



Collège médical  
Grand-Duché de  
Luxembourg

## Avis du Collège médical sur la responsabilité des médecins à activité hospitalière et en particulier du médecin spécialiste en anesthésie

Avis du 25/05/2016 émis à la demande d'un médecin anesthésiste.

### ➤ Contexte général de la responsabilité médicale

La responsabilité médicale revêt 3 composantes :

#### 1) La responsabilité pénale du médecin :

Elle relève de l'appréciation des juridictions répressives à condition que la faute professionnelle commise par le médecin puisse être qualifiée d'infraction pénale.

Cette responsabilité est personnelle et peut entraîner des condamnations allant de l'amende à l'emprisonnement.

4 principales catégories d'infractions sont rencontrées dans l'activité du médecin :

- **L'abstention coupable** (article 410-1 du Code pénal) : le médecin s'abstient d'intervenir sur un patient en situation de péril :
- **L'homicide involontaire** (article 418 et 419 du Code pénal) : si dans son activité par défaut de prévoyance ou par maladresse, le médecin commet une faute entraînant la mort du patient : exemple décès du patient dû à une surveillance insuffisante opératoire ou post opératoire.
- **Les coups et blessures involontaires** : article 420 du code pénal (si le médecin cause des coups et blessures par manque de prévoyance ou de précaution : exemple oubli d'une pince par le chirurgien au cours d'une opération) et 421 du Code pénal (si involontairement le médecin cause au patient une maladie ou une incapacité de travail par l'administration de substance de nature à donner la mort ou à altérer la santé, exemple : erreur dans la prescription ou le dosage)
- **Coups et blessures volontaires** : (article 398 et 399 du Code pénal) Si le médecin pose des actes menant à des lésions corporelles entraînant une maladie ou une incapacité de travail ; si le médecin pose un acte chirurgical sans obtenir le consentement du patient (exemple : stérilisation ou expérimentation sans consentement du patient ou à son insu)

Dans toutes les situations infractionnelles, les critères communs de la faute sont : l'anormalité de l'acte de soins du médecin soit à cause de sa maladresse, son imprudence, son inattention, sa négligence, ou l'inobservation des règlements.

La responsabilité pénale du médecin est engagée lorsque le médecin est auteur direct du dommage, ou à l'origine de la situation dans laquelle le dommage s'est réalisé.

A côté de la responsabilité pénale du médecin il est possible d'envisager la responsabilité d'une personne morale, en l'occurrence celle d'une clinique ou d'un établissement hospitalier sur le fondement d'un manquement délibéré à une règle de sécurité et de prudence.

Finalement, il est à noter que l'infraction d'homicide involontaire ou de coups et blessures volontaires n'entraîne la responsabilité pénale du médecin que sous réserves des dispositions de la loi relative à l'euthanasie et à l'assistance au suicide.

## **2) La responsabilité civile du médecin :**

Cette responsabilité comporte deux orientations :

### **1) La responsabilité contractuelle :**

Elle peut être mise en jeu dans la pratique de la médecine libérale. Elle est liée au contrat médical passé entre le médecin et le patient. Elle opère en cas de faute ayant entraîné un dommage au patient. Si cette responsabilité est retenue le médecin doit indemniser le patient

### **2) La responsabilité quasi délictuelle et délictuelle :**

Elle concerne certains types précis d'activité médicale exercée en l'absence de contrat médical : exemple médecine d'urgence dans la rue ou dans un avion en cas d'accident, médecine de travail, médecine salariale en milieu hospitalier, médecine de contrôle.

Elle trouve son fondement dans une faute de négligence ou d'imprudence entraînant un dommage au patient

**La responsabilité délictuelle** trouve son fondement dans l'article 1382 du Code civil et s'applique à tout fait du médecin ayant causé un dommage au patient : « *tout fait quelconque de l'homme qui cause un dommage à autrui oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer* » ;

**La responsabilité quasi délictuelle** repose sur l'existence d'une faute d'imprudence ou de négligence imputable au médecin : « *chacun est responsable du dommage qu'il a causé par son fait mais aussi par sa négligence ou son imprudence* » article 1383 du Code civil

## **3) La responsabilité disciplinaire du médecin :**

Elle est mise en jeu devant la juridiction disciplinaire en cas de faute déontologique du médecin.

## ➤ **Contexte particulier de la responsabilité médicale : cas de l'activité en milieu hospitalier**

En matière hospitalière il y a donc lieu de tenir compte de la préexistence d'une **responsabilité de l'établissement hospitalier** (contrat de soins) à la **responsabilité du médecin** qui peut être **personnelle, ou partagée avec celle de l'établissement hospitalier**.

### - **Responsabilité de l'établissement hospitalier : Le contrat de soins**

Tout établissement hospitalier est débiteur de certaines obligations à l'égard des patients.

Le contrat d'hospitalisation met principalement à la charge de l'établissement "*l'obligation de leur donner des soins attentifs et consciencieux*" (Civ. 1ère 18 juillet 2000, Bull. n°220).

Le respect de ces exigences implique que l'établissement ait des locaux adéquats et du personnel suffisant ayant notamment "*reçu une formation suffisante pour lui permettre d'utiliser l'équipement*" (Civ. 1ère, 7 juillet 1998, Bull. n° 239).

L'établissement doit aussi mettre au service du patient "*des médecins qualifiés pouvant intervenir dans les délais imposés par leur état*" (Civ. 1ère, 15 décembre 1999)

Selon la jurisprudence, l'établissement hospitalier est responsable de l'intervention du médecin, de l'anesthésiste, dans les délais requis par l'état de santé du patient.

Il doit pallier à d'éventuels retards en dotant ses unités de soins des spécialistes disponibles, et pourra, le cas échéant, agir contre le médecin, l'anesthésiste, si ce retard résulte d'un fait de sa part.

Au titre de manquement à l'obligation de donner des soins consciencieux, la Cour de cassation a confirmé une décision rendue par la juridiction d'appel comme suit : « (...) *justifiait légalement sa décision, la cour d'appel, qui ayant constaté que le retard du médecin anesthésiste, avait entraîné un manque d'oxygène pour le nouveau-né provoquant la souffrance cérébrale et des séquelles, en avait déduit que la faute de l'établissement était en relation avec l'entier préjudice de la victime*" (Civ. 1ère, 15 décembre 1999, Bull. n° 351).

En conséquence, tout établissement est libre d'organiser son service en tenant compte d'un fonctionnement optimal.

Cette organisation est libre et ne peut en principe, à moins que l'organisation le permette, libérer volontairement le médecin, le médecin-anesthésiste, de sa disponibilité sans s'assurer qu'un confrère puisse, le cas échéant, assurer la continuité des soins.

### - **La responsabilité de l'anesthésiste**

#### **Observations liminaires quant à la relation entre le médecin spécialiste en anesthésie et le médecin spécialiste en chirurgie**

Indépendamment de la nature juridique des rapports entre membres d'une équipe constituée pour procéder à une intervention chirurgicale, et dont la faute de l'un d'eux est susceptible de causer un préjudice à un même patient, chaque médecin est tenu d'un devoir de collaboration dans un but commun.

Le Code de déontologie prévoit une obligation de secret partagé entre les différents professionnels collaborant à la prise en charge d'un même patient : article 109 du Code de déontologie.

En conséquence ce secret partagé entraîne une obligation d'information mutuelle.

Ainsi, le chirurgien a le devoir d'informer l'anesthésiste-réanimateur des constatations faites à l'occasion de son examen médical, des propositions thérapeutiques qu'il a formulées, ainsi que d'éventuels examens complémentaires demandés.

Cette information s'étend en particulier sur l'importance de l'intervention, les conséquences de l'acte ou de l'abstention de l'acte opératoire.

L'anesthésiste-réanimateur a, pour sa part, le devoir d'informer l'opérateur de toute contre-indication d'ordre anesthésique, temporaire ou définitive, à l'intervention, y compris d'éventuelles difficultés suspectées.

Indépendamment de la considération prise du secret partagé, le dossier médical étant accessible aux deux professionnels, ces derniers peuvent le consulter pour conforter leur démarche thérapeutique.

La responsabilité conjointe de l'anesthésiste et du chirurgien peut donc être engagée, s'il s'avère qu'un défaut d'information/collaboration occasionne un dommage au patient.

La responsabilité de l'anesthésiste s'apprécie de manière différente suivant les stades de son intervention, allant de la consultation pré anesthésie du patient jusqu'au retour de ce dernier en unité d'hospitalisation.

Par ailleurs, la responsabilité de l'anesthésiste comme celle du chirurgien, dépend également de son statut :

- a) *exercice à titre libéral en vertu d'un agrément à l'établissement hospitalier ou*
- b) *exercice salarié pour le compte d'un établissement hospitalier.*

#### **a) Responsabilité du médecin anesthésiste dans un établissement hospitalier à services ouverts**

L'établissement à services ouverts est un établissement qui n'a en soi pas de patients, mais se borne à mettre son personnel et ses services à disposition des médecins exerçant en son sein.

L'établissement fournit l'environnement matériel, le support et prête son personnel aux médecins qui y exercent à titre libéral sur base d'un contrat d'agrément.

Il en découle d'une part une responsabilité hospitalière, d'autre part une responsabilité médicale.

Suivant cette distinction, le contrat médical se forme entre le médecin et le patient, tandis que le contrat de soins intervient entre l'établissement et le patient.

De cette situation naît une subdivision des tâches et responsabilités où l'hôpital assume la responsabilité inhérente aux soins hospitaliers, alors que le médecin assume seul celle des soins médicaux (Tribunal de Luxembourg 01/12/2009, numéro 263/2009).

Partant, l'établissement hospitalier à services ouverts ne peut assumer la responsabilité contractuelle de l'anesthésiste qui n'est pas son salarié.

Selon le libellé des actes de la nomenclature, l'anesthésiste intervient dès la décision opératoire posée par le chirurgien (consultation pré anesthésie), se poursuit ensuite à la phase d'intervention (réalisation de l'anesthésie) et continue en phase post opératoire (phase de réveil).

En vertu du contrat médical, le médecin anesthésiste doit en toute circonstance assurer son suivi, à défaut être certain que ce suivi est assuré par un confrère ou par le personnel qualifié le cas échéant.

De manière générale aucun médecin ne doit permettre d'être déchargé de sa responsabilité sans s'assurer lui-même qu'un confrère le remplace dans la suite de son intervention

**i) L'anesthésiste et le programme opératoire :**

En principe, le programme opératoire est conjoint au chirurgien, au spécialiste anesthésiste-réanimateur et au responsable du bloc opératoire.

Ce programme doit notamment prendre en compte les interventions susceptibles de s'y ajouter en raison de l'entrée de patients en urgence.

La gestion des urgences est à définir dans l'organisation de l'établissement hospitalier et du bloc opératoire.

Une faute qui serait imputable à une mauvaise organisation du bloc opératoire (par exemple la gestion des installations, la disponibilité du personnel médical et para médical spécialisé en nombre adéquat etc.) ou qui relèverait d'un fonctionnement défectueux engage la responsabilité de l'établissement hospitalier (voir ci-dessus obligations du contrat de soins)

**ii) L'anesthésiste lors de la réalisation de l'acte opératoire**

En phase opératoire, le principe de l'indépendance professionnelle et du contrat médical s'appliquent.

**L'exercice de la médecine est personnel : D'après l'article 1<sup>er</sup> du règlement de nomenclature des actes des médecins et médecins dentistes, sous réserve d'autres dispositions, le caractère personnel a pour conséquence que chaque professionnel ne met en compte que les actes accomplis personnellement.**

Pour le médecin spécialiste en anesthésie, l'article 12 du règlement énumère les actes soumis à son monopole d'exercice et pour lesquels sa responsabilité est engagée : l'anesthésie générale, régionale, tous les actes relevant de la section 5 du chapitre 1 première partie, les actes compris dans le forfait de soins intensifs et les actes liés aux urgences hospitalières etc.

Conséquence, l'anesthésiste répond des suites résultant de l'un des actes ci-dessus qu'il aura posé.

**La liberté thérapeutique est d'application : D'après l'article 16 de la convention conclue en exécution du Code des assurances sociales, sous réserve d'autres dispositions, le médecin spécialiste en anesthésie est seul habilité à décider de la technique médicale et répond par conséquent des fautes commises au préjudice de son patient lors de l'anesthésie.**

### **iii) L'anesthésiste et la surveillance post-interventionnelle**

Le suivi de l'opéré en salle de surveillance post-interventionnelle est réalisé sous la surveillance conjointe du chirurgien et de l'anesthésiste-réanimateur responsable en phase de surveillance.

Il s'agit du principe retenu dans un arrêt de principe célèbre de l'histoire de l'anesthésie : l'arrêt « Forçat » de la Cour de cassation du 30 mai 1986 : « *Attendu que si la surveillance post opératoire incombe au médecin anesthésiste pour ce qui concerne sa spécialité, le chirurgien n'en demeure pas moins tenu, à cet égard, d'une obligation générale de prudence et de diligence* »

Le chirurgien est donc responsable en vertu d'une obligation générale de diligence (article 1382 et suivants du Code civil français).

Le rôle de l'anesthésiste découle déjà du libellé de ses actes par le règlement de nomenclature (livre bleu). Selon l'article 12, alinéa 3 sont compris dans l'acte d'anesthésie : « (...) *la surveillance, le monitoring (...) la réanimation et la surveillance post anesthésique le jour de l'intervention y compris celle en salle de réveil.* »

L'arrêt « Forçat » précité retient que le rôle de l'anesthésiste est : « *d'assurer l'endormissement de l'opéré, d'exercer sur lui la surveillance durant l'intervention du chirurgien et après l'opération, de surveiller les conditions de réveil jusqu'à la reprise de conscience totale (...) Cette mission qui délimite la responsabilité de l'anesthésiste pendant et après l'opération, s'étend à tous les actes médicaux accomplis par lui, le cas échéant au-delà du réveil.* »

Il découle de cette considération que l'anesthésiste-réanimateur est responsable jusqu' à la sortie du patient de la salle de surveillance post-interventionnelle et que sa responsabilité continue là où persistent les effets de son intervention.

Suivant les considérations ci-dessus, la décision de sortie est prise par le médecin anesthésiste-réanimateur après un examen de l'état de conscience et des fonctions vitales de l'opéré.

L'orientation du patient au sortir de la salle de surveillance post-interventionnelle vers le secteur d'hospitalisation ou de soins intensifs est une décision commune dans la mesure où elle dépend des impératifs à la fois chirurgicaux et anesthésiques.

La responsabilité du chirurgien et de l'anesthésiste est donc conjointement susceptible d'être engagée.

### **iv) L'anesthésiste et le suivi du patient en hospitalisation,**

En hospitalisation, le patient se trouve placé sous la responsabilité de l'opérateur, responsable des suites opératoires.

Toutefois, le règlement interne de la clinique ou du service hospitalier doit préciser les procédures à suivre en cas d'événement inopiné ou de complication tardive.

Dans tous les cas, les anesthésistes-réanimateurs et les chirurgiens ou autres opérateurs interviennent chacun dans leur domaine de compétence, ils doivent être prêts et restent responsables en cas de complication post opératoire.

Il convient de préciser que malgré la subdivision des temps de responsabilités, l'anesthésiste demeure responsable au-delà de l'hospitalisation, de tout fait lié aux interventions qu'il a pratiquées.

## **Conclusions intermédiaires concernant la responsabilité de l'exercice médical en service ouvert**

L'exercice libéral est en principe caractérisé par *l'inexistence d'un lien de subordination* et la non rémunération du praticien par l'établissement hospitalier.

La responsabilité est par conséquent assumée par le professionnel dans la mesure où les fautes éventuellement commises relèvent du contrat médical conclu entre le patient et le praticien *intuitu personae*.

En vertu de l'indépendance professionnelle dont il bénéficie dans l'exercice de son art, la responsabilité de l'anesthésiste s'étend aux fautes commises au préjudice des patients (*Civ. 1ère, 13 mars 2001, Bull. n° 72*).

## **La responsabilité des auxiliaires médicaux en milieu hospitalier**

Tant en milieu hospitalier ouvert que fermé le personnel auxiliaire est le préposé, c. à d. l'acteur chargé d'une fonction spéciale, de l'établissement hospitalier qui assume la responsabilité de leurs fautes.

En ce qui concerne les professionnels de santé (infirmier-anesthésiste), agissant en tant que préposés de l'établissement, la Cour de cassation (1ère Chambre civile, 9 novembre 2004 pourvois n° 01-17.908 et 01-17.168) retient que les fautes commises par un professionnel de santé, salarié d'un établissement de santé privé, engagent la responsabilité de cet établissement, en vertu du contrat d'hospitalisation et de soins.

Il s'en déduit que l'infirmier anesthésiste ou le personnel paramédical sont salariés de l'hôpital dans le cadre du contrat de soins tout en étant placés sous l'autorité de l'anesthésiste qu'il assiste.

En cas de faute, il y a lieu de déterminer si l'acte posé par ce personnel se situe dans le cadre des soins à charge de l'hôpital ou au contraire dans le cadre de l'assistance à un geste médical accompli par l'anesthésiste.

Dans la phase préopératoire, les fautes commises par le personnel auxiliaire n'engagent en principe pas la responsabilité du médecin dès lors que ce dernier doit pouvoir compter sur une certaine compétence du personnel mis à sa disposition par l'hôpital, à moins que le médecin n'ait négligé de donner les instructions suffisantes quant aux mesures.

A ce propos, le tribunal de Luxembourg retient dans une décision du 25 juin 1980 (pasicrisis 25.151.) que l'anesthésiste est responsable de l'injection d'un produit inapproprié avant l'intervention.

Pendant l'opération elle-même, les actes qui sont exécutés par le médecin ou par le personnel auxiliaire agissant sous sa surveillance ou sous ses prescriptions spéciales, engagent la responsabilité du médecin (Luxembourg 24 avril 1991, n° 285/91 et Cour d'appel de Luxembourg 06 mars 2002, rôle 25143 et 25255) :

La motivation des jurisprudences précédentes se lisent comme suit « *le personnel de la clinique intégré à l'équipe médicale devient le préposé occasionnel du médecin à l'autorité duquel il est soumis. (...) le médecin devient juridiquement responsable des agissements préjudiciables de ses préposés en l'absence même de preuve d'une faute de sa part (...)* »

En conséquence, le lien de préposition qui s'établit par la subordination médicale du personnel auxiliaire engage la responsabilité de l'anesthésiste **pendant la durée et la direction médicale de l'acte anesthésiste**, pour les fautes commises par un membre de l'équipe (Cour d'appel de Luxembourg 06 mars 2002, rôle 25143 et 25255).

Finalement, la responsabilité solidaire de la clinique et de l'anesthésiste peut être retenue dans l'hypothèse de *fautes conjointes* (faute de l'anesthésiste et faute de l'hôpital)

## **b) Responsabilité du médecin anesthésiste dans les établissements à services structurés fermés : exemples CHL, CHNP, Centre Baclesse, CRRF..**

### **i) Limitation de la responsabilité civile contractuelle de l'anesthésiste salarié**

Les établissements hospitaliers fermés à services structurés offrent en principe les services médicaux similaires aux établissements ouverts.

En milieu hospitalier fermé, l'hôpital répond contractuellement des fautes commises à la fois par les médecins et par le personnel auxiliaire.

Les médecins exerçant en milieu hospitalier fermé, exercent pour la majorité à titre d'employé / salarié, bien qu'il soit également possible d'y être agréé à titre libéral, en tant que médecin coopérant.

Ce type d'établissement est l'objet d'un règlement spécifique à l'instar du règlement actuel sur l'organisation médicale du CHL.

Selon l'article 2 du règlement grand-ducal du 08 juillet 1976 sur l'organisation médicale et pharmaceutique du CHL : « *Le Centre hospitalier de Luxembourg est un centre de diagnostic, de soins, de traitement, d'hospitalisation, de recherche et d'enseignement qui fonctionne comme établissement fermé à services structurés(...)* »

D'après la jurisprudence, dans un établissement fermé à services structurés, le patient contracte non avec le médecin mais avec l'établissement hospitalier (jugement de la 8<sup>ième</sup> chambre civile de la Cour d'appel de Luxembourg du 22 décembre 2009 : CIV 295/2009).

Cette logique découle de la jurisprudence de la Cour de cassation française selon laquelle le contrat d'hospitalisation et de soins lie le patient à l'établissement entraînant une responsabilité pour toutes les fautes commises par ses préposés médecins ou non "*dès lors si, nonobstant l'indépendance professionnelle inaliénable dont le médecin bénéficie dans l'exercice de son art, un établissement de santé peut, sans préjudice de son action récursoire, être déclaré responsable des fautes commises par un praticien à l'occasion d'actes médicaux d'investigations ou de soins pratiqués sur un patient, c'est à la condition que ce médecin soit son salarié*" (Civ. 1<sup>ère</sup>, 26 mai 1999, Bull. n° 175)

L'anesthésiste salarié bénéficie donc d'une immunité civile et ses actes engagent la responsabilité du CHL.

Toutefois cette immunité n'est, en vertu du principe de l'indépendance professionnelle et de la liberté thérapeutique, pas absolue, et l'établissement dispose, pour tout cas de faute jugée lourde de la part du salarié, d'un droit à une action récursoire.



## **ii) Existence d'une responsabilité délictuelle ou quasi délictuelle du médecin anesthésiste salarié :**

Le principe de l'indépendance professionnelle permet au patient d'engager la responsabilité de l'anesthésiste salarié sur le fondement des articles 1382 et suivants du Code civil : *"il est loisible au patient, indépendamment de l'action qu'il est en droit d'exercer sur un fondement contractuel à l'encontre d'un établissement de santé de rechercher, sur le terrain délictuel, la responsabilité du praticien lorsque dans la réalisation d'actes médicaux, celui-ci a commis une faute"* (T. Conflits, 14 février 2000)

La responsabilité délictuelle ou quasi délictuelle du médecin salarié peut être engagée par le patient s'il y a manquement à une obligation professionnelle lui incombant personnellement.

Parmi les fautes susceptibles d'entraîner une responsabilité par faute, négligence ou imprudence la jurisprudence retient :

- Le défaut ou l'insuffisance d'information due au patient,
- L'erreur ou insuffisance de diagnostic procédant d'une négligence ou d'une ignorance caractérisée.
- L'erreur dans la posologie ou dans l'indication du médicament
- La conduite d'une méthode de traitement désuet ou expérimental

## **iii) Existence d'une responsabilité pénale personnelle du médecin anesthésiste salarié**

Comme précédemment exposé, la responsabilité pénale est personnelle au médecin anesthésiste, salarié ou non.

Le médecin anesthésiste engage sa responsabilité pénale si lors de son intervention il commet :

- des atteintes involontaires à la vie du patient
- des atteintes involontaires à l'intégrité physique du patient
- s'il omet de porter secours etc.

## **Conclusions récapitulatives**

Quel que soit leur mode d'exercice le médecin encourt au minimum 3 types de risques susceptibles d'engager sa responsabilité : pénal, civil et disciplinaire

1. **La responsabilité pénale médicale** est un risque auquel s'exposent tous les médecins indépendamment de leur statut.

Cette responsabilité est personnelle et concerne essentiellement certaines catégories d'infractions : les blessures involontaires, violation du secret professionnel, non-assistance ou abstentions coupables, homicide et blessures involontaires.

2. **La responsabilité civile médicale** est fondée sur le principe d'une faute reliée à un dommage par un lien causal.

Elle est issue de l'obligation de moyens à charge du médecin de dispenser des soins conformes aux acquis de la science

En médecine libérale, cette responsabilité est de nature contractuelle, en médecine salariale elle est de nature délictuelle ou quasi délictuelle.

3. **La responsabilité disciplinaire** tend à sanctionner la violation des principes éthiques et déontologiques dans les rapports du médecin avec les patients et/ou ses confrères.

Elle fait courir les risques allant de l'avertissement à la suspension temporaire ou définitive d'exercice.

Finalement le Collège médical voudrait préciser que **le présent avis n'est pas exhaustif**, alors que dépendant des circonstances et des cas spécifiques, la responsabilité médicale donne lieu à des appréciations menant à des décisions pouvant en certains points diverger.

Il en est p. ex. le cas pour l'énoncé figurant en haut à l'alinéa : Conclusions préliminaires (page 7)

*« L'exercice libéral est en principe caractérisé par l'inexistence d'un lien de subordination et la non rémunération du praticien par l'établissement hospitalier ».*

Il est insisté sur « en principe » qui relativise le caractère absolu de l'énoncé.

**En effet il existe bien une subordination du médecin – indépendamment de son statut de « libéral » ou « salarié » - sur le plan administratif et organisationnel de l'établissement hospitalier, et qui de fait crée un lien de subordination également sur le plan technique, médical.**

A ce propos le Collège médical se permet de renvoyer à l'avis de l'AMMD du 21 avril 2016 relatif à l'avant-projet de loi relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, aux réflexions commentant les articles 34 et 35<sup>i</sup>

---

<sup>i</sup> **Extrait de l'avis de l'AMMD sur le projet de loi hospitalière 2015\_6**

**Texte du projet**

**Art. 34.** *Dans chaque hôpital et établissement hospitalier spécialisé il est créé un conseil médical.*

*Le conseil médical est l'organe représentant les médecins, les pharmaciens et chefs de laboratoire exerçant à l'hôpital ou à l'établissement hospitalier spécialisé, par lequel ceux-ci peuvent collaborer à la prise de décisions à l'hôpital ou à l'établissement hospitalier spécialisé.*

*Les membres du conseil médical sont élus par les médecins exerçant à l'hôpital ou à l'établissement hospitalier spécialisé ainsi que par les pharmaciens et chefs de laboratoire.*

*Le conseil médical fait régulièrement rapport sur l'exécution de son mandat devant l'assemblée de ses électeurs convoquée à cet effet.*

*Un règlement grand-ducal arrête les règles relatives aux modalités d'élection des membres, à la désignation du président et de son délégué, à la durée des mandats et au fonctionnement du conseil médical. Ce même règlement précise les attributions et les prérogatives du conseil médical. Il désigne notamment les matières pour lesquelles son avis est sollicité et arrête les procédures à suivre en cas de dissentiment entre l'organisme gestionnaire et le conseil médical.*

---

**Art. 35.** *Le médecin hospitalier est lié à l'établissement hospitalier soit par un contrat de travail, soit par un contrat de collaboration. Le médecin hospitalier exerce son activité à titre principal ou accessoire dans un ou plusieurs services hospitaliers sous sa propre responsabilité et sans lien de subordination sur le plan médical.*

*Le médecin:*

- *respecte le cadre défini par le règlement général visé à l'article 24;*
- *participe à la continuité des soins et des gardes;*
- *déclare et documente ses prestations effectuées à l'hôpital;*
- *participe à la démarche qualité et à la prévention des risques;*
- *utilise de manière efficiente les ressources disponibles.*

*Les contrats de collaboration des prestataires de soins non-salariés exerçant dans les hôpitaux et établissements hospitaliers spécialisés doivent correspondre à un contrat-type, dont le contenu minimal est arrêté d'un commun accord entre les différents groupements professionnels des prestataires de soins et les groupements des hôpitaux prévus à l'article 62 du code des assurances sociales. A défaut de cet accord, le ministre peut arrêter le contrat-type.*

### **Commentaires sur les articles 34 et 35 de la part de l'AMMD :**

L'AMMD entend commenter ensemble ces deux dispositions majeures appelées à régler la **collaboration entre les deux partenaires que sont l'hôpital et son corps médical**. L'AMMD estime d'emblée que les dispositions éparses actuellement en vigueur, nées au fil des dernières années, doivent être revues dans le sens d'une plus grande influence des médecins dans les prises de décisions concernant l'exercice de leur profession et de celles qui leur imposent des obligations supplémentaires. En effet de loin la majorité des médecins hospitaliers travaillent sous le régime dit libéral et tous les médecins engagent au moins leur **responsabilité pénale**, quel que soit leur statut.

L'AMMD constate, on le verra ci-après, que le statut actuel créé au fil des années, étape par étape, n'a de libéral plus que le nom et la responsabilité par rapport au patient. Il n'a **plus aucune liberté** de ses **honoraires imposés** par un conventionnement qui est obligatoire et soumis à de fréquents redressements par le fait du prince, ni le choix des collaborateurs dont il est pourtant partiellement responsable, **ni du choix du personnel des autres professions de santé** avec lequel le médecin doit travailler, **ni le choix ou l'ampleur des investissements techniques hospitaliers**, l'exécution de son travail est soumise de plus en plus à des réglementations administratives du gestionnaire hospitalier et des interventions du législateur.

Ainsi la relation Hôpital-médecins hospitaliers est souvent inconfortable voire tumultueuse car les préoccupations de part et d'autre ne se recoupent pas sur tous les points, et les moyens dont dispose le corps médical à se faire entendre sont désuets, inefficaces. L'AMMD relève cependant que

---

l'hôpital n'est pas une fin en soi : son objet est principalement celui de permettre l'exercice de la médecine, qui est le fait et la profession des médecins y attachés.

Dès lors il serait logique que ceux-ci soient appelés à jouer pleinement leur rôle de partenaires, et ceci d'autant plus que c'est leur savoir et leur expérience qui attire la patientèle. Malheureusement les dernières décennies ont connu un renversement de la situation suite à **l'afflux de personnels à formation économique, sociale, ou encore d'origine politique et encore à formation technique spécialisée**, dont l'activité évolue loin des préoccupations des médecins dont ils ignorent les relations avec les patients. Ce cercle de personnes constitue une large majorité par rapport aux médecins ; la gouvernance de l'hôpital ne doit cependant nullement se faire selon des règles de majorité, mais selon son objet qui est le traitement des patients par les médecins.

Dès lors il faut **confier au corps médical** de l'hôpital non seulement le traitement, les soins et la responsabilité de ceux-ci, mais également **le droit de participer**, comme partenaire principal du gestionnaire, **à l'administration et à l'organisation de l'entité**. L'objection que les médecins ne sont pas les propriétaires de l'hôpital et ne devraient donc pas disposer d'un pouvoir de codécision ne tient pas : l'hôpital n'est pas un objet de propriété au sens du Code civil, ni même, à défaut d'objet lucratif, une entreprise purement économique : c'est primordialement une institution formant le cadre pour l'exercice de la médecine, soumis à des régimes statutaires ou légaux différents. Le fait qu'elle doit évidemment respecter des données économiques n'y change primordialement rien. Il en est de même du fait qu'un hôpital puisse fonctionner sous le régime légal d'une société par exemple d'une société anonyme : pareil hôpital n'est commerçant que par la forme, mais nullement par son objet. Bref l'établissement hospitalier n'est pas une fin en soi. Dans cet hôpital les médecins sont les acteurs principaux et en tant que tels offrent leur collaboration et leur expérience à laquelle le gestionnaire ne saurait renoncer.

Il est cependant navrant de constater le rôle et l'influence minimales que les textes légaux réservent aux médecins : ce n'est que via les conseils médicaux que les médecins peuvent faire entendre leur voix et ceci uniquement à titre consultatif, même pour les matières sujettes à « avis renforcé » qui malgré son appellation pompeuse ne peut que retarder de quelques mois une décision du gestionnaire. La présence au conseil d'administration du gestionnaire est également purement consultative, toute comme la possibilité de présenter des propositions au gestionnaire (cf. r. g.-d. du 22.08.2003 relatif au conseil médical des hôpitaux. Art 7 et 8). Finalement on a l'impression que les données statistiques ou autres sont régulièrement cachées aux membres des conseils médicaux de sorte qu'une discussion fructueuse n'est guère possible.

L'AMMD exige que les autorités du pays mettent fin à cette situation de **marginalisation du corps médical**, dont la Constitution entend protéger l'exercice professionnel en confiant à la seule loi la réglementation nécessaire. La réglementation de l'exercice par le truchement de règlements hospitaliers, généraux ou intérieurs, constitue donc, dans une certaine mesure, un non-respect de la Constitution, même si ces règlements sont formellement pris sur base de la loi hospitalière, et n'est pas conforme au rôle que doit jouer une profession libérale.

C'est la raison pour laquelle **l'AMMD exige** que la réglementation par les organes de gestion hospitalière ne puisse se faire que d'**un commun accord entre gestionnaire et conseil médical** et ceci pour le moins en ce qui concerne toutes mesures ayant une incidence directe sur l'exercice de la profession. De cette façon les professionnels médecins, représentés par le conseil médical, seraient considérés comme avoir accepté librement la réglementation dans le cadre du contrat d'entreprise avec l'établissement. L'antinomie entre exercice libéral des médecins, encore majoritaire dans notre pays, politiquement voulue et financièrement efficient comme le prouve les données de l'OCDE (cf préambule), et l'autorité du directeur et celle du gestionnaire organisant

---

l'hôpital à leur guise en imposant toujours des obligations nouvelles aux médecins libéraux sans leur accord, serait ainsi vouée à l'échec.

En fait la situation actuelle, remontant à la loi hospitalière de 1998, est en train de pérenniser une situation devenue extrêmement confuse sur le plan des principes juridiques d'une part et de cumuler les frustrations des médecins hospitaliers qui ne se retrouvent plus d'autre part, et a fait naître une insécurité juridique désavantageuse pour les prestataires médecins qui bien que travaillant majoritairement comme libéraux, n'ont pas leur mot à dire dans l'organisation du contexte hospitalier. Juridiquement les principes consacrés par la **jurisprudence nationale et étrangère** doivent donner à réfléchir sur le **statut réel des médecins hospitaliers** qui est pratiquement celui **de subordonnés administratifs** devant accepter des conditions parfois inacceptables pour l'exercice d'une médecine hospitalière responsable, qu'elle soit libérale ou salariée.

Dans le cadre de ces observations préliminaires, nous nous permettons de préciser :

Aux termes de l'article 35 de l'avant-projet le médecin hospitalier exerce soit sur base d'un contrat de travail soit sur base d'un contrat de collaboration. Il le fait, selon l'alinéa 1<sup>er</sup>, à titre principal ou accessoire, dans un ou dans plusieurs services, sous sa propre responsabilité et sans lien de subordination sur le plan médical.

Selon le 3<sup>e</sup> alinéa les contrats de collaboration des prestataires non-salariés doivent correspondre à un contrat-type négocié entre groupements professionnels et à défaut d'accord arrêté par le Ministre.

Ces dispositions sont loin d'être anodines et méritent une analyse critique.

Il y a d'abord la notion de **contrat-type**, qui se trouvait déjà dans la loi de 1998. Mais comment se définit cette notion ? Est-ce qu'il s'agit d'un simple modèle de contrat ou est-ce que pareil contrat est appelé à fixer péremptoirement les droits et obligations minimales de chaque partie ? La loi devrait préciser la notion.

\*Dans la première hypothèse les parties contractantes peuvent l'accepter et signer tel quel, ou le modifier à leur guise, voire le rejeter en signant une convention tout à fait librement débattue.

\*Dans la deuxième hypothèse les organismes gestionnaires et les médecins doivent s'y tenir du moins en ce qui concerne les droits et obligations primordiales y définies, quitte à le compléter par des dispositions spécifiques à chaque contrat.

Le contrat-type signé suite à la loi de 1998 était considéré par l'AMMD et l'EHL (FHL) comme étant de la deuxième catégorie, avec une partie qui aurait dû être obligatoire et immuable (sauf réévaluation et renégociation), et une 2<sup>e</sup> partie spécifique au médecin agréé. Ceci résulte de sa rédaction même : il comporte une partie valable pour tous les médecins et une partie complémentaire éventuelle. Comme la loi prévoyait l'existence obligatoire de pareil contrat-type, destiné à donner des garanties aux deux parties, il semble évident que les principes y retenus dans la partie générale ne devaient point être modifiés par la 2<sup>e</sup> partie spécifique, ni par un avenant. Or c'est ce qui s'est passé dans certains hôpitaux, notamment pour les gardes et les systèmes de régulation des litiges.

L'AMMD exige dès lors que la loi précise la portée obligatoire du contrat-type et interdise aux établissements, sous peine de nullité, d'y apporter des modifications substantielles rendant plus contraignantes les obligations des médecins.

A noter encore qu'en début de 3<sup>e</sup> alinéa il vaut mieux mentionner uniquement les « contrats de collaboration des prestataires » sans ajouter l'adjectif « non-salariés », étant donné que les contrats

---

des salariés sont toujours et obligatoirement des contrats de travail. A la place il vaut mieux spécifier en début de l'article 35, 1<sup>er</sup> alinéa en écrivant « Le médecin hospitalier.....soit par un contrat de travail s'il est salarié, soit par un contrat de collaboration, s'il ne l'est n'est pas et exerce en libéral. »

Le 1<sup>er</sup> alinéa de l'article 35 définissant le médecin hospitalier comme salarié ou libéral, continue en disant sans distinguer que ce médecin hospitalier exerce « sous sa propre responsabilité » et « sans lien de subordination sur le plan médical ».

Sauf à admettre que la **notion de « responsabilité »** ici mentionnée soit purement déontologique, cette assertion est partiellement erronée et est de toute façon imprécise : en effet le médecin hospitalier salarié n'exerce pas sous sa responsabilité **civile**, que doit assumer l'hôpital- patron. Une jurisprudence a même retenu que l'hôpital assume la responsabilité civile non seulement pour les médecins salariés, mais encore dès que l'exercice se fait en hôpital fermé ou structuré, peu importe que le médecin soit préposé (salarié) de l'hôpital ou non (Jugement civil no 72/2010 du 16 mars 2010 no rôle 117944). Le médecin salarié n'assume que sa responsabilité **pénale**. En outre dans notre système de soins le médecin n'est jamais subordonné médicalement ou techniquement, du moins en théorie, et bien que la mainmise administrative tend à envahir le cabinet et les salles d'intervention sous prétexte de sécurisation, de standardisation, voire d'organisation.

Dès lors cette partie du texte n'ajoute rien et risque de semer la confusion dans une matière déjà suffisamment confuse. Nous proposons de l'enlever ; dans la mesure où il s'agirait de formuler un principe déontologique, cette formulation est du ressort du Code de déontologie professionnelle.

L'AMMD pense qu'afin de mettre un terme à une évidente insécurité juridique, le moment est venu pour discuter la question de la **détermination exacte du caractère salarié ou non du contrat d'un médecin hospitalier**. La réponse n'est pas évidente au regard d'une jurisprudence, certes rare, mais existante et évoluant dans le temps. L'enjeu de cette discussion est important, - également pour les établissements hospitaliers et leurs sources de financement : l'incidence existe en ce qui concerne notamment les règles du repos et de compensation, les congés payés, le paiement d'heures supplémentaires, le chômage, les indemnités de licenciement et de départ, et last but not least les avantages sociaux de tous genres.

Il faut mentionner d'abord qu'il ne suffit nullement de s'en référer à la dénomination que les parties ont donnée au contrat. La jurisprudence traditionnelle se réserve le droit de le requalifier, après avoir examiné en fait les droits et obligations contractuelles des parties par rapport aux caractéristiques juridiques qui sont celles du contrat de travail et du contrat d'entreprise. Ainsi il a été jugé par la Cour d'Appel de Luxembourg :

\*que l'existence d'un **contrat de travail ne dépend** ni de la volonté exprimée par les parties, ni de la dénomination ou de la qualification donnée par les parties, mais par **les conditions de fait** dans lesquelles s'exerce l'activité. **La preuve de la nature réelle du contrat peut résulter d'un ensemble d'indices concordants** laissant conclure à l'existence d'un lien de subordination, critère du salariat. L'appréciation souveraine appartient aux tribunaux. (CSJ 9.1.97 n.r.18786 ).

\*qu'au regard de l'existence d'un contrat de travail, le mode de rémunération et la dénomination, ne constituent pas des critères exclusifs ou décisifs. La subordination n'exige pas de critères rigides et immuables, et le degré de contrôle et de direction doit s'examiner notamment par rapport à la nature du travail exécuté (CSJ 26.3.1998 nr 21131).

\*que la conception traditionnelle de la subordination - direction et contrôle - ne saurait cependant s'appliquer telle quelle aux fonctions qui exigent une indépendance technique quasi-totale de ceux qui les exécutent, comme par exemple la fourniture de soins (CSJ 28.1.1999 nr 22192).

---

Quelle est donc la subordination, critère du caractère salarié d'une occupation du médecin ?

La jurisprudence française a donné la réponse : cette notion de subordination doit être comprise pour un médecin dans ce sens qu'une subordination administrative ainsi que l'insertion dans une structure hiérarchique suffisent pour en faire un salarié (Cf. p.ex. Cass. Fr. Ch. Soc. 29.03.94 / ou C.A. Colmar Ch. Soc. 24.3.92).

Dans un article publié au journal juridique Dalloz no 2 du 12 janvier 2006, M :Cédric Riot, docteur en droit et enseignant à la Faculté de droit de Montpellier, analyse l'exercice « subordonné » de l'art médical et ceci dans le cadre d'un revirement de la jurisprudence de la Cour de Cassation française qui avait décidé qu'à l'égard de tiers le préposé médecin bénéficie de l'immunité civile comme tout autre préposé, la responsabilité civile incombant au commettant (patron). Au sujet de l'incertitude de l'existence d'une subordination il écrit ceci :

« S'il est encore besoin de répéter, l'exercice d'une activité indépendante n'est pas exclusif d'un lien de subordination juridique, caractéristique du contrat de travail. Ainsi, en dépit d'une indépendance certaine, un médecin se trouve dans un lien de subordination à partir du moment où il est soumis, dans l'exercice de sa profession, à des sujétions découlant des règles d'organisation déterminées unilatéralement par la direction de l'établissement, notamment en respectant un tableau de garde. »

L'existence du lien de subordination est prépondérant sinon décisif et constitue un élément de distinction fondamental avec les concepts voisins (Dalloz : Répertoire de droit de travail verbo Contrat de travail, existence – formation, no 44)

Certes la subordination doit exister dans le cadre d'un travail pour le compte d'autrui et doit donner au-moins une valeur ajoutée aux autres conditions d'exploitation de l'entreprise. Au même ouvrage, verbo identique, no 62, il est relevé que la Cour de cassation française rejoint par la Cour de justice de l'Union européenne a eu, à maintes reprises et en matière d'exercice médical, eu l'occasion de souligner le caractère essentiel de pareille valeur ajoutée, notamment pour des chirurgiens-dentistes, des masseurs-kinésithérapeutes ou des orthophonistes soignant la clientèle d'un dispensaire ou d'un établissement thermal, ou encore pour des étudiants en médecine assistant des médecins libéraux d'une clinique lors d'interventions chirurgicales.

La subordination juridique a été reconnue pour des médecins (-remplaçants) effectuant des tours de garde dans les locaux de service d'un établissement, avec le concours de son secrétariat et selon le planning et un horaire déterminé à l'avance par ceux qu'ils remplaçaient (Cass.civ.2° ch du 18.11.2003 cité au même ouvrage no 100).

L'examen de la jurisprudence française des dernières décennies fait constater qu'en France la jurisprudence en la matière est en constante évolution. Une leçon est certaine dans cette situation : il faut éviter de créer et de laisser se pérenniser une situation confuse au niveau des principes. Personne n'y a intérêt.

La jurisprudence belge suit des principes similaires à ceux énoncés ci-dessus et admet qu'un médecin travaillant de façon indépendante dans le pur exercice médico-technique de sa profession, peut néanmoins être considéré comme salarié (Colens : Le Contrat de Travail no 11, page 23)

---

Les auteurs belges spécialistes en droit médical, Ryckmans et Meert "Les Droits et Obligations des Médecins, Tome I, n° 237" 2<sup>ième</sup> éditions Larcier, Bruxelles) se sont déjà exprimés comme suit au sujet de la question du médecin-salarié:

"le lien de subordination constitue le critère permettant de faire la distinction ... Au contraire si le médecin reçoit des ordres, s'il est tenu de respecter les directives, il y a subordination juridique et le contrat est qualifié de louage de service.

Le libre emploi du temps et l'organisation de son activité par le prestataire de service ne sont pas nécessairement des indices de non-subordination. De même le fait d'avoir une importante clientèle privée n'exclut pas la possibilité d'un contrat d'emploi".

Les mêmes auteurs, au numéro 241 du même ouvrage, ajoutent ceci:

'pour savoir si un médecin a la qualité de salarié, il faut rechercher s'il est soumis à une subordination administrative dans l'organisation du service ... Est engagé vis-à-vis de l'employeur dans un lien de subordination qui lui confère la qualité d'employé, le médecin qui ne peut refuser de soigner les malades qui se présentent et qui, en outre, doivent assurer un service de garde et se soumettre à une certaine coordination de l'activité de tous les médecins attachés à la clinique.'

Un louage de service peut exister à temps partiel, pourvu que, pendant les heures de travail, s'exerce l'autorité de l'employeur.

Le mode de rémunération n'est pas d'avantage un critère décisif de subordination.

La circonstance que la rémunération soit forfaitaire ou qu'elle consiste en une quote-part d'honoraires n'est pas déterminante quant à la qualification du contrat."

Antoine et Monique Colens (Le contrat d'emploi, Editions Larcier, 6<sup>e</sup> édition) confirment les mêmes principes dégagés de l'analyse de la jurisprudence belge.

Le lien de subordination peut exister même si l'autorité ne s'exerce pas de façon effective et ininterrompue et si la nature du travail effectué comporte une certaine indépendance et une responsabilité personnelle (même ouvrage no 6). Le médecin qui est soumis aux directives de l'établissement qui le rémunère, quant au lieu et au moment du travail et au choix des malades à soigner est un salarié même s'il conserve une complète indépendance technique et médicale (ibidem). Même si le paiement par honoraires est l'apanage d'un exercice indépendant, le mode de rémunération n'est cependant pas considéré comme critère définitif. Il s'agit là encore d'une question de fait à apprécier par le juge (ibidem no 6). Au Luxembourg s'ajoute la particularité d'appréciation que le mode de paiement est imposé par la loi et le conventionnement obligatoire avec tarifs à l'acte et forfaits imposés. Même au CHL avec régime spécial il n'en est pas autrement. Le gestionnaire ne paye pas de sa poche et ne fait que redistribuer l'argent de la sécurité sociale et pourtant ces médecins hospitaliers sont considérés comme des salariés.

Les principes sont donc clairement établis. Le seul problème consiste à délimiter où commence la subordination administrative et juridique avec insertion dans une structure hiérarchique.

La difficulté provient plus particulièrement du fait que même un médecin libéral, travaillant au sein d'un hôpital, doit se plier à une certaine discipline et à une certaine réglementation. Dès lors il peut être délicat de faire cette **distinction entre pure subordination et uniquement respect des règles internes d'un hôpital.**



---

Dans la mesure où le médecin respecte une réglementation librement acceptée et à portée déterminée on peut considérer qu'il travaille encore sous statut libéral. Mais quid si le gestionnaire, de son propre et seul gré, modifie les règles du jeu ? Quid si d'une façon générale le gestionnaire de l'hôpital respectivement ses représentants, le conseil d'administration, directeur, sous-directeur, médecin-coordonateur ou chef de service, peuvent lui donner des ordres de nature administrative et en dehors de tout consensus librement accepté ? Non seulement le médecin se trouvera sous l'autorité administrative de directeur (tel que prévu par la réglementation actuelle) mais encore il y a ingérence dans l'exercice médico-technique, -pour ne citer que la **standardisation des traitements et procédures**, les règles de sécurité et les prises en charges qui relèvent du médecin-coordonateur. Citons quelques exemples :

Rationalisation des médicaments et standardisation des équipements, organisation médicale et des soins, organisation administrative et mode d'exercice de la médecine, règlements de sécurité et de prise en charge des patients, organisation et contrôle des infections nosocomiales (art 24 du projet), gestion des risques, prévention, signalement et lutte contre les événements indésirables, évaluations et promotion de la qualité des prestations (art 25). Selon l'article 29, l'organisation médicale et soignante des services hospitaliers est déterminée dans le règlement général qui est l'œuvre du gestionnaire. Tout cela sans même parler des autres tâches administratives quotidiennes exigées du médecin hospitalier dans la gestion des dossiers.

Le médecin hospitalier est ainsi déjà, dans une très grande mesure, subordonné administrativement et englobé dans des services structurés. L'autorité de la direction tend à envahir le domaine technique. Le médecin ne porte plus qu'une étiquette de « médecin libéral », auquel on demande de travailler le plus possible en endossant les responsabilités, et souvent même celles du personnel qui l'entoure et l'assiste, qu'il n'a cependant pas le droit de choisir. Il ne bénéficie d'aucun des avantages du salarié.

Le problème se complique encore s'il y a non-seulement intervention à ce sujet du gestionnaire de l'hôpital, mais intervention des autorités publiques ou de la loi. Plus particulièrement l'AMMD s'oppose formellement à une réglementation des droits et obligations du médecin par voie de règlement grand-ducal, en dehors de tout accord ou consensus avec la profession.

Le statut salarié du médecin hospitalier pose peu de problèmes car les règles du contrat de travail sont claires et connues ; le seul **problème** à ce sujet est celui **des heures de travail imposées**.

En ce qui concerne le médecin travaillant sous statut libéral, le législateur devrait mettre un frein à une évolution de sa situation de plus en plus chaotique. S'il est vrai qu'un hôpital ne peut fonctionner que sur base d'une organisation interne minutieuse, le pouvoir administratif du gestionnaire doit être contrebalancé par un contre-pouvoir médical. Pour éviter des dérives supplémentaires l'AMMD exige ainsi la mise sur pied d'une réglementation d'organisation hospitalière devant se faire d'un commun **accord entre gestionnaire et Conseil médical**, du moins pour tout ce qui a une incidence directe sur l'exercice professionnel et les procédures prévues.

Si l'article sous rubrique stipule qu'un représentant du Conseil Médical puisse assister aux réunions des Conseils d'Administration, ceux-ci se sont pour certains bien arrangés pour l'écarter malgré tout en instituant des réunions à huis clos. L'AMMD est d'avis que la présence effective du Conseil Médical à toutes les réunions du Conseil d'Administration aiderait largement à la compréhension mutuelle et sensibiliserait autrement les différentes parties aux doléances respectives. Il faudrait envisager des sanctions au cas où le Conseil d'Administration se dérobe

---

des engagements légaux. L'AMMD demande que ces principes soient retenus dans le corps du projet de loi lui-même.