
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
de Médecins Spécialistes

Editeur responsable : Dr M. MOENS
Secrétaire de rédaction : J. Van den Nieuwenhof
Avenue de la Couronne 20 - 1050 Bruxelles
Tél. 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@GBS-VBS.org

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

N° 4 / MAI 2002

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

Bientôt spécialiste? Le tout, c'est de bien commencer...

***Quelques clins d'œil aux candidats spécialistes
et aux médecins spécialistes débutants***

Travailler dans le cadre d'une association	2
Association et valeur de la pratique médicale	2
Le contenu du contrat d'association :	4
1. Contrats à deux, trois ou plus	4
2. Localisation de l'association	4
3. Activités externes	5
4. Indépendance et responsabilité professionnelle	5
5. Organisation des activités	5
6. Admission de nouveaux associés	6
7. Stage probatoire	7
8. Règlements financiers	7
9. Assistance mutuelle	10
10. Décès	11
11. Congés scientifiques et de détente	12
12. Remplacements	12
13. Limite d'âge	12
14. Cessation de contrat de plein droit et exclusion	12
15. Suspension par l'Ordre ou l'INAMI	13
16. Démission	13
17. Dissolution de l'association	14
18. Règlement d'ordre intérieur (R.O.I.)	15
19. Litiges - Conciliation – Arbitrage	15
20. Ordre des médecins	16
21. Assurance responsabilité	16

Travailler dans le cadre d'une association

Tout spécialiste membre de l'Union professionnelle de sa spécialité a toujours la possibilité de s'adresser au GBS pour obtenir des informations détaillées et demander un avis concernant un cas spécifique.

Dans de nombreux cas, voire dans la plupart des cas, un spécialiste débutant, que ce soit en milieu hospitalier ou extra-hospitalier, fait son apprentissage dans le contexte enrichissant, mais également réconfortant ainsi que juridico-pragmatique d'un contrat d'association. C'est ce qui ressort notamment de certaines données chiffrées. Ainsi, dans le secteur extra-hospitalier, on constate qu'au cours de ces dernières années, le nombre de spécialistes a sensiblement augmenté, et ce alors que le nombre de cabinets ou d'implantations de pratiques stagne et est même en régression. Durant la première moitié de la décennie qui vient de s'écouler, certains hôpitaux ont tout simplement doublé leur staff en l'espace de cinq à six ans. Et cette métamorphose - car c'est bien de cela qu'il s'agit - était à peine achevée que ces mêmes hôpitaux se sont déjà engagés dans des négociations de fusion, de sorte que leurs équipes nouvellement renforcées s'efforcent de trouver des règles de collaboration adaptées pour l'organisation de leur travail sur plusieurs sites.

Par ailleurs, travailler (et penser) en équipe est devenu une nécessité du cabinet spécialisé en raison de l'évolution médico-scientifique.

De ce fait, le secteur n'est pas sans connaître une variété de dispositions régissant les rapports juridiques entre confrères. Malgré tout, la plupart des accords de collaboration ou des contrats d'association (sans personnalité juridique) entre spécialistes s'appuient sur une bonne dose d'égalitarisme constituant d'ailleurs, de même que l'identité de la spécialité, la base proprement dite, le ciment, de la collaboration. Le code de déontologie médicale *en avait d'ailleurs **jusque récemment*** fixé la base éthico-disciplinaire : l'ancien article 159, § 1, du code prévoyait des associations uniquement pour des médecins exerçant la même discipline ou des disciplines apparentées (v. p. 28 : les dernières modifications du 16.3.2002 du code n'excluent plus désormais les autres formes de contrats de collaboration !); l'article 82 interdit que les médecins retirent un bénéfice d'une rétribution forfaitaire d'un confrère, l'article 84 stipule qu'un pool d'honoraires ne peut comprendre que des membres actifs et que celui-ci ne peut pas donner lieu à l'exploitation de l'activité de certains membres par d'autres. La majorité des contrats sont régis par une règle d'équivalence quasi naturelle: égalité des revenus (partage des honoraires), égalité de l'engagement et de l'activité. Lorsqu'il y a des divergences, celles-ci sont soit de nature temporaire (et de courte durée), soit compensées mutuellement (ex. know-how respectif dans certains domaines d'activité ou techniques).

Association et valeur de la pratique médicale

Il n'est pas aisé d'établir une typologie des contrats d'association existants, même des types de clauses et réglementations. Par contre, deux grands groupes peuvent être distingués. Ceci s'explique par un certain nombre de modifications importantes apportées au code de déontologie médicale durant la première moitié de la décennie écoulée, grâce auxquelles la cession de la clientèle et des autres éléments immatériels de la valeur de la pratique médicale, qui était auparavant interdite (en Belgique, contrairement aux Pays-Bas et à la France notamment), est maintenant admise comme pour d'autres professions libérales. On peut ainsi établir une distinction sommaire comme suit :

- les contrats s'appuyant exclusivement sur la mise en commun de l'activité des parties, avec répartition des revenus et des dépenses parmi les partenaires actifs, en excluant toute rétribution financière de cession aux partenaires inactifs ou devenant inactifs au moment de la transaction (hormis règlement financier de courte durée en cas d'incapacité de travail). Une variante observée de temps à autre pour ce type d'association, principalement dans les disciplines exigeant des investissements lourds, peut éventuellement prévoir une rétribution d'apport matériel ou, en cas de départ, une indemnité correspondant à une partie de la valeur résiduelle de l'infrastructure technique constituée en commun. Dans ce cas, on a à faire à une association de pratique ordinaire liée à des parts en ce qui concerne les moyens.

- les contrats prévoyant un droit d'entrée et/ou une indemnité de sortie en plus de la répartition des revenus et des dépenses et s'appuyant sur le principe de la cession d'une partie de la valeur de la pratique commune.

Le principe de la valeur de la pratique conduit toutefois surtout à des collaborations avec personnalité juridique (sociétés). L'ancien art. 164 et le nouvel art. 162 § 5, b du Code de déontologie médicale prévoient expressément que les parts doivent être nominatives et ne peuvent être attribuées qu'à des médecins qui exercent leur profession dans le cadre d'une société.

La majorité des collaborations entre médecins spécialistes n'ont cependant pas pris la forme de sociétés, mais sont restées des associations de fait conservant les principes classiques de répartition des honoraires purs et des frais entre les collaborateurs actifs. Une clé de répartition des revenus, éventuellement avec indication du coefficient de chaque partie (avec par exemple des pourcentages croissant vers une parité sur une période de 3 à 5 ans), ne constitue pas forcément en soi une part de la valeur de la pratique. A l'heure actuelle, cela donne parfois lieu à des discussions car, lors du départ d'un confrère plus âgé, les règles contractuelles (aucune rétribution pour les inactifs) ne semblent parfois plus acceptables pour le membre sortant au regard de la réalité économique-financière qui est maintenant confirmée par le nouveau cadre déontologique. Le membre sortant ou, en cas de décès, ses héritiers estiment qu'ils abandonnent une valeur de la pratique dans l'association pour laquelle ils ne sont pas indemnisés en vertu des anciennes règles contractuelles. Nombreux sont les cas où l'adaptation du contrat va être à l'ordre du jour.

Deux éléments importants sont à l'origine du fait que la majorité des contrats d'association actuels n'ont pas prévu de rétribution de la valeur de la pratique médicale et reposent sur un partage des honoraires entre collaborateurs actifs :

- une collaboration dans le cadre d'une société avec personnalité juridique n'était jusqu'à présent possible que si la totalité de l'activité est mise en commun sous la personnalité juridique (cf. l'ancien art. 159 du code de déontologie médicale). Nombreuses sont les collaborations de médecins ne portant que sur une partie de leurs activités, même s'il s'agit généralement de leur activité principale. Un grand nombre d'associations ou de collaborations de spécialistes dans le cadre d'un hôpital ont ainsi uniquement trait à l'activité hospitalière et non pas à la pratique médicale extra-hospitalière ou privée.
- en milieu hospitalier, la cession ou la reprise de la valeur de la pratique médicale pose un problème dans la mesure où le médecin sortant et l'équipe de l'association ne prennent pas seuls la décision concernant le successeur-repreneur. En effet, ce dernier n'acquerra la qualité de médecin hospitalier que moyennant une convention écrite ou un acte de nomination avec ou de l'hôpital, suivant une procédure qui est définie conformément à la loi sur les hôpitaux et aux règlements internes de l'institution. Dans ces circonstances, une disposition portant sur la reprise de la pratique médicale n'est possible que moyennant des clauses suspensives complexes, pour autant que la position de l'hôpital n'est pas connue. Attention: cela n'enlève rien au fait que la pratique hospitalière d'un médecin indépendant a une valeur de pratique et qu'aucune convention entre médecins et hôpitaux ne le nie ou ne l'empêche (sauf, naturellement, dans le cas des médecins exerçant sous contrat de travail).

En annexe, vous trouverez le nouveau Chapitre IV du Titre IV du Code de déontologie médicale relatif aux associations et aux collaborations entre médecins (voir p. 28) ainsi qu'une série d'avis du Conseil national de l'Ordre (voir p. 16). Ceux-ci constituent un guide important auquel tant le médecin établi que le médecin débutant devraient confronter d'un oeil critique la situation contractuelle existante ou qui leur est proposée. La modification la plus criante consiste à n'en pas douter dans la suppression du caractère "monodisciplinaire" obligatoire de la collaboration accompagnée d'un partage des honoraires. Ceci s'explique probablement par l'introduction des nouvelles formes

d'organisation via les dispositions légales (loi sur les hôpitaux) comme les programmes de soins et les autres formes de collaboration pluridisciplinaires voire pluri-institutionnelles. Néanmoins, les effets des accords et règlements écrits passés entre médecins nécessitera une évaluation concrète par les Conseils de l'Ordre, sur base des principes déontologiques fondamentaux comme l'exclusion de toute forme de collusion ou dichotomie directe ou indirecte, la garantie du libre choix du médecin, l'indépendance professionnelle du médecin, une répartition du travail ou des recettes et des dépenses acceptées par les membres participants, etc. Le Conseil national de l'Ordre a réalisé un travail de pionnier permettant de combler un certain nombre de lacunes grandissantes dans le cadre juridico-administratif de l'exercice (principalement) de la médecine spécialisée.

* * * *

Le contenu du contrat d'association (classique)

1. Contrats à deux, trois ou plus: Une convention conclue entre deux parties est fondamentalement différente d'un contrat à trois ou plus. En effet, la cessation du contrat par une des parties signifie la fin de l'association à deux. Dans les autres cas, l'association continue d'exister.

Un contrat signifie que les dispositions convenues ne peuvent pas être modifiées sans l'accord des parties. Le contrat peut toutefois préciser de quelle façon certaines décisions relatives à la gestion journalière peuvent être prises. Il ne serait pas judicieux qu'il faille parvenir à un accord entre les parties pour tout et n'importe quoi. La manière dont les décisions sont prises au sein de l'association variera selon le nombre d'associés. Pour les contrats avec deux ou trois parties, il faudra toujours parvenir à un commun accord, sauf pour des exceptions bien définies, notamment pour les décisions se rapportant à des dépenses minimales. Il arrive également qu'en présence d'un déséquilibre du niveau d'activité hebdomadaire, il existe des différences entre les associés en matière de prise de décision. Il peut ainsi paraître logique que si l'associé A preste 8 demi-journées et que l'associé B preste 4 demi-journées, l'associé A donne la préférence à un droit de vote pondéré (cf. élections au Conseil médical). Toutefois, cette dernière variation ne s'appliquera pas aux décisions portant sur les éléments essentiels de l'association (notamment l'éventuel élargissement de l'association, l'acquisition d'un appareillage nécessitant des investissements importants, les accords de base concernant les opérations fixes à partir du compte bancaire commun, etc.).

Une forme de vote à la majorité (qualifiée) sera assurément appliquée dans une plus large mesure dans le cas d'associations comprenant un plus grand nombre d'associés. Dans ce cas, on établira inmanquablement une distinction entre les décisions importantes ayant un rapport direct avec les rapports juridiques proprement dits - et pour lesquelles un commun accord de toutes les parties est requis - et les décisions plus pratiques de la "gestion courante" (choix entre diverses offres de prix, application pratique des règlements de travail, etc.). Il convient toutefois de faire preuve de prudence. En effet, le principe d'une convention est qu'elle exprime la volonté des parties. Il faut donc veiller à conserver un équilibre dans l'association. Et il faut éviter de glisser vers une oligarchie réglementaire par un souci inconsidéré de la démocratie ou pour des principes présentés comme tels. En voulant tout décider par un règlement défini par la voix de la majorité, on vide de sa substance le contrat d'association.

2. Localisation de l'association: L'adresse ou le lieu d'établissement de l'association doit figurer expressément dans la convention. Cela peut sembler futile pour les parties, mais cela permet, dans la plupart des cas, d'éviter bon nombre de problèmes d'interprétation désagréables, ne fût-ce qu'en ce qui concerne la détermination des "activités externes" (voir point 3. infra) qui sont naturellement souvent définis en fonction de la localisation de l'association proprement dite.

Une association dont l'activité principale est exercée dans un hôpital opte de préférence pour une localisation dans le "service de l'hôpital...". C'est-à-dire un lieu d'établissement neutre ou commun.

Une localisation à l'adresse du cabinet privé d'une des parties n'est recommandée que si la pratique médicale commune va effectivement être exercée à cet endroit et qu'une évolution, dans un délai relativement bref, vers une égalité totale des droits de la pratique fait partie des objectifs communs effectifs. Attention aux situations ou aux éléments de fait susceptibles de mettre en péril cet équilibre. Etablir une pratique dans des locaux restant au nom d'une des parties lorsque les investissements communs restent de plus la propriété de ce même partenaire ne constitue pas toujours la base la plus heureuse pour un développement équilibré. Cela risque plutôt de déboucher sur une situation de dépendance. Celui qui y adhère doit se rendre compte que la situation peut être source de frustrations à terme, et ce pour les deux parties.

Des problèmes peuvent toutefois résulter d'éléments moins évidents, par exemple du fait que les rendez-vous sont pris par une personne de confiance d'un des deux partenaires.

Attention : le déséquilibre de l'offre n'est pas forcément calculé. Le dispensateur peut ne pas réaliser que la position solo initiale est perpétuée dans ses usages quotidiens. Ou il peut être poussé par une propension naturelle à se protéger contre l'inconnu. En fin de compte, son cabinet personnel devient une pratique médicale commune à la signature du contrat. La question est de savoir dans quelle mesure la mémoire de la situation antérieure se perpétue.

Le nouvel associé devra également analyser d'un oeil critique la situation qui lui est proposée et, par exemple, tenter de voir s'il s'agit d'une association de pratique ou d'un partage des frais de la pratique. Des termes analogues peuvent parfois avoir des portées très divergentes.

3. Activités externes : La convention doit clairement indiquer ce qui entre et ce qui reste en dehors de l'association. Les activités externes sont de préférence décrites avec précision et définies de telle manière qu'elles n'entrent pas en concurrence directe avec l'association proprement dite. Le lieu d'établissement de l'activité externe peut revêtir une importance capitale. On évitera une activité concurrentielle dans le même secteur. Les droits à des activités externes doivent naturellement être équilibrés, dans ce sens qu'ils doivent être identiques pour chaque partie. Il est également préférable de prévoir que les extensions des activités externes d'un associé doivent être approuvées par les autres parties.

4. Indépendance et responsabilité professionnelle: Chaque associé exerce sa profession en toute indépendance professionnelle. Chaque partie est personnellement responsable de ses actes médicaux. Le libre choix du médecin par le patient et l'indépendance de chaque médecin-associé doivent être garantis.

Chaque associé doit s'assurer contre les risques de sa responsabilité professionnelle. La collaboration médicale se déroule cependant de plus en plus dans une interaction confraternelle autour du patient. D'où la nécessité de prendre une assurance responsabilité auprès de la même compagnie.

5. Organisation des activités: Il est préférable de préciser les activités exercées en commun et les accords de collaboration concrets (règlements en cas d'hospitalisation, rapports, ventilation des consultations, gardes, etc.) sur la base d'une répartition équilibrée de toutes les charges et les obligations. Il convient également de prévoir la manière dont la collaboration se présente vis-à-vis de l'extérieur (en-tête commun, secrétariat, prise de rendez-vous, etc.).

En fait, il s'agit ici intrinsèquement de la thématique principale de la collaboration, tandis que les autres éléments du contrat ne constituent que le ciment juridique permettant d'apporter une solution aux situations problématiques susceptibles de se présenter par le biais de règles de conduite établies. Faut-il en conclure que tous les éléments concrets se rapportant au travail quotidien doivent être codifiés de manière détaillée? Il va de soi que non. Il n'empêche que lors de la mise en place de l'association, il sera certainement utile d'analyser les visions concrètes en matière d'organisation interne du travail et de les confronter les unes aux autres. Quoi qu'il en soit, il est préférable de conclure des accords précis concernant la répartition équilibrée des différents types d'activités sur la semaine de travail (par exemple en annexe du contrat : horaires des heures

de consultations respectives, horaires des opérations, vacances médico-techniques, tournées de salles, etc. en fonction de la demande des patients et des éléments environnementaux, comme les prestations diagnostiques ou logistiques des autres services).

De plus, rien n'empêche de codifier progressivement un certain nombre de règles de conduite, de procédures et d'accords de commun accord - et en concertation avec les autres services - dans un règlement d'ordre intérieur du service, et ce d'autant plus que ce type de règlements est parfois imposé dans une approche plus bureaucratique en application de la loi sur les hôpitaux. Dès lors, il est raisonnable, lorsqu'il s'agit d'une activité hospitalière, de donner le nom de "règlement médical du service" à cette partie plus axée sur la pratique du contrat et même de décrire le rôle, les missions et la procédure de prise de décision du médecin-chef de service, l'implication des autres membres du staff, etc.

6. Admission de nouveaux associés: L'extension de l'association est une décision qui doit logiquement être prise à l'unanimité des associés. En ce qui concerne les sociétés, le Code de déontologie médicale prévoit également l'obligation de l'accord unanime des associés avant l'admission d'un nouvel associé. Dans les contrats d'association ordinaires, il est extrêmement rarement dérogé à ce principe. En outre, le nouvel associé décide également en toute liberté s'il participera ou non à un contrat d'association. C'est une application du principe constitutionnel à la liberté d'association. A moins que le contexte juridique prévalant au sein de l'hôpital (Réglementation générale des rapports juridiques – RGRJ) prévoit le principe de la collaboration ou d'un pool par service. Ce dernier ne reposerait dès lors pas sur le principe constitutionnel de la liberté d'association mais sur une condition contractuelle contraignante pour l'engagement comme médecin hospitalier. Le nouveau venu ignore souvent dans quelle hypothèse juridique il aboutit et les médecins établis n'ont souvent pas la moindre idée de ce que comprend à proprement parler leur propre hypothèse juridique : un système inscrit dans la RGRJ de "pool par service" ou un service au sein duquel plusieurs associations seraient éventuellement possibles? Il va de soi que les parties d'un projet d'association doivent avoir une connaissance suffisante de ce contexte juridique. Pourtant on serait en droit de se demander si un hôpital peut imposer l'acceptation du nouveau venu par les membres du staff établis sur base du système de rémunération (collectif) inscrit dans une RGRJ de "pool par service" (article 132, § 1, de la loi sur les hôpitaux), même si cela arrive plus souvent. S'il s'agit de médecins strictement indépendants travaillant dans le cadre d'un contrat de collaboration, le nouveau collaborateur ne peut naturellement pas être imposé à cette association. En théorie du moins, car la réalité est généralement tout autre. Néanmoins, des mariages professionnels forcés sont beaucoup plus rares dans le secteur médical que les divorces professionnels. Peut-être justement parce que ces derniers sont très pénibles.

L'art. 132, § 2, de la loi sur les hôpitaux ne permet en outre un choix différent en matière de système de rémunération lors d'un contrat mutuel entre le médecin (nouveau venu) et le gestionnaire que lorsque la RGRJ prévoit plus d'un des 5 systèmes de rémunération prévus par la loi. Dans la plupart des hôpitaux, c'est généralement le cas car cette diversité a grandi historiquement ou parce que les gestionnaires d'hôpitaux successifs abordent les problèmes de manière pragmatique mais également surtout fragmentaire ou enfin parce qu'il est tout simplement nécessaire, dans un hôpital, de prévoir des cas d'exception (par exemple des médecins remplissant une fonction de conseiller extraordinaire avec une activité limitée).

Une chose est sûre sur base des remarques qui précèdent : dans un hôpital, les associés et le nouveau venu ne sont évidemment pas seuls à décider. Le gestionnaire de l'hôpital décidera en effet en concertation avec le conseil médical quel candidat peut acquérir la qualité de médecin hospitalier dans l'institution (généralement par le biais d'une procédure définie dans la RGRJ). Rien n'empêche toutefois un accord préalable entre l'association et le candidat apparaissant comme le plus qualifié sous condition suspensive de concrétisation. Le candidat n'a pour sa part rien à perdre, bien au contraire. Pourtant, il convient de veiller à ce que les conditions suspensives n'entraînent pas de séquelles permanentes au cas où l'engagement n'aurait finalement pas lieu.

Comme indiqué précédemment, il n'est pas rare que parmi les conditions d'engagement pour une fonction hospitalière de la RGRJ figure l'obligation de se porter candidat dans une collaboration.

Des conditions d'engagement de l'hôpital entravant ou empêchant une admission rapide dans la collaboration d'un service préfigurent généralement des zones de tension perpétuelles. Dans ce cas, le candidat a tout intérêt à ne pas se décider à la légère et, par exemple, à ne pas signer dans la précipitation, avec l'hôpital, un contrat prévoyant peut-être des rapports juridiques dérogatoires (ex. pourcentages de retenue lorsque ceux-ci doivent, conformément à la loi sur les hôpitaux, être fixés de commun accord par le gestionnaire et le Conseil médical ou dans la RGRJ).

Une modification de la loi qui vient juste d'être introduite (loi du 14.1.2002 – M.B. du 22.2.2002) prévoit que ces "accords collectifs" priment sur tout contrat individuel, les médecins hospitaliers devenant dès lors des citoyens de deuxième catégorie puisqu'ils n'ont plus le droit d'invoquer un engagement contractuel avec l'hôpital, et ce en ce qui concerne un élément pourtant essentiel de cet accord, à savoir la retenue sur les honoraires.

Il ne fait aucun doute que cette nouvelle donnée qui devra être prise en considération dans le futur constitue un argument important pour travailler comme médecin hospitalier solidairement dans le cadre d'un accord de collaboration correct et solide. Avant de signer un engagement contraignant, il est conseillé, en plus des contacts toujours utiles avec tous les confrères concernés, de recueillir un maximum d'informations objectives auprès du président du conseil médical, du médecin-chef de service, du médecin-chef, etc. Renseignez-vous également sur le contexte juridique dans sa globalité: celui-ci dépasse largement votre contrat individuel (réglementation générale des rapports juridiques, règlement de l'organisation médicale, règlement de la perception, etc.).

7. Stage probatoire: Un contrat d'association s'accompagne généralement d'un stage probatoire dont la durée doit être fixée expressément et se prolonge normalement tacitement en un contrat à durée indéterminée. Si vous êtes médecin hospitalier, regardez bien si le stage probatoire correspond et coïncide avec celui de la convention individuelle proposée par l'hôpital. Si ce n'est pas le cas, demandez-en la raison aux parties. Vérifiez également si le stage probatoire du contrat avec l'hôpital et/ou avec l'association n'est pas en fait un contrat à durée déterminée, c'est-à-dire un contrat temporaire au terme duquel les liens juridiques cessent d'exister, de sorte que la poursuite de l'activité dépend de la conclusion d'un nouveau contrat à durée indéterminée.

Un stage probatoire donne généralement lieu à une réglementation dérogatoire en matière de préavis: d'une part, les délais de préavis sont plus courts mais, en outre, les conséquences sont plus désavantageuses lorsqu'il est mis un terme au contrat. Examinez toujours les conditions dans leur contexte juridique global (réglementation générale des rapports juridiques dans l'hôpital, convention individuelle avec l'hôpital, contrat d'association) sans oublier les dispositions protectrices de la loi sur les hôpitaux (art. 125 et ss.) et les dispositions du Code de déontologie médicale. Vous trouverez peut-être dans ces documents des éléments vous permettant d'asseoir votre position.

Exigez un délai de préavis le plus court possible en cas de départ de votre chef : ceci augmentera votre mobilité professionnelle potentielle. N'acceptez jamais des clauses de non-établissement absolues (ceci vaut également pour le contrat avec l'hôpital) dans le cas où l'(les) autre(s) partie(s) mette(nt) un terme au contrat. Et essayez de réduire les effets néfastes possibles d'une rupture de contrat au seul cas où vous donnez vous-même votre préavis.

8. Règlements financiers: Un accord d'association n'implique pas automatiquement la constitution d'un pool. Même en l'absence de pool, une pratique médicale spécialisée en équipe n'est possible que moyennant un certain nombre de règles explicites de collaboration. Par contre, la constitution d'un pool est un élément essentiel stimulant la collaboration. Dans nombre de cas, une collaboration adéquate organisée par service ne sera possible que grâce à un système de pool adapté instaurant des intérêts de pratique équilibrés et convergents entre les partenaires.

a) Avant de conclure un contrat d'association avec constitution de pool, chaque partenaire, également le nouvel arrivant, doit se faire une idée précise de la situation financière, c'est-à-dire de l'état des recettes et des dépenses. Les livres doivent être ouverts. Une discrétion ou des scrupules au départ peuvent conduire ultérieurement à des contestations, voire à des situations conflictuelles.

Dans le cadre d'un règlement forfaitaire provisoire (stage probatoire), une dérogation à l'application de cette règle peut parfois se justifier. Cependant, lors de la conclusion de l'accord précisant les clés de répartition, les points de départ et éventuellement les objectifs financiers doivent être connus. En outre, à partir du moment où un pourcentage du pool est proposé, toute personne concernée est en droit de pouvoir se faire une idée précise de la situation financière en matière de recettes, de dépenses et éventuellement de volumes de prestations. Ceci ne veut toutefois pas dire que tous les documents doivent être copiés, et certainement pas qu'ils peuvent tomber dans les mains de tierces personnes.

b) Un premier élément important est que la convention précise explicitement quelles activités, voire même quels honoraires ou montants, sont mis en commun dans le pool et, mutatis mutandis, quels montants sont perçus directement (séparément) par chaque partie.

c) Le principe du système de pool suppose que les frais relatifs aux activités du pool sont supportés en commun. En d'autres termes, les honoraires (semi) nets (= honoraires bruts moins les frais) sont répartis suivant la clé de répartition convenue. Cependant, il n'est pas exclu qu'une partie des charges professionnelles ait un caractère plus personnel de sorte qu'elle est soustraite de la communauté. Pour des raisons fiscales logiques, il est conseillé de le prévoir spécifiquement.

d) Les parties peuvent également avoir intérêt à partager les frais relatifs aux activités non concernées par le pool. Personne ne retire un bénéfice du remboursement de l'amortissement d'un double équipement médical, lorsqu'une répartition appropriée du travail permet de répondre à l'ensemble des besoins avec un seul appareil. Il faut évidemment que l'appareil soit installé dans un lieu choisi d'un commun accord. Une utilisation optimale et la répartition des frais profitent à tout un chacun. Tout dépend de la manière dont cela se passe.

Les dispositions prévoyant que les frais relatifs aux activités non concernées par le pool doivent également être attribués suivant la clé de répartition du pool nécessitent parfois une approche critique.

Ex. . Supposons que les honoraires pour les patients hospitalisés entrent dans le pool avec une répartition 50/50 et que les honoraires pour les patients ambulatoires (polyclinique) sont perçus séparément mais que les frais s'y rapportant sont également répartis à 50/50. Supposons que pour certains examens techniques effectués en ambulatoire, le pourcentage moyen des frais dus à l'hôpital se monte à 40 % et que A effectue 3/4 de ces examens et que B n'en effectue que 1/4. Dans le cas d'une répartition des frais réels à 50/50, la part réelle des frais par examen de B se montera à $\frac{3}{4}$ des 40 % globaux tandis que celle de A ne sera que de 1/4. C'est là une situation qui ne tardera pas à engendrer des conflits. Cependant, en raison du "poids économique" réduit, la partie lésée, B, risque, dans le cadre de ce conflit, de pouvoir compter sur un appui moins grand de son entourage, et notamment de l'hôpital, que A. Cependant, on peut se demander à quoi il faut attribuer la différence de performance. A une qualité supérieure? Un profil plus réussi chez les confrères référents? L'un ou l'autre privilège? Ou une petite astuce stratégique? La liberté de choix du patient est parfois influencée de manière subtile.

e) la redistribution du pool repose généralement sur une égalité (ou une proportionnalité) de la charge de travail en termes d'emploi du temps et de répartition égale des obligations liées aux activités communes. Pour éviter tout malentendu ou justifier une éventuelle révision de la clé en cas de modification durable de l'engagement en temps d'une des parties, il est préférable de faire figurer le principe dans l'accord.

Notons toutefois que le couplage d'une révision aux chiffres d'affaires réalisés peut constituer une atteinte sévère au principe de l'association avec pool et se traduire par une concurrence mutuelle. Même un seuil de différence exprimé en pourcentage entraînant une révision de la clé de répartition lorsque, par exemple, la part provenant du pool pour une des parties se monte à moins de 80 % du volume de son chiffre d'affaires ou de ses prestations, provoque inévitablement une jalousie entre les parties. Un tel système peut glisser vers des évaluations annuelles, semestrielles, voire même trimestrielles, qui ont finalement pour effet que chacun travaille pour soi-même. Un système de pool a pour objet de gommer les disparités de la nomenclature et des différents types d'activités au sein d'un groupe de collaborateurs.

Quand, lors de l'engagement des discussions en vue d'une association, il existe de sérieuses divergences au niveau du revenu et du type d'activité, il est préférable d'en tenir compte dès le départ lors de la fixation de la clé de répartition, mais de façon totalement équitable, et sans que l'élément revenu soit le seul élément décisif. On fera éventuellement appel à un expert externe pour évaluer la situation (ou jouer un rôle de médiateur).

f) En règle générale, la clé de répartition est fixée dès le départ dans la convention, avec un pourcentage augmentant pour atteindre une égalité à l'issue d'une période de 3 à 5 ans approximativement. Durant le stage probatoire (1 an à 18 mois), une rémunération forfaitaire est généralement prévue pour un médecin débutant.

On ne déroge que dans une très faible mesure à la répartition égale définitive (50/50 à deux; 33,3/33,3/33,3 à trois; etc.) lorsqu'une des parties remplit la fonction de médecin-chef de service ou se charge de certaines tâches administratives, et seulement lorsque celles-ci représentent réellement une surcharge d'activité pour la personne concernée. Dans le cadre d'une société, une rémunération de la fonction d'administrateur(s) ou de chef(s) d'entreprise peut être envisagée.

La redistribution du pool s'accompagne généralement de l'ouverture d'un compte bancaire commun, la banque recevant l'ordre permanent, signé par tous les membres, de verser les montants à répartir sur les comptes personnels selon la clé convenue. Un compte "commun" au nom d'une personne bien précise n'a de sens que dans les grandes équipes (par exemple plus de quatre membres), et ce pourvu qu'il y ait une rotation du mandat ou élection. Dans le cas contraire, cela crée un lieu de subordination dissimulé.

g) Une difficulté mathématique peut surgir lorsqu'une redistribution du pool doit être mise en place entre des médecins ayant un niveau d'activité différent en terme de temps consacré, c'est-à-dire entre un médecin à temps plein (ex. 8/10) et un médecin à temps partiel (ex. 5/10). Cela peut notamment être le cas lorsqu'un médecin débutant est demandé pour une fonction qui n'offre pas une "charge de travail" justifiant un engagement à temps plein. Dans ce cas, la redistribution du pool est calculée suivant un système de points, via un multiplicateur évolutif en fonction du nombre de dixièmes (et parfois de onzièmes) de l'activité hebdomadaire.

Ex. : A=8/10 et B=5/10 avec activité croissant vers 8/10

Année	n	n+1	n+2	n+3	n+4
A	70% \times 8=560	60 \times 8=480	50 \times 8=400	50 \times 8=400	50 \times 8=400
B	30% \times 5=150	40 \times 5=200	50 \times 5=250	50 \times 6=300	50 \times 8=400
Total des points	710	680	650	700	800

Précision: Le niveau d'activité initial de B se monte à 5 demi-jours/semaine, de sorte qu'il gagne, suivant la clé de répartition, 150/710 du pool. Dans l'année n+3, son niveau d'activité est passé à 6 demi-jours/semaine et son coefficient du pool à 300/700. A partir de l'année n+4, les deux médecins ont le même niveau d'activité et le même coefficient du pool. Dans ce cas présent, le niveau d'activité est considéré comme un facteur naturel en progression qui peut croître dès le début de l'association. L'augmentation peut s'appuyer sur la croissance du volume de prestations par 1/10 fixé par contrat ou par exemple sur la base d'un volume de prestations moyen par 1/10.

Un problème peut cependant se poser lorsqu'un médecin à temps plein collabore avec un médecin à temps partiel exerçant également dans un autre lieu (par exemple un autre hôpital de la même région). Dans ce cas, le niveau d'activité de B ne sera pas un facteur en progression, de sorte que la différence est perpétuée. L'application strictement mathématique de la formule peut ainsi avoir des conséquences fâcheuses à terme. En effet, la formule ne fonctionne que si le volume de temps presté (et naturellement également l'activité prestée) par 1/10 reste proportionnel au volume de temps fixé dans le contrat.

Ex. : Supposons que les deux parties appliquent une répartition 50/50, modulée suivant le nombre respectif de dixièmes prestés contractuellement, c'est-à-dire $A = 8/10$ et $B = 4/10$. La redistribution à partir du pool, fixée par contrat, est donc de $2/3$ pour A et $1/3$ pour B. Comme A est à temps plein **dans** le pool et que B exerce à temps partiel **hors du** pool, cette situation risque, à terme, de devenir intenable, à moins que le jeu soit joué dans le respect des règles et avec une recherche égale de l'intérêt commun.

h) Il est vivement recommandé d'indiquer expressément dans la convention les frais professionnels qui sont supportés en commun par le pool. Ex. : retenues de l'hôpital, locaux de la pratique médicale commune, personnel lié au service, équipement et instruments communs, frais de téléphone communs, assurances communes, etc. Les autres frais professionnels (plus personnels), ainsi que ceux afférents aux activités externes ou non concernées par le pool sont supportés par chacun des associés individuellement et sont étayés par des preuves individuelles au niveau de la déclaration d'impôt personnelle.

i) Enfin, il convient encore de prévoir un règlement pour les réunions administratives de l'association au cours desquelles toutes les données financières et comptables sont mises à disposition de chacune des parties. Il est important que chaque associé puisse demander une telle réunion. Pour les médecins hospitaliers, la loi sur les hôpitaux prévoit également que toutes les données relatives aux montants perçus et aux opérations du médecin individuel sont mises à sa disposition.

j) Encore une petite remarque concernant l'accréditation : rien n'empêche naturellement que les honoraires afférents à l'accréditation soient mis en commun dans le pool. La plupart des contrats ne prévoient pas d'ailleurs de règlement particulier en la matière. Pourtant, des problèmes peuvent surgir lorsqu'un des associés de l'équipe n'est pas (plus) accrédité.

Egalement en ce qui concerne l'imputation de suppléments d'honoraires et l'attitude individuelle par rapport à la convention, il est conseillé de passer les accords appropriés.

9. Assistance mutuelle: Le contrat d'association prévoit généralement l'obligation contractuelle pour chaque associé de souscrire une police "revenu garanti". En effet, l'association ne peut pas jouer elle-même le rôle d'assureur pour les risques d'incapacité de travail de ses associés. Toutefois, la permanence de la redistribution du pool est prévue en cas d'incapacité de travail temporaire totale ou partielle - y compris en cas de congé de grossesse - durant une période limitée, parfois de 30 jours, généralement de 3 à 6 mois, conformément à la période de franchise de la police fixée conjointement, ce qui rend la prime nettement plus abordable (ou mieux encore : une meilleure qualité de la couverture de l'assurance à la portée de toutes les bourses). Les parties peuvent également décider d'intégrer le poids financier des primes dans les frais communs, mais il peut y avoir des problèmes d'acceptation de risque et éventuellement également des surprimes.

En cas d'incapacité de travail partielle, un nouveau coefficient du pool est fixé temporairement, après les trois à six premiers mois, pour la partie concernée en fonction de son niveau d'activité réel dans l'association.

Après la reprise du travail, la redistribution normale du pool redevient applicable suivant la clé de répartition en vigueur.

Généralement, l'association devra s'assurer contre une répétition de la couverture de la franchise sur ses fonds propres; c'est pourquoi il est prévu dans la convention qu'une reprise du travail inférieure à un à trois mois, suivant le contrat, n'interrompt pas la période d'incapacité de travail, à moins qu'il soit prouvé que la nouvelle incapacité de travail a une autre origine.

Une association de pratique médicale n'est en aucun cas un organisme social : celui qui est en incapacité de travailler depuis 24 mois consécutifs perd généralement ses droits en tant que membre de l'association. Ici aussi, une disposition est très souvent introduite concernant l'effet non suspensif d'une courte reprise du travail. Cela peut sembler pénible mais c'est la logique la plus

stricte. Par le passé, il est arrivé que des services soient immobilisés pendant des années en raison de l'absence d'une telle clause.

L'accord doit également réglementer la possibilité de perte de la capacité d'exercer la spécialité pour des raisons médicales. Pour cette affaire délicate, il est prévu la possibilité, à l'initiative unanime des associés actifs, de faire appel à une expertise médicale dans le cadre d'un arbitrage ad hoc. Il va de soi que la partie concernée doit être tenue informée et doit avoir la possibilité de désigner son expert. Les deux experts désignent de commun accord un président du collège. En l'absence d'accord, une désignation par le président du tribunal de première instance est par exemple prévue.

La situation est encore plus complexe lorsque, pour des raisons d'urgence, ce collège doit se prononcer sur la suspension de la participation de la partie concernée à l'association. Attention toutefois: les conséquences financières sont les mêmes qu'en cas d'incapacité de travail totale, mais il peut y avoir un problème lorsque la compagnie d'assurance (revenu garanti) ne se rallie pas à la décision du collège d'arbitrage.

10. Décès: Les contrats d'association classiques prévoient la disposition : "En cas de décès d'un des associés, ses héritiers reçoivent endéans les six mois suivant le décès, le solde de la part normale de la masse commune d'honoraires que l'associé décédé aura mérité jusqu'à la date de son décès. Les héritiers n'ont aucun droit sur les biens de l'association."

Dans certains contrats, le terme "décès" n'apparaît même pas. Il est juste fait mention de la "cessation de contrat de plein droit", "perte de la qualité de médecin hospitalier" qui est, entre autres, en vertu de la réglementation générale des rapports juridiques en vigueur dans l'hôpital, couplée au ... décès.

Dans le cadre d'une société (avec ou sans personnalité juridique), l'accord, les statuts ou le règlement d'ordre intérieur doivent déterminer entre autres choses (art. 164, § 4 du Code de déontologie médicale) : les conditions dans lesquelles les parts sont cessibles entre associés et la destination des parts de l'associé qui décède, qui se retire ou qui est exclu ainsi qu'une compensation équitable pour l'associé ou ses ayants droit...

Il va sans dire que, dans le futur, cette problématique donnera lieu à des marges de manœuvre de plus en plus étroites. En effet, l'exercice de la profession médicale ne génère plus les revenus professionnels prometteurs d'antan, mais réserve plutôt un avenir très incertain. De plus, à l'heure actuelle, les médecins ne doivent plus non plus compter sur une retraite dorée en fin de carrière. L'automne de la vie dure certes plus longtemps mais il est plus dur, surtout en cas de coup du sort. Il n'est pas aisé de vivre du statut social. Il peut sembler quelque peu paradoxal que, durant les décennies dorées de la médecine d'antan, la déontologie médicale interdisait une compensation équitable pour la veuve d'un médecin, alors que maintenant précisément où les efforts du passé sont de plus en plus vite oubliés, il est devenu possible de vendre une pratique médicale, même si la valeur moyenne de celle-ci est souvent à peine supérieure à celle d'une petite entreprise artisanale.

Il n'existe aucune solution toute prête applicable et quantifiable à chaque pratique médicale. Les parties devront faire preuve de beaucoup de bon sens et décider, sur la base des chiffres dont elles ont connaissance, en leur âme et conscience, ce qui est raisonnable et réaliste. Il va de soi que cela devra se passer au moment de la conclusion de l'accord et non pas au moment de la survenance du problème. Le caractère imprévisible de l'avenir de l'exercice de la profession médicale rend, si ce n'est pas impossible, malgré tout très difficile la passation d'accords à long terme. Le maintien des usages de l'association classique ne constitue-t-il pas finalement la solution la plus sûre? Une autre solution est peut-être que les parties cherchent une solution dans la direction d'une assurance. Dans le cas des personnes morales, l'assurance-chef d'entreprise constitue cette solution.

11. Congés scientifiques et de détente: Les médecins associés s'entendent sur l'époque de leurs absences pour congés scientifiques, de détente et pour tout autre raison. Les dates doivent être choisies de manière à ce qu'un nombre minimum d'associés (par exemple la moitié) soit toujours présent. Le cadre légal et déontologique exige en effet que la continuité des soins soit assurée.

En cas de désaccord sur les dates des congés, la priorité pour le choix des dates de congés sera donnée à tour de rôle à chacun des associés. Chaque associé a généralement également droit à 3 semaines consécutives de vacances, du moins si celles-ci sont prises durant la période juillet-août.

Chaque associé a généralement droit à six semaines d'absence, dont au moins une à deux pour congés scientifiques. Durant ces absences, les associés continuent à recevoir leur part normale de la masse commune des honoraires. Dans le cas d'associations entre confrères présentant un niveau d'activité très différent (ex. : temps plein associé à un temps partiel), la période de vacances est souvent une source de contrariétés, notamment lorsque le temps partiel doit remplacer le temps plein absent sans qu'aucune compensation ne soit prévue ou sans dérogation temporaire à la clé de répartition définie par contrat.

L'accréditation peut faire l'objet d'accords complémentaires (ex. financement collectif minimal des frais des activités de formation continue).

12. Remplacements: Pendant ces absences de même que pendant les périodes où l'un des médecins ne peut exercer son activité pour raison de santé ou pour tout autre motif, le remplacement est assuré par les autres associés de l'association.

S'ils ne le peuvent, ils se mettent d'accord pour le remplacement temporaire par un médecin externe. Dans ce dernier cas, les frais de remplacement sont portés au compte des frais de l'association.

13. Limite d'âge: Dans le cadre d'une association dans une pratique médicale extra-hospitalière, la disposition relative à l'arrêt de l'activité au sein de l'association est plutôt décrite en termes de droit (ex. droit à arrêter l'activité sans préavis) plutôt que comme une interdiction explicite de poursuivre l'activité. Dans le cadre d'un hôpital, il en va tout autrement. Dans ce cas-là, il conviendra de s'assurer de la concordance avec la Réglementation générale des rapports juridiques qui est d'application dans l'hôpital. Dans la plupart des associations, tout médecin quitte d'office l'association lorsqu'il a atteint l'âge de 65 ans. Il part soit le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a atteint l'âge de 65 ans, soit le dernier jour du mois au cours duquel il a atteint l'âge de 65 ans. Selon le contrat passé avec l'hôpital, l'association peut éventuellement être prolongée annuellement sous certaines conditions à définir.

Dans une association classique, il perçoit, endéans les six mois qui suivent sa cessation d'activité, le solde de sa part normale de la masse d'honoraires qu'il aura méritée au cours de la dernière année d'activité dans l'association. Il renonce expressément à tout droit de propriété sur le compte commun et sur les acquisitions communes de l'association. Le contrat d'association classique ne prévoit ainsi aucune indemnité de sortie (cf. notre remarque au point 2). N.B. "indemnité de sortie" à ne pas confondre avec part des biens (équipement, etc.). Dans le cas de services nécessitant des investissements lourds, il arrive que le rachat de la part des biens communs soit prévu.

14. Cessation de contrat de plein droit et exclusion

Un associé se retire généralement de plein droit de l'association en cas de radiation du tableau de l'Ordre des médecins, de condamnation à une peine criminelle, d'incapacité de travail supérieure à deux ans ou en cas de perte de la qualité de médecin hospitalier dans l'institution. Les contrats avec plusieurs associés prévoient souvent la possibilité d'une exclusion à l'unanimité des voix des autres associés au cas où une situation grave se présente, rendant impossible la poursuite de l'association, par exemple dans les cas suivants: faute grave commise dans l'exercice de la

profession, manquements prolongés ou répétés à la convention, faits ou attitudes de nature à porter atteinte à la confiance des patients envers le groupe des médecins de l'association.

Préalablement à la décision d'exclusion, l'associé à exclure doit être entendu en ses explications à l'assemblée générale des associés spécialement convoquée à cet effet. Il ne participe toutefois pas au vote. La décision d'exclusion prise à l'assemblée générale est signifiée au médecin exclu par lettre recommandée.

Les autres effets de cette décision dépendront du contrat d'association proprement dit. Si celui-ci prévoit une procédure d'arbitrage (cf. 18), le médecin concerné peut y faire appel. Dans le cas contraire, il peut s'ensuivre un procès interminable. Dans le cadre d'un hôpital, il faut toutefois savoir que la décision ne peut avoir d'effet que sur l'activité hospitalière de l'exclu et pour autant que le gestionnaire licencie ce médecin (avis renforcé du Conseil médical). Il faudra donc tenir compte du fait que la situation varie selon que l'on travaille dans un système "pool par service" inscrit dans une RGRJ ou dans le cadre d'un contrat d'association strictement volontaire. Il semble aussi indiqué de prévoir également dans la contrat d'association l'avis préalable du Conseil médical dans une phase de conciliation (c'est-à-dire avant qu'une décision ne soit prise et surtout avant d'en arriver à la phase d'arbitrage), ne fût-ce que pour disposer d'une évaluation intercollégiale des motifs à l'origine de la décision. Les membres de l'équipe peuvent déduire de l'avis du Conseil médical les conséquences que leur décision peut avoir sur l'organisation ultérieure de l'activité hospitalière de leur spécialité.

15. Suspension par l'Ordre ou l'INAMI

L'associé qui se voit imposer une peine disciplinaire de suspension temporaire du droit d'exercer la profession est privé de tout droit à la participation à la masse d'honoraires pendant la durée de la suspension. Il en va de même en cas de sanction prononcée par les instances administratives de l'INAMI (suspension des remboursements AMI).

16. Démission

Un associé peut démissionner de l'association moyennant un préavis de (généralement) 6 mois par lettre recommandée. En milieu hospitalier, il est préférable d'aligner le délai de préavis sur celui du contrat avec l'hôpital. Dans une association classique, l'associé démissionnaire s'engage également à mettre un terme à son contrat avec l'institution à la même date qu'avec l'association. Cette condition (qui est d'application pour chaque associé) a pour but d'éviter la cessation d'un contrat pour des motifs d'opportunité et surtout d'éviter des tensions et des dysfonctionnements internes dans le service hospitalier. En fait, on rend ainsi l'association irrésiliable, les membres de l'équipe étant de facto dans l'obligation de collaborer. On peut toutefois se demander si un tel règlement peut être exigé.

Comme nous l'avons déjà fait remarquer, certains rapports juridiques avec l'hôpital (RGRJ) imposent un pool par service comme système de rémunération. Dans ce cas, l'application des dispositions contractuelles susvisées en matière de démission d'une association se heurte à un problème, soit au niveau de la compatibilité avec les rapports juridiques dans l'hôpital, soit en ce qui concerne les conséquences pratiques. En cas de dénonciation du contrat d'association, l'hôpital reste en effet tenu de poursuivre la redistribution du pool, à moins que la convention individuelle liant le médecin et l'hôpital ne soit dénoncée.

Ex. de disposition :

"En cas de démission ou d'exclusion d'un associé :

- *Le solde de la part de la masse commune d'honoraires qu'il a méritée jusqu'à la date où il quitte l'association, lui est versé par le compte commun de l'association endéans les 6 mois qui suivent son départ.*

- *Il renonce à tous droits sur les acquisitions communes de l'association*
- *L'associé sortant laisse à l'association tous les documents médicaux, fiches de consultation, d'hospitalisation, radiographies, examens de laboratoire, etc. qu'il aurait rédigés lui-même ou qu'il aurait obtenus pendant qu'il était associé; il peut obtenir une copie de ces documents à ses frais.*
- *Il s'engage à s'abstenir, au cours des deux années qui suivent son départ de l'association, d'exercer sa profession dans la commune où l'association a son siège et dans un rayon de x kilomètres de cette dernière.*

Le non-respect de cette disposition entraînera le paiement à l'association d'un dédommagement équivalant à la part normale de la masse commune d'honoraires que l'associé a méritée au cours des (6 à 12) mois qui ont précédé son départ.

Les autres associés s'engagent à afficher la nouvelle adresse de l'associé sortant durant une période de x mois. "

Une telle clause peut sembler sévère à un spécialiste établi qui a été lié au même hôpital durant 15 à 20 ans, surtout dans le cas d'une association à deux. Dans une association à trois ou plus, l'intérêt de l'association continuant à exister primera généralement, et ce certainement dans le cadre d'un hôpital, sur celui de l'associé sortant. A l'instar du modèle néerlandais, il arrive que la période "irrésiliable" soit limitée dans le temps (ex. 5 à 10 ans à compter du début de l'association). Dans le cadre d'un hôpital, le caractère irrésiliable est parfois limité à une ancienneté à déterminer dans l'institution (ex. 5 à 10 ans). Cette disposition peut malgré tout paraître malsaine dans la mesure où elle installe un déséquilibre, certes temporaire, dans l'association. Il est parfois prévu une évaluation (arbitrage ou par voie judiciaire) d'une démission "de bonne foi" ou "de mauvaise foi".

Dans le cadre d'un hôpital, on peut se demander si une solution équitable ne consisterait pas dans une irrésiliabilité absolue, comme dans l'exemple ci-dessus, à laquelle il ne pourrait être dérogé que dans l'intérêt général de l'organisation médicale de l'hôpital (voir également infra: 19. Litiges - Conciliation - Arbitrage).

On pourrait par exemple prévoir qu'une proposition motivée de l'hôpital, confirmée par un avis renforcé du Conseil médical (majorité des 2/3 de ses membres) est proposée au collège d'arbitrage (cf. 19), qui peut alors se prononcer sur l'éventuelle "dérogation dans l'intérêt général" et ses modalités.

17. Dissolution de l'association: Le départ unilatéral (démission) n'a naturellement pas les mêmes effets qu'une dissolution dans le cadre d'une association à deux, même s'il signifie la fin de l'association. La dissolution s'effectue en effet uniquement de commun accord.

En cas d'associations à trois ou plus, le départ d'un des associés ne met pas fin à l'accord.

Par conséquent, une association peut être dissoute :

- soit par décision des associés à l'unanimité
- soit par le départ de l'association d'associés représentant plus de la moitié des voix.

Le contrat doit spécifier clairement les effets de la dissolution : Le solde du compte commun est réparti dans un délai à préciser (par ex. 1 an) proportionnellement à la clé de répartition.

Les acquisitions réalisées en commun sont réparties entre les associés proportionnellement à la clé de répartition qu'ils ont au moment de la dissolution. Sont considérés comme biens communs, uniquement ceux payés par le compte commun de l'association.

Les acquisitions faites personnellement par chaque associé restent sa propriété et lui reviennent en cas de dissolution. N.B. : les éléments de preuve (factures) peuvent revêtir une importance. Il est préférable que la comptabilité de l'association se charge systématiquement d'établir et de tenir à jour un inventaire de ce qui est acheté en commun. Si l'hôpital est propriétaire des investissements réalisés, un inventaire sera surtout établi et tenu à jour pour ce qui a été acquis à titre personnel par un ou plusieurs associés. Celui-ci devra, le cas échéant, être signé par tous les associés.

18. Règlement d'ordre intérieur (R.O.I.)

Il est préférable qu'un certain nombre d'accords, règlements, procédures convenus soient consignés dans un registre et complétés. Tous les associés doivent en avoir pris connaissance et y adhérer. La loi sur les hôpitaux prévoit également des règlements de service. Rien n'empêche que la mise en œuvre se fasse par le biais du R.O.I. de l'association. Il ne faut toutefois pas perdre de vue qu'un problème de responsabilité peut se poser. Le médecin-chef et les médecins-chefs de service ont, aux termes de la loi sur les hôpitaux, une responsabilité organisationnelle qui est placée sous la responsabilité finale du gestionnaire de l'hôpital. C'est en effet ce dernier qui désigne le médecin-chef et le médecin-chef de service.

Il est dès lors déconseillé de signer un document dans lequel vous déclareriez que les conséquences des décisions du médecin-chef de service sont prises en charge solidairement par le pool d'honoraires. Non seulement, ces décisions ne sont pas de votre responsabilité. Le médecin-chef de service est assuré à ce niveau, ce qui n'est pas le cas des autres membres de l'association. Le médecin individuel qui se laisserait convaincre de signer ce genre de déclaration (par exemple parce que des pressions sont exercées), prend un risque énorme!

Normalement, le gestionnaire de l'hôpital doit garantir une assurance adaptée couvrant les risques organisationnels inhérents à la fonction de médecin-chef de service. S'il ne le fait pas, les associés peuvent tout au plus convenir de prendre la surprime à la charge du pool (N.B. : à moins que ce problème soit par exemple pris en compte dans le cadre d'une police d'assurance collective pour l'ensemble du staff médical de l'hôpital).

19. Litiges - Conciliation - Arbitrage

En cas de différends résultant soit de l'interprétation, soit de l'exécution du contrat d'association, soit de la liquidation, les associés s'engagent, préalablement à toute procédure judiciaire ou d'arbitrage, à soumettre leur différend à un conciliateur choisi par eux ou, en cas de désaccord, désigné par une instance (de préférence) neutre (ex. Président de l'union professionnelle de la spécialité), lequel s'efforcera de concilier les associés dans un délai maximum de (1 à 2 mois) à compter de sa désignation.

Certains contrats prévoient deux niveaux de conciliation: un "interne" (au sein de l'hôpital : le Conseil médical ou une commission de conciliation constituée par celui-ci) et, en cas d'échec, un "externe", comme indiqué ci-dessus. Etant donné les répercussions, pour l'organisation interne du fonctionnement de l'hôpital, de la dissolution d'une association de service, une intervention élargie du Conseil médical et du Médecin-chef comme conciliateurs est indiquée. Les articles 124 et 125 de la loi sur les hôpitaux désignent en fait presque explicitement ce rôle du Conseil médical.

En l'absence de conciliation, deux possibilités se présentent: on passe soit directement à une procédure judiciaire, soit - et c'est la solution la plus habituelle - à une procédure d'arbitrage.

La procédure d'arbitrage est organisée (il est bien de le signaler) comme visé à l'article 1676 du code judiciaire: chaque partie désigne son arbitre. Les (deux) arbitres désignent de commun accord un président du collège d'arbitrage (si cela se révèle impossible, la désignation peut être opérée par une instance neutre, par exemple le président de l'union professionnelle de la spécialité). L'accord prévoit de préférence des délais courts définis précisément pour la constitution du collège et la tenue des délibérations finales. Si l'on ne procède pas de la sorte, le procès risque de durer un temps infini.

Les litiges de nature déontologique sont naturellement soumis au Conseil provincial de l'Ordre des médecins (cf. 20 ci-après), en lui demandant de jouer un rôle une nouvelle fois de conciliateur ou sinon d'arbitre.

20. Ordre des médecins

Le contrat d'association ainsi que toute modification sont soumis au préalable, pour approbation, au Conseil provincial de l'Ordre auquel appartiennent la majorité des associés. Attention: le code de déontologie médicale impose à chaque médecin l'obligation de soumettre son accord au conseil provincial auquel il appartient.

Il est généralement prévu dans le contrat que seul le texte adapté suivant les remarques de l'Ordre est valable. Cela permet d'éviter que des dispositions écrites sous seing privé peu orthodoxes sur le plan déontologique soient imposées.

21. Assurance responsabilité

Les associés ont intérêt à conclure leur assurance responsabilité civile auprès de la même compagnie d'assurances. Nombre d'hôpitaux ont souscrit des polices de groupe pour l'ensemble du staff médical de l'hôpital.

De plus, il est conseillé à chaque médecin individuel de prendre une assurance assistance en justice pour le cas où ses intérêts personnels seraient menacés.

AVIS EMIS PAR LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

CONTRATS D'ASSOCIATIONS ENTRE MÉDECINS

Date : 00.00.1977 – Bulletin : 26-- p 22

Contrats d'association entre médecins.

Un contrat d'association entre médecins peut-il contenir des clauses prévoyant qu'en cas d'incapacité de travail partielle ou complète, temporaire ou permanente, une part des honoraires de son (ses) collègue(s) serait accordée à la partie incapable de travailler et qu'en cas de décès d'une des parties, une indemnité prélevée sur le pool d'honoraires de l'association serait versée aux héritiers du membre décédé.

Le Conseil national est d'avis que, sauf en cas de courtes absences et s'il y a réciprocité, aucune indemnité ni participation aux bénéfices ne peut être versée à la partie absente puisqu'en vertu de l'article 84 du Code, ne peuvent participer au pool d'honoraires que des «médecins actifs participant tous aux soins donnés aux patients».

La même règle vaut en ce qui concerne la clause prévoyant une pension pour la partie admise à la retraite.

Les parties seront toutefois libres de souscrire une assurance à charge de l'association.

CONTRATS D'ASSOCIATION

Date : 18.09.1993 – Bulletin : 62-- p 28

Contrats d'association

Le Vlaams Artsensyndicaat demande au Conseil national s'il est normal qu'un nouvel associé qui entre dans une association de médecins doive verser un "droit d'entrée"?

Avis du Conseil national:

Un cabinet médical a une valeur qui peut être cédée.

En adhérant à une association, le médecin acquiert une partie de la pratique médicale. Par conséquent, une compensation financière peut être réclamée. Celle-ci doit être consignée dans une convention qui ne peut entrer en vigueur qu'après approbation par le Conseil provincial.

CONTRAT D'ASSOCIATIONS - CLAUSE DE NON-CONCURRENCE

Date : 20.05.1995 – Bulletin : 69-- p 19

Contrat d'association - Clause de non-concurrence

Un Conseil provincial demande au Conseil national si une clause de non-concurrence est licite dans un contrat d'association de médecins. Faut-il, si elle est permise, la limiter dans l'espace, dans le temps et suivant la spécialité exercée ? La libre installation et la libre circulation des titulaires des professions libérales ne sont-elles pas garanties par la jurisprudence de la CE ?

Avis du Conseil national :

Le Conseil national est d'avis qu'une telle clause est en principe déontologiquement admissible, aussi bien dans un contrat d'association ou de société entre médecins que dans un contrat de travail. Le cas échéant, la clause de non-concurrence pourrait être formulée dans le sens d'une clause de "bonne confraternité", en application de la règle suivant laquelle un médecin ne peut pas s'établir dans des conditions contraires à la déontologie médicale, plus précisément dans des conditions qui pourraient donner lieu à une soustraction illégitime de la patientèle d'un confrère.

En ce qui concerne l'admissibilité sur le plan déontologique d'une clause de non-concurrence définie, le Conseil national reste d'avis que c'est finalement aux Conseils provinciaux qu'il appartiendra d'en juger, vu qu'une telle appréciation devra nécessairement se faire en tenant compte des conditions locales. Dès lors, le Conseil national n'estime pas opportun d'établir des directives générales et uniformes en cette matière.

Les principes de libre établissement et de libre circulation des titulaires de professions libérales auxquels vous faites référence dans votre lettre, n'impliquent pas qu'il ne puisse être imposé aucune limitation au médecin qui souhaite s'installer, mais bien qu'est interdit tout traitement discriminatoire sur le plan de la prestation de services et de l'installation, qui serait fondé sur la nationalité d'un médecin. En d'autres termes, les Etats membres de la CE ne peuvent imposer, de manière générale, aux ressortissants d'un autre Etat membre des limitations ou des exigences spéciales s'ils ne les imposent pas à leurs propres ressortissants.

RECOMMANDATIONS AUX MÉDECINS ENGAGÉS DANS UNE FUSION, UN GROUPEMENT OU UNE ASSOCIATION HOSPITALIÈRE

Date : 12.12.1998 – Bulletin : 84-- p 11

Recommandations aux médecins engagés dans une fusion, un groupement ou une association hospitalières

A la demande d'un Conseil provincial et après étude préparatoire, au sein d'une commission du Conseil national, des problèmes auxquels sont confrontés les médecins dans le cadre des fusions et groupements d'hôpitaux, les recommandations ci-dessous sont adoptées :

Recommandations aux médecins engagés dans une fusion, un groupement ou une association hospitalière

1. Les regroupements hospitaliers, sous leurs diverses formes, ont comme finalité une amélioration de la qualité de la médecine et de l'organisation des soins de santé. Les médecins s'efforceront de collaborer à ces objectifs.

2. En la matière, le Conseil national rappelle le rôle important du médecin-chef, du Conseil médical et du Comité médical créé par la nouvelle structure.

Ils veilleront au respect de toutes les règles déontologiques s'appliquant à ces nouvelles situations.

3. Si par le fait d'une fusion, d'un groupement ou d'une association, un médecin est amené à pratiquer sur plusieurs sites, il veillera à ce qu'une continuité des soins correcte soit assurée sur chacun d'eux.

Il en informera son conseil provincial qui est compétent en cette matière.

Il veillera à ce que, là où il preste, toutes les conditions de qualité, de contrôle et de continuité des soins soient réunies. Si tel n'était pas le cas, il en avertira le patient et sa famille ainsi que les instances responsables de la nouvelle entité.

4. Il est capital que soient organisés des services de garde efficaces.

Quand une garde devra être assurée sur plusieurs sites, il faudra éventuellement prévoir un dédoublement ou établir un rôle de réserve.

5. En cas de centralisation des fonctions telles que la biologie et la pharmacie, les médecins veilleront à ce que soient maintenus sur chaque site où des soins sont dispensés un matériel et un personnel suffisants pour éviter tout retard préjudiciable au patient.

6. La liberté de choix du patient doit être préservée. Pour ce faire, seront délivrées information et documentation claires quant aux structures et à leur fonctionnement dans la nouvelle entité.

7. Pour garantir la continuité des soins, il y a lieu de tenir à la disposition des médecins de garde, les informations nécessaires à la bonne exécution de celle-ci, particulièrement en ce qui concerne les patients qui leur sont inconnus.

Chaque médecin est tenu de fournir au confrère de garde les informations pertinentes concernant les patients en traitement.

8. Les médecins d'hôpitaux fusionnés s'efforceront de réaliser un dossier médical central.

Que ce soit sur support classique ou électronique, ils auront comme objectifs, d'une part, de mettre à disposition tout renseignement utile aux soins et, d'autre part, le respect de la confidentialité en raison du nombre accru d'intervenants.

9. En cas de restructuration d'un service, impliquant des licenciements de médecins avec comme corollaires une ouverture de poste et des nominations, le médecin candidat aura comme premier devoir de prendre contact avec le ou les confrères amenés à délaisséer le poste.

10. Les médecins travaillant dans ces nouvelles entités veilleront à établir les conventions nécessaires au bon fonctionnement de ces entités et les soumettront au(x) conseil(s) provincial(aux) compétent(s).

GUIDE DES CONTRATS
Date : 24.08.1991 – Bulletin : 54-- p 41

Guide des contrats

En sa séance du 24 août 1991, le Conseil national a approuvé un "Guide des contrats" établi par le Conseil provincial de Flandre orientale.

GUIDE DES CONTRATS

Le Conseil provincial de l'Ordre des médecins de Flandre orientale constate d'une part, que de nombreux confrères souhaitent obtenir des modèles de contrat en vue d'une collaboration avec des confrères ou des tiers, ou encore des statuts types en vue de la constitution d'une société, et d'autre part, que le groupe de travail des "Contrats et Activités médicales" est souvent amené à formuler les mêmes remarques à propos des projets qui lui sont soumis.

Etant donné que pratiquement chaque situation représente un cas unique, il est difficile de proposer un projet de modèle. A cet égard, nous nous devons de rappeler les directives du Conseil national (Bulletin n45,

p. 16) suivant lesquelles les Conseils provinciaux ne peuvent imposer des modèles de contrats, mais doivent se limiter à proposer un fil conducteur.

Par conséquent, sans être complet, le Conseil provincial de Flandre orientale tentera d'indiquer quelques points de repère en respectant ce principe.

Nous soulignons toutefois que ce fil conducteur n'a pas et ne peut avoir un caractère absolu et définitif, étant donné que les règles de la déontologie médicale sont soumises à une évolution continue.

Ce texte contient quelques directives déontologiques; il ne doit dès lors pas être considéré comme étant un guide juridique en matière de contrats intéressant les médecins.

A. Procédure à suivre

1. Tout **projet** de contrat doit être écrit ainsi que toute modification qui y est apportée. Paraphé à chaque page et **signé** par chaque médecin, il doit être soumis à l'approbation du Conseil provincial sous réserve d'emporter l'assentiment de l'Ordre des médecins et avant la passation éventuelle de l'acte authentique.

2. La demande d'approbation **qui accompagne** le document doit être signée par tous les médecins concernés.

3. Après l'approbation des projets de textes, le texte définitif, signé de tous les médecins concernés, doit à nouveau être soumis au Conseil afin d'être visé par celui-ci.

B. Remarques générales en matière de contrats, statuts et règlements d'ordre intérieur.

1. Il convient que le médecin relise lui-même ses textes avant de les envoyer et ce, afin de vérifier qu'ils correspondent bien à la profession médicale: entre autres, tous les éléments d'ordre commercial ou industriel qui figureraient **dans les clauses** du contrat doivent être supprimés.

2. Il est préférable que les textes mentionnent et renvoient aux règles de la déontologie médicale et non pas au Code de déontologie médicale ou à ses articles.

3. Lorsqu'il est fait référence à d'autres contrats et/ou à des annexes, ces documents doivent être joints.

4. Le cas échéant, il convient d'indiquer clairement que:

- le médecin condamné devant les juridictions ordinaires ou disciplinaires, à une suspension du droit d'exercer l'art de guérir

- a) perd les avantages du contrat pour la durée de la suspension,

- b) ne peut se faire remplacer **pendant que court la sanction**,

- le médecin qui travaille en association doit informer les autres membres ou les associés de toute condamnation ayant des répercussions sur l'exercice de la pratique,

- la responsabilité professionnelle est illimitée,

- sur le plan médical, le médecin exerce une autorité effective vis-à-vis du personnel qui l'assiste,

- le libre choix du médecin, la liberté diagnostique et thérapeutique sont garantis,

- **suivant le cadre dans lequel le médecin travaille**, les honoraires sont la propriété pleine et entière du médecin **ou de la société**,

- toute modification concernant l'activité médicale et/ou le mode de collaboration, le transfert du siège social, la création d'un établissement supplémentaire, la cession d'une pratique et/ou de parts sont portés, préalablement, à la connaissance du Conseil provincial de l'Ordre des médecins de Flandre orientale, et soumis à son approbation.

5. Tout accord d'ordre financier doit être mentionné et décrit dans le détail.

6. Lorsque la loi requiert un avis préalable du Conseil médical, il doit apparaître du document que cette procédure a été suivie.

C. Sociétés ou communautés de fait de médecins

1. La répartition du travail ainsi que la clé de redistribution du pool doivent être clairement indiqués.

2. Le pool d'honoraires doit être distribué en parts égales à travail égal au plus tard à partir de la cinquième année.

3. Le pool d'honoraires ne peut réunir que des membres actifs.

Actuellement, le Conseil provincial de Flandre orientale admet une solidarité de trois mois au plus en cas d'absence de l'un des membres, excepté pour cause de suspension. Est aussi admise une assurance d'indemnité journalière à charge du groupement en cas d'incapacité **de travail**.

4. Lorsqu'un remplaçant est engagé, les honoraires de ses prestations **lui reviennent, éventuellement** diminués du montant que représentent les moyens mis à sa disposition.

D. Société civile professionnelle avec personnalité juridique

1. Les associés mettent la **totalité** de leur activité médicale en commun et doivent exercer la même discipline ou des disciplines apparentées.

Il est indiqué de le mentionner de manière explicite.

2. L'exercice de la médecine par les associés constitue l'objet de la société. Ils l'exercent **au nom et pour le compte de la société**.

Il est préférable d'indiquer la discipline exercée.

3. Les honoraires se rapportant à l'activité médicale et aux prestations sont perçus au nom et pour le compte de la société.

4. Les parts doivent être nominatives.

L'attribution des parts doit toujours être proportionnelle à l'activité des associés. Les parts ne peuvent être cédées qu'à des médecins qui exercent ou exerceront la discipline en question au sein de la société. Il en va de même en cas de décès.

5. Lorsque l'objet social prévoit aussi des moyens, ceux-ci ne peuvent être destinés qu'aux activités médicales des associés.

6. L'adhésion de nouveaux associés devant exercer la même discipline que les associés, ou une discipline apparentée, requiert l'accord unanime de ceux-ci.

7. **Excepté une indemnisation des frais et vacations**, les fonctions administratives ne sont pas rémunérées et leur durée est limitée dans le temps. Elles ne peuvent être exercées que par des associés-médecins.

8. La fixation d'une réserve **conventionnelle** requiert l'accord unanime des associés. Si l'unanimité est impossible, le Conseil provincial peut accepter une autre majorité.

E. Société de moyens avec personnalité juridique

1. Quelle que soit leur discipline, les médecins peuvent mettre en commun les moyens requis en vue de faciliter l'exercice de **leur** pratique. Il est indiqué de mentionner dans l'objet social, les services offerts par la société et si les honoraires - qui doivent toujours rester totalement indépendants du patrimoine de la société de moyens - sont perçus ou non par la société.

2. Il doit résulter du nombre de parts, qu'il s'agit d'un apport en commun effectif.

3. Une majorité qualifiée peut suffire lorsque des parts sont cédées.

4. Les fonctions administratives ne sont pas rémunérées et leur durée est limitée dans le temps. Elles ne peuvent être exercées que par des associés.

5. Il ne peut être retiré qu'un intérêt normal du capital apporté.

Ce qui reste du bénéfice net doit être affecté à la réalisation de l'objet social. En ce qui concerne la fixation d'une réserve, le Conseil provincial de l'Ordre des médecins peut accepter une majorité qualifiée.

6. La majorité qualifiée nécessaire à l'admission de nouveaux associés, doit être mentionnée.

7. Les droits et obligations réciproques du médecin et de la société, l'un vis-à-vis de l'autre, dont la rémunération par les associés, des services offerts par la société, le mode de calcul de cette rémunération et éventuellement les frais liés aux honoraires (perception, répartition, paiement), doivent faire l'objet d'un contrat écrit, séparé, et approuvé par le Conseil provincial de l'Ordre des médecins.

POOL D'HONORAIRES Date : 23.06.1980 – Bulletin : 28-- p 43
--

Pool d'honoraires

Si les médecins, pharmaciens, chimistes sont rémunérés forfaitairement dans un hôpital par un pool, le fait que les honoraires versés par le laboratoire dans le pool commun des médecins, pharmaciens, chimistes, proviennent d'un pharmacien, peut-il être considéré comme dichotomie ?

Le Conseil national a émis le 23 juin 1980, après avoir entendu le rapport de la Commission des contrats, l'avis suivant:

Lorsque les médecins sont rémunérés forfaitairement à partir d'un pool comprenant l'ensemble des services, la participation à ce pool d'universitaires non médecins pratiquant la biologie clinique, peut être envisagée conformément aux dispositions de l'article 82 du Code de déontologie médicale.*

*Art. 82: Lorsque la rétribution du médecin est forfaitaire, elle ne peut avoir pour effet de subordonner son activité professionnelle aux intérêts financiers des personnes physiques ou morales qui le rétribuent.

Celles-ci ne peuvent retirer aucun bénéfice en exploitant la différence entre les honoraires perçus en tant que mandataire du médecin et la rétribution forfaitaire de ce dernier.

Seuls les frais normaux résultant de l'activité médicale peuvent justifier cette différence, s'ils sont connus du médecin et approuvés par lui. La rétribution forfaitaire ne peut être inférieure au revenu correspondant du médecin s'il exerçait à la vacation pour une activité équivalente. Tout contrat ou statut portant rétribution forfaitaire des médecins doit obligatoirement, avant sa conclusion ou l'adhésion des médecins, être soumis pour avis au Conseil Provincial de l'Ordre compétent.

POOL D'HONORAIRES Date : 14.03.1981 – Bulletin : 29-- p 35
--

Pool d'honoraires

Un Conseil provincial soumet au Conseil national la proposition suivante concernant les principes de base de contrats entre médecins:

1) *En principe un pool d'honoraires n'est autorisé qu'au sein d'un groupe de médecins exerçant la même discipline.*

2) *Un pool d'honoraires est autorisé dans une équipe pluridisciplinaire où tous les membres prodiguent activement leurs soins aux patients de l'équipe en un lieu de pratique commune.*

3) *Exceptionnellement un pool d'honoraires est autorisé dans un groupe pluridisciplinaire lorsque de l'avis du Conseil provincial concerné -qui décide également de l'assiette de répartition- certaines circonstances le justifient, comme par exemple, en vue de rectifier une distribution inégale des honoraires, ou par solidarité en fonction des besoins médicaux spéciaux du groupe.*

En sa séance du 14 mars 1981 le Conseil national a estimé que les éléments fournis en ce domaine par le Code de déontologie médicale sont suffisants. Il nous apparaît inopportun dans les circonstances actuelles, d'y en ajouter d'autres.

POOL D'HONORAIRES
Date : 20.01.1990 – Bulletin : 48-- p 14

Pool d'honoraires

Un jugement de première instance invite le Conseil national à émettre un avis concernant l'applicabilité ou non d'une convention de pool d'honoraires adoptée par le Conseil médical d'une institution psychiatrique.

Au cours de sa réunion de décembre, le Conseil national a confié l'étude de ce dossier à un conseiller qui présente son rapport.

La convention stipule que "le médecin absent pour raison de santé, perçoit ses honoraires à 100 % durant trois mois. A cette échéance, avec l'accord du Conseil médical, il doit prendre obligatoirement un remplaçant qui ne peut percevoir moins de 50 % de ses honoraires, pour autant que le remplaçant assure l'entièreté de la charge du médecin absent. Le remplacement ne peut dépasser deux ans".

Le tribunal a été saisi de l'affaire par le médecin remplaçant qui n'a pas été nommé à l'échéance de deux ans alors qu'il en avait reçu oralement la promesse. Cet espoir lui avait fait accepter la convention de remplacement.

Le rapporteur rappelle les articles 80 et 84 du Code de déontologie ⁽¹⁾ et conclut au caractère antidéontologique de la convention.

Après échange de vues, le Conseil national émet l'avis suivant:

La convention de pool d'honoraires des médecins de l'Institut... est, en ce qui concerne le partage d'honoraires lors de remplacements de longue durée, contraire à la déontologie médicale en matière de partage d'honoraires.

1.

Article 80: Le partage d'honoraires entre médecins est autorisé s'il correspond à un service rendu directement ou indirectement au malade dans le cadre d'une médecine de groupe. Hormis ce cas, l'acceptation, l'offre ou la demande d'un partage d'honoraires, même non suivi d'effet, constitue une faute grave.

Article 84: Sans préjudice de l'article 80, si de commun accord, un pool d'honoraires est instauré au sein d'un groupe médical, ce dernier ne peut comprendre que des médecins actifs participant tous aux soins donnés aux patients.

Le contrat d'association doit être soumis préalablement au Conseil provincial de l'Ordre. Ce dernier veillera à faire respecter dans le contrat les règles de déontologie. Il examinera, en particulier, si les conditions garantissant le libre choix du malade et l'indépendance du médecin sont réunies.

Il veillera également à ce que cette forme d'association ne donne pas lieu à l'exploitation de l'activité de certains membres du pool par d'autres, ou à des pratiques donnant lieu à des abus de la liberté thérapeutique et diagnostique.

SOCIÉTÉ PROFESSIONNELLE DE MÉDECINS
Date : 20.04.1996 – Bulletin : 73-- p 17

Société professionnelle de médecins

Le Conseil national est interrogé sur la Société professionnelle de médecins. Plusieurs questions lui ont été posées.

En réponse à une interrogation, le Conseil national a envoyé à ses interlocuteurs et à tous les Conseils provinciaux une note de son Service d'études.

Note du Service d'études :

1. Un médecin peut-il être associé dans deux ou plusieurs sociétés professionnelles de médecins ? Pourquoi ?

Lorsqu'il s'agit d'une société professionnelle **avec** personnalité juridique, les médecins ne peuvent pas être associés dans deux ou plusieurs sociétés de médecins attendu que cette forme de société n'est possible que si les médecins associés mettent en commun la totalité de leur activité médicale. (art. 159, § 4, 2^{ième} al., du Code de déontologie médicale)

Lorsqu'il s'agit d'une société professionnelle **sans** personnalité juridique, les médecins peuvent être associés dans deux ou plusieurs sociétés de médecins puisqu'ils peuvent mettre leur activité médicale partiellement ou totalement en commun.

Il convient de remarquer que les médecins associés dans une société professionnelle doivent exercer la même discipline ou des disciplines apparentées. (art. 159, § 1^{er}, du Code de déontologie médicale)

2. Un médecin peut-il être associé dans deux ou plusieurs sociétés de moyens ? Pourquoi ?

Oui, parce qu'une société de moyens est constituée dans le seul but de faciliter pour chacun des médecins associés (quelles que soient leurs disciplines) l'exercice de la profession, la société restant tout à fait étrangère à l'exercice lui-même de la profession. (art. 160, § 1^{er} et § 3, du Code de déontologie médicale)

3. Une société professionnelle de médecins peut-elle être actionnaire ou associée d'une autre société professionnelle de médecins (de même spécialisation) ? Pourquoi ?

4. Si une réponse négative est donnée par l'Ordre aux questions 1 et 3 ci-avant, que propose l'Ordre des médecins afin de permettre l'association de médecins déjà en société ?

La réponse à la troisième question est négative parce que, tenant compte de son objet, la constitution d'une société professionnelle est seulement possible pour des médecins - personnes physiques. (avis du Conseil national du 19 septembre 1992, Bulletin du Conseil national, n° 58, décembre 1992, p. 23 ; art. 159, § 3, 1^{er} al., du Code de déontologie médicale)

"Par contre, il n'y a pas d'obstacle à la constitution d'une société de moyens pour des sociétés déjà existantes, sociétés à une personne ou autres. Le terme '*médecin*' dans le Code de déontologie médicale (articles 159 et 160) peut à **cet effet** être interprété de façon extensive.

Les Conseils provinciaux jugeront à la lumière de faits et circonstances chaque affaire qui leur sera soumise." (avis du Conseil national du 19 septembre 1992, l.c.)

Ce faisant, les Conseils provinciaux se limitent à une appréciation déontologique des différentes formes de collaboration; ils ne sont pas habilités à tenir compte d'enjeux financiers et fiscaux.

5. Une société professionnelle de médecins peut-elle être administrateur ou gérant d'une autre société professionnelle de médecins (de même spécialisation), constituée sous forme de S.A. ou de SCRL (dans le cas d'une SPRL, seule une personne physique peut en effet en être gérante) ? Pourquoi ?

Non : suivant l'avis du Conseil national du 20 mars 1993 (Bulletin du Conseil national, n° 60, juin 1993, p. 28), le gérant d'une société de médecins doit être une personne physique. On ne peut pas accorder à la notion de '*médecin*', visée à l'art. 164, § 6, du Code de déontologie médicale, la même interprétation large que dans l'avis du Conseil national du 19 septembre 1992. (cf. la réponse aux questions 3 et 4 ci-dessus; voir également l'art. 164, § 6, du Code de déontologie)

En ce qui concerne la constitution d'une société de médecins sous forme de S.A., il convient de noter que "la collaboration de médecins au sein d'une société ayant la personnalité juridique a un caractère intuitu personae. Ceci implique que les médecins qui veulent former une société avec personnalité juridique ne peuvent que constituer une société de personnes ou une société de caractère mixte, à savoir: la société en nom collectif, la société coopérative et la société privée à responsabilité limitée (d'une personne). Des médecins ne peuvent constituer une société anonyme [...]." (avis du Conseil national du 20 mars 1993, Bulletin du Conseil national, n° 60, juin 1993, p. 26.)

6. Un médecin exerçant une activité hospitalière (en tant que médecin indépendant) peut-il valoriser sa clientèle "hospitalière" et l'apporter dans sa propre société professionnelle ?

Comme un médecin qui exerce son activité médicale dans le cadre d'une société professionnelle peut (dans le cas d'une société professionnelle sans personnalité juridique) ou doit (dans le cas d'une société professionnelle avec personnalité juridique) apporter la totalité de son activité médicale dans la société, il est autorisé à apporter sa clientèle 'hospitalière' dans sa société professionnelle.

L'article 18, § 1^{er}, du Code de déontologie dispose à ce propos : "Les éléments matériels et immatériels d'une pratique médicale peuvent faire l'objet d'un apport ou d'un quasi-apport dans une société de médecins et d'une cession à un médecin, à une association de médecins ou à une société de médecins."

Des directives pour l'application pratique de cet article, adoptées par le Conseil national en sa séance du 19 septembre 1992, précisent que les principes concernant la cession de clientèle s'appliquent également à la cession d'une pratique hospitalière. "Naturellement, seuls peuvent être cédés en ce cas les éléments de la pratique hospitalière qui appartiennent à ce médecin." (Bulletin du Conseil national, n° 58, décembre 1992, p. 22 n° 5.)

Machteld Van Lil

4 mars 1996

SOCIÉTÉS DE MÉDECINS Date : 20.03.1993 – Bulletin : 60-- p 25

Sociétés de médecins

1) Apport rétroactif d'une pratique médicale dans une société.

Un médecin a constitué avec son épouse, médecin, une société en nom collectif le 1er juin 1990. Les statuts de la société ont été visés par le Conseil provincial. Le 14 décembre 1991, ce médecin soumet à son Conseil provincial un projet de contrat prévoyant la cession formelle des éléments immatériels et des dossiers médicaux de sa pratique à la société en nom collectif, à dater du 14 septembre 1991.

Le Conseil provincial estime que la cession ou l'apport rétroactif d'une pratique médicale n'est en aucune façon autorisée. Il demande l'avis du Conseil national.

Avis du Conseil national:

Le Conseil national a examiné, en sa séance du 20 mars 1993, votre demande d'avis du 28 janvier 1992 concernant l'apport rétroactif des éléments immatériels et des dossiers médicaux dans la société du Dr X.

Contrairement à ce que votre Conseil semble déduire du contrat qui lui est soumis, le Conseil national estime que l'intention n'est pas d'attribuer à la cession un caractère rétroactif à dater de la création de la société, le 1er juin 1990. La rétroactivité porte dans ce cas sur le fait que le contrat de cession a été conclu le 25 novembre 1991 et qu'il est censé avoir pris effet à partir du 14 septembre 1991.

Les précisions apportées par le contrat, suivant lesquelles les associés reconnaissent rétroactivement que la société était entrée en jouissance, dès sa création, de la patientèle édiflée par l'un des deux associés, du goodwill créé par ses patients et des dossiers médicaux constitués par l'associé concerné, visent à justifier la raison pour laquelle les éléments immatériels de la pratique médicale antérieure de l'un des associés n'est cédée qu'à présent à Y., et à confirmer qu'il s'agit bien des mêmes éléments immatériels qui appartenaient auparavant à l'un des deux associés.

En ce qui concerne l'application de la cession ou de l'apport rétroactif(ve) d'une pratique médicale, le Conseil national estime que chaque cas doit faire l'objet d'une appréciation ponctuelle en fonction de ses implications déontologiques.

2) Demande d'avis d'une agence comptable

De plus en plus souvent confrontés à la problématique des sociétés de médecins, les responsables d'une "agence comptable" posent trois questions au Conseil de l'Ordre des médecins.

Après rapport de la Commission "Code et prospective", le Conseil émet l'avis suivant:

Le Conseil national a examiné, en sa séance du 20 mars 1993, les trois questions au sujet des sociétés de médecins, que vous lui aviez adressées par lettres des 5 février 1992 et 1er avril 1992.

Le Conseil national estime devoir répondre de la façon suivante à ces trois questions:

1. Un médecin peut-il vendre sa pratique (biens matériels et immatériels) à une société?

Suivant l'article 18 du Code de déontologie médicale, tel que modifié le 14 septembre 1991, les éléments matériels et immatériels d'une pratique médicale peuvent faire l'objet d'un apport ou d'un quasi-apport dans

une société de médecin et d'une cession à un médecin, à une association de médecins ou à une société de médecins.

2. Cette personne juridique peut-elle adopter le forme d'une société de capitaux ?

La collaboration de médecins au sein d'une société ayant la personnalité juridique a un caractère intuitu personae.

Ceci implique que les médecins qui veulent former une société avec personnalité juridique ne peuvent que constituer une société de personnes ou une société de caractère mixte, à savoir: la société en nom collectif, la société coopérative et la société privée à responsabilité limitée (d'une personne).

Des médecins ne peuvent constituer une société anonyme ou une société en commandite par actions, étant donné que ces sociétés sont des sociétés de capitaux.

La société en commandite simple n'est pas possible non plus parce qu'elle permettrait d'incorporer des associés commanditaires-bailleurs de fonds qui n'exerceraient pas eux-mêmes la profession de médecin.

(GEENS, K., De professionele vennootschap van geneesheren, Vlaams Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 1987, 88; D'HUYS, S. et HOUGAERT, J., Samenwerkingsverbanden en vennootschapsvormen, Artsenpraktijk, feuillets mobiles, 2.4/6 et 2.4/16.)

3. Un médecin ayant créé une société, il y a deux ans, sans céder aucun bien à la société, a-t-il encore la possibilité de vendre des biens à la société dans la mesure où la vente est admise par l'Ordre ?

Il appartient au Conseil provincial d'apprécier les implications déontologiques de l'apport ou de la cession d'un élément d'actif dans ou à une société de médecins après sa création. Les contrats s'y rapportant doivent être soumis à l'approbation préalable du conseil provincial compétent.

3) Emission d'obligations par une société de médecins

Un Conseil provincial interroge le Conseil national sur la possibilité pour une société de médecins (SPRL) d'émettre des obligations ?

Le Conseil national adopte le projet d'avis proposé par la Commission "Code et prospective".

Le Conseil national a examiné, en sa séance du 20 mars 1993, votre demande d'avis du 5 février 1992 concernant l'émission d'obligations par une SPRL de médecins.

Bien que l'article 131 de la loi sur les sociétés prévoit pour les SPRL la possibilité d'émettre, sous certaines conditions, des obligations nominatives, le Conseil national estime que cette forme de financement ne convient pas à une SPRL de médecins.

4) Contrat de reprise.

Un Conseil provincial demande l'avis du Conseil national concernant un contrat lui soumis.

Le docteur X. et son épouse non médecin désirent céder à la SPRL du docteur X sa pratique de médecin de famille et plus précisément les immobilisations corporelles et incorporelles liées à cette pratique.

Le Conseil provincial hésite à approuver ce contrat, Madame X n'étant pas médecin.

Le Conseil national adopte le projet de la Commission "Code et prospective".

Avis du Conseil national:

En réponse à votre lettre du 23 juin 1992 concernant le contrat de cession d'une pratique de médecin de famille, conclu entre X. et Y. d'une part et la SPRL Dr X. d'autre part, le Conseil national vous fait savoir que cette cession est déontologiquement acceptable étant donné que Mme Y. n'est pas le cessionnaire mais partie cédante.

5) Scission de société

Un Conseil provincial sollicite l'avis du Conseil national sur la question suivante:

"Est-il admis de scinder une société professionnelle (en l'occurrence une SPRL-u Dr X) en une nouvelle société professionnelle: SPRL-u Dr X et une nouvelle société "purement" commerciale, sachant que:

- le Dr X., associé unique de la SPRL-u, devient l'actionnaire le plus important de la S.A. (99%)*
- la SPRL-u est considérablement appauvrie: quid, sur le plan déontologique, de la responsabilité illimitée du médecin ?"*

Le Conseil adopte le projet de la Commission "Code et prospective".

Avis du Conseil national:

En réponse à vos lettres des 20 octobre 1992 et 3 décembre 1992 concernant la scission de la SPRL-u X. en SPRL X. et S.A. Y., le Conseil national vous fait savoir que la restructuration envisagée n'appelle pas d'objection déontologique pour autant que la S.A. Y. n'exerce aucune activité ayant un lien direct ou indirect avec l'exercice de la médecine.

Dans cette optique, rien ne s'oppose non plus à la mention, sur le papier à lettres du médecin concerné, de la forme de société: société civile sous forme de SPRL.

6) Société professionnelle gérante d'une société de moyens

Quatre sociétés professionnelles constituent une société de moyens. L'art. 164 § 6 du code dispose que les fonctions d'administration doivent être assurées par des associés médecins.

Le Conseil provincial, auquel la question est posée, demande s'il peut être admis que la gérance d'une société de moyens soit assurée par une des sociétés professionnelles, le Conseil national ayant admis dans un avis du 19/09/92 (Bulletin n 58, décembre 1992), la constitution d'une société (de moyens ou professionnelle) par des sociétés professionnelles de médecins.

Le Conseil national adopte le projet de la Commission "Code et prospective".

Avis du Conseil national:

En réponse à votre demande d'avis du 22 décembre 1992 concernant la possibilité pour une société professionnelle (SPRL- u) d'assurer la gérance d'une société coopérative de moyens, le Conseil national tient à souligner que le gérant d'une société de médecins doit être une personne physique et que, par conséquent, on ne peut accorder à la notion de "médecin", visée à l'article 164, § 6, du Code de déontologie médicale, la même interprétation large que dans l'avis du Conseil national, du 19 septembre 1992, auquel vous vous référez.

SOCIÉTÉS DE MÉDECINS

Date : 21.01.1995 – Bulletin : 68-- p 24

Sociétés de médecins

Le 15 octobre 1994, le Conseil national a rendu un avis concernant une société de médecins dont les statuts ne lui paraissaient pas conformes aux dispositions du Code de déontologie (Bulletin n° 67).

Cette société s'étonne de cet avis et demande au Conseil national de le retirer.

Réponse du Conseil national :

En sa séance du 21 janvier 1995, le Conseil national a pris connaissance de votre lettre du 7 novembre 1994 et de la pétition jointe.

Le Conseil national réaffirme son avis du 15 octobre 1994 au Conseil provincial de Flandre occidentale.

En ce qui concerne toute autre problématique, X. doit s'adresser aux Conseils provinciaux compétents.

Avis du Conseil national du 15 octobre 1994 :

L'examen des statuts et du dossier concernant la société X. nous oblige à conclure que les statuts de cette société ne sont pas conformes aux dispositions du Code de déontologie médicale en matière de sociétés de médecins.

En ce qui concerne la société professionnelle :

- il n'y a pas de mise en commun de l'exercice de la médecine par les associés;
- il s'agit de médecins qui exercent des disciplines différentes ou non apparentées.

En ce qui concerne la société de moyens, il y a notamment association avec des non-médecins.

Le Conseil national rappelle que les articles du Code de déontologie médicale ont été modifiés afin de faciliter l'exercice de la médecine en société selon les dispositions légales en vigueur.

Les Conseils provinciaux ont la compétence d'interpréter le Code de déontologie médicale dans le sens qui correspond à son esprit et dans le respect de celui-ci. Cette interprétation doit cependant se faire avec une grande prudence. Plus particulièrement dans l'interprétation des articles qui concernent les associations de médecins, il y a lieu de veiller à ce qu'il n'y ait pas de risque de collusion entre des médecins ou encore entre des médecins et des non-médecins.

GESTION D'UN CABINET PAR UN CONFRÈRE QUI N'Y EXERCE PAS LA MÉDECINE
--

Date : 20.02.1999 – Bulletin : 84-- p 20

Gestion d'un cabinet par un confrère qui n'y exerce pas la médecine

Interrogé en la matière par un Conseil provincial, le Conseil national avait émis l'avis, le 16 mai 1998, suivant lequel "le médecin membre d'une sprl, qui apporte les moyens de gestion à un cabinet privé de radiologie dans lequel il n'exerce pas, tombe sous l'interdiction de l'article 24 du Code de déontologie médicale" (Bulletin du Conseil national, n° 81, 16).

Le Conseil provincial concerné communique à présent que les statuts de la sprl en question avaient déjà été approuvés par le Conseil provincial en 1992. Ces statuts précisent que les parts sociales ne peuvent être attribuées qu'à des médecins qui exercent ou exerceront leur profession dans le cadre de la société.

Le Conseil provincial souligne que le Code de déontologie médicale (article 164, § 1.) ne précise nullement le délai dans lequel le médecin exercera dans la société. Le Conseil provincial demande au Conseil national s'il ne pourrait pas apporter une précision limitative à ce sujet.

Le Conseil provincial demande aussi si l'appartenance du médecin à deux sociétés professionnelles poursuivant le même objet social, à savoir l'exercice de la radiologie, n'est pas contraire à l'article 159, § 4., du Code de déontologie médicale.

Réponse du Conseil national :

En sa séance du 20 février 1999 le Conseil national a examiné votre lettre du 24 décembre 1998 relative aux informations complémentaires que vous fournissez au sujet de cabinets de radiologie gérés, dans le cadre de sociétés, par un radiologue qui n'y exerce pas sa profession.

1. En ce qui concerne le problème de l'article 164 § 1 qui stipule que "les parts sociales doivent être nominatives et ne peuvent être attribuées qu'à des médecins qui exercent ou exerceront leur profession dans le cadre de la société", il y a lieu de noter que par "médecins qui exerceront leur profession dans le cadre de la société", le Conseil a voulu associer les médecins en fin de formation et les médecins en période de probation avant engagement et **qui travaillent effectivement dans le cadre de la société au moment de sa formation** ou qui y travailleront à bref délai. Si pareille restriction n'était pas apportée au texte cité, il perdrait toute signification puisqu'il serait alors possible à tout médecin susceptible d'exercer un jour sa profession dans le cadre d'une société, de s'en voir attribuer des parts sociales nominatives.

2. Quant à la participation d'un médecin à deux sociétés poursuivant le même objet : la lettre du Conseil provincial du Hainaut nous apprend qu'il s'agit de 2 sociétés **professionnelles**. L'article 159 § 4 prévoit bien que dans une société professionnelle avec personnalité juridique le médecin doit exercer la totalité de son

activité médicale. On n'imagine pas dès lors qu'un médecin puisse exercer dans plusieurs sociétés de type professionnel.

En conclusion, malgré le fait que votre Conseil ait approuvé les statuts de la SPRL en 1992, il n'est pas admissible que la situation décrite soit acceptée pour autant : l'information fournie au sujet des deux sociétés professionnelles ne semble pas avoir été complète. Par ailleurs l'interprétation du texte de l'article 164 § 1 est inexacte.

NOUVEAU TEXTE DES ARTICLES 159 AU 165
DU CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE
(approuvé par le Conseil national le 16 mars 2002)

TITRE IV

CHAPITRE IV

(Modifié le 16/03/2002)

LA COLLABORATION PROFESSIONNELLE
ENTRE MEDECINS

Article 159 - Règles générales

§1er. Les médecins peuvent conclure des conventions dans le cadre de leur collaboration professionnelle. Dans ce but, ils peuvent entre autres procéder à la création d'associations (article 160), de sociétés sans (article 161) ou avec personnalité juridique (articles 162, 163 et 164), ainsi que d'associations sans but lucratif (article 165).

Toutes prescriptions déontologiques s'adressant aux médecins restent d'application à leur égard lorsque, dans le cadre de leur collaboration professionnelle, ils sont associé ou membre d'une société ou d'une asbl, ou sont partie à une convention. Il est en outre de la responsabilité des médecins que la forme de collaboration par eux choisie, satisfasse aux règles légales qui la régissent.

§2. Quelles que soient la forme et la nature de la collaboration professionnelle choisies par le ou les médecin(s), les dispositions du présent article doivent être respectées, ainsi que les dispositions spécifiques prévues aux articles 160 à 165 suivants pour toute convention, société ou association. Les médecins sont libres d'introduire en outre des clauses complémentaires concernant l'organisation de leur collaboration professionnelle, pour autant qu'elles soient conformes à la déontologie médicale.

§3. Les possibilités visées au §1^{er} ne sont autorisées qu'entre médecins en exercice et inscrits au Tableau de l'Ordre des médecins, à l'exclusion de tout tiers.

§4. Tout projet de statuts, de règlement d'ordre intérieur, d'acte de fondation d'une société ou d'une association, tout projet de convention, ainsi que tout document auquel il fait référence, doivent être soumis par le médecin à l'approbation préalable de son conseil provincial qui vérifie la conformité des pièces soumises avec la déontologie médicale en général et avec les dispositions de ce chapitre en particulier. Il en va de même pour tout projet de modification de l'un quelconque de ces documents.

Les documents soumis doivent comporter tous les éléments requis par le Code de déontologie médicale, garantir de manière expresse son respect et reconnaître la compétence du conseil provincial à ce sujet.

§5. Il doit notamment ressortir des documents soumis au conseil provincial:

- qu'il n'est en aucune manière porté atteinte aux intérêts des patients. Des garanties doivent être données en matière de libre choix du médecin, d'indépendance du médecin, de protection du secret professionnel, d'assurance en responsabilité civile des médecins, de leurs remplaçants et de leur personnel. Il sera examiné en particulier si les dispositions nécessaires sont prises pour le respect de ces garanties, le transfert des dossiers médicaux et la continuité des soins en cas de fin (anticipée) du lien de collaboration;
- que toute forme de commercialisation de la médecine, de collusion directe ou indirecte, de dichotomie et de surconsommation est exclue;

- que sont rendus possibles une répartition du travail, une organisation des vacances et un aménagement du temps nécessaire à des activités scientifiques répondant aux desiderata de tous les médecins participants. Il sera examiné en particulier si un règlement acceptable a été prévu en cas de grossesse, maladie, invalidité et fin (anticipée) du lien de collaboration;
- qu'est rendue possible une répartition des revenus et/ou des dépenses équitable et acceptée par tous les médecins participants;
- que les procédures d'admission et de départ sont prévues;
- que les conditions d'une suspension temporaire ou d'une exclusion définitive sont définies.

§6. Tout médecin qui recourt aux possibilités offertes au §1^{er} est tenu de faire part à ses confrères - associés/membres/cocontractants, de toute décision disciplinaire, civile, pénale ou administrative susceptible de quelconques retombées sur leurs relations professionnelles. Cette obligation et les conséquences des décisions en question doivent ressortir des documents soumis au conseil provincial.

Article 160 - Associations

§1er. Les médecins peuvent constituer entre eux des associations en vue d'une collaboration professionnelle.

L'association peut englober l'ensemble de l'activité professionnelle par la mise en commun de tous les revenus et frais professionnels, répartis suivant une clé déterminée (association complète).

L'association peut aussi ne porter que sur une partie de l'activité professionnelle par la mise en commun de tous les revenus et frais professionnels découlant de cette partie de l'activité professionnelle, répartis suivant une clé déterminée (association partielle).

L'association peut se limiter à la mise en commun des frais et/ou à l'apport commun de moyens relatifs à l'ensemble de l'activité professionnelle ou à une partie de celle-ci (dénommée association de frais). Les frais mis en commun sont répartis suivant une clé déterminée.

§2. Une association complète n'est possible qu'entre médecins, par intégration complète de leur activité professionnelle à caractère permanent et structuré, et se manifestant comme telle dans ses relations externes.

Une association partielle n'est possible qu'entre médecins, par intégration complète d'une partie de leur activité professionnelle à caractère permanent et structuré, et se manifestant comme telle dans ses relations externes. Une association partielle est aussi possible lorsque des médecins, chacun à partir de sa propre expertise, travaillent ensemble de manière habituelle en matière de diagnostic et de traitement d'une pathologie spécifique.

Une association de frais n'est pas seulement possible entre des médecins répondant aux critères d'une association complète ou partielle: il peut aussi y être recouru par des médecins n'ayant réalisé aucune forme d'intégration de leur activité professionnelle ni aucune forme de collaboration axée sur le patient.

§3. Par dérogation à l'article 159, §3, des associations peuvent aussi être constituées entre des médecins, des sociétés professionnelles unipersonnelles et des asbl de médecins.

Il peut être expressément stipulé dans le cadre d'une association complète, partielle ou de frais, qu'il est interdit aux membres de créer une société avec personnalité juridique pour faire partie de l'association en leur lieu et place.

§4. Dans une association, chaque membre perçoit ses honoraires en son nom personnel et pour son propre compte. Il délivre à cette fin les attestations nécessaires. Les frais professionnels acceptés par l'association sont versés, soit via un compte commun, soit par les membres individuellement qui procèdent à la liquidation entre eux de ces paiements à des moments réguliers dont ils ont convenu.

§5 . L'association se manifeste dans ses relations externes sous le nom de ses membres avec mention de leurs spécialités pratiquées mais peut aussi opter pour une dénomination propre. Cette dénomination doit être acceptée par le conseil provincial compétent.

§6. Une association peut procéder à la désignation d'un président, d'un secrétaire ou d'un trésorier si les modalités en ont été fixées au préalable dans un écrit. Les mandats des personnes désignées ci-avant ne peuvent être de durée illimitée ni être rémunérés. Seuls les frais réels peuvent être remboursés.

§7. En vue d'une collaboration professionnelle, les médecins peuvent conclure des conventions n'ayant pas les caractéristiques d'une association. Ces conventions doivent satisfaire à l'article 159.

Article 161 - La société professionnelle sans personnalité juridique

§1er. Les médecins peuvent procéder, pour l'exercice de leur profession, à la création d'une société professionnelle sans personnalité juridique, telle que définie à l'article 46 du Code des sociétés, si les conditions prévues aux paragraphes 2 à 5 ci-dessous sont réunies.

§2. Lorsqu'ils créent une société professionnelle sans personnalité juridique, les associés mettent en commun, soit la totalité, soit une partie de leur activité médicale.

§3. L'objet social de la société est civil et est l'exercice de l'art médical par ses associés personnellement. Toute activité commerciale est interdite.

§4. Dans une société professionnelle sans personnalité juridique, la médecine est exercée par les médecins-associés au nom et pour le compte de l'ensemble des médecins-associés. Les honoraires générés par l'activité médicale mise en commun et les frais qui en découlent sont réunis dans un pool et répartis suivant la clé arrêtée par convention.

§5. Les médecins ne peuvent procéder à la constitution d'une société professionnelle sans personnalité juridique que s'il est satisfait aux articles 159, 160, §2, premier et deuxième alinéas, §5 et §6.

Seuls des médecins qui exercent ou exerceront leur profession dans le cadre d'une société professionnelle sans personnalité juridique peuvent être associés dans cette société.

Article 162 - La société professionnelle avec personnalité juridique

§1er. Les médecins peuvent procéder, pour l'exercice de leur profession, à la création d'une société professionnelle avec personnalité juridique si les conditions prévues aux paragraphes 2 à 8 ci-dessous sont respectées.

§2. Lors de la création de la société, les médecins mettent en commun la totalité ou une partie de leur activité médicale.

§3. L'objet social de la société est civil et est l'exercice de l'art médical par ses associés personnellement. Toute activité commerciale est interdite. La société n'est pas inscrite en tant que telle au Tableau de l'Ordre des médecins.

§4. Dans une société professionnelle avec personnalité juridique, la médecine est exercée par les associés au nom et pour le compte de la société. Tous les revenus générés par l'activité médicale apportée sont perçus pour et par la société comme toutes les dépenses découlant de l'activité médicale sont réglées par la société.

§5. Les médecins ne peuvent constituer une société professionnelle avec personnalité juridique que s'il est satisfait à toutes les dispositions de l'article 159.

A cet égard, le conseil provincial sera particulièrement attentif aux dispositions concernant:

- a. l'apport de biens mobiliers et immobiliers dans la société et leur affectation au moment de sa cessation;
- b. la répartition des parts sociales ne pouvant être que nominatives et détenues par les associés qui exercent ou exerceront la profession de médecin dans le cadre de la société;
- c. le mode de redistribution des parts sociales lorsque celles-ci s'imposent par les circonstances et les droits et obligations de l'associé dont les parts sont redistribuées ou de ses ayants droit;
- d. le mode d'élection des administrateurs et la durée de leurs mandats qui ne peut être illimitée;
- e. l'éventuelle rémunération des administrateurs qui devra correspondre aux prestations d'administration réellement effectuées;
- f. la constitution d'une réserve suffisante compte tenu de l'objet de la société;
- g. les conditions d'admission de nouveaux associés et de leur acquisition de parts sociales;
- h. les modalités de départ des associés et la destination des parts sociales devenues disponibles;
- i. les conventions relatives à la collaboration professionnelle entre la société et des tiers;
- j. la nécessité, en cas de dissolution de la société, que le ou les liquidateur(s) soi(en)t des médecins;
- k. la responsabilité professionnelle distincte et complémentaire des associés et la responsabilité de la société;

I. le fait que lors de la pondération des droits respectifs des associés, il sera davantage tenu compte de l'activité prestée dans la société que du capital investi ou de l'ancienneté.

Une solution aux points précités, déontologiquement justifiée, doit ressortir des documents soumis au conseil provincial.

§6. La société professionnelle avec personnalité juridique se manifeste dans ses relations externes par la mention de sa forme juridique et des noms des associés ainsi que leurs spécialités pratiquées. La société professionnelle peut opter pour une dénomination propre qui doit être objective, discrète et acceptée par le conseil provincial.

§7. La société professionnelle avec personnalité juridique peut, en vue d'une collaboration professionnelle, conclure des conventions avec des médecins, ou avec les associations (de frais), sociétés professionnelles (unipersonnelles), les sociétés de moyens et les asbl prévues dans ce chapitre.

Dans ce cas, les associés doivent par analogie veiller au respect par la société pour laquelle ils travaillent, des règles déontologiques applicables à tout médecin travaillant individuellement.

§8. La société professionnelle avec personnalité juridique peut être un associé de l'association (de frais) ou de la société de moyens de médecins et peut être un membre d'une asbl de médecins. Ces cas entraînent l'application respective des dispositions des articles 160, 164 et 165.

Article 163 - La société professionnelle unipersonnelle

§1er. Tout médecin peut, pour l'exercice de sa profession, procéder à la création d'une société professionnelle unipersonnelle si les conditions prévues aux paragraphes 2 à 6 ci-dessous sont remplies.

§2. Les paragraphes 2, 3, 4 et 5 de l'article 162 s'appliquent mutatis mutandis.

§3. Lorsqu'un médecin recourt à la possibilité offerte sous le §1^{er}, toutes les règles déontologiques s'adressant à chaque médecin travaillant individuellement, restent d'application.

§4. La société se manifeste dans ses relations externes par la mention de la forme juridique et du nom du médecin ainsi que de la spécialité pratiquée.

§5. La société unipersonnelle peut comme tout médecin à titre individuel, devenir membre de l'association (de frais), de la société professionnelle avec personnalité juridique, de la société de moyens ou de l'asbl prévues dans ce chapitre, et ce, respectivement en application des articles 160, 162, 164 et 165. L'associé en informe son conseil provincial et soumet les documents nécessaires pour approbation.

§6. Lorsqu'une société unipersonnelle se transforme en une société professionnelle de plusieurs médecins, toutes les dispositions applicables à cette forme de société doivent être respectées. L'associé informe le conseil provincial de ce projet de transformation et soumet tous les documents à son approbation préalable.

Article 164 - La société de moyens

§1er. Les médecins peuvent, dans le cadre de leur collaboration professionnelle, procéder à la création d'une société de moyens avec personnalité juridique si les conditions prévues aux paragraphes 2 à 7 ci-dessous sont remplies.

§2. L'objet social de la société de moyens est de faciliter et de promouvoir l'exercice de l'art médical pour ses associés par un partage de frais et/ou un apport commun des moyens requis.

§3. Les associés d'une société de moyens peuvent être des médecins à titre individuel, ainsi que des sociétés professionnelles (unipersonnelles) de médecins avec personnalité juridique ou des asbl de médecins.

§4. Les sociétés de moyens sont possibles tant dans le cadre d'une collaboration axée sur le patient qu'en dehors de toute forme de collaboration axée sur le patient.

§5. Tous les revenus générés par l'activité médicale pour laquelle il est fait usage des moyens mis à disposition par la société, sont indépendants de la société de moyens qui reste étrangère à l'exercice lui-même de la profession.

La société de moyens ne peut susciter aucun amalgame ou confusion entre la société et ses membres-associés. Ainsi, la raison sociale, les statuts, le papier à en-tête ou autres documents, et les activités de la société de moyens, ne peuvent contribuer à pareil amalgame ou confusion.

§6. Les médecins ne peuvent procéder à la constitution d'une société de moyens que s'il est satisfait à toutes les dispositions des articles 159 et 162, §5, a. à i. inclus.

Lors de la répartition des parts sociales entre les associés, il convient de tendre à un rapport d'équilibre entre l'activité prestée et le capital apporté.

§7. Comme défini à l'article 159, §4, tous les documents relatifs à ce type de société doivent être soumis à l'approbation du conseil provincial.

Le conseil provincial veillera en particulier à ce que le calcul des frais et leur répartition entre les associés soient établis en conformité avec les règles de la déontologie médicale.

Article 165 - L'association sans but lucratif

§1er. Les médecins peuvent procéder, dans le cadre de leur collaboration professionnelle, à la création d'une asbl. Ils doivent s'assurer à cet égard que les règles légales en la matière sont respectées, notamment l'article 1^{er} de la loi du 27 juin 1921, et que les conditions prévues aux paragraphes 2 et 3 ci-dessous sont remplies.

§2. L'article 159, et en particulier le § 1er, dernier alinéa reste entièrement d'application.

Une asbl peut, par dérogation à l'article 159, §3, être constituée entre des médecins et des sociétés professionnelles (unipersonnelles) de médecins avec personnalité juridique.

§3. Les médecins peuvent procéder à la création d'une asbl dont l'objet statutaire se limite à la prestation de services sur le plan de l'organisation et de l'administration de leur activité professionnelle.

Si l'objet statutaire de l'asbl est de faciliter et de promouvoir l'exercice de l'art médical pour ses membres par un partage de frais et/ou un apport commun des moyens requis, les dispositions de l'article 164 s'appliquent mutatis mutandis.

Si l'objet statutaire de l'asbl est l'exercice de l'art médical par ses membres, les dispositions de l'article 162 s'appliquent mutatis mutandis.

Table des matières

- **Bientôt spécialiste? Le tout, c'est de bien commencer... – Quelques clins d'œil aux candidats spécialistes et aux médecins spécialistes débutants 1**
- **Avis émis par le Conseil national de l'Ordre des médecins..... 16**
- **Nouveau texte des articles 159 au 165 du Code de déontologie médicale..... 28**