue au Titre VII de la présente Réglementation.

2. Le médecin est indépendant et, à ce titre, il est pleinement responsable. Il devra réparer tous les préjudices subis par l'Hôpital, ses organes, ses préposés, les médecins, le personnel soignant, les patients et/ou par tout tiers, en raison de ses fautes.

Si en raison d'une faute imputable au médecin, l'INAMI, un organisme assureur ou un patient réclame un trop perçu, la restitution d'honoraires ou une pénalité, le médecin concerné devra rembourser les montants en cause et réparer tous les dommages occasionnés par sa faute.

3. Le médecin est responsable des honoraires que l'Hôpital facture aux organismes assureurs et à ses patients. Par conséquent, s'il apparaît que les montants réclamés sont injustifiés, inexacts ou indus, le médecin engage sa responsabilité et devra rembourser l'indu et les éventuels majorations, pénalités et intérêts.
4. La responsabilité du médecin sera engagée notamment en cas de violation des obligations qui lui incombent :

A l'égard des tiers, des patients, de ses confrères/consœurs, notamment :

- exercer dans le respect des patients et des tiers,
- le respect des règles de confraternité
- le respect de la loi du 22 août 2002 sur les droits du patient
- les règles entourant la tenue et la confidentialité du dossier médical
- le libre choix du patient
- le devoir d'information
- le respect de l'obligation de participer au rôle de garde
- le respect du secret professionnel
- le respect des bonnes pratiques médicales (durée de séjour, anesthésies simultanées, mauvais usage des médicaments, ...), etc.) ;

A l'égard du CHIREC, notamment :

- le respect des exigences d'organisation et de fonctionnement de l'Hôpital
- le respect de la Réglementation générale et du contrat individuel
- être en ordre au niveau de la couverture de son assurance RC professionnelle
- le respect des formalités administratives notamment en ce qui concerne les avis de fin d'hospitalisation (fin de séjour, prolongation)
- le respect de l'obligation d'informer son Médecin Chef de Service de Site et son Médecin Chef de Site au moins trois mois à l'avance de ses congés
- Le respect des règles d'admission (réservation de lits ou de salle d'opération, feuille de liaison ou d'admission) et de durée de séjour
- le respect de l'interdiction éventuelle pour le médecin appartenant au Collège Pluridisciplinaire Médico-Technique d'exercer une activité concurrentielle dans un rayon de 10 km autour des cliniques et polycliniques du CHIREC, etc. ;
- De même, il ne sera pas accepté qu'un clinicien engage dans son cabinet privé extramuros un médico-technique en dehors d'une convention avec le CHIREC dans un rayon de 10km par rapport à un centre du CHIREC

À l'égard de l'INAMI, des organismes assureurs et de la Santé publique, notamment :

- le respect des réglementations INAMI en ce qui concerne le maintien du numéro d'agrément INAMI
- les attestations de soins
- les prescriptions médicales, les documents 721 bis, 723, 727
- les documents intermédiaires
- le RCM
- le respect des accords Médico-Mutualiste et de la loi sur l'assurance maladie-invalidité coordonnée le 14 juillet 1994, notamment ses articles 73 et suivants, etc.) ;

A l'égard de l'autorité administrative ou déontologique, notamment :

- le respect des règles de confraternité
- le secret professionnel

5. Sans préjudice de tous dommages et intérêts et/ou d'éventuelles sanctions prévues au Titre VII de la présente Réglementation, le médecin responsable de ses manquements assumera la charge financière des effets négatifs de ceux-ci sur le budget du CHIREC.

La charge financière des effets négatifs est évaluée par le Médecin Chef de Site selon les modalités approuvées par le Conseil Exécutif. Il pourra s'agir d'une redevance forfaitaire par élément d'infraction constatée. Le montant des redevances forfaitaires sera doublé en cas de récidive dans l'année.

Ainsi :

- Une redevance forfaitaire de 50 euros (indexé à dater du 1^{er} janvier 2014 selon l'indexation INAMI des prestations intellectuelles) par dossier médical mal tenu est due pour couvrir le surcroît de coûts administratifs liés par exemple à une mauvaise tenue (caractère incomplet, absence, etc.) du RCM, de feuilles de liaison, du dossier médical, du suivi des patients, préadmissions et retard d'encodage d'honoraires.
- En cas de retard en salle d'opération ou au plateau technique, une redevance forfaitaire de 250 €/heure (indexé au 1^{er} janvier 2014 selon l'indexation INAMI des honoraires chirurgicaux) est due pour couvrir les coûts et frais liés à son retard.
- Une redevance fixée au cas par cas est due par le médecin qui ne participe pas au rôle de garde ou s'il ne vient pas alors qu'il est appelé.

Le Médecin Chef de Site communique sa décision au Conseil Médical et facture au médecin responsable ou au prestataire assimilé les sommes dues. Les montants ainsi perçus, à titre de redevances forfaitaires, sont affectés au centre de frais 050 (administration).

Ces redevances forfaitaires interviennent, sans préjudice de tous dommages et intérêts et/ou d'éventuelles sanctions prévues au Titre VII de la présente Réglementation.

TITRE IX – DISPOSITIONS FINALES

Article 34

Tout différend, autre que celui visé à l'article 32 de la présente Réglementation, pouvant surgir entre les parties quant à l'exécution ou l'interprétation de la présente Réglementation fera l'objet d'une discussion préalable entre les parties qui tenteront de se concilier. En cas d'échec de la conciliation, le différend est de la compétence des juridictions francophones de Bruxelles.

DEUXIEME PARTIE – Statut Pécuniaire

TITRE X – DE LA REMUNERATION DE L'ACTIVITE MEDICALE ET DE SES MODALITES

Article 35 – Rémunération de l'activité médicale

Les médecins qui exercent sur un des sites du CHIREC sont honorés de la manière suivante :

1. les médecins faisant partie du Collège Pluridisciplinaire Médico-Technique : selon la grille reprise dans la quatrième partie, annexe n° 3 ;
2. les médecins cliniciens : à l'acte ou au forfait en cas de dérogation accordée par le Conseil Exécutif (cf. grille reprise dans la quatrième partie, annexe n° 3);
3. les médecins assistants en salle d'opération : à l'acte ou selon la convention individuelle;
4. les médecins assistants hospitaliers : à la vacation;
5. les médecins candidats spécialistes : selon les dispositions prévues dans la législation en vigueur;
6. les médecins vacataires : à la vacation;
7. les médecins consultants externes : à l'acte ou au forfait.

Conformément au code de déontologie médicale (article 72), le médecin garde la propriété entière de ses honoraires.

On entend par rétrocession des honoraires, les montants reversés par le CHIREC aux médecins après retenues en conformité à la législation, à la présente Réglementation Générale et au contrat.

Article 36 – Perception des honoraires

Sont perçus centralement par le CHIREC pour son propre compte mais sous la responsabilité du médecin :

- les honoraires des médecins du Collège Pluridisciplinaire Médico-Technique ;
- les honoraires des médecins cliniciens afférents aux patients hospitalisés ou traités en hospitalisation de jour chirurgicale ou médicale, que les prestations soient effectuées dans les services d'hospitalisation ou de consultation, ou pour lesquels l'Institution est, en application de la convention entre Organismes Assureurs et Hôpitaux, en droit de porter en compte des montants forfaitaires (maxi, groupes 1 à 7 et Clinique de la Douleur groupes 1 à 3, ...). Chaque fois qu'elle est conforme à la réglementation de l'Assurance Maladie ou de la Santé Publique, l'attestation des actes donnant lieu à un forfait doit être privilégiée ;

La perception centrale par le CHIREC pour son propre compte peut être mise en application pour les honoraires afférents à des prestations ambulatoires de certains médecins cliniciens, individuellement ou en groupe, à leur demande.

Article 37 – Politique de prise en charge par le CHIREC des frais exposés par le médecin

D'une manière générale, la politique de prise en charge des frais exposés par le médecin se fonde sur une autorisation préalable. La politique de prise en charge des frais exposés par le médecin est disponible auprès du Département financier, service Honoraires du CHIREC.

.

Article 38 – Couverture des frais par le médecin

1. Le médecin couvre tous les frais engendrés par sa pratique dans le CHIREC, dans la mesure où ces frais ne seraient pas déjà couverts conformément à la procédure définie à l'article 39.
2. Le budget est soumis au Conseil Médical avec tous ses éléments d'appréciation.
3. Outre les frais répartis, le médecin couvre les frais réels directs d'investissement, de personnel et de fonctionnement.
4. Les frais qui doivent être couverts sont notamment ceux :
 - 4.1. des services de consultations;
Lorsqu'un médecin hospitalier est admis à tenir une consultation auprès du CHIREC, une convention de mise à disposition d'infrastructures médicales est conclue entre le CHIREC et ce médecin hospitalier. En cas de sous-utilisation des capacités de consultation, le Gestionnaire se réserve le droit de procéder à une réaffectation en vue de réaliser un objectif d'occupation optimale.
 - 4.2. des services médico-techniques;
 - 4.3. de secrétariat médical dans la mesure où ils ne sont pas couverts ou insuffisamment couverts par le budget (BMF) de l'Hôpital ou toute autre source;
 - 4.4. afférents à la permanence des soins (intra et extra muros) dans la mesure où les frais ne sont pas couverts ou insuffisamment couverts par le budget (BMF) de l'Hôpital ou toute autre source;
 - 4.5. de personnel et de matériel liés à des services hospitaliers non couverts ou insuffisamment couverts par le budget (BMF) de l'Hôpital ou toute autre source, en application de l'article 154 de la LCH;
 - 4.6. les frais administratifs non couverts par le Budget des Moyens Financiers.
5. Les frais de perception centrale, inclus dans les retenues effectuées par le CHIREC, sont de 6 % des honoraires facturés dans ce cadre.
6. Les médecins participent au fond d'investissement pour matériel médical. Le pourcentage retenu par le CHIREC est de 3% (sauf pour les anesthésistes : 1.5%). Ce pourcentage est appliqué sur toutes les prestations qui génèrent un forfait d'hospitalisation.
7. Le CHIREC prélève enfin mensuellement un montant de ~~11€~~ 13€ pour le Conseil Médical. Ce montant est fixé par la présidence et les voix du CM. Il est indexable annuellement.
8. La rétrocession reprise à l'article 39 et à l'annexe de l'article 37 ne couvre pas :
 - les frais de secrétariat particulier, d'instrumentation ou d'assistance particulière. Ces frais font l'objet d'une demande de remboursement de frais séparée au praticien, comportant un relevé précis des prestations fournies.
 - le surcroît de frais administratifs, le coût des pénalités ou la restitution d'indu, engendrés notamment par le non-respect des règles figurant au Titre VI de la Réglementation Générale, notamment en matière d'admission (par exemple : réservation de lit et en salle d'opération, feuille de liaison ou d'admission manquante ou incomplète), de tenue du dossier médical en ce compris les données nécessaires à l'enregistrement d'un RCM de qualité, ou par l'omission de remplir dans les délais les formalités administratives réglementaires en matière de séjour du patient (fin de séjour, prolongation). Sans préjudice de tous dommages et intérêts (voir supra, Titre VIII) et/ou d'éventuelles sanctions prévues au Titre VII de la présente Réglementation générale, le médecin responsable de ces manquements assumera la charge financière des

effets négatifs de ceux-ci sur le budget du CHIREC, notamment par le paiement de redevances forfaitaires (voir supra, Titre VIII).

9. Le médecin dont la collaboration avec le CHIREC a pris fin reste redevable de ses frais, des impayés patients ainsi que de toutes corrections apportées à ses prestations effectuées lors de son exercice.

Article 39 – Modalités de rétrocession des honoraires

Conformément aux dispositions de l'article 155, § 3 de la LCH (tarif fixé d'un commun accord entre le Conseil Exécutif et le Conseil Médical), les rétrocessions ou retenues sur honoraires s'effectuent de la manière suivante :

1. Pour les médecins relevant du Collège Pluridisciplinaire Médico-Technique

- 1.1. Les pourcentages des honoraires rétrocédés par le CHIREC aux médecins des services relevant du Collège Pluridisciplinaire Médico-Technique sont fixés en tenant compte notamment des recettes afférentes à chaque département concerné, éventuellement selon une répartition entre un montant fixe et une part variable.

Ces pourcentages tels que fixés à la date de l'adoption de la présente Réglementation sont annexés au Statut Pécuniaire (voir infra, quatrième partie, annexe n° 3).

- 1.2. Les montants d'honoraires rétrocédés aux médecins, déterminés par ces pourcentages, couvrent notamment les éléments suivants :
- les honoraires des médecins;
 - les honoraires pour les remplacements éventuels;
 - les indemnités éventuelles de Chef de Service ;
 - les indemnités des gardes prestées dans les services médico-techniques, sauf USI et NIC (rétribués à la vacation).

Ces dispositions peuvent être revues en cas de modification des dispositions légales en matière d'agrément et de financement.

- 1.3. Une provision peut être versée mensuellement à chacun des médecins attachés à ces services.
- 1.4. Les comptes individuels sont régularisés au moins une fois par an, après l'approbation des comptes par l'Assemblée Générale.

2. Pour les médecins relevant du Collège des Cliniciens

- 2.1. Les taux globaux de rétrocession sont définis (voir infra, quatrième partie, annexe n° 3), tenant compte notamment des taux d'occupation de l'Institution et des admissions « classiques ».

2.2. Dispositions particulières

Des taux de rétrocession spécifiques peuvent être appliqués après avis du Conseil Médical :

- dans le cadre de statuts particuliers qui devront faire l'objet de conventions écrites entre le CHIREC et le praticien ou le groupe de praticiens;
- dans le cadre d'achat de matériel médical particulièrement onéreux ou très spécifique à un praticien ou à un groupe de praticiens.

3. Pour tous les médecins hospitaliers

- Tous les paiements entre le CHIREC et les médecins sont compensés sur base mensuelle. Chaque mois, seul le solde des créances exigibles de part et d'autre sera payé.
- La prime relative à l'assurance en responsabilité civile via la police collective souscrite par l'Hôpital sera débitée de plein droit dans le cadre de la compensation.

Article 40 - Force contraignante

Conformément à l'article 155, § 5 de la LCH, le présent Statut Pécuniaire est contraignant pour tous les médecins, nonobstant toute stipulation contraire dans les contrats et conventions individuels. Il en va de même pour toute modification ultérieure apportée dans les mêmes conditions.

TITRE XI– DE LA FIXATION DES HONORAIRES

Article 41 – Fixation des honoraires

Tous les praticiens sont tenus de respecter la déontologie ainsi que les dispositions impératives de la législation et des règlements en la matière.

Pour les médecins non conventionnés, sous réserve de l'article 152 § 5 (exécuté par les Arrêtés Royaux des 29 septembre 2002 et 9 janvier 2003) de la LCH, ceux-ci sont libres d'appliquer des suppléments d'honoraires dans les limites de la législation et dont le maximum ne peut être supérieur à ceux définis à l'article 42 ci-dessous.

Article 42 – Des maxima de suppléments d'honoraires

A l'égard des bénéficiaires de l'Assurance Maladie belge ou assimilés, les suppléments d'honoraires qui peuvent être appliqués sont actuellement au maximum de 300 % du montant des honoraires de l'Accord Médico-Mutualiste et/ou des pseudos codes établis par l'institution, dans le respect de la législation et de la déontologie.

Le Conseil Exécutif demande au Conseil Médical un avis renforcé sur les règles régissant les suppléments d'honoraires avant de les déterminer ou de les modifier. Le pseudo code est fixé de commun accord avec le médecin sur avis du Conseil médical.

En vue de se conformer à la convention de reconstruction mammaire (convention DIEP), il est prévu que pour la patiente hospitalisée dans une chambre individuelle, les suppléments d'honoraires pour les médecins qui procèdent et assistent à l'opération, sont limités à maximum 100% de la prestation principale et que les suppléments d'honoraires pour les prestations relatives aux interventions visées dans la convention de reconstruction mammaire ne sont pas augmentés.

Article 43 – Fixation des règles

Les suppléments d'honoraires, exprimés en pourcentage ou en montants bruts, portés en compte au patient à la suite d'une intervention chirurgicale font l'objet d'une concertation entre le chirurgien, l'aide opératoire et l'anesthésiste. Les pourcentages de supplément ne doivent pas être identiques pour chaque intervenant ; ils peuvent tenir compte des contingences particulières. A défaut d'un accord des trois confrères concernés, le supplément d'honoraire (pourcentage) décidé par le chirurgien pour des honoraires de l'intervention s'applique aux autres participants à l'intervention.

Article 44 – Accords particuliers

En dérogation à l'article 42, seront respectés, dans la fixation des montants maxima de suppléments d'honoraires, les accords particuliers pouvant être conclus entre le CHIREC ou un de ses Sites et une ou des Compagnies d'Assurances ou dans le cadre de Contrats de Services vis-à-vis de collectivités belges ou étrangères et ce, conformément à la 1^{ère} partie de la Réglementation Générale (article 15).

Article 45– Soins au tarif de l'Accord

Pour les patients ambulants, en consultation, chaque praticien agit conformément à son statut par rapport à l'Accord Médico-Mutualiste et dans le cadre des conditions de revenus prévues pour les bénéficiaires à l'Accord Médico-Mutualiste si le praticien a adhéré à l'Accord.

Sauf exception, le médecin demande le ticket modérateur.

Conformément à la Loi, le patient est averti, avant le premier contact avec un médecin, du statut de celui-ci par rapport à l'Accord Médico-Mutualiste (conventionné ou non conventionné). Le médecin, s'il n'est pas conventionné, vérifie que l'information a bien été donnée. Le médecin partiellement conventionné indique clairement les horaires durant lesquels il est conventionné et non conventionné sur le site internet de l'Hôpital. Le secrétariat en informe le patient lorsqu'il prend rendez-vous.

Pour les patients hospitalisés, l'institution ayant l'obligation de donner aux patients qui l'exigent les soins au tarif de la convention, le médecin qui hospitalise le patient et qui refuserait de le prendre en charge dans ces conditions, doit trouver un confrère acceptant de le faire.

A défaut, le médecin chef de site désignera un médecin.

Article 46 – Absence d'Accord Médico-Mutualiste

En l'absence d'Accord Médico-Mutualiste, les médecins sont libres d'appliquer, dans le respect de la législation et de la déontologie, des suppléments d'honoraires dans le cadre des maxima définis au présent règlement, sauf dans les circonstances visées à l'article 41, alinéa 2 de la présente Réglementation.

TITRE XII – DE LA PUBLICITE

Article 47 – Publicité

Chaque médecin est tenu d'informer la Direction de Site de sa situation par rapport à l'Accord Médico-Mutualiste (conventionné, conventionné partiel ou non conventionné) et ce lors de chaque renouvellement d'Accord Médico-Mutualiste ou lorsque sa situation individuelle se modifie.

La publicité de la situation du médecin par rapport à l'Accord Médico-Mutualiste est réalisée par la mise à disposition aux services d'admission et dans les secrétariats médicaux, pour l'information des patients, d'une liste reprenant la situation du médecin et, en cas d'engagement partiel, les plages horaires **d'activités ambulatoires** conventionnées et celles qui ne le sont pas.

Article 48 – Information du patient

En cas d'hospitalisation ou de prestation assimilée à une hospitalisation, le médecin **est tenu d'informer le patient au préalable de la nature et de la hauteur estimée des montants qui seront à sa charge, notamment**

des suppléments d'honoraires et du coût des implants ¹. Ces informations sont reprises dans la feuille de liaison qui est remise et signée par le patient avant son admission.

Il dispose du support de la cellule estimation et de la cellule des patients internationaux tout patient non couvert par la mutuelle belge ou européenne.

TITRE XIII – BASSE VARIABILITE

1. Pour tous les patients, il faut préparer au mieux l'hospitalisation. Les examens suivants, seulement s'ils sont nécessaires, doivent être réalisés en ambulatoire dans le CHIREC avant l'hospitalisation qu'elle soit classique ou de jour :

- a. Préopératoire
- b. Laboratoire
- c. Radiologie
- d. Pneumologie, gastro, cardio, ...

Afin de faciliter le codage du RCM, le dossier médical du patient doit être le plus complet possible (antécédents et traitements à domicile compris) avant son entrée à l'hôpital.

Plus que jamais, il est indispensable que le séjour du patient soit le plus court possible. En hospitalisation classique, il faut idéalement faire sortir le patient avant 11 heures du matin.

2. Si la pathologie du patient est concernée par le nouveau financement « pathologie à basse variabilité », le médecin doit impérativement le signaler sur la feuille de liaison avant l'hospitalisation du patient en reprenant le libellé repris dans la liste en annexe.

Ces patients doivent absolument passer par le **service préadmission** pour les hospitalisations classiques. Nous ne pouvons pas garantir le paiement des médecins sans le respect strict de cette consigne.

3. Pour tous les patients aussi bien en hospitalisation classique qu'en hospitalisation de jour, l'ensemble des prestations doit être facturé au plus tard cinq jours après la sortie du patient. L'utilisation de Xprest doit absolument se généraliser.
4. Si la pathologie du patient est concernée par le nouveau financement, il est impératif de faire apparaître dans le dossier médical, le protocole opératoire et la lettre de sortie, tous les diagnostics secondaires permettant d'améliorer la codification du RCM.

¹ Cf. Arrêté Royal du 17 juin 2004 concernant la déclaration d'admission à l'hôpital et ses arrêtés modificatifs.

TROISIEME PARTIE – Règlement de perception centrale

Le Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell, en abrégé CHIREC, est désigné ci-dessous sous le vocable générique Hôpital. Le service de perception centrale est organisé conformément à l'article 149 de la LCH.

1. Perception centrale par l'Hôpital

- 1.1. Les honoraires médicaux sont facturés par les services financiers de l'Hôpital, pour le compte de l'Hôpital. Les honoraires médicaux perçus pour le compte de l'Hôpital comprennent également tous les suppléments d'honoraires réclamés au patient au-delà du tarif de l'engagement, tant pour les médecins conventionnés que non conventionnés. Les honoraires concernés par la perception centrale sont détaillés à l'article 36 de la Réglementation Générale.
- 1.2. Les médecins accrédités à l'Hôpital ou autorisés contractuellement à y exercer pour les consultations autorisent par le présent règlement le Directeur Général Médical et les Médecins Chefs de Site à signer les attestations de soins globales. Ils autorisent de même par le présent règlement le Directeur Général Médical et les Médecins Chefs de Site à signer les factures récapitulatives qui font partie de la note d'hospitalisation.
- 1.3. Le médecin veille à encoder ses prestations dans le logiciel mis à sa disposition. Cet encodage validé vaut signature. Il doit être réalisé au plus tard 10 jours après sa prestation.
- 1.4. Le Président du Conseil Médical ou un membre délégué du Conseil Médical peut contrôler le fonctionnement du service de perception. A cette fin, les informations du logiciel sont mis à sa disposition et peuvent être contrôlés par lui sur place.
- 1.5. Ce logiciel doit être tenu à la disposition du Contrôle Médical de l'INAMI.
- 1.6. Le Directeur Financier du CHIREC ou son délégué tient à la disposition de chaque médecin le listing des actes qui sont facturés mensuellement à son nom.
- 1.7. La facturation de l'ensemble de l'activité hospitalière, de polyclinique facturée via paiement direct (tiers payant) et d'urgence (à l'exception des honoraires de consultation perçus directement auprès du patient) a lieu en principe dans le mois qui suit celui de la prestation, sauf en cas de force majeure ou d'absence de document probant permettant la facturation.
- 1.8. Le statut pécuniaire règle les modalités de rétrocession des honoraires aux médecins.

2. Le Mandat

Chaque médecin donne mandat au Directeur Général Médical et au Médecin Chef de Site, pour porter en compte les honoraires générés par son activité et qui sont perçus par l'Hôpital pour son propre compte.

3. Responsabilité du médecin pour les honoraires réclamés

Le médecin est responsable des honoraires que l'Hôpital facture aux organismes assureurs et à ses patients. Par conséquent, s'il apparaît que les montants réclamés sont injustifiés, inexacts ou indus, le médecin engage sa responsabilité et devra rembourser l'indu et les éventuels majorations, pénalités et intérêts.

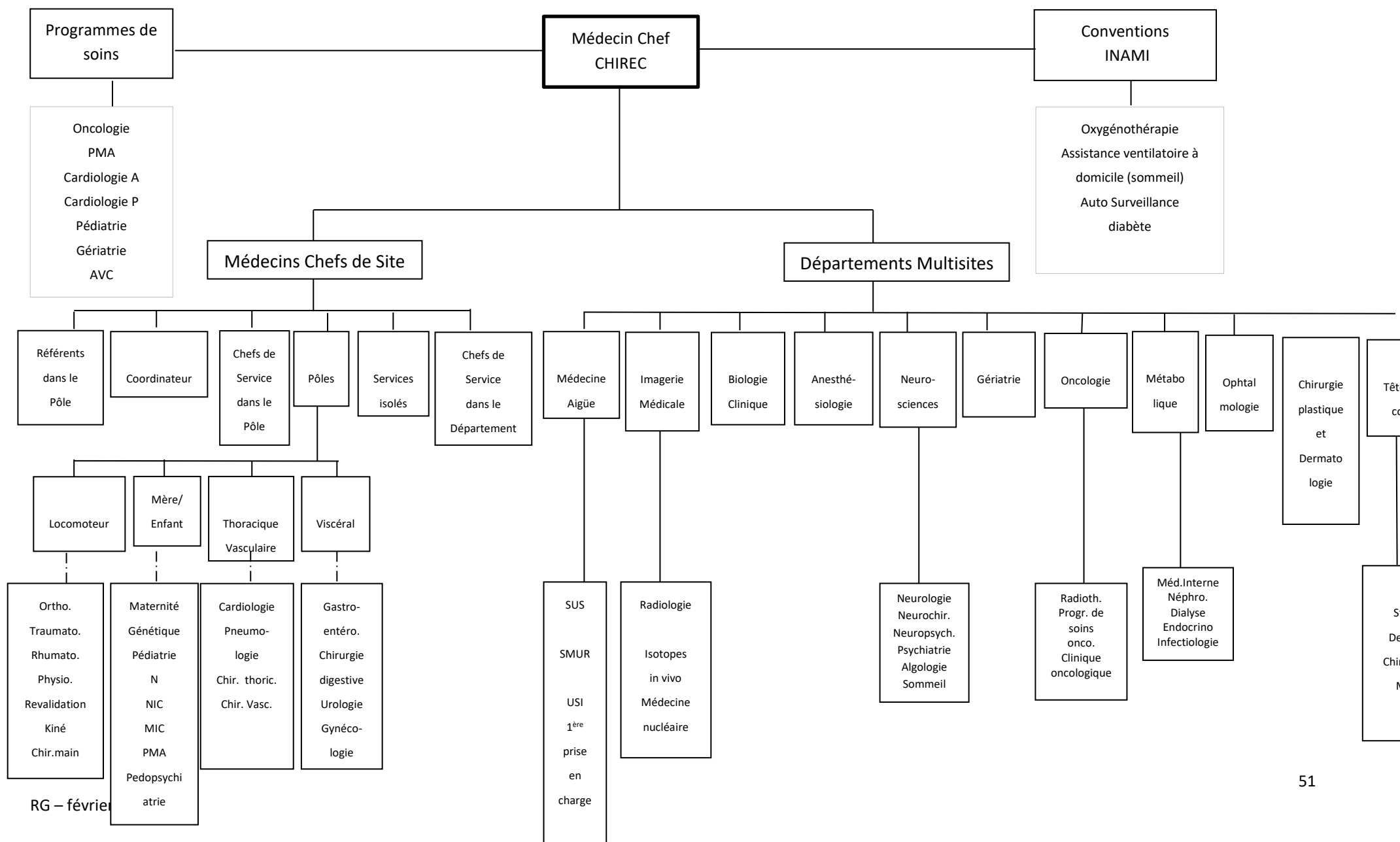
En cas d'honoraires impayés, le Gestionnaire prévient le médecin du contentieux et de l'assignation du patient. La procédure en récupération est, dans les limites du raisonnable, diligentée aux frais du CHIREC qui peut,

ensuite, récupérer les honoraires impayés auprès du médecin Si le CHIREC décide de ne pas poursuivre, le médecin peut, s'il le souhaite, tenter la procédure de récupération à ses frais et risques.

QUATRIEME PARTIE

Annexes à la Réglementation générale

ANNEXE n° 1 : ANNEXE A L'ARTICLE 5 – ORGANIGRAMME MEDICAL



ANNEXE n° 2 : ANNEXE A L'ARTICLE 10 –Règles d'attribution des dixièmes pour le calcul du timat

(maximum 2/jour et minimum 4 heures) et une journée calendrier comporte maximum 2/10.

	Gynécologue-obstétricien	Chirurgien et disciplines filles	Interniste et disciplines filles	Anesthésiste	Pédiatre
Consultations « internes » selon chiffres disponibles (demi- journée par semaine)	1/10 par demi-journée (4 h)	1/10 par demi-journée (4 h)	1/10 par demi- journée (4 h)	1/10 par demi- journée (4 h)	1/10 par demi- journée (4 h)
Présences en salle d'opération selon chiffres disponibles (demi- journée par semaine)	1/10 par demi-journée (4 h)	1/10 par demi-journée (4 h)		1/10	
Tour de salle (demi- journée par semaine)	Pour chaque 10^è de présence en salle d'op. ou d'accouchement 0.5 10^è en plus	Pour chaque 10^è de présence en salle d'op. 0.5 10^è en plus (mais pas en one day)	+1/10 si uniquement tour en salle en dehors de leurs jours de consultations	Pour chaque /10 de présence en salle correspond 0.5/10 en plus (mais pas en one day)	+1/10 si uniquement tour en salle en dehors de leurs jours de consultations
Accouchements	1/10 correspond à 40 accouchements/an				
Surveillance par le pédiatre en Maternité					+1/10 par tranche de 40 bébés/an maximum 5/10
Gardes sur place - 12 heures par semaine	+1/10			+1/10	+2/10

ANNEXE n° 3 : ANNEXE A L'ARTICLE 35 – STATUT PECUNIAIRE

1. MODALITES DE RETROCESSION DES HONORAIRES

Il faut entendre par rétrocession : Si le prélèvement est de 25% cela signifie que l'hôpital garde 25% des honoraires des médecins et que l'hôpital verse (rétrocède) 75% aux médecins.

A) Collège des Cliniciens

1. **Hospitalisation de Jour Chirurgicale et Médicale avec Forfaits Groupes 1 à 7 – Clinique de la Douleur 3 Groupes –PLÂTRES forfait salle de plâtre – forfait port cathéter – forfait soins de base oncologiques – maxi forfait monothérapie et combithérapie & Hospitalisation Classique Lits A C D E M G Sp à l'exception des honoraires des chirurgiens hospitalisant en chambre commune (cf. point 2) et des honoraires des anesthésistes (cf. point 4)**

Les taux de rétrocession en vigueur au 1^{er} janvier 2019 sont de 75.5 % sur le tarif INAMI et de 78% sur les suppléments.

2. **Honoraires des chirurgiens hospitalisant en chambre commune et en hospitalisation classique et de jour ayant un chiffre d'affaires annuel global CHIREC durant l'année n-1 inférieur à 450.000€/an, pour les prestations effectuées aux conditions du point 1.**

La rétrocession des honoraires s'élève à 85%.

En cas de patients hors INAMI, le taux prévu au point 1 est d'application pour les honoraires.

3. **Honoraires des médecins réalisant des prestations d'endoscopie générant 1 forfait en hospitalisation de jour en chambre commune ayant un chiffre d'affaires annuel global CHIREC durant l'année n-1 inférieur à 450.000 €/an, pour les prestations effectuées au point 1**

La rétrocession des honoraires s'élève à 85%.

En cas de patients hors INAMI, le taux prévu au point 1 est d'application pour les honoraires.

4. **Honoraires des anesthésistes pour les prestations effectuées aux conditions du point 1.**

Le taux de rétrocession repris au point 1 est réduit de 5 % sur les suppléments à partir du 1^{er} juillet 2016.

5. **Les Dispositions pour les prestations réalisées en One day ne générant pas de forfait :**

Les prestations réalisées en one day (chirurgicale ou médicale) ne générant pas de forfaits groupes 1 à 7 et Clinique de la Douleur groupes 1 à 3, maxi, plâtres ou de journée d'hospitalisation (cf. 1, 2 et 3) sont au taux de rétrocession de 64% et obligatoirement en perception centrale.

6. **Règles particulières :**

- a) Honoraires de surveillance (article 25 de la nomenclature INAMI) (ce que le CHIREC rétrocède)
 - ✓ pour les internistes, gastroentérologues, cardiologues, pneumologues, pédiatres, neurologues, neuropsychiatres, rhumatologues, endocrinologues, oncologues, etc.
Inami 92 % Suppléments 92 %
 - ✓ pour les gériatres

Inami 84 % Suppléments 84 %

- ✓ pour les psychiatres

Inami 85% Suppléments 85%

- ✓ pour les spécialistes en gynécologie obstétrique, pour les patientes hospitalisées dans la section MIC, ces honoraires ne font l'objet d'aucune rétrocession, la retenue à 100 % au profit de l'Institution permettant de couvrir partiellement les frais de la permanence médicale dans ce service. Pour la facilité des services de facturation, ces honoraires seront portés en compte par les médecins faisant partie du groupe des médecins MIC.

b) Honoraires des assistants opératoires

Inami 94 % Suppléments 94 %

- c) Par dérogation à ce qui précède, la rétrocession sur honoraires de physiothérapie (article 22 de la nomenclature INAMI) dans le service Sp ou dans un autre service hospitalier est de 73 % sur le montant INAMI des actes techniques, de 70% sur les suppléments de ces actes et de 0 % sur les montants INAMI et suppléments des honoraires de surveillance (permettant de financer le médecin assistant en hospitalisation).

- d) Le Conseil Exécutif peut, après avoir sollicité l'avis renforcé du Conseil Médical, mettre en place des mécanismes particuliers en faveur de certains groupes de médecins, quand du matériel ou du personnel mis à charge soit du CHIREC, soit du médecin prestataire est utilisé à la fois au bénéfice de patients ambulatoires et hospitalisés.

- e) Une augmentation de la rétrocession de 2 % sur l'ensemble des honoraires INAMI et suppléments, repris sous les points 1-2-3, concernant l'hospitalisation de jour médicale et chirurgicale avec forfaits groupes 1 à 7 et Clinique de la Douleur groupes 1 à 3, maxi, mini, plâtres, l'hospitalisation classique lits A C D E M G et Sp est appliquée au bénéfice des médecins ayant une pratique monohospitalière (c'est-à-dire dont toute l'hospitalisation se fait dans le CHIREC). Ce bonus de rétrocession n'est consenti qu'au cas où le médecin concerné a hospitalisé, au cours de l'année en cours, au moins 30 % de ses patients en chambre commune ou à deux lits. Les montants rétrocédés seront donc liquidés à la fin du 1^{er} trimestre de l'année X+1, ce délai permettant d'enregistrer le type de chambre choisi au cours de l'entièreté de l'année X.

- e) Le calcul de la rétrocession des honoraires sera effectué dans le courant de chaque mois (m) pour les actes facturés (supports magnétiques et papier envoyés) au cours du mois précédent (m-1).

Chaque médecin clinicien (identifié dans la comptabilité CHIREC par un compte spécifique) sera crédité dans la première semaine du mois m+2.

- f) Les honoraires de consultation facturés par un médecin spécialiste, dans les locaux de garde du service d'urgence spécialisé, consultation réalisée sur demande et par appel du médecin effectuant la garde dans ledit service, 94%. Les prestations concernées sont les prestations 590870, 590951, 590892, 590973, 590914, 590995 et le code d'urgence 590855 associé à une de ces prestations. En cas de modification ultérieure de la nomenclature, les numéros de code seront adaptés.

- g) Les autres actes techniques réalisés aux urgences sont soumis aux règles édictées aux points 1, 2 et 3.

h) Tableau des COM (montants 2019)

- 350372 350383 Première consultation oncologique multidisciplinaire (première COM), attestée par le médecin-coordonateur - K 80 - **98,47 €**
- 350276 350280 Concertation oncologique multidisciplinaire de suivi (COM de suivi), attestée par le médecin-coordonateur - K 50 - **61,54 €**
- 350291 350302 Concertation oncologique multidisciplinaire supplémentaire (COM supplémentaire) dans un hôpital autre que celui de la première COM, sur renvoi, attestée par le médecin-coordonateur - K 80 - **98,47 €**
- 350453 350464 Supplément d'honoraires à la prestation 350372-350383, 350276- 350280 et 350291-350302, attestable par le médecin spécialiste en oncologie médicale ou porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique ou en hématologie et oncologie pédiatriques, lorsque celui-ci coordonne la consultation multidisciplinaire - K 15 - **18,46 €**
- 350394 350405 Participation à la concertation oncologique multidisciplinaire - K 17 (facturation de 4 participants autorisés) - **20,92 €**
- 350416 350420 ° Participation à la concertation oncologique multidisciplinaire par un médecin qui n'est pas membre de l'équipe de médecins hospitaliers K 25 » - **30,77€**
- 350475 350486 Supplément d'honoraires à la prestation 350394-350405 ou 350416- 350420, attestable par le médecin spécialiste en oncologie médicale ou porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique ou en hématologie et oncologie pédiatriques, lorsque celui-ci assiste à la consultation oncologique multidisciplinaire - K 7,5 » (facturation de 4 participants autorisés) - **9,23 €**

La répartition des honoraires se faisant en fonction des présences.

7. Autres prestations :

Les prestations réalisées en dehors des consultations et non reprises aux points 1, 2 et 3 sont soumises soit aux règles du point 2, soit aux frais réels.

B) Collège Pluridisciplinaire Médico-Technique

1. Il est souhaitable de rapprocher les systèmes de rémunérations de tous les médecins hospitaliers de l'Institution, qu'ils soient médico-techniques ou cliniciens. Dans ce cadre, la prise en compte d'un système de rétrocession d'honoraires majoritairement similaire à celui des cliniciens, avec des délais de paiement et des pourcentages adaptés, aura pour effet de diminuer les différences entre les deux Collèges et de fédérer les médecins de l'Institution.
2. La qualité des services médico-techniques du CHIREC doit être reconnue tant en externe qu'en interne. Un Service Level Agreement (SLA) pour chaque service (site) précisera aux prescripteurs et aux patients le niveau de qualité sur lequel s'engagent les médecins prestataires. Les SLA seront établis par les Chefs de Département et les Chefs de Service de Site et approuvés formellement par le Conseil Exécutif.
3. Les services médico-techniques du Collège Pluridisciplinaire sont organisés en Pool d'honoraires. Ils sont rattachés à des départements multisites :
 - la médecine aiguë
 - l'imagerie médicale
 - la biologie clinique
 - la radiothérapie

La radiothérapie, service de spécialités rattaché au département multisites d'oncologie est un service médico-technique, de même que la néphrologie-dialyse, rattaché au département métabolique multisites. Il en va de même pour la néonatalogie rattachée au pôle mère-enfant (pôle sur chaque site).

La médecine interne, rattachée au département multisite métabolique et la gériatrie (programme de soins multisite) sont des services cliniques et non médico-techniques. Ils font donc l'objet des taux de rétrocession prévus au point A) *Collège des Cliniciens*.

Toutes ces activités médico-techniques sont rétribuées au départ d'un pool d'honoraires constitué par département ou service médico-technique. Chacun de ces pools est alimenté par une partie des honoraires médicaux facturés par l'hôpital pour les actes réalisés par les médecins du département ou du service médico-technique.

- Pour les services de Dialyse et de Radiothérapie et les départements d'Imagerie Médicale et de Biologie Clinique, le calcul de la rétrocession des honoraires perçus par l'hôpital aux médecins de ces départements et services sera effectué de la manière suivante :

- a) Un pourcentage des honoraires sera rétrocédé au Pool de ces départements et services à concurrence des pourcentages suivants :

Dialyse	22,90 % des honoraires INAMI et suppléments d'honoraires et forfait d'hémodialyse et dialyse péritonéale
Imagerie Médicale : Radiologie	30,41 %
Médecine Nucléaire	34,30 %
Biologie Clinique (Laboratoire)	13,22 %
Radiothérapie	30,00 %

Le calcul de la rétrocession des honoraires sera effectué dans le courant de chaque mois (m) pour les actes facturés (supports magnétiques et papier envoyés) au cours du mois précédent (m-1).

Les pools départementaux et de services (identifiés chacun dans la comptabilité CHIREC par un compte spécifique) seront crédités dans la première semaine du mois m+2.

- b) les comptes pools départementaux et de services seront débités sur base mensuelle pour payer les médecins à la réception des notes d'honoraires de ceux-ci, pour les mois concernés, visées pour accord par les Chefs de Département.

En cas de non-paiement des honoraires facturés par l'Hôpital par les débiteurs (patients, Organismes Assureurs, ...), la part rétrocédée aux médecins des montants litigieux, douteux ou perdus sera automatiquement récupérée par le CHIREC, à la fin de chaque année, auprès des médecins par réduction des montants crédités au pool.

- Pour le département de Médecine aiguë (Soins Intensifs et Urgences SUS) et pour le service de Néonatalogie, un pool global est constitué au niveau CHIREC.

Le nombre d'ETP rémunéré sur chaque site est fixé comme suit à la date du 1^{er} janvier 2014 :

- Delta :
 - néonatalogie : 5 ETP
 - USI : 4.5 ETP + 1 candidat spécialiste

- SUS + SMUR : 2 ETP
- HBW :
 - USI : 3 ETP + 1 candidat spécialiste
 - SMUR + SUS : 1 ETP
- SARE
 - USI : 2ETP
 - SUS : 1ETP

Le montant rétrocédé aux pools sera fixé, pour la durée de l'accord, à un montant de 250.000 € par temps plein au 1^{er} janvier 2014, indexé chaque année sur les honoraires médicaux de la spécialité concernée.

La rémunération se fait au prorata des dixièmes prestés de la discipline concernée. Un dixième correspond à une demi-journée d'au moins 4 heures prestée en semaine sur une base régulière, une journée ne pouvant comporter plus de deux dixièmes. Cette rémunération ne couvre pas les gardes (permanence en semaine de 18:00 – 08:00 et les samedis, dimanches et jours fériés de 13:00 – 08:00) mais couvre, outre les dixièmes prestés, les prestations suivantes (liste non limitative) :

- La permanence médicale en dehors des heures de garde fixées ;
- Les tours médicaux les samedis, dimanches et jours fériés ;
- La disponibilité (garde appellable de deuxième ligne) ;
- La rémunération du Chef de Service de Site.

La répartition au sein du pool des rémunérations par dixième et celles de toutes les autres prestations est décrite dans un Règlement d'Ordre Intérieur (ROI) établi par le service de Néonatalogie d'une part et le département Médecine aigue d'autre part.

- Pour le département de Radiothérapie, le pourcentage de 33 % d'honoraires rétrocédés s'applique sur l'ensemble des actes repris dans la nomenclature de l'Assurance Maladie.

La rétrocession peut être revue en fonction de :

- ☐ l'activité et des résultats financiers du département;
 - ☐ une révision de la sous-partie A3 du BMF;
 - ☐ la facturation des suppléments d'honoraires.
- Les médecins appartenant aux services médico-techniques peuvent effectuer, selon le prescrit de la nomenclature, des consultations. Une rétrocession de 64 % est appliquée lorsque celles-ci sont pratiquées au sein de leur service. Toute autre consultation est soumise aux mêmes règles que celles des cliniciens.
- Le niveau de la rétrocession sur les tarifs d'honoraires INAMI fait par les prestataires anatomopathologistes au profit du patient du CHIREC est de 100 %. Ce taux s'applique à tous les honoraires résultant d'actes effectués dans le cadre de prescriptions faites par les prestataires appartenant au Collège des Cliniciens du CHIREC et portant sur leur pratique hospitalière et d'hôpital de jour. Les frais inhérents à leur pratique dans leur laboratoire extra-muros sont à leur charge.

4. L'ensemble des honoraires rétrocédés couvre les prestations de tous les médecins, sauf ceux pour lesquels il existe un accord explicite de prise en charge par l'institution.
5. Les règles de répartition des honoraires crédités à chaque pool entre les différents médecins seront établies par le Chef de Département ou de Service (CHIREC), dans le cadre d'un Règlement d'Ordre Intérieur du département approuvé par le Conseil Exécutif.
6. Chaque département repris au point 3 a) ci-dessus conviendra avec le Conseil Exécutif d'un SLA avant le 31 décembre 2006.
7. Le présent système sera revu en cas d'une modification importante des paramètres (législation, nomenclature, benchmark, structure du département, ...) qui ont présidé à son élaboration.

C) lors de l'établissement d'un nouveau pool d'honoraires, que cela touche les collèges des cliniciens ou des médico-techniques, la convention détaillant le pool devra être soumise pour avis au Conseil Médical.

2. REDEVANCES FORFAITAIRES

Sans préjudice de tous dommages et intérêts (voir supra, Titre VIII) et/ou d'éventuelles sanctions prévues au Titre VII de la présente Réglementation, le médecin étant pleinement responsable de ses manquements assumera la charge financière des effets négatifs de ceux-ci sur le budget du CHIREC, notamment par le paiement de redevances forfaitaires prévues au Titre VIII de la présente Réglementation.

ANNEXE n° 4 : STATUT DU MEDECIN CANDIDAT SPÉCIALISTE

(Cette annexe est évolutive en fonction des modifications de la législation en vigueur. Toute modification de la législation sera applicable et appliquée par le CHIREC sans qu'il ne soit nécessaire de modifier la présente annexe).

STATUT SOCIAL

Conformément à l'article 15 bis de l'Arrêté Royal du 28 novembre 1969 « pris en exécution de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs », le médecin candidat spécialiste bénéficie d'une couverture de sécurité sociale en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (secteur des soins de santé et secteur des indemnités) et en matière d'allocations familiales.

Une cotisation mensuelle de 4,70 % (valeur au 01/09/1999) représentant la part personnelle de l'assujetti est perçue sur l'indemnité brute versée au médecin candidat spécialiste ; la part patronale supportée par l'Hôpital s'élève à 21,34 % (valeur au 01/09/1999).

AFFILIATION A UNE MUTUELLE

En tant qu'assujetti au régime de l'Assurance Obligatoire Soins de Santé et Indemnités, le médecin candidat spécialiste est tenu de s'affilier à l'Organisme Assureur (mutuelle) de son choix.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Le médecin candidat spécialiste bénéficie également du régime de l'assurance-loi (assurance contre les accidents du travail). Tout accident du travail ou sur le chemin du travail susceptible d'entraîner une incapacité doit être signalé aussi rapidement que possible département des ressources humaines Le certificat médical attestant l'incapacité doit être rentré au département des ressources humaines dans les 48 heures suivant le début de l'incapacité. Le département des ressources humaines se charge d'informer l'Assurance.

Il est par ailleurs tenu de respecter les prescriptions légales ou réglementaires relatives à la protection au travail.

INTERRUPTIONS DES PRESTATIONS

Vacances

Le médecin candidat spécialiste a droit à 22 jours de congés indemnisés (à partir du 1^{er} octobre 2024) par an dont au moins 10 jours successifs (en ce compris le week-end) au prorata de la durée de la convention de stage. Tout congé doit faire l'objet d'une demande écrite de la part du médecin candidat spécialiste à son Maître de Stage au moins 4 semaines à l'avance. Le Maître de Stage est tenu d'y répondre dans un délai de 7 jours. Les congés doivent être convenus en accord avec le Chef de Service, s'il échet, qui appréciera en fonction des besoins du Service.

Absences pour maladies

En cas d'absence, le médecin candidat spécialiste avertit sans délai le Maître de Stage ou le Chef ou le Responsable du Service dont il dépend et lui communique le motif de son absence.

En cas d'absence pour maladie ou accident, le médecin candidat spécialiste fait parvenir un certificat attestant l'incapacité dans les 48 heures suivant le début de celle-ci au département des ressources humaines ou par mail à l'adresse : prestations.PG@chirec.be afin de pouvoir bénéficier de l'indemnité de revenu qui est garantie pendant les trente premiers jours calendrier de l'incapacité.

Grossesses et accouchements

La candidate spécialiste enceinte bénéficie des dispositions de protection de la maternité réglée par la Loi sur le travail du 16 mars 1971 et par l'Arrêté Royal du 2 mai 1995 concernant la protection de la maternité.

La candidate spécialiste informe aussi vite que possible son Maître de Stage ou le Responsable du Service de son état de grossesse, et le département des ressources humaines par la remise d'un certificat indiquant la date présumée de l'accouchement.

La candidate spécialiste enceinte est tenue de se conformer aux directives du Médecin du Travail.

L'absence justifiée par l'accouchement et le repos d'accouchement doit faire l'objet d'un certificat médical remis au département des ressources humaines dans les mêmes délais que ceux décrits plus haut en cas d'absence pour maladie ou accident du travail.

Le congé d'allaitement est octroyé par le CHIREC à la candidate spécialiste qui le demande à partir du 1^{er} octobre 2024.

REMUNERATION – GARDES – PRESTATIONS INCONFORTABLES – OPTING-OUT - HEURES SUPPLEMENTAIRES – INDEMNITE DE FRAIS

Le médecin candidat spécialiste a droit à une rémunération brute de base, visée à l'art.7, §2, alinéa 1^{er}, de la loi du 12 décembre 2010. Celle-ci est fixée selon le tableau de l'article 1^{er} de l'annexe de l'arrêté royal du 19 juillet 2021 et est indexée en principe annuellement au 1^{er} janvier selon les règles en vigueur (Une modification des conditions minimales obligatoires est intervenue le 21 décembre 2023. Ces modifications sont entrées en vigueur le 1^{er} avril 2024).

Ces rémunérations couvrent toutes ses prestations basées sur 48 heures par semaine.

Une rémunération complémentaire est octroyée pour toute prestation de garde appellable et de prestations inconfortables (nuit, samedi, dimanche et jours fériés).

Pour le temps de travail additionnel visé à l'article 7, §2, alinéa 1^{er} de la loi du 12 décembre 2010, la rémunération horaire brute est de 110% de la rémunération horaire brute de base.

Une indemnité de frais couvre entre autres les frais de déplacement, de téléphonie et de télématique est versée au médecin en voie de spécialisation, au prorata des jours rémunérés.

Les présentes dispositions relatives à la rémunération des médecins en voie de spécialisation ne seront plus d'application en cas d'accord sectoriel ou national sur un nouveau statut.

Dans cette hypothèse, les présentes dispositions seront automatiquement adaptées à l'accord sectoriel ou national adopté, sans que la présente annexe ne doive être modifiée.

ASSURANCE EN RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE

Une assurance en responsabilité civile professionnelle est souscrite par l'Hôpital au profit du médecin candidat spécialiste pour le couvrir pendant la durée du mandat définie au contrat, pour ses activités au sein de l'Hôpital.

REGLEMENT ADMINISTRATIF

Qualifications requises

Le médecin candidat spécialiste doit être habilité à exercer la médecine en Belgique et être inscrit dans un master. Il doit être inscrit à l'Ordre des Médecins et à la Commission Médicale Provinciale.

Le médecin candidat spécialiste s'engage à fournir, avant son entrée en fonction, un certificat médical attestant son aptitude physique et psychique à remplir la fonction. Cet examen peut être effectué auprès du médecin de son choix. A défaut, il s'engage à subir l'examen permettant de reconnaître son aptitude auprès du Service Médical Interentreprises auquel l'Hôpital est affilié.

Le médecin candidat spécialiste s'engage à accomplir les formalités administratives et légales prévues auprès du Ministère de la Santé Publique afin que son stage soit agréé par celui-ci et à l'INAMI, afin que soit reconnue sa qualité de médecin candidat spécialiste.

Le médecin candidat spécialiste est tenu de fournir une copie de son diplôme légal de docteur en médecine ainsi que de son plan de stage agréé au moment de la signature du contrat le liant à l'Hôpital.

Durée du mandat

Le mandat est d'une durée d'un an. A titre exceptionnel, il peut être inférieur à un an. Il peut être renouvelé d'année en année, conformément au plan de stage, par périodes successives, au maximum pour la durée de la spécialisation et dans les limites de l'agrément du service et du Maître de Stage.

Des prestations du candidat

Le médecin candidat spécialiste assure des activités médicales hospitalières et les activités de formation nécessaires à l'obtention de la qualification dans sa spécialité, dans le cadre d'un ou de plusieurs services, y compris le rôle de garde.

Le médecin candidat spécialiste partage son temps entre les diverses activités du Service. Le Maître de Stage sous la responsabilité duquel est placée sa formation, détermine, le cas échéant en accord avec le Chef de Service, l'affectation du candidat dans l'une ou l'autre des activités du Service, y compris le rôle de garde.

Le médecin candidat spécialiste participe aux activités médicales du Service sous la supervision du Maître de Stage et de ses collaborateurs médecins spécialistes, conformément aux dispositions légales en la matière.

Il participe à la tenue des dossiers médicaux et à l'élaboration de la correspondance médicale sous la supervision du Maître de Stage et de ses collaborateurs spécialistes. Il participe également aux tâches administratives liées à l'activité médicale du Service (tenue du RCM, documents de début et de fin d'hospitalisation, ...), tâches qui ressortissent aux aspects socio-économiques de sa formation.

Conformément à l'article 44, 4° de l'arrêté ministériel du 23 avril 2014 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage, la supervision de tous les candidats spécialistes est assurée à tout moment par un médecin spécialiste dans la spécialité pratiquée dans le service de stage concerné, physiquement présent dans le service de stage pendant les heures normales de service, appelable vingt-quatre heures sur vingt-quatre en dehors de ces heures et immédiatement disponible. Le médecin spécialiste superviseur est alors responsable du candidat spécialiste pendant toute la durée de sa supervision.

Il participe à la permanence médicale dans les fonctions d'urgence et de soins intensifs, dans le respect des dispositions légales.

Si au cours de sa formation, le médecin candidat spécialiste est détaché vers un autre service, il y travaille, pour ce qui concerne ses activités médicales, sous la responsabilité du Chef de ce Service et ce, sous la supervision pédagogique du Maître de Stage.

Durée des prestations

La durée des prestations du médecin candidat spécialiste prestant au CHIREC est fixée conformément à la Loi du 12 décembre 2010 relative à la durée de travail des médecins, dentistes, vétérinaires, des candidats-médecins en formation, des candidats-dentistes en formation et étudiants stagiaires se préparant à ces professions.

Toute modification de ladite Loi s'appliquera ipso facto à la présente annexe de la Réglementation Générale.

Les prestations du médecin candidat spécialiste sont réparties de manière équilibrée sur les heures normales de travail (du lundi au vendredi, entre 8h00 à 20h00 avec une heure « de table » (une demi-heure minimum) non comptabilisée et le samedi, entre 8h00 à 12h00). En principe, elles n'excèdent pas 12 heures par jour. Toutefois, dans certains services, comme les urgences et les soins intensifs, la durée d'une prestation de travail pourra excéder 12 heures sans pouvoir dépasser 24 heures et ce, n'importe quel jour de la semaine.

Des aménagements particuliers peuvent être prévus dans chaque service pour autant que ces prestations ne dépassent pas 48 heures/semaine en moyenne calculées sur 13 semaines.

Les prestations de garde du médecin candidat spécialiste sont à définir avec le Maître de Stage. Par prestation de garde, il faut entendre les prestations d'astreintes dites prestations de « gardes appelables ».

En application de la Loi du 12 décembre 2010 mentionnée ci-dessus, les prestations du médecin candidat spécialiste ne peuvent, en aucun cas, dépasser ni 48 heures/semaine en moyenne calculées sur 13 semaines, ni 60 heures au cours d'une semaine. La durée d'une prestation ne peut excéder 24 heures.

Toute prestation dont la durée est comprise entre 12 heures et 24 heures doit être suivie d'une période de repos minimale de 12 heures consécutives.

Un temps de travail additionnel de maximum 12 heures (opting out), au-delà des limites de 48 heures et 60 heures précitées, peut être presté et ce, après accord du médecin candidat spécialiste. En contrepartie, le médecin candidat spécialiste perçoit une rémunération complémentaire à la rémunération de base (opting-out). A cet effet, le CHIREC et le médecin candidat spécialiste doivent signer l'accord faisant l'objet de l'annexe 1 à la convention de collaboration – Médecin Candidat Spécialiste.

Cet accord doit être établi dans un document distinct de l'écrit constatant la relation de travail ou de formation et mentionne la rémunération complémentaire s'attachant à ces heures additionnelles.

Il doit être conservé pendant cinq ans sur le lieu de travail dans un endroit facilement accessible afin que les fonctionnaires et agents chargés de la surveillance de l'exécution de la Loi du 12 décembre 2010 susmentionnée, puissent en prendre connaissance à tout moment.

Le médecin candidat spécialiste s'engage à compléter mensuellement sa feuille de prestations, à la signer et à la faire signer par son maître de stage.

Il l'envoie au plus tard le 5^{ème} jour du mois suivant à l'adresse : prestations.PG@chirec.be.

Un registre, pouvant être électronique, reprenant les prestations journalières effectuées selon un ordre chronologique doit être tenu sur le lieu de travail.

Formation et prestations scientifiques

Le médecin candidat spécialiste est tenu de participer aux séminaires (discussions de cas, réunions interdisciplinaires, préparation de publications) que le Maître de Stage organise une fois par semaine.

Il dispose au total de 4 heures par semaine, à convenir formellement avec le Maître de Stage ou le Responsable du Service où il est détaché, réservées à son travail scientifique, y compris les participations au séminaire. Il convient de noter que la moitié des heures précitées doit être prestée impérativement sur le lieu de travail. L'autre moitié équivaut à 10 jours par an, à répartir sur l'année et ce, après accord du Maître du Stage et le cas échéant, du Chef de Service.

Le médecin candidat spécialiste rend compte de ses travaux scientifiques au Maître de Stage.

L'évaluation de la progression de la formation à laquelle le Maître de Stage est tenu est communiquée régulièrement au médecin candidat spécialiste. Elle fait l'objet d'un rapport annuel au moins que le Maître de Stage adresse à la Commission d'agrément compétente, en principe à l'expiration de la période (un an) de stage.

Manquements

En cas de manquement par le médecin candidat spécialiste, par le Maître de Stage ou par le Gestionnaire de l'Hôpital aux obligations légales ou conventionnelles qui leur incombent, la partie qui a à se plaindre de ces manquements avertit les organes médicaux compétents (Conseil Médical, Faculté de Médecine, Ordre des Médecins, Commission compétente d'agrément du Ministère de la Santé Publique, Gestionnaire de l'Hôpital) après en avoir informé préalablement la partie dont il a à se plaindre.

Le manquement grave, c'est-à-dire tout manquement rendant impossible la continuation des relations conventionnelles, entraîne cessation immédiate de la collaboration au sens de la Loi sur les Hôpitaux.

La cessation des relations conventionnelles sera notifiée selon les procédures prévues en la matière par la Loi sur les Hôpitaux dans les trois jours ouvrables de la constatation du fait invoqué (article 137).

Outre le cas évoqué ci-dessus, il pourra être mis fin à la collaboration pour juste motif. Par juste motif, on entend tout comportement portant atteinte aux intérêts des patients et/ou de l'Hôpital. En cas de juste motif, la convention sera dénoncée moyennant préavis d'un mois prenant cours après la notification à l'intéressé, à la Commission d'agrément compétente et au Jury de Master de l'Université dont relève le candidat. La décision de mettre fin à la collaboration est prise conjointement par le Maître de Stage et le Gestionnaire, après audition de l'intéressé et requiert l'avis conforme du Conseil Médical.

DISPOSITIONS FINALES

En tant que médecin hospitalier, le médecin candidat spécialiste est soumis à toutes les dispositions de la Loi sur les Hôpitaux et à la Réglementation Générale d'application dans l'Hôpital en vertu de la Loi sur les Hôpitaux.

Le médecin candidat spécialiste est tenu de se conformer à la réglementation régissant l'organisation générale de l'Hôpital tant sur le plan médical, que paramédical, administratif et hôtelier.

Le médecin candidat spécialiste exerce ses activités médicales dans le respect des règles de déontologie en général et du secret médical en particulier.

Il observera un comportement adéquat, impliquant le respect de la vie privée et de la personne, tant vis-à-vis des patients et de leur famille que vis-à-vis de ses confrères médecins, du personnel soignant et de tous les collaborateurs en général.

La présente annexe, joint à la Réglementation Générale, fait partie intégrante du contrat de travail.

ANNEXE n° 5 – LE STATUT DU MEDECIN GENERALISTE EN FORMATION

Le statut du médecin généraliste en formation en milieu hospitalier est détaillé dans le « Vademecum 2024-25 Stage MG en milieu hospitalier », approuvé par le CA du Centre e Coordination Francophone pour la Formation en Médecine Générale (CCFFMG) du 21 mai 2024. Cette version du vademecum est d'application pour l'année 2024-2025 qui débute le 1 octobre 2024. Chaque année, le Vademecum est actualisé et disponible sur le site du CCFFMG : <https://www.ccffmg.be/vademecum/vademecum-2024-25-stage-de-mg-en-milieu-hospitalier/?print=pdf>