



# - Document de travail -

## rencontre avec le cabinet du Ministre Vandenbroucke

Document dressant la liste des sujets qui seront abordés lors de la réunion du 23/05/2021 avec le cabinet du Ministre Vandenbroucke suite aux actions des médecins en formation

### **Table des matières**

#### Articles de la CPNMH non applicables en l'état

Article 5 (Services de garde appelables)

#### Articles de la CPNMH problématiques dans leur interprétation

Article 1er (temps de travail de base pendant des heures «confortables»)

Article 2 (heures d'opt-out pendant des heures «confortables»)

Article 10

#### Problèmes non adressés par la CPNMH

Double subordination formateur-employeur

Insuffisances de l'article 7

Proposition de solution : sous-commissions paritaires provinciales et nationale

Représentativité des médecins en formation au sein de la CPNMH

#### Points d'attention pour la phase 2

#### Demandes de la délégation au cabinet du Ministre

## 1. Articles de la CPNMH non applicables en l'état

### a. Article 5 (Services de garde appelables)

§§ 1er et 2 : *“Sont considérés comme des gardes appelables les services de garde extra-muros dans le cadre desquels le médecin spécialiste en formation n'est pas censé se rendre sur place à l'hôpital dans un délai de 20 minutes.*

*Les gardes appelables dans le cadre desquelles on est attendu à l'hôpital dans un délai inférieur à 20 minutes sont considérées comme des gardes intra-muros. Elles sont comptabilisées et rémunérées comme du temps de travail conformément aux articles précédents, étant entendu que toute heure de travail entamée est au moins rémunérée.”*

Les §§ 1er et 2 montreront très rapidement les limites concrètes de leur implémentation pratique. Certains services intra-hospitaliers (la neurologie avec les gardes AVC, la chirurgie, pour ne citer que deux exemples) travaillent quotidiennement avec ce système de garde. Il est très fréquent que des médecins en formation soient de garde rappelable pendant un week-end complet (du vendredi soir au lundi matin).

Avec l'application de cet article, cela pourrait fréquemment porter leur total d'heure prestée à 60 heures, les empêchant de prester toute autre heure de travail durant la semaine (à condition qu'ils aient signé l'opting-out).

Bien que nous ne souhaitons pas voir la Commission Paritaire encadrer des pratiques illégales, il y a lieu de se poser la question des répercussions, dans la pratique, de telles mesures. Les effets attendus et prédictibles de cet article sont les suivants :

- i. La prestation des heures sans déclaration de celles-ci, nullifiant dès lors les avancées permises sur le contrôle du temps de travail ;
- ii. La répartition différente des gardes, permettant de respecter les prescrits sans réorganiser, en profondeur, le système actuel (passage de garde 1 week-end sur 3 à 1 jour sur 3 tous les week-end) ;
- iii. **Modification des conventions de stage des spécialités concernées, afin que la disponibilité du médecin en formation soit portée à, par exemple, 30 minutes au lieu de 20, afin d'échapper à la mesure.** C'est une possibilité qui a déjà, à l'heure actuelle, été évoquée dans certains service de neurologie. Il y a lieu de se poser la question de la répercussion sur le patient de telles mesures.

## 2. Articles de la CPNMH problématiques dans leur interprétation

### a. Article 1er (temps de travail de base pendant des heures «confortables»)

§2 “Une occupation à temps plein représente une durée de travail de 48 heures par semaine.”

La définition du temps plein comme étant un temps de travail de 48 heures par semaine vient, en préambule, s’inscrire en faux par rapport à l’article 5, § 1er de la loi du 12 décembre 2010, définissant le temps de travail des médecins en formation :

§ 1er. “La durée hebdomadaire du travail des travailleurs visés à l'article 3 ne peut dépasser 48 heures en moyenne sur une période de référence de 13 semaines.”

Nous passons donc d’une disposition permettant d’étendre les **maxima légaux** à une disposition instituant un **temps plein correspondant aux dits maxima légaux**.

Cela induit également une série de problèmes secondaires :

- i. La dévalorisation du barème fédéral A1 utilisé en exemple pour justifier le refinancement du statut de médecin en formation, passant de 18.9€ brut par heure à 14.96€ brut par heure (cf tableau 1).

	Augmentation	Salaire minimum (brut)	Salaire horaire (brut)
1ère année	-	3.111,92€	14.96€
2ème année	100€	3.211,92€	15.44€
3ème année	125€	3.336,92€	16.04€
4ème année	125€	3.461,92€	16.64€
5ème année	150€	3.611,92€	17.37€
6ème année	150€	3.761,92€	18.09€

Tableau 1 : rémunération et taux horaires bruts

- ii. La dévalorisation des rémunérations des heures d’opt-out pendant les heures “confortables” ainsi que des heures pénibles, visées aux articles 2, 3 et 4. En effet, celles-ci étant basées sur un pourcentage du salaire horaire, la diminution de celui-ci par l’augmentation du volume horaire couvrant le temps plein entraîne également une diminution de la rémunération des heures complémentaires ou pénibles.
- iii. Comme statué par l’article 10, § 1er de la Commission Paritaire, “La médecin spécialiste en formation enceinte bénéficie d’une protection totale de la maternité prévue par la loi sur le travail du 16 mars 1971 et ses arrêtés d’exécution.”. La loi du 16 mars 1971 explique,

à l'article 44 que "Les femmes enceintes ne peuvent effectuer du travail supplémentaire au sens de l'article 29, § 2." L'article 29, §2 définit quant à lui la notion de travail supplémentaire de la sorte : "tout travail effectué au-delà de 9 heures par jour ou de 40 heures par semaine, ou des limites inférieures fixées conformément à l'article 28."

La femme enceinte ne peut, dès lors et selon l'application de ces mesures, prester plus de 40 heures par semaine. Nous craignons que l'application de cet article à la lettre ne mène à une diminution du salaire des femmes enceintes, au prorata des heures réellement prestées.

#### **b. Article 2 (heures d'opt-out pendant des heures «confortables»)**

*"Pour le temps de travail additionnel visé à l'article 7, § 2, alinéa 1er, de la loi du 12 décembre 2010, qui ne relève pas d'une des situations visées aux articles 3 et 4, la rémunération horaire minimale brute est de 110% de la rémunération horaire de base minimale."*

L'article 7 de la loi du 12 décembre 2010 définit, aux §§ 1er et 2 :

*"§ 1er. Sans préjudice de l'article 5, §§ 2 et 3, un temps de travail additionnel de maximum 12 heures par semaine, au-delà des limites prévues à l'article 5, § 1er, pourra être presté afin d'assurer notamment tout type de service de garde sur le lieu de travail, sur base d'un accord individuel du travailleur.*

*§ 2. Ce temps de travail additionnel fait l'objet d'une rémunération complémentaire à la rémunération de base."*

Cet article institue donc le fait que seuls les médecins en formation ayant signé l'opting-out (et donc concernés par l'article 7 de la loi du 12 décembre 2010) pourront prétendre à la rémunération des heures supplémentaires prestées (entre 48 et 60 heures hebdomadaires) à hauteur de 110% du salaire horaire de base.

Cela ne règle pas la questions des **heures supplémentaires**, problématique majeure dans le cursus d'un médecin en formation : qu'en est-il des heures prestées au-delà des maxima légaux (au-delà de 624 heures lissées sur 13 semaines pour les médecins n'ayant pas signé l'opting-out, 780 pour ceux l'ayant signé) ?

Comme expliqué à l'article 29 de la loi du 16 mars 1971 :

*"§ 1er. Le travail supplémentaire est rémunéré à un montant qui dépasse de 50 p.c. au moins celui de la rémunération ordinaire. Cette majoration est portée à 100 p.c. lorsque le travail supplémentaire est effectué un dimanche ou pendant les jours de repos accordés en vertu de la législation sur les jours fériés.*

*§ 2. (Est à considérer comme travail supplémentaire, pour l'application du présent article, tout travail effectué au-delà de 9 heures par jour ou de 40 heures par semaine, ou des limites inférieures fixées conformément à l'article 28.*

*Par dérogation à l'alinéa 1er, n'est pas considéré comme travail supplémentaire le travail effectué dans le respect des conditions et des limites applicables à un régime de travail visé aux articles 20, 20bis, [1 20ter,]1 22, 1° et 2°, et 23.) <L 1985-01-22/30, art. 83, 002>*

(§ 3. Le Roi peut assimiler à du travail supplémentaire certaines prestations des travailleurs à temps partiel qui n'atteignent pas les limites fixées au paragraphe précédent.) <L 1989-12-22/31, art. 183, 006; **En vigueur** : 09-01-1990>

(§ 4. Une convention collective de travail conclue conformément à la loi du 5 décembre 1968 sur les conventions collectives de travail et les commissions paritaires peut autoriser le remplacement du sursalaire dû en application du § 1er par un repos compensatoire complémentaire.

*Dans le cadre d'une telle convention, toute heure supplémentaire donnant lieu au paiement d'un sursalaire à un taux de 50 % ouvre le droit à un repos d'au moins une demi-heure et toute heure donnant lieu au paiement d'un sursalaire à 100 % ouvre le droit à un repos d'au moins une heure.)”*

Comme le décrivent les §§ 1er. et 4, à défaut d'une rémunération, toute heure supplémentaire doit faire l'objet d'un repos compensatoire complémentaire, via des dispositions inscrites dans les Conventions Collectives de Travail ou dans les Commissions Paritaires. Force est de constater qu'il n'y a, dans l'accord conclu, aucune disposition allant dans ce sens, laissant là un vide juridique qu'il s'agira de clarifier dans les arrêtés d'exécution de la Commission Paritaire.

### c. Article 10

§ 1er. *“Les parties contractantes conviennent que la médecin spécialiste en formation enceinte ne peut plus, à partir de la 26e semaine de grossesse, effectuer de prestations entre 20 heures du soir et 8 heures du matin, qu'elle ne peut plus exécuter d'activités à risque telles la participation à des interventions SMUR.”*

Nous relevons deux aspects problématiques dans ce passage :

- i. La notion d'*activités à risque* reste vague et sujette à interprétation, permettant aux services de stage de contourner cette disposition ;
- ii. La limite fixée à la 26ème semaine, calquée sur la loi sur le travail du 16 mars 1971, est peu en phase avec les réalités du terrain. Il est en effet peu envisageable de concevoir une femme enceinte de 6 mois sortir en mission SMUR ou encore conduire une réanimation en unité de soins intensifs ou dans un service d'urgence.

Nous préconisons dès lors d'utiliser la limite déjà mise en place au sein du Réseau Santé-Louvain, à savoir **22 semaines** (cf <https://www.reseausantelouvain.be/fr/adaptation-des-prestations-gardes>)

### 3. Problèmes non adressés par la CPNMH

#### a. Double subordination formateur-employeur

##### i. Insuffisances de l'article 7

Bien que nous saluons la proposition de la CPNMH de mettre à disposition du médecin spécialiste en formation un outil d'enregistrement électronique fourni par le gouvernement comme visé par l'article 7, nous craignons que celui-ci n'offre que peu de garantie sur un rapport fiable des heures réellement prestées. En effet, l'application d'un tel système élude la problématique centrale de la double subordination du MACS à l'employeur-formateur au sein des hôpitaux. Cela laisse le champ libre aux conflits d'intérêts et autres pratiques abusives des maîtres de stage usant de moyens de pression de manière répandue.

L'absence de possibilité de mesures coercitives par la tierce partie en charge du contrôle des heures prestées nous semble également être un argument en faveur de l'absence de réelle garantie de prévention des abus.

**Pire encore**, ce système indépendant, aveugle des réalités du terrain, pourrait amener à un faux sentiment de respect général de la réglementation par sous-déclaration des heures réellement prestées, tel que cela existe déjà dans certains réseaux.

Actuellement, il n'existe pas d'instance propre à ces relations médecins-hôpitaux complexes assurant le bon respect des règles. En effet, lorsqu'un litige survient entre un maître de stage et un médecin en formation, ceux-ci sont forcés de se confronter l'un à l'autre pour trouver un compromis. Cependant, le rapport de force est déséquilibré et largement en défaveur du médecin en formation : il est confronté à la personne qui l'emploie, qui le forme et qui valide, in fine, son stage.

Il nous apparaît donc primordial de mettre sur pied un système permettant l'évaluation et la délibération des cas litigieux, exempt de toute pression directe ou indirecte. Et ce afin de permettre un débat serein, sans crainte de représailles.

##### ii. Proposition de solution : sous-commissions paritaires provinciales et nationale

Nous vous proposons donc la mise sur pied de sous-commissions paritaires de conciliation, qui joueraient un rôle de décideur en cas de litiges mis en évidence par le tiers indépendant ou par l'une des deux parties en présence. Le rôle de ces sous-commissions serait le suivant : tout litige qui survient sur leur territoire entre un MSF et son maître de stage (p.e. la contestation par le maître de stage ou l'hôpital de la fiche de prestation rédigée par le MSF) serait de leur compétence. Les deux parties exposent alors leur version à la sous-commission ainsi que les pièces permettant, le cas échéant, d'étayer une contestation. La sous-commission tranche ensuite (en délibération secrète entre membre de la commission) immédiatement le litige. En effet, il faut éviter qu'un litige perdure dans le temps. Dans les cas où la sous-commission remarque des problèmes récurrents, un problème plus fondamental ou si l'une de ses décisions est contestée, le dossier peut être transféré vers la commission nationale.

Ces sous-commissions seraient organisées de manière provinciale, avec une commission nationale chapeautant les commissions provinciales. Comme prévu par la loi, elles seraient composées en nombre égal avec un banc des représentants des institutions hospitalières (ne pouvant être des maîtres de stage) et un banc de représentants des médecins en

formation. Les cas litigieux seraient alors soumis, après examen, au vote délibératoire. Cette commission paritaire pourrait être présidée par une instance extérieure neutre.

Outre la possibilité d'action sur des cas spécifiques, cette commission pourra également proposer une réflexion plus large sur l'audit et la réorganisation systémique des unités où surviennent les contentieux de manière fréquente et ainsi agir sur la source du problème. Il nous semble essentiel qu'un suivi régulier des problématiques soulevées soit assuré.

Notre but n'est pas de mettre en péril des services déjà en difficulté mais d'offrir, d'une part, un espace sécurisé pour que les MACS puissent rapporter les abus, et d'autre part une réflexion générale sur les modes de fonctionnement et des améliorations qui pourraient y être amenées. Si les difficultés persistent malgré les propositions émises par cette première commission locale, le dossier devra être transféré au sein d'une commission paritaire nationale.

Les médecins en formation qui siègent dans les commissions (provinciales ou nationale), en tant que représentant des MACS, doivent être assurés qu'aucune pression ni aucun traitement défavorable, du fait de leur mission de représentation, ne sera exercée sur eux.

Nous vous proposons qu'une telle commission puisse exister tant au niveau local (correspondant dans notre cas, aux différentes provinces) qu'au niveau national. Ces commissions devraient avoir un pouvoir coercitif, qui sera à définir selon les modalités adéquates.

Par ailleurs, il nous semble essentiel que les commissions paritaires locales soient provinciales, calquées sur l'organisation que suit actuellement l'Ordre des Médecins. Ceci permettra ainsi un mélange des réseaux universitaires et donc une diminution des éventuels conflits d'intérêt.

Cette proposition rejoint celle de la CPNMH visée par le point 2 de la section "propositions d'adaptation de la réglementation", visant l'AR du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes et prévoyant *de créer au sein de chaque chambre du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes un comité de concertation en vue de la discussion et de la résolution de problèmes liés à la formation des médecins spécialistes.*

#### **b. Représentativité des médecins en formation au sein de la CPNMH**

Tout comme mentionné dans la section "Avis et questions complémentaires de la CPNMH" (paragraphe 9), notre délégation souhaite que des représentants des médecins en formation soient présents à l'avenir dans les membres votant de ladite commission. Afin d'assurer un contre-pouvoir satisfaisant, nous demandons à pouvoir être représentés à hauteur des autres bancs (actuellement, 12 membres par banc).

#### 4. Points d'attention pour la phase 2

La CPNMH prévoit une seconde phase de travail, sans que celle-ci ne soit clairement définie. Dans le préambule du document, il est en effet indiqué :

*“Cette convention collective constitue la première phase d’un plan d’action global qui vise à améliorer les conditions de rémunération et de travail et la protection sociale des médecins spécialistes en formation (MSF) et à assurer les conditions sociales requises pour l’exercice qualitatif de la formation dans l’intérêt des patients.”*

Bien que la seconde phase de ce *plan d’action global* ne soit pas clairement défini dans le document, nous pouvons lire dans la section “Avis et questions complémentaires de la CPNMH”, aux paragraphes 3, 4 et 5 :

*“En outre, dans le prolongement de la convention collective proposée, la CPNMH prie le gouvernement de prendre le plus rapidement possible des mesures afin d’améliorer la protection sociale des médecins en formation.*

*À cet égard, il est demandé au gouvernement de voir si, et sous quelles conditions, les années de formation, en vue de l’agrément de médecin spécialiste, peuvent être assimilées à des prestations de travail dans le cadre du calcul de la pension légale et/ou si le montant du statut social attribué par l’INAMI aux médecins conventionnés peut être majoré pour les médecins en formation.*

*La CPNMH insiste aussi pour que la réglementation du chômage soit applicable aux médecins spécialistes en formation.”*

Nous soutenons toutes les recommandations émises par l’INAMI et listées ci-dessous. Nous pensons qu’une réflexion plus globale sur le statut du médecin en formation doit être menée. Compte tenu du nombre de revendications non rencontrées lors des travaux de la CPNMH, nous insistons sur la **présence de représentants des médecins en formation au sein de groupes de travail**, seuls garants de l’applicabilité des mesures proposées.

Par ailleurs, ces problématiques subsistent depuis plusieurs années. Il est temps de cesser de les postposer, en espérant que les futures générations de médecins en formation ne reprennent pas le flambeau de ce qui a déjà été négocié.

C’est une stratégie éculée, qu’on ne peut plus tolérer. Nous sommes prêts à prendre le problème à bras le corps et à nous mettre autour de la table pour trouver des solutions concrètes, crédibles et pérennes, pour que nos futures confrères et consoeurs puissent sereinement entamer leur parcours de spécialisation.



## 5. Demandes de la délégation au cabinet du Ministre

La délégation représentant les médecins en formation au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles demande donc, à l'issue de ce document, une série d'engagements de la part du cabinet du Ministre de la Santé.

- a. Un engagement à l'ouverture d'un groupe de travail pour réfléchir aux problématiques propres liées au statut du médecin en formation pour lesquelles lui seul est compétent ;
- b. La mise en place d'un échancier précis pour la discussion de ces problématiques ;
- c. Des solutions pratiques sur les problèmes d'application du texte de la CPNMH soulevés par la délégation ;
- d. La garantie d'une représentativité des médecins en formation dans toutes les futures discussions ayant trait à la modification de leurs conditions de travail et de formation.

Confiants que le Ministre de la Santé, M. Vandembroucke, par l'entremise de son Chef de Cabinet, sera sensible aux points mis en évidence par le présent document, visant in fine en l'amélioration de la qualité des soins fournis à la population, nous vous prions d'agréer, Mesdames et Messieurs les membres du Cabinet du Ministre de la Santé, Monsieur le Ministre de la Santé Vandembroucke, l'expression de nos sentiments distingués.

La délégation des médecins en formation.

Les Dr Barrit et Marcelis (ULB), Dumont et Mot (ULg), Niset et Simonin (UCL)