



# Modèle de gouvernance des hôpitaux

Vision de la Vlaamse Vereniging voor Hoofddartsen  
(Association flamande des médecins-chefs) et de  
Zorgnet-Icuro



**Contact:**

Margot Cloet et dr. Katrien Bervoets

2025@Zorgnet-Icuro vzw

Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite et/ou rendue publique par voie électronique ou autre sans l'autorisation écrite préalable de l'éditeur.

Zorgnet-Icuro vzw  
Guimardstraat 1  
1040 Brussel  
post@zorgneticuro.be  
www.zorgneticuro.be

# **Modèle de gouvernance des hôpitaux**

Vision de la Vlaamse Vereniging voor Hoofdartsen  
(Association flamande des médecins-chefs) et de  
Zorgnet-Icuro

# CONTENU

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>5</b>
<b>PRINCIPES DE BASE.....</b>	<b>6</b>
<b>ORGANES DIRECTEURS .....</b>	<b>7</b>
1. L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE .....	8
2. L'ORGANE D'ADMINISTRATION.....	8
3. LE COMITÉ DE DIRECTION .....	10
<b>ORGANE CONSULTATIF : CONSEIL MÉDICAL.....</b>	<b>13</b>
1. GÉNÉRALITÉS.....	13
2. PARTICIPATION À LA POLITIQUE MÉDICALE.....	13
3. PARTICIPATION À LA POLITIQUE GÉNÉRALE .....	1
4. POSITION DU CONSEIL MÉDICAL : DÉFENSE DES INTÉRÊTS PROFESSIONNELS .....	14
5. COMPOSITION.....	14
6. POUVOIRS.....	14
<b>ORGANISATION DU DÉPARTEMENT MÉDICAL .....</b>	<b>15</b>
1. MÉDECIN EN CHEF.....	15
2. CONSEIL DES MÉDECINS-CHEFS DE SERVICE.....	16
3. COMITÉ MÉDICAL.....	17

# INTRODUCTION

Les hôpitaux ont une mission sociale importante, une structure organisationnelle complexe et reçoivent beaucoup de fonds publics. Une «bonne gouvernance» professionnelle est dès lors essentielle pour le fonctionnement responsable d'un hôpital.

La bonne gouvernance d'entreprise englobe **des structures et des processus** qui garantissent la gestion et le contrôle corrects et transparents de l'entreprise. Avec, au centre, **l'interaction** entre les actionnaires, le conseil d'administration, la direction, les autres parties prenantes de l'entreprise, ainsi que la société dans son ensemble (Code Buisse IV).

La co-gouvernance signifie que les parties engagées poursuivent ensemble le même objectif social, avec une répartition égale des droits et des obligations (participation et responsabilité).

Dans l'accord de coalition 2025-2029, le gouvernement confirme le plan ambitieux de réforme en profondeur du paysage hospitalier, tant en termes de financement que d'organisation des hôpitaux. Il est logique qu'un ajustement de la structure de gouvernance en découle.

Des mesures concrètes sont actuellement prises en vue d'un nouveau modèle de financement pour les hôpitaux. Ce modèle prévoit une répartition des honoraires du médecin en une partie intellectuelle et une partie pour couvrir les coûts. Cette partie reviendrait directement aux hôpitaux et remplacerait le système de transfert de fonds qui est aujourd'hui négocié entre la direction de l'hôpital et le conseil médical. Par le biais de cette réforme financière, Zorgnet-Icuro et l'Association flamande des médecins-chefs souhaitent ancrer le rôle des médecins dans un modèle de co-gouvernance de l'hôpital. En effet, les médecins jouent déjà un rôle important dans l'hôpital, tant au niveau des soins que du financement.

Le modèle de co-gouvernance doit tenir compte des différences entre les hôpitaux. Nous pensons ici aux différences historiques, aux différences entre les hôpitaux généraux (universitaires), psychiatriques et de réadaptation, au fait qu'il existe des établissements publics, privés et mixtes, et qu'il doit y avoir une place pour une gouvernance qui soit en accord avec la culture de l'hôpital. Ne dit-on pas one size does NOT fit all? C'est aussi le cas ici. La législation modifiée ne devrait pas imposer de cadre rigide, mais viser à clarifier la structure de base générale et nécessaire avec les rôles associés.

Dans cette note, l'Association flamande des médecins-chefs et Zorgnet-Icuro font une proposition de gouvernance au niveau de l'hôpital, et non à un niveau supérieur de soins intégrés.

# PRINCIPES DE BASE

L'adaptation de la structure de gouvernance des hôpitaux doit tenir compte des dispositions prévues par le «Code des sociétés et des associations» (CSA), le décret flamand sur l'administration locale des collectivités territoriales (Decreet Lokaal Bestuur - DLB) et le statut spécifique des hôpitaux universitaires. Les modifications de la «Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins» (loi sur les hôpitaux) sont complémentaires. Les hôpitaux ont choisi de réduire au maximum les modifications légales et de les limiter à la loi sur les hôpitaux. Bien entendu, aucune adaptation n'est proposée au CSA ni au DLB. L'examen des modifications proposées à la loi sur les hôpitaux par rapport au DLB ne révèle aucun conflit (DLB, titre 1, chap. 2 et 3 et titre 4, chap. 1 et 2). Des conseils supplémentaires sur la gouvernance sont également donnés et peuvent être intégrés dans une charte ou un code soutenu par le secteur.

L'avis contient des propositions de modification de la loi sur les hôpitaux, d'une part, et des recommandations sur une gestion rationnelle et actuelle des hôpitaux, d'autre part, le tout est approuvé par le secteur et complémentaire à la législation. Grâce à cette combinaison, nous appliquons le principe *one size does not fit all* afin que les spécificités de chaque hôpital puissent être prises en compte.

Dans cette note, nous abordons les 5 organes de gouvernance suivants de l'hôpital :

- **l'assemblée générale;**
- **l'organe d'administration, ou le conseil d'administration;**
- **le comité de direction, présidé par le directeur général ;**  
*Directeur général ou Chief Executive Officer (CEO) ou Administrateur délégué*
- **le conseil médical;**
- **le conseil des médecins-chefs et le comité médical sous la direction du médecin en chef.**  
*Médecin en chef ou Chief Medical Officer (CMO) ou directeur médical*

Les changements de gouvernance nécessiteront une période de transition. La législation pertinente le prévoira pour les modifications légales. Pour les autres éléments consultatifs, des moments charnières comme une révision de la composition de l'organe d'administration peuvent être prévus.

Les évolutions de la gouvernance hospitalière sont liées à d'autres dossiers en cours comme la révision du financement des hôpitaux, plus précisément la réforme de la nomenclature, ou encore les accréditations en cascade (des hôpitaux). Il est donc nécessaire de veiller à ce que le calendrier de mise en œuvre convienne à tous.

# ORGANES DIRECTEURS

Les hôpitaux ont évolué et sont devenus des entreprises plus complexes, aux défis très spécifiques en termes de gouvernance. Le financement se fait, par exemple, principalement avec des fonds publics (assurance maladie) et est également lié au niveau d'activité des médecins. Il en résulte une interaction naturelle entre l'hôpital et les médecins, mais aussi une dépendance réciproque. Vient s'ajouter la coopération de plus en plus intensive entre les hôpitaux (au sein et en dehors des réseaux) et, dans le cadre des soins intégrés, avec d'autres prestataires de soins.

Une modernisation de la gouvernance et des structures est nécessaire, en tenant compte des principes de base du trépied de gouvernance selon le CSA. Elle doit également tenir compte du rôle et de la place spécifiques des médecins, tant d'un point de vue historique (loi sur les hôpitaux) que futur (cf. le recalibrage de la nomenclature et des honoraires, et la mise en place d'une co-gouvernance).

Bien que des organes supplémentaires soient utiles et nécessaires sur le plan juridique et du contenu, nous nous concentrons sur les organes obligatoires dans chaque entreprise selon le CSA (trépied : assemblée générale, organe d'administration et comité de direction/ d'administration quotidienne), flanqués du conseil médical en tant qu'organe (consultatif) supplémentaire prévu par la loi sur les hôpitaux. Investir dans la concertation professionnelle et la confiance mutuelle entre les différents organes est un facteur de réussite clé pour la bonne gouvernance de l'hôpital.

Selon la loi sur les hôpitaux (Titre I, chapitre 2), la gestion de l'hôpital (art. 15) se compose uniquement du gestionnaire (art. 16) et du directeur (art. 17). Il est préférable de les décrire comme l'«organe d'administration» et le «comité de direction». Le titre IV de la loi sur les hôpitaux relatif aux «dispositions spécifiques concernant la gestion des hôpitaux et le statut du médecin hospitalier» devra être inclus dans la future révision.

## 1. L'assemblée générale

Nous incluons l'assemblée générale par souci d'exhaustivité. Nous ne proposons aucune modification au fonctionnement de l'assemblée générale et en reconnaissons les compétences exclusives, y compris la nomination et la décharge des administrateurs. Des administrateurs peuvent être présentés, qu'ils soient issus de leurs propres rangs ou d'administrateurs indépendants, seule l'assemblée générale peut les nommer.

Il se peut que les médecins aient créé leur propre association ou société, qui est, à son tour, membre de l'assemblée générale de l'hôpital. Les médecins pourront également proposer des représentants pour l'organe d'administration à l'assemblée générale via ce membre.

## 2. L'organe d'administration

L'hôpital est régi par un organe d'administration qui est le pivot central de la gouvernance de toute organisation. La composition, la compétence et la méthode de travail doivent être conformes au CSA. Pour les hôpitaux publics, le décret flamand sur l'administration locale des collectivités territoriales est également d'application. Les centres hospitaliers universitaires doivent tenir compte de leur statut spécifique.

L'objectif de l'organe d'administration est de parvenir à une prise de décision efficace dans l'intérêt de l'ensemble de l'organisation afin d'atteindre ses mission et objectif sociaux. Chaque administrateur doit – tel que l'exige la loi – toujours donner la priorité aux intérêts de l'organisation et dépasser les intérêts partiels qu'il représenterait. L'organe d'administration est responsable des décisions de l'organisation et engage la responsabilité des administrateurs.

### Tâches de l'organe d'administration

Les tâches classiques de gouvernance d'un organe d'administration se résument en trois tâches essentielles :

- un rôle de leadership;
- un rôle stratégique;
- et un rôle de surveillance.

L'organe d'administration a un pouvoir résiduel en vertu du CSA. Le code de gouvernance explique et complète, quant à lui, les tâches spécifiques de gestion au sein d'un hôpital.

Afin de clarifier le rôle stratégique de l'organe d'administration par rapport au rôle opérationnel de la direction, nous proposons d'inclure (le titre des) les tâches suivantes en tant que compétences minimales de l'administration de l'hôpital dans la loi sur les hôpitaux, à savoir :

### 1. Élaboration de la politique stratégique

Il s'agit de la stratégie en matière de soins et de finances, avec une attention particulière pour le développement des activités de soins dans la région, et ce, en concertation avec tous les acteurs du domaine des soins et du bien-être présents, avec lesquels l'hôpital collabore (première ligne, autres hôpitaux, soins résidentiels, soins de santé mentale, collectivités locales).

### 2. Leadership stratégique de l'organisation

Comprend notamment :

- La définition d'une politique de recrutement et de ressources humaines tant pour le personnel (soignant ou non) que pour les médecins (procédures de nomination) et la validation des

exceptions en la matière.

- La détermination du quota optimal de médecins (objectifs par discipline, en lien avec la stratégie hospitalière) conformément à la politique RH agréée par l'organe d'administration pour les médecins (en concertation avec la direction/le médecin en chef et les médecins/le conseil médical).
- La nomination d'une direction efficace, composée d'un directeur général, d'un médecin en chef et des autres membres du comité de direction ou de l'organe d'administration quotidienne.
- La nomination des médecins-chefs de service (l'organe d'administration nomme également les membres du comité de direction).
- La fixation de la rémunération et l'évaluation annuelle du fonctionnement de l'équipe de direction et de l'organe d'administration.

### 3. Suivi du fonctionnement de l'hôpital

Veille notamment :

- à surveiller et faciliter la qualité et la sécurité des soins de manière durable;
- à contrôler les flux financiers et la santé financière de l'hôpital;
- à respecter la réglementation en vigueur.

#### Composition de l'organe d'administration

Comme le prévoit le CSA, l'organe d'administration se compose de minimum trois administrateurs qui sont des personnes physiques ou morales. Les administrateurs sont nommés par l'assemblée générale des membres (ou associés) et leur rendent des comptes. La loi ne fixe pas de maximum. Toutefois, le nombre d'administrateurs sera plutôt limité afin de pouvoir prendre des décisions efficaces. La composition dépend fortement de la situation et du contexte de l'hôpital. Les hôpitaux à caractère public doivent plus particulièrement tenir compte

de la réglementation du DLB. Il n'est donc pas utile d'inclure une composition obligatoire de l'organe d'administration dans la loi sur les hôpitaux.

Nous vous recommandons de vous efforcer d'avoir une composition professionnelle et diversifiée, disposant de l'expertise nécessaire. Concrètement, il s'agit d'un mélange équilibré en termes de genre, d'âge, d'expérience et d'expertise en matière de politique médicale, d'organisation des soins de santé, d'analyse et de politique financières, de politique du personnel, etc.

Selon les intérêts de l'organisation, nous recommandons de ne pas inclure les médecins de l'hôpital dans le conseil d'administration, mais de travailler avec des candidatures de médecins (hospitaliers) ou d'autres experts extérieurs à l'hôpital. Dans la mesure où le corps médical n'est pas représenté par des membres ou des associés de l'assemblée générale, le conseil médical peut se voir accorder le droit de présenter des candidats administrateurs. Chaque hôpital peut concrétiser ce droit de présentation (durée et exercice) et éventuellement le limiter à un maximum. La nomination effective reste une compétence exclusive de l'assemblée générale.

Tous les candidats gestionnaires doivent faire l'objet d'un examen critique par la commission de nomination et de rémunération en fonction de leurs connaissances et de leur expérience de la gestion et du leadership, afin de dépasser leurs propres intérêts ou intérêts partiels et de parvenir à un consensus dans l'intérêt de l'ensemble de l'organisation.

Co-gouvernance au niveau stratégique : la représentation des médecins dans l'organe d'administration se fait par le biais de candidats présentés par leurs soins (éventuellement jusqu'à un nombre maximum de mandats d'administrateur).

### **Proposition : modification de l'article 16 et division en art. 16/1 :**

Section 2 ~~Le gestionnaire~~ L'organe d'administration\*\*

Art. 16. (16) La responsabilité générale et finale pour l'activité hospitalière, sur le plan de l'organisation et du fonctionnement ainsi que sur le plan financier, incombe ~~au gestionnaire~~ à l'organe d'administration.

~~Le gestionnaire définit la politique générale de l'hôpital; il prend les décisions de gestion en respectant les dispositions et procédures spécifiques prévues au Titre IV.~~

L'organe d'administration élabore la politique stratégique selon les besoins de la région en matière de soins.

L'organe d'administration dispose de la direction stratégique de l'organisation et surveille le fonctionnement de l'hôpital.

Art. 16/1 :

[1 Dans le cadre du réseau hospitalier clinique locorégional dont fait partie l'hôpital, la responsabilité sur le plan opérationnel incombe ~~au gestionnaire~~ à l'organe d'administration de l'hôpital pour les points qui suivent :

1° en exécution de la stratégie visée à l'article 17/2, alinéa 1er, 1°, l'harmonisation de l'offre médicale de l'hôpital avec celle des autres hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional;

2° la traduction et la mise en œuvre, au niveau de l'hôpital, des décisions stratégiques prises par le réseau hospitalier clinique locorégional, en particulier la politique d'adressage et de renvoi;

3° la garantie que pour les missions de soins suprarégionales, le patient sera adressé et renvoyé conformément aux accords conclus dans le cadre du réseau hospitalier clinique locorégional, mais tout en respectant le libre choix du patient.

Si, pour une mission de soins suprarégionale, l'hôpital fonctionne en tant que point de référence, le gestionnaire conclut les accords nécessaires avec le réseau hospitalier clinique locorégional qui fera appel à cet hôpital pour cette mission de soins suprarégionale.]1

*\*\* Bien entendu, le mot «gestionnaire» devra être remplacé par «organe d'administration» comme à l'art. 8 (définition) dans l'ensemble de la loi.*

## **3. Le comité de direction**

Le comité de direction est le lien tactique entre le niveau opérationnel, le terrain et l'organe d'administration de l'hôpital. Le comité de direction est donc responsable de la mise en œuvre des choix politiques stratégiques faits par l'organe d'administration, mais il prépare également ces choix stratégiques.

Les niveaux tactique-exécutif et stratégique ne peuvent pas toujours se distinguer l'un de l'autre. C'est pourquoi investir dans la consultation professionnelle et la confiance mutuelle entre les différents organismes est un facteur de succès essentiel à la bonne gouvernance d'un hôpital.

Les comités consultatifs peuvent jouer un rôle important à cet égard. Des médecins, d'une part du conseil des médecins et médecins-chefs (voir ci-dessous) et d'autre part, du conseil médical, doivent également siéger dans ces comités. De cette façon, les médecins peuvent participer efficacement à la politique stratégique.

Conformément aux dispositions du CSA, il est logique de préciser le rôle d'un comité de direction dans la législation hospitalière.

### Tâches du comité de direction

- Les tâches du comité de direction comprennent à tout le moins les tâches de gestion quotidienne telles que décrites dans le CSA, complétées par la préparation et (après décision de l'organe d'administration) la mise en œuvre de la politique stratégique.
- La coordination des différents niveaux et organes décisionnels de l'hôpital (médicaux, soins, financiers, techniques, informatiques, personnel, etc.).

Les membres du comité de direction travaillent ensemble de manière collégiale sous la direction du **directeur général**. Le directeur général est président du comité de direction et assume la responsabilité finale des décisions finales des différents départements de l'hôpital. Il assume la direction générale des opérations de l'hôpital et rapporte à l'organe d'administration. Il y est dès lors un invité permanent.

**Le médecin en chef** dirige le service médical, est compétent et responsable de la qualité des soins et de la politique médicale, et assure également une collaboration intégrée entre les médecins hospitaliers. Afin de définir comme il se doit le volet soins dans la stratégie générale, il est nécessaire de disposer d'un solide tandem entre le médecin en chef et le

directeur du département infirmier et/ou des soins. Le médecin en chef est un invité permanent de l'organe d'administration, comme le prévoit déjà la loi aujourd'hui.

La politique médicale, élaborée par le médecin en chef conformément aux choix stratégiques de l'organe d'administration, est approuvée par le comité de direction en tenant compte des compétences autres que les soins au sein du comité de direction. Le directeur général assume la responsabilité générale des décisions finales du comité de direction et rapporte à l'organe d'administration. Le médecin en chef rend compte à l'organe d'administration de la politique médicale, en tant que partie et dans le cadre des décisions de stratégie générale expliquées par le directeur général.

### Composition du comité de direction

À l'heure actuelle, la loi sur les hôpitaux régit uniquement la position centrale du «directeur» et ne prévoit pas de comité de direction. Les hôpitaux flamands proposent d'adapter ce point. Concrètement, le «directeur» doit être remplacé par un «comité de direction» dans la loi sur les hôpitaux. Il n'est pas nécessaire que la loi détermine une composition ultérieure. Nous partons du principe qu'un comité de direction se compose au **minimum** du directeur général, du médecin en chef et d'un directeur du département infirmier et/ou des soins. Compte tenu de la grande **hétérogénéité** entre les hôpitaux, il est également préférable de ne pas déterminer précisément le reste de la composition. Nous conseillons une représentation – directement ou indirectement – de **l'expertise** nécessaire, par exemple dans les domaines de la finance, des ressources humaines, de l'informatique et des installations.

**Proposition de modification  
de l'art. 17 :**

Chaque hôpital a un directeur qui est directement et exclusivement responsable devant le gestionnaire un comité de direction.

Le comité de direction est présidé par le directeur général, qui a la responsabilité finale et coordonne la coopération entre les différents services de l'hôpital. Le directeur général est responsable devant le conseil d'administration. Le directeur général participe de manière permanente au CD (en tant qu'observateur ou conseiller, sans voix prépondérante). Le directeur collabore étroitement avec le [1 médecin en chef]<sup>1</sup>, le chef du département infirmier, des services paramédicaux, des services administratifs et financiers et des services techniques et avec le pharmacien hospitalier.

CHAPITRE III.- Structuration de l'activité médicale (H3).

Art. 18 (18) L'activité médicale doit être structurée dans chaque hôpital.

Chaque hôpital compte :

1° un médecin en chef, responsable du bon fonctionnement du département médical; il est nommé et/ou désigné par le gestionnaire;

2° un médecin-chef de service pour chacun des services du département médical; il est nommé et/ou désigné par le gestionnaire;

3° un staff médical comprenant tous les médecins de l'hôpital.

Le Roi détermine le minimum de tâches à confier au médecin en chef et aux médecins-chefs de service; ces tâches concernent l'organisation et la coordination de l'activité médicale à l'hôpital.

La fonction de médecin en chef est incompatible avec la présidence du conseil médical.

Par dérogation à l'alinéa 2, 2°, les pharmaciens ou licenciés/masters en sciences chimiques qui, conformément à l'article 23, § 2, de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, sont habilités à effectuer des analyses de biologie clinique, peuvent être nommés ou désignés chef de service d'un laboratoire de biologie clinique.

**Le médecin en chef est invité et peut assister, avec voix consultative, aux réunions de l'organe qui, en vertu du statut juridique de l'hôpital, est chargé de la gestion de l'exploitation de l'hôpital.**

L'alinéa 6 ne s'applique pas lorsque les discussions portent sur des matières qui concernent personnellement et directement le médecin en chef.]<sup>2</sup>

# ORGANE CONSULTATIF : CONSEIL MÉDICAL

## 1. Généralités

Conformément à l'évolution du financement des hôpitaux et de la rémunération des médecins, le rôle du conseil médical changera également. Actuellement, la plupart des hôpitaux dépendent financièrement de l'apport des médecins. Le conseil médical occupe dès lors une position dominante qu'il peut utiliser comme levier dans la politique hospitalière, ce qui peut pousser à confondre les intérêts professionnels avec la politique médicale générale de l'hôpital.

La réforme prévue du financement des hôpitaux vise à adapter ce système. En fonction du degré de réforme, l'accent passera progressivement de l'impact financier des médecins sur la politique hospitalière à un impact en termes de contenu sur la politique médicale. La compétence en matière de politique médicale peut ainsi être séparée des interventions financières. Cela conduira également à une duplication du rôle des médecins dans les hôpitaux, avec une répartition claire des pouvoirs entre les acteurs.

D'une part, le conseil médical représentera les intérêts du statut professionnel des médecins. Il aura son mot à dire dans les interventions financières et la régulation financière des médecins. D'autre part, les médecins auront voix au chapitre dans la politique médicale de l'hôpital via l'organisation du département médical (voir ci-dessous). Une participation à la politique médicale et à la politique générale de l'hôpital est garantie pour les médecins hospitaliers.

## 2. Participation à la politique médicale

Le personnel médical donne forme à la politique médicale par l'intermédiaire des chefs de service. **Un conseil de médecins-chefs de service** dirigé par le médecin en chef propose un plan de politique médicale qui s'inscrit dans la stratégie de l'hôpital. La préparation de ce plan de politique médicale peut se faire en concertation avec le conseil médical et/ou être soumise à ce dernier.

## 3. Participation à la politique générale

La participation à la politique générale peut se faire par l'intermédiaire d'un ou de plusieurs **organes de concertation paritaires structurés** qui aident à préparer et/ou à suivre les objectifs à l'échelle de l'hôpital. On peut par exemple citer le comité consultatif permanent, le comité financier, une cellule de politique stratégique, etc. (organisation et nom au choix). La tâche principale de cette structure de concertation est de discuter de façon bilatérale des tâches opérationnelles, ainsi que des travaux préparatoires stratégiques à l'intention de l'organe d'administration. Le comité médical proposé ci-dessous, qui comprend également une représentation du conseil médical, est une alternative.

## 4. Position du conseil médical : défense des intérêts professionnels

Le conseil médical agit en tant qu'**organe collectif de représentation** des médecins de l'hôpital auprès de la direction de l'hôpital avec ses propres compétences distinctes.

## 5. Composition

Le conseil médical se compose de **membres élus** par le personnel médical. En ce qui concerne la représentativité, nous proposons de conclure des accords minimaux afin que les différents groupes de médecins soient représentés et que les médecins élus soient **le reflet du corps médical** au sein de l'hôpital.

Le mandat des membres d'un conseil médical est porté à une période de 5 ans, afin d'assurer la continuité d'une part et un apport suffisant de nouvelles contributions d'autre part.

## 6. Pouvoirs

Le conseil médical dispose de pouvoirs consultatifs adaptés à la nouvelle position de gouvernance. Le conseil joue un rôle **consultatif** pour les conditions générales de désignation des médecins et un rôle **renforcé** en ce qui concerne les interventions financières des contributions des médecins, eu égard à la situation et aux projets dans l'hôpital concerné.

Les 18 pouvoirs consultatifs actuels (art. 137 de la loi hospitalière) devront être révisés afin d'éviter les chevauchements de compétences avec le service médical et de ne pas créer de conflit entre la défense professionnelle des intérêts et les intérêts médicaux de l'ensemble de l'hôpital.

# ORGANISATION DU DÉPARTEMENT MÉDICAL

Il est tout d'abord essentiel que les médecins participent activement et de façon constructive à la préparation et à la mise en œuvre de la politique médicale stratégique. L'organisation du département médical doit à cette fin être dotée d'une structure claire aux compétences clairement distinctes.

Le rôle du médecin en chef est décisif pour la poursuite de l'accomplissement des tâches du département médical. Les conclusions de la chaire sur le médecin en chef (par l'UAntwerpen) pourront concrétiser ce point. De plus, le rôle de chef du département médical doit également être reconnu et formalisé. Enfin, la concertation doit être facilitée et garantie entre le médecin en chef et les chefs de service, d'une part, et les parties prenantes de l'hôpital, d'autre part.

Cela nécessite une modification de l'Arrêté royal portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'arrêté royal du 7 août 1987. Il s'agit des articles 18 à 22 de l'actuelle loi coordonnée sur les hôpitaux.

Nous proposons que le service médical soit constitué autour du médecin en chef, des chefs de service, d'une plateforme de concertation entre les deux et d'une plateforme de concertation avec les autres parties prenantes de l'hôpital.

## 1. Médecin en chef

Le rôle du médecin en chef doit être précisé. La description dans la législation actuelle n'est pas assez spécifique et désuète, vu la complexité des nombreuses tâches actuelles d'un médecin en chef.

Le point de départ est que le médecin en chef est le point de contact au niveau **stratégique et opérationnel** pour la conception et l'élaboration de la **politique médicale** pour les années à venir en tant qu'activité principale de l'hôpital. Outre la politique médicale, le médecin en chef est également compétent et responsable de **la qualité des soins**. Les politiques médicale et de qualité sont établies après accord et en concertation avec les autres membres du comité de direction.

Le directeur général, qui est responsable de la coordination générale au sein du comité de direction, assume la responsabilité finale globale et rapporte à **l'organe d'administration**. Le médecin en chef rend compte à l'organe d'administration de la mise en œuvre de la politique médicale et de la politique de qualité (voir art. 18, 6° alinéa de la loi sur les hôpitaux).

Le médecin en chef participe toujours aux travaux de l'organe d'administration (en tant qu'observateur ou conseiller, sans voix délibérative) et dirige le service médical. Le rôle de direction du médecin général doit être renforcé par la loi. De ce fait, il a pleinement le droit de sanctionner et **d'instruire** les médecins de l'hôpital, ainsi que de faire appliquer ses décisions à leur encontre. En tant que dirigeant et personne ayant la responsabilité finale, le médecin en chef organise des concertations systématiques avec les médecins-chefs de service.

Le médecin en chef est président du conseil des médecins-chefs de service. Les médecins-chefs de service collaborent activement avec le médecin en chef et bénéficient à leur tour de la collaboration des membres de leur équipe.

## 2. Conseil des médecins-chefs de service

Afin d'assurer un large soutien, la politique médicale est élaborée par le personnel médical par l'intermédiaire des chefs de service. Un conseil des médecins-chefs de service dirigé par le médecin en chef est chargé de la préparation et (après approbation de l'organe d'administration) de la mise en œuvre de la stratégie médicale à l'échelle de l'hôpital. De cette façon, les médecins contribuent à façonner la politique médicale. Ils élaborent la politique en concertation avec les autres départements (IT, RH, etc.).

### Tâches

Les services médicaux soumettent leur plan de politique médicale au niveau des services pour approbation au conseil des médecins-chefs de service. Les services médicaux élaborent leur plan de politique pour qu'il s'inscrive dans le plan de politique médicale du conseil des médecins-chefs de service à l'échelle de l'hôpital. Cela passe par un renforcement de la position des médecins-chefs de service et une professionnalisation avec une rémunération adaptée de la nouvelle fonction.

Les affaires des médecins sont discutées au sein du conseil et un soutien voit le jour pour les décisions et la gestion du département médical sous la direction du médecin en chef. Cela inclut les procédures d'évaluation et de sanctions au sein du corps médical. Le conseil a un rôle consultatif en matière de politique médicale et de garantie de la qualité des services médicaux. Le conseil prépare la concertation du comité médical, où la politique médicale est ensuite coordonnée avec d'autres parties prenantes et piliers de l'hôpital.

### Composition

Le conseil se compose de tous les médecins-chefs de service, sauf si leur nombre était trop important et donc ingérable. Dans un tel cas, le conseil peut se composer d'une délégation élue de médecins-chefs de service en leur sein. Compte tenu de la grande hétérogénéité entre les hôpitaux, il est préférable de laisser ouverte cette composition spécifique supplémentaire.

Le directeur général et le directeur des soins infirmiers sont invités au conseil des médecins-chefs de service.

### 3. Comité médical

À terme et compte tenu de la rapidité dans chaque hôpital, un comité médical sera mis en place. Celui-ci est présidé par le **médecin en chef** et se compose, de plein droit, des représentants du **conseil des médecins-chefs de service**, ainsi que du **directeur général** et du **directeur du personnel infirmier et de soins**, d'une représentation du **conseil médical** et de représentants du **département infirmier et de soins**.

Ils constituent un comité médical avec un seul **intérêt commun : la qualité des soins**, sans compétences concurrentes. Cela passe par une définition claire du rôle des membres du comité médical (médecin en chef et membres) (modification de l'arrêté royal du 15 décembre 1987 et vérification de la loi du 13 novembre 2023 portant diverses dispositions en matière de santé, notamment l'art. 21 de la loi sur les hôpitaux Médecin en chef).

Cet organe se concerta avec les autres piliers de la structure hospitalière afin d'aboutir à une politique médicale qui est soumise (dans la phase de transition, à l'avis du conseil médical, et) à l'approbation de la direction générale et du conseil d'administration.

