

Mémoire n° 106

Août 2007

**REGARDS CROISES SUR  
L'APPLICATION AUX MEDECINS  
ASSISTANTS DE LA LOI SUR  
LE TRAVAIL DES LE 1<sup>ER</sup>  
JANVIER 2005**

**Didier Grob**

*Ce mémoire a été réalisé dans le cadre du DESS  
en économie et management de la santé - Master  
in Health Economics and Management (MHEM)*

INSTITUT D'ÉCONOMIE ET DE MANAGEMENT DE LA SANTÉ  
UNIVERSITÉ DE LAUSANNE

REGARDS CROISES SUR L'APPLICATION AUX  
MÉDECINS ASSISTANTS DE LA LOI SUR LE TRAVAIL  
DÈS LE 1<sup>ER</sup> JANVIER 2005

DR DIDIER GROB

Mémoire de DESS  
en économie et management de la santé

Directeur de mémoire :  
Dr Jean-Blaise Wasserfallen

Experts :  
Prof Jacques Cornuz  
Pascal Rubin

AOÛT 2007

# TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	1
REMERCIEMENTS.....	4
1. INTRODUCTION.....	5
1.1. Historique.....	5
1.2. Dans le canton de Vaud.....	6
2. BASES LEGALES.....	8
2.1. Domaine d'application.....	8
3. LES PRINCIPAUX POINTS DE LA LOI SUR LE TRAVAIL.....	10
3.1. Durée du travail.....	10
3.1.1. <i>Durée du travail de jour et du soir</i> .....	11
3.1.2. <i>Travail de nuit</i> .....	11
3.1.3. <i>Droit à un supplément de temps libre</i> .....	11
3.1.4. <i>Droit à un supplément de salaire</i> .....	11
3.1.5. <i>Travail le dimanche et les jours fériés</i> .....	12
3.2. Repos quotidien.....	12
3.3. Pauses.....	13
3.4. Service de piquet.....	13
3.4.1. <i>A l'intérieur de la clinique</i> .....	13
3.4.2. <i>A l'extérieur de la clinique</i> .....	13
3.4.3. <i>Nombre d'interventions de piquet</i> .....	14
3.5. Grossesse et maternité.....	14
3.5.1. <i>Temps de travail</i> .....	14
3.5.2. <i>Aménagement du travail</i> .....	15
3.5.3. <i>Travaux interdits</i> .....	15
3.6. Voie de droit.....	16

3.7. Conclusion .....	16
4. PROBLEMES PRINCIPAUX LIES A L'APPLICATION DE LA LOI SUR LE TRAVAIL EN HOPITAL .....	17
5. MATERIEL ET METHODE.....	19
6. RESULTATS ET ANALYSE.....	21
6.1. Impact financier de l'application de la LTr dans les hôpitaux.....	21
6.2. Le cas particulier du canton de Vaud .....	22
6.2.1. <i>La Convention des médecins assistants et chefs de clinique au sein des hôpitaux d'intérêt public</i> .....	23
6.3. Temps de travail.....	24
6.4. Les piquets.....	27
6.5. heures supplémentaires .....	27
6.5.1. <i>Logiciel Polypoint   PEP™</i> .....	27
6.5.2. <i>Heures supplémentaires et efficience</i> .....	29
6.5.3. <i>Moyenne hebdomadaire et compensation</i> .....	30
6.5.4. <i>Compensation en temps ou en argent</i> .....	31
6.5.5. <i>LTr, aménagement des horaires et qualité de vie</i> .....	31
6.6. Formation.....	34
6.6.1. <i>Temps consacré à la formation postgraduée</i> .....	34
6.6.2. <i>Les effets de la LTr sur la formation postgraduée</i> .....	36
6.7. Recrutement des medecins assistants et chefs de clinique.....	37
6.8. Qualite du suivi des patients.....	39
6.9. Motivation et ambition .....	40
7. DISCUSSION.....	42
7.1. Faible participation des médecins assistants.....	42
7.2. CHUV et HDC: des perceptions sont parfois différentes .....	42
7.3. Le rôle de l'ASMAV .....	43
7.4. Les limites de ce travail .....	44
7.5. Quid des conditions de travail des médecins installés? .....	44

8. SYNTHESE ET CONCLUSIONS .....	45
8.1. La loi sur le travail et les spécificités d'un établissement hospitalier .....	45
8.2. La pénurie de médecins .....	46
8.3. Quelques propositions.....	47
8.4. Et l'avenir.....	48
9. ANNEXES .....	50
9.1. Annexe 1 .....	51
9.2. Annexe 2.....	52

## REMERCIEMENTS

Ce travail a été rendu possible grâce à la précieuse collaboration de nombreuses personnes. J'aimerais témoigner plus particulièrement ma reconnaissance à:

Monsieur le Dr Jean-Blaise Wasserfallen, Directeur médical adjoint des Hospices-CHUV, qui a accepté de diriger ce travail. Je le remercie pour son soutien, sa constante disponibilité et ses précieux conseils lors de l'avancement de travail.

Monsieur le Dr Patrick Wilson, Président de l'ASMAV, pour sa coopération, sa disponibilité, et son appui logistique sans lequel ce travail n'aurait pas pu être réalisé.

MM. Emmanuel Masson, Directeur de l'Office du Personnel des Hospices-CHUV et Frédéric Cartiser, Adjoint RH des Hospices-CHUV.

Mme Sylvie Dubler, Responsable ressources humaines du département de Gynécologie-Obstétrique et Génétique médicale.

MM. Pierre Loison, Directeur de l'Hôpital du Chablais et Pierre Badoux, Chef administratif de l'Hôpital du Chablais.

Un merci aux professeurs Gérard Waeber et Patrick Hohlfeld, à la Dresse Schnegg et au Dr Dünner, chefs de services, dont j'ai apprécié la disponibilité, malgré leur emploi du temps très chargé, et dont les témoignages ont largement contribué à l'élaboration de ce travail.

Je remercie également les médecins assistants et chefs de clinique qui, en répondant au questionnaire de l'ASMAV, ont permis la réalisation de ce travail.

Un merci particulier à Jean-François pour sa lecture critique de ce travail et ses suggestions constructives.

Enfin, un immense merci à Françoise, mon épouse, et à nos enfants Romain, Guillaume et Lauriane, pour leur soutien continu et leurs encouragements tout au long de l'accomplissement de ce Master.

# 1. INTRODUCTION

*Pour des raisons de lisibilité rédactionnelle, le masculin est utilisé dans le texte. Il renvoie à un collectif composé aussi bien de femmes que d'hommes.*

## 1.1. HISTORIQUE

La durée de travail des médecins assistants, chefs de clinique adjoints et chefs de clinique a toujours été très élevée. Par ailleurs, l'intensité du travail au quotidien a rapidement évolué : le “turn-over” accru des patients, leur “case-mix” augmenté par le virage ambulatoire, les progrès de la médecine, la pression croissante des coûts, la pénurie de personnel, l'explosion des tâches administratives ont conduit à des charges toujours plus grandes.

Vers la fin des années nonante, la pression sur les médecins hospitaliers était montée à un point tel qu'elle a conduit à un conflit. Médecins assistants et chefs de clinique ont commencé alors à résister pour changer leur situation.

En 1998, la grogne des médecins zurichois s'exprima par une “grève des crayons”. Celle-ci consistait à effectuer son travail – donc à assurer les soins – tout en refusant de fournir les données administratives nécessaires à la facturation des prestations et ainsi priver les hôpitaux de leur principale source de revenu. Avec ce geste, l'opinion publique commença à prendre conscience que la situation des médecins-assistants dans les hôpitaux était mauvaise.

En novembre de la même année fut publiée par le Bureau BASS (Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien, Bern)<sup>1</sup> une étude effectuée sur mandat du gouvernement du canton de Berne. Elle révéla que, pendant les deux mois de l'étude, la durée moyenne de travail hebdomadaire (sans la psychiatrie) était de 70 heures. 90 médecins sur 322 (28%) travaillaient plus de 90 heures par semaine. La période de travail ininterrompu la plus longue était de 5 jours et 17 heures. Selon les auteurs, cette étude était représentative de la situation générale en Suisse.

Le 18 décembre 1998, sur mandat de l'ASMAC (Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique), le conseiller national bernois Marc F. Suter (PRD) déposa une initiative parlementaire sous le titre “Des conditions de travail humaines pour les médecins assistants”<sup>2</sup> dont l'objectif était de soumettre les médecins assistants à la Loi sur le travail (LT)<sup>3</sup> et de limiter la durée de travail hebdomadaire à 50 heures. A ce moment en effet, les médecins assistants n'étaient pas soumis à cette loi votée en 1964.

Après de nombreux débats, le Parlement a adopté la révision de la Loi sur le travail le 22 mars 2002, soutenu par le Conseil fédéral. La décision des parlementaires était fondée sur les nombreuses études démontrant sans ambiguïté un lien entre le nombre d'heures de travail effectuées et les erreurs médicales commises. On a démontré par exemple qu'une durée de travail

---

<sup>1</sup> “Arbeitszeiten von Assistenz- und Oberarzt/innen Im Kanton Bern”, Stefan Spycher, Kilian Künzi, Jürg Bailod, 1998

<sup>2</sup> Objet parlementaire 98.454

<sup>3</sup> Recueil systématique (RS) 822.11

de 24 heures correspond à une alcoolémie de 0,1% au niveau des fonctions cognitives<sup>4</sup> ; que des chirurgiens ont effectué pour une même opération 20% d'erreurs en plus et ont nécessité 14% de temps en plus après une nuit sans sommeil comparées à une groupe de chirurgiens reposés<sup>5</sup> ; qu'avec un système de garde de 16 h au maximum au lieu de 32 h, on observe une nette diminution des durées d'hospitalisation, des examens paramédicaux prescrits ainsi que des erreurs médicales<sup>6,7,8,9</sup>.

Cette limitation de la durée de travail hebdomadaire permettait un rapprochement avec les normes européennes en vigueur, où les heures de travail des médecins assistants sont nettement inférieures à la Suisse.

Le Conseil fédéral a décidé le 7 avril 2004 la modification de l'ordonnance 1 relative à la Loi sur le travail (OLT 1). Initialement, le SECO (Secrétariat d'Etat à l'économie) voulait saisir l'opportunité de soumettre tous les hôpitaux et cliniques à la Loi sur le travail, notamment dans le but d'éliminer définitivement toutes les disparités de traitement des hôpitaux et du personnel. Suite à l'opposition à une telle application de la LTr des différents milieux consultés, en raison avant tout des coûts que cela entraînerait dans le domaine de la santé, le Conseil fédéral s'est cependant mis en retrait par rapport à ce projet.

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005, l'ensemble des médecins en formation post-graduée est donc soumis à la Loi sur le travail.

## 1.2. DANS LE CANTON DE VAUD

En juillet 2002, suite à l'introduction de la clause du besoin<sup>10</sup>, la section vaudoise de l'ASMAC, (l'ASMAV) a exigé des améliorations rapides des conditions de travail, non seulement salariales, mais également sociales et de formation, dénonçant des conditions de travail qu'elle jugeait inacceptable : moyenne de travail hebdomadaire de 100 heures, heures supplémentaires non compensées, absence de 13<sup>ème</sup> salaire, contrats de durée déterminée en chaîne, caisse de pension inexistante. Rapidement, les négociations se sont heurtées au refus des autorités cantonales d'accéder à toutes ces requêtes, motivant une grève administrative ("grève des crayons") de la part des médecins hospitaliers.

Après 44 jours de grève, l'ASMAV obtient l'échelonnement des augmentations de salaire sur neuf ans (au lieu de six), la transformation des contrats de durée déterminée en contrats de durée indéterminée, un siège à la commission sanitaire et un 2<sup>ème</sup> pilier consolidé pour 2004, et arrive à imposer un accord sur trois points cruciaux : le droit au 13<sup>ème</sup> salaire, l'horaire de travail (maxima)

---

<sup>4</sup> "Fatigue, alcohol and performance impairment". Nature 1997; 388:235

<sup>5</sup> "Effect of sleep deprivation on surgeons' dexterity on laparoscopy simulator". Taffinder NJ et al. The Lancet 1998; 352:1191

<sup>6</sup> "Effect of a change in house staff work schedule on resource utilization and patient care". Gottlieb DJ et al. Arch Intern Med 1991; 151:2065-2070.

<sup>7</sup> "Medizinische Fehlleistungen: Der Einfluss hoher Arbeitszeiten auf die Leistungsfähigkeit von Ärztinnen und Ärzten". Riedo V. Literaturarbeit. Psychologisches Institut der Universität. 2001

<sup>8</sup> "Effect of reducing interns work hours on serious medical errors in intensive care units". Landrigan CP et al. N Engl J Med 2004; 351: 1838-1848.

<sup>9</sup> "Mistakes in the operating room – Error and responsibility". Nuland SB. N Engl J Med 2004; 351: 1281-1283.

<sup>10</sup> Dispositions arrêtées par la Confédération ou les cantons pour restreindre l'offre ou le financement de certaines prestations du système sanitaire. Il s'agit essentiellement de mesures visant la maîtrise des prestations et qui interfèrent sur les investissements, la densité médicale ou les prestations des régimes d'assurance. La clause du besoin s'inscrit dans le débat sensible de l'évolution des coûts du système de santé.



et le décompte des heures supplémentaires pour les médecins assistants et les chefs de clinique.

Dès 2003, les médecins assistants ont reçu un 13<sup>ème</sup> salaire, l'horaire de travail hebdomadaire a été ramené à 55 heures, puis dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004 à 50 heures, conformément à la Loi sur le travail. Les médecins assistants et chefs de clinique vaudois ont donc passé rapidement du statut le plus archaïque du pays au plus "progressiste".

## 2. BASES LEGALES

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005, les fondements juridiques concernant le travail dans les cliniques et les hôpitaux en Suisse sont :

- Loi fédérale du 13 mars 1964 sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce (LTr)<sup>11</sup>.
- Ordonnance 1 du 10 mai 2000 relative à la loi sur le travail (OLT1)<sup>12</sup>.
- Ordonnance du DFE (Département fédéral de l'économie) du 20 mars 2001 sur les activités dangereuses ou pénibles en cas de grossesse et de maternité (Ordonnance sur la protection de la maternité)<sup>13</sup>.
- Ordonnance 2 du 10 mai 2000 relative à la loi sur le travail (OLT2) (Dispositions spéciales pour certaines catégories d'entreprises ou de travailleurs)<sup>14</sup>.
- Ordonnance 3 du 18 août 1993 relative à la loi sur le travail (OLT3) (Hygiène)<sup>15</sup>.

La Loi sur le travail est une loi fédérale, applicable dans toute la Suisse. Comme la Loi sur le travail est une loi qui vise à protéger les travailleurs, son contenu examine essentiellement la durée du travail et du repos, ainsi que la protection générale de la santé des travailleurs. La Loi sur le travail établit un standard minimum. Naturellement, des règlements dérogatoires au profit des travailleurs sont toujours admissibles.

Les ordonnances fédérales relatives à la Loi sur le travail régissent de façon précise les points réglementés par la Loi sur le travail.

### 2.1. DOMAINE D'APPLICATION

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, tous les médecins assistants, définitivement et sans exception, sont soumis à la Loi sur le travail. Elle s'applique également à la majorité des chefs de clinique et des médecins spécialistes oeuvrant en milieu hospitalier. Les chefs de clinique sont en effet soumis aux prescriptions de temps de travail et de repos dans les types d'hôpitaux suivants :

- tous les hôpitaux privés
- tous les hôpitaux publics de droit privé
- tous les hôpitaux de droit public avec personnalité juridique propre (p. ex. société par

---

<sup>11</sup> RS 822.11, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> février 1966

<sup>12</sup> RS 822.111

<sup>13</sup> RS 822.111.52

<sup>14</sup> RS 822.112

<sup>15</sup> RS 822.113

actions de droit public)

- tous les hôpitaux de droit public – indépendamment de leur personnalité juridique – pour autant que la plupart de leurs employés soient au bénéfice d'un contrat de travail de droit privé.

Au contraire, les chefs de clinique *ne sont pas soumis* aux prescriptions de temps de travail et de repos dans les types d'hôpitaux suivants :

- hôpitaux de droit public sans personnalité juridique propre (c'est-à-dire qui appartiennent directement à l'administration cantonale ou communale), pour autant que la plupart de leurs employés soient au bénéfice d'un contrat de travail de droit public
- corps de droit public, pour autant que la plupart de leurs employés soient au bénéfice d'un contrat de travail de droit privé.

Sont également exclues du champ d'application :

- toute personne qui exerce une “ fonction dirigeante élevée ”. Selon les termes de la loi, “exerce une fonction dirigeante élevée quiconque dispose, de par sa position sa responsabilité et eu égard à la taille de l'entreprise, d'un pouvoir de décision important, ou est en mesure d'influencer fortement des décisions de portée majeure concernant notamment la structure, la marche des affaires et le développement d'une entreprise ou d'une partie d'entreprise.”<sup>16</sup>

Dans la hiérarchie médicale, seuls les médecins chefs en font généralement partie. Le statut des médecins cadres par rapport à cette disposition n'est toujours pas défini.

Les médecins qui exercent une activité scientifique ne relèvent pas de la Loi sur le travail. Par contre, elle est applicable aux médecins qui exercent partiellement une activité scientifique<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> Art. 9, OLT 1

<sup>17</sup> Art. 10, OLT 1

# 3. LES PRINCIPAUX POINTS DE LA LOI SUR LE TRAVAIL

## 3.1. DUREE DU TRAVAIL

*“ Est réputé durée du travail au sens de la loi le temps pendant lequel le travailleur doit se tenir à disposition de l'employeur (...). Sont réservées les dispositions concernant l'occupation des femmes enceintes et des mères qui allaitent ainsi que l'art.15, al. 2<sup>18</sup>. ”*<sup>19</sup>

*“ Le temps qu'un travailleur consacre à une formation complémentaire ou continue, soit sur ordre de l'employeur, soit, en vertu de la loi, parce que son activité professionnelle l'exige, est réputé temps de travail.”*<sup>20</sup>

*“ La durée maximale de la semaine de travail est de :*

- a. 45 heures pour les travailleurs occupés dans les entreprises industrielles ainsi que pour le personnel de bureau, le personnel technique et les autres employés, y compris le personnel de vente des grandes entreprises de commerce de détails ;*
- b. 50 heures pour tous les autres travailleurs.”*<sup>21</sup>

La Loi sur le travail fixe uniquement le temps de travail maximal à 50 heures, mais ne se prononce pas sur les heures de travail dues.

*“ Pour certaines catégories d'entreprises ou de travailleurs, la durée maximum de la semaine peut, par ordonnance, être temporairement prolongée de quatre heures au plus, à la condition qu'elle ne soit pas dépassée en moyenne annuelle.”*<sup>22</sup>

*“ A titre exceptionnel, la durée maximum de la semaine de travail peut être dépassée.*

- a. En cas d'urgence ou de surcroît extraordinaire de travail ;*
- b. (...)*
- c. Pour prévenir ou supprimer des perturbations dans l'entreprise, si l'on ne peut attendre de l'employeur qu'il recoure à d'autres moyens.”*<sup>23</sup>

*“ Le travail supplémentaire ne peut dépasser deux heures par travailleur et par jour, sauf les jours chômés ou en cas de nécessité, ni le nombre d'heures suivant par année civile :*

- a. (...)*
- b. 140 heures pour les travailleurs dont la durée maximale de la semaine de travail est de 50 heures.”*<sup>24</sup>

---

<sup>18</sup> cf page 13

<sup>19</sup> Art. 13, al. 1, OLT 1

<sup>20</sup> Art. 13, al. 4, OLT 1

<sup>21</sup> Art. 9, al. 1, LTr

<sup>22</sup> Art. 9, al. 3, LTr

<sup>23</sup> Art. 12, al. 1, LTr

<sup>24</sup> Art. 12, al. 2, LTr

La semaine de 5 jours ne peut pas être déduite de la Loi sur le travail. Ainsi,

*“ Lorsque le travail hebdomadaire est réparti sur plus de cinq jours, l’employeur est tenu de donner au travailleur une demi-journée de congé par semaine, sauf dans les semaines comprenant un jour chômé.”*<sup>25</sup>

### 3.1.1. Durée du travail de jour et du soir

*“ Le temps de jour et du soir de chaque travailleur doit être compris dans un espace de quatorze heures, pauses et heures de travail supplémentaires incluses.”*<sup>26</sup>

Cependant, en ce qui concerne les cliniques et les hôpitaux, par dérogation de l’OLT 2 :

*“ L’intervalle dans lequel s’inscrit la période de travail de jour et de travail du soir peut, pour le travailleur, être prolongé jusqu’à un maximum de 17 heures, pauses et heures supplémentaires comprises, pour autant que soit observé, en moyenne par semaine civile, un repos quotidien d’un minimum de 12 heures consécutives, et que le repos quotidien entre deux interventions comporte un minimum de 8 heures consécutives.”*<sup>27</sup>

### 3.1.2. Travail de nuit

Les cliniques et les hôpitaux bénéficient évidemment d’une dérogation à l’obligation de solliciter une autorisation pour le travail de nuit<sup>28</sup>.

*“ Le travail de nuit, pour autant qu’il soit en grande partie composé de temps de présence et qu’un endroit soit à disposition, peut, pour un travailleur adulte, s’étendre à un maximum de 10 heures de travail quotidien dans un intervalle de 12 heures, pauses comprises. La durée minimale du repos quotidien est de 12 heures.”*<sup>29</sup>

### 3.1.3. Droit à un supplément de temps libre

*“ Le travailleur qui effectue un travail de nuit régulièrement ou périodiquement a droit à une compensation en temps équivalant à 10% de la durée de ce travail. Ce temps de repos compensatoire doit être accordé dans le délai d’une année. La compensation peut cependant être accordée sous forme de supplément salarial au travailleur dont le travail régulièrement fourni au début ou à la fin du travail de nuit n’excède pas une heure.”*<sup>30</sup>

*“ Est réputée travail de nuit à caractère régulier ou périodique l’activité d’un travailleur occupé pendant un minimum de 25 nuits par année civile.”*<sup>31</sup>

### 3.1.4. Droit à un supplément de salaire

*“ L’employeur doit accorder une majoration de salaire de 25% au moins au travailleur qui effectue un travail de nuit à titre temporaire.”*<sup>32</sup>

---

<sup>25</sup> Art. 21, al. 1, LTr

<sup>26</sup> Art. 10, al. 3, LTr

<sup>27</sup> Art. 5, OLT 2

<sup>28</sup> Art. 4, al. 1, OLT 2

<sup>29</sup> Art. 10, al. 2, OLT 2

<sup>30</sup> Art. 17b, al. 2, LTr

<sup>31</sup> Art. 31, al. 1, OLT 1

<sup>32</sup> Art. 17b, al. 1, LTr

### 3.1.5. Travail le dimanche et les jours fériés

Comme pour le travail de nuit, les cliniques et les hôpitaux bénéficient d'une dérogation à l'obligation de solliciter une autorisation le travail du dimanche<sup>33</sup>.

*“Le travail dominical temporaire est autorisé en cas de besoin urgent dûment établi. L'employeur accorde une majoration de salaire de 50% au travailleur.”<sup>34</sup>*

Le travail dominical temporaire consiste à effectuer moins de 6 dimanches de travail par an.

Aucun supplément salarial ou temps libre pour le travail dominical régulier (plus de 6 dimanches par an et par travailleur) n'est prévu par la loi, qui laisse les parties libres de convenir de la réglementation du travail du dimanche régulier.

*“Le travail supplémentaire selon l'art. 12, al. 1<sup>35</sup>, de la loi peut être effectué le dimanche. Il est compensé par un congé de même durée dans un délai de vingt-six semaines.”<sup>36</sup>*

*“Tout travail dominical dont la durée n'excède pas cinq heures doit être compensé par du temps libre.”<sup>37</sup>*

*“Le travailleur bénéficie d'au moins douze dimanches de congé par année civile. Ils peuvent être répartis de manière irrégulière au cours de l'année civile, pour autant que les semaines sans dimanche de congé comportent, immédiatement à la suite du repos quotidien, un repos hebdomadaire de 36 heures consécutives.”<sup>38</sup>*

*“Le repos compensatoire pour le travail effectué les jours fériés peut être accordé en bloc pour l'année civile”<sup>39</sup>*

En Suisse, les jours fériés font l'objet de réglementations variées :

*“Le jour de la fête nationale est assimilé à un dimanche. Les cantons peuvent assimiler au dimanche huit autres jours fériés par an au plus et les fixer différemment selon les régions.”<sup>40</sup>*

On trouve généralement une liste des jours fériés officiels de chaque canton assimilés au dimanche sur les sites web des administrations cantonales. Par exemple, le canton de Vaud compte 7 jours fériés contre 9 dans le canton du Valais. Seuls 4 jours fériés sont communs (Nouvel An, Ascension, Fête nationale, Noël).

## 3.2. REPOS QUOTIDIEN

*“Le travailleur doit bénéficier d'une durée de repos quotidien d'au moins onze heures consécutives.”<sup>41</sup>*

Cependant, par dérogation de l'OLT 2, dans les hôpitaux et cliniques comme dans d'autres catégories d'entreprise, *“la durée du repos quotidien d'un travailleur adulte peut être réduite à 9 heures, pour*

---

<sup>33</sup> Art. 4, al. 2, OLT 2

<sup>34</sup> Art. 19, al. 3, LTr

<sup>35</sup> cf page 10

<sup>36</sup> Art. 8, al. 2, OLT 2

<sup>37</sup> Art. 8, al. 2, OLT 2

<sup>38</sup> Art. 12, al. 2, OLT 2

<sup>39</sup> Art. 13, OLT 2

<sup>40</sup> Art. 20a, al. 1, LTr

<sup>41</sup> Art. 15, al. 1, LTr

*autant qu'elle ne soit pas inférieure à 12 heures en moyenne sur 2 semaines.”<sup>42</sup>*

Par ailleurs, “*pour le travailleur adulte, la durée de repos peut être réduite à 8 heures une fois par semaine, pour autant que la moyenne sur deux semaines atteigne 11 heures.*”<sup>43</sup>

### 3.3. PAUSES

*“Le travail sera interrompu par des pauses d’au moins :*

- a. un quart d’heure, si la journée de travail dure plus de cinq heures et demie ;*
- b. une demi-heure, si la journée de travail dure plus de sept heures;*
- c. une heure, si la journée de travail dure plus de neuf heures.”<sup>44</sup>*

*“Les pauses comptent comme travail lorsque le travailleur n’est pas autorisé à quitter sa place de travail.”<sup>45</sup>*

### 3.4. SERVICE DE PIQUET

#### 3.4.1. A l’intérieur de la clinique

Lorsque le travailleur doit rester à son poste de travail ou doit s’y rendre dans un délai très court (20 minutes) et être prêt à travailler dans les 30 minutes, il ne s’agit pas à proprement parler de service de piquet, mais de garde.

Ce service de garde compte comme temps de travail dans son intégralité, même si le travailleur n’a pas à effectuer d’intervention. Les dispositions sur la durée du travail et du repos sont applicables dans leur intégralité au service de garde.

#### 3.4.2. A l’extérieur de la clinique

Il y a service de piquet, ou disponibilité sur appel ; lorsque le travailleur doit être prêt à intervenir selon le tableau de service mais qu’il n’est pas tenu d’intervenir dans un délai de 30 minutes, et qu’il ne doit pas rester dans l’hôpital.

*“Le temps consacré à un service de piquet effectué en dehors de l’entreprise compte comme durée de travail dans la mesure de l’activité effectivement déployée pour l’employeur. Dans ce cas, le trajet pour se rendre sur le lieu de travail et en revenir compte comme durée de travail.”<sup>46</sup>*

Dans ce cas, le service de piquet peut se faire à la suite du travail régulier, et “*le repos quotidien peut être interrompu par des interventions effectuées dans le cadre du service de piquet (...) pour autant que lui succède immédiatement la fraction de repos restante. Si la durée de repos s’en trouve réduite à moins de 4 heures*

---

<sup>42</sup> Art. 9, OLT 2

<sup>43</sup> Art. 15a, al. 2, LTr

<sup>44</sup> Art. 15, al. 1, LTr

<sup>45</sup> Art. 15, al. 2, LTr

<sup>46</sup> Art. 15, al. 2, OLT 1

*consécutives, un repos quotidien de 11 heures consécutives succède immédiatement à la dernière intervention.”*<sup>47</sup>

### 3.4.3. Nombre d'interventions de piquet

*“ Le temps que le travailleur consacre au service de piquet ou aux interventions en résultant n'excède pas 7 jours par période de quatre semaines. Le travailleur ne peut être affecté à aucun service de piquet au cours des deux semaines consécutives à son dernier piquet.”*<sup>48</sup>

Les indemnités relatives au service de piquet ne sont pas prévues par la LTr et doivent être définies séparément contractuellement (contrat de travail, convention collective de travail).

*“ Le service de piquet peut, à titre exceptionnel, s'élever pour un travailleur à un maximum de quatorze jours par intervalle de quatre semaines, pour autant que :*

- a. l'entreprise, eu égard à sa grande taille et à sa structure, ne dispose pas des ressources suffisantes en personnel pour assurer le service de piquet selon l'al. 2 ; et que*
- b. le nombre d'interventions réellement effectuées dans le cadre du service de piquet n'excède pas cinq par mois en moyenne par année civile.”*<sup>49</sup>

## 3.5. GROSSESSE ET MATERNITE

### 3.5.1. Temps de travail

*“ Sur simple avis, les femmes enceintes peuvent se dispenser d'aller au travail ou le quitter. Les mères qui allaitent peuvent disposer du temps nécessaire à l'allaitement.”*<sup>50</sup>

*“ Il est interdit de prolonger la durée ordinaire convenue de la journée de travail des femmes enceintes et des mères qui allaitent ; cette durée n'excède en aucun cas 9 heures.”*<sup>51</sup>

*“ Les accouchées ne peuvent être occupées durant les huit semaines qui suivent l'accouchement ; ensuite et jusqu'à la seizième semaine, elles ne peuvent l'être que si elles y consentent.”*<sup>52</sup>

*“ Au cours de la première année de vie de l'enfant :*

- a. l'intégralité du temps consacré à l'allaitement est réputée temps de travail lorsque la travailleuse allaite son enfant dans l'entreprise ;*
- b. la moitié du temps consacré à l'allaitement est réputée temps de travail lorsque la travailleuse quitte son lieu de travail pour allaiter ;*
- c. (...).”*<sup>53</sup>

---

<sup>47</sup> Art. 19, al. 3, OLT 1

<sup>48</sup> Art. 14, al. 2, OLT 1

<sup>49</sup> Art. 14, al. 3, OLT 1

<sup>50</sup> Art. 35a, al. 2, LTr

<sup>51</sup> Art. 60, al. 1, OLT 1

<sup>52</sup> Art. 35a, al. 3, LTr

<sup>53</sup> Art. 60, al. 2, OLT 1



### 3.5.2. Aménagement du travail

*“ Les femmes enceintes exerçant principalement leur activité en station debout bénéficient, à partir de leur quatrième mois de grossesse, d’un repos quotidien de 12 heures et, en sus, des pauses prévues à l’art. 15 de la loi<sup>54</sup>, d’une courte pause de 10 minutes après chaque tranche de 2 heures de travail.”<sup>55</sup>*

*“ Les activités exercées en station debout n’excèdent pas un total de 4 heures par jour à partir du sixième mois de grossesse.”<sup>56</sup>*

*“ Chaque fois que cela est réalisable, l’employeur est tenu de proposer aux femmes enceintes qui accomplissent un travail entre 20 heures et 6 heures un travail équivalent entre 6 heures et 20 heures. Cette obligation vaut également pour la période entre la huitième et la seizième semaine après l’accouchement.”<sup>57</sup>*

*“ Lorsqu’un travail équivalent ne peut leur être proposé, les femmes occupées entre 20 heures et 6 heures pendant les périodes fixées à l’al. 1 ont droit à 80% de leur salaire calculé sans éventuelle majoration pour le travail de nuit, y compris une indemnité équitable pour la perte de salaire en nature.”<sup>58</sup>*

### 3.5.3. Travaux interdits

*“ L’employeur n’est autorisé à affecter des femmes enceintes, des accouchées ou des mères qui allaitent à des travaux dangereux ou pénibles que lorsque l’inexistence de toute menace pour la santé de la mère ou celle de l’enfant est établie sur la base d’une analyse de risques ou que la prise de mesures de protection adéquate permet d’y parer. (...)”<sup>59</sup>*

L’analyse de risques est effectuée par un spécialiste de la sécurité au travail au sens de l’Ordonnance du 25 novembre 1996 sur les qualifications des spécialistes de la santé au travail<sup>60</sup>

*“ Est réputée travail pénible ou dangereux pour les femmes enceintes et les mères qui allaitent toute activité dont l’expérience a démontré l’impact préjudiciable sur leur santé ou celle de leurs enfants. Il s’agit notamment :*

- a. du déplacement manuel de charges lourdes ;*
- b. des tâches imposant des mouvements ou des postures engendrant une fatigue précoce ;*
- c. des travaux impliquant l’impact de chocs, de secousses ou de vibrations ;*
- d. des travaux impliquant une surpression, comme le travail de compression, la plongée, etc ;*
- e. des travaux exposant au froid, à la chaleur ou à l’humidité ;*
- f. des activités soumises aux effets de radiation nocives ou au bruit ;*
- g. des activités soumises aux effets de substances ou micro-organismes nocifs ;*

---

<sup>54</sup> cf page 12

<sup>55</sup> Art. 61, al. 1, OLT 1

<sup>56</sup> Art. 61, al. 2, OLT 1

<sup>57</sup> Art. 35b, al. 1, LTr

<sup>58</sup> Art. 35b, al. 2, LTr

<sup>59</sup> Art. 62, al. 1, OLT 1

<sup>60</sup> RS 822.116

*b. des travaux reposant sur un système d'organisation du temps de travail dont l'expérience a révélé les fortes contraintes.*"<sup>61</sup>

Ces critères d'évaluation de la dangerosité de ces activités sont contenues dans l'Ordonnance du DFE sur les activités dangereuses ou pénibles en cas de grossesse ou de maternité (en particulier les articles 7 à 14) qui contient également d'autres travaux interdits<sup>62</sup>.

### 3.6. VOIE DE DROIT

Si les dispositions de la Loi sur le travail ne sont pas respectées dans une clinique ou dans un hôpital, le travailleur peut dénoncer la clinique ou l'hôpital aux autorités cantonales correspondantes – en règle générale l'OCIAMT (Office Cantonal de l'Industrie, des Arts et Métiers et du Travail).

### 3.7. CONCLUSION

L'appréciation de la durée du temps de travail est une condition préalable à l'application de la Loi sur le travail. L'employeur est dans l'obligation de fournir une appréciation de la durée du temps de travail convenable.

Ces multiples contraintes ont un impact majeur sur les entreprises qui fournissent des prestations 24 heures sur 24 et 365 jours par an, comme c'est le cas des hôpitaux.

---

<sup>61</sup> Art. 62, al. 3, OLT 1

<sup>62</sup> RS 822.111.52

## 4. PROBLEMES PRINCIPAUX LIES A L'APPLICATION DE LA LOI SUR LE TRAVAIL EN HOPITAL

La mise en application des dispositions légales sur le travail concernant les médecins assistants et chefs de clinique au 1<sup>er</sup> janvier 2005 a mis en difficulté de nombreux hôpitaux. Pour le canton de Vaud, la grève des crayons a permis une introduction de la LTR progressive depuis le 1<sup>er</sup> avril 2003.

L'organisation nationale des hôpitaux (H+) avait réalisé une enquête<sup>63</sup> auprès de 55 hôpitaux et cliniques sur l'extension du domaine d'application de la Loi sur le travail aux médecins assistants. Cette enquête s'est achevée le 31 août 2004, soit quatre mois avant son entrée en vigueur.

Les 49 institutions ayant répondu à cette étude ont souligné les problèmes d'application suivants, cités par ordre décroissant:

- charge financière supplémentaire (45 citations)
- augmentation du budget du personnel (44)
- réglementation du service de piquet (34)
- réglementation du travail de week-end et du dimanche (34)
- nombre maximal de journées de travail hebdomadaires (33)
- durée maximale de travail (50 heures par semaine) (30)
- réglementation du travail de nuit (27)
- réglementation du repos quotidien (22)
- prise en compte de la formation complémentaire comme durée de travail (22)
- réglementation des pauses (20)
- interprétation de la loi (18)
- introduction d'un système de garde médicale de nuit (15)
- difficultés de recrutement (9)
- autres (8)
- aucun problème (0)

Ce sont donc avant tout la charge financière supplémentaire et l'augmentation du personnel qui posent le plus de problèmes aux employeurs. Outre ces problèmes économiques, la majorité des établissements mentionnait que la réglementation du service de piquet demeurait le principal

---

<sup>63</sup> "Etude sur l'application de la Loi sur le travail et de ses ordonnances concernant les médecins assistants". H+ les Hôpitaux de Suisse, Berne, septembre 2004.

problème.

En effet, la création de nouveaux postes de travail ne pouvait suffire à réduire le temps de travail. Une réorganisation de l'ensemble des services hospitaliers était nécessaire.

Selon le point de vue de l'ASMAC<sup>64</sup>, différents problèmes d'organisation sont rapidement apparus à cause de:

- Absence de “management du changement”
- Passivité des médecins-chefs qui évitent de d'entreprendre les restructurations indispensables à la nouvelle organisation de leur service
- Divergences de points de vue entre spécialités médicales et interventionnelles : les premières privilégient une application stricte de la loi, avec compensation des heures de travail supplémentaire en temps libre, alors que les spécialités chirurgicales ont tendance à privilégier les compensations financières afin d'effectuer le plus grand nombre d'actes possibles pour ne pas allonger de manière démesurée la durée de formation qui repose sur un catalogue d'interventions qui n'a pas été réadapté suite à la soumission à la LTr.
- Insuffisance des moyens réalloués

---

<sup>64</sup> “La Loi sur le travail et son application aux médecins assistants”. O. Matzinger, Journal ASMAC, Nr.10, p.23. Octobre 2004.

## 5. MATERIEL ET METHODE

J'ai choisi dans ce travail d'analyser un cadre non-interventionnel et un cadre interventionnel. J'ai comparé la situation d'un hôpital universitaire, le CHUV, avec celle d'un hôpital périphérique, l'Hôpital du Chablais, membre de la Fédération des Hôpitaux Vaudois (FHV). J'ai étudié les services de médecine interne (non-interventionnels) et de gynécologie-obstétrique (interventionnels).

J'ai par ailleurs étudié un grand nombre d'articles traitant le sujet parus dans des revues médicales (Revue Médicale de la Suisse Romande, Bulletin des Médecins Suisses), trouvé de précieuses informations sur des sites internet (tels ceux de ASMAV, de la FHV, du CHUV pour n'en citer que les principaux).

J'ai aussi bénéficié de la mise à disposition de documents et de rapports de la Direction générale des Hospices-CHUV, et obtenu des Services de comptabilité des Hospices-CHUV et de l'Hôpital du Chablais l'accès à certains chiffres et résultats désirés.

Je me suis successivement entretenu avec:

- M. Emmanuel Masson, Directeur de l'Office du Personnel des Hospices-CHUV
- Prof. Gérard Waeber, Chef du Service de Médecine Interne (ci-après DMI), CHUV
- Prof. Patrick Hohlfeld, Chef du Service du Département de Gynécologie-Obstétrique (ci-après DGO), CHUV, en présence de
- Mme Sylvie Dubler, Responsable ressources humaines du département de gynécologie-obstétrique et génétique médicale
- Dr Sébastien Dünner, Médecin-chef du Service de Médecine, Hôpital du Chablais (ci-après HDC), Monthey
- Dresse Anne Schnegg, Médecin-chef du Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital du Chablais (HDC), Aigle
- Dr Patrick Wilson, Président du Comité de l'Association Suisse des Médecins assistants et Chefs de Clinique – Section Vaud (ASMAV)

Depuis plusieurs années, l'ASMAV réalise une enquête auprès de ses membres sur leurs conditions de travail. La participation reste globalement la même en 2006 qu'en 2005 (391/1033), soit 1/3. Si les résultats de l'enquête 2006 ne sont pas encore tous publiés, le Dr Wilson a pu me mettre à disposition les données concernant les départements et services qui font l'objet de mon travail. C'est par le questionnaire de l'ASMAV que j'ai recueilli le point de vue des médecins assistants. Le questionnaire anonyme mentionne le lieu de travail de l'assistant et du chef de clinique.

Pour obtenir une participation maximale, je suis allé présenter ce travail au Colloque du DMI du "jeudi matin" et j'ai rencontré les médecins assistants<sup>65</sup> des deux Services de l'HDC. En raison de l'absence d'un colloque équivalent dans le DGO, cette démarche n'y a pas eu lieu.

Sur les 105 médecins<sup>66</sup> travaillant dans les Services retenus pour ce travail, seuls 59 (56.2%) ont répondu à l'enquête ASMAV. Les taux de participation par service sont les suivants:

Tableau 1: Nombre de médecins assistants, chefs de clinique-adjoints, chefs de clinique des Services de Gynécologie-Obstétrique et de Médecine du CHUV et de l'Hôpital du Chablais et leur taux de participation.

	Médecins assistants			Chefs de Clinique-adjoints			Chef(s) de Clinique		
	En place	Ayant participé à l'enquête	Taux de participation	En place	Ayant participé à l'enquête	Taux de participation	En place	Ayant participé à l'enquête	Taux de participation
<b>CHUV</b>									
DGO	22	4	18.2%	-	-	-	10	4	40.0%
Médecine	32	28	70.0%	12	11	91.7%	4	4	100.0%
<b>HDC</b>									
SGO	5	4	80.0%	-	-	-	1	0	0.0%
Médecine	17	4	23.5%	-	-	-	2	0	0.0%

<sup>65</sup> Lorsque non précisé, le terme *médecin assistant* doit être compris comme englobant les médecins assistants, les chefs de clinique-adjoint et les chefs de clinique.

<sup>66</sup> Approximation prenant en compte les postes EPT60

## 6. RESULTATS ET ANALYSE

### 6.1. IMPACT FINANCIER DE L'APPLICATION DE LA LTR DANS LES HOPITAUX

La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national avait, dans son rapport<sup>67</sup> du 5 avril 2001, exclu une possible explosion des coûts en raison de l'acceptation de l'initiative parlementaire Suter. L'étude de H+<sup>63</sup> en 2004 relevait qu'une augmentation de la dotation en médecins assistants de 478 emplois pour les 55 cliniques de son enquête coûterait de 54,5 millions de francs par an:

Tableau 2: Estimation du nombre de postes supplémentaires et des coûts des médecins assistants et des autres personnels relatifs par canton

Cantons	Médecins assistants		Autre personnel		Total (Millions)
	Postes supplémentaires	Coûts (Mios)	Postes supplémentaires	Coûts (Mios)	
AR	9	1.2			11.7
BS					~ 16.3 - 24.8
FR	40		60		
GE	90				
GL	15%	0.4		3.9	4.3
GR		4		2.4	6.4
JU					4.7
LU	68	7.5	69	5.5	13
NE		1.4		2.7	4.1
NW					2.7
OW					2.9
SG		0.5		23	24.3
SH	10	1.3	5	0.5	1.8
SO		7		13	20
<b>VD</b>	<b>160</b>	<b>30</b>	<b>4 - 55</b>	<b>4 - 55</b>	<b>~ 70</b>
VS					4 - 5
ZH		9			35

Le terme "Autre personnel" résume l'augmentation des coûts indirects, liés aux ressources en secrétariat, à l'informatique, aux infrastructures logistiques (places de travail, repas au restaurant universitaire par exemple).

Sur le plan suisse, depuis 2003, le nombre de places de travail de formation postgraduée clinique<sup>68</sup> a augmenté de 8% pour passer à 8626 en 2006, entraînées par la réduction du temps de

<sup>67</sup> Feuille fédérale 2001 3028

<sup>68</sup> "Principaux résultats de l'enquête effectuée en 2006 auprès des médecins assistants". P. Orlow, M. Siegriest, M. Giger. Bulletin des  
21

travail et les nouvelles prescriptions concernant les tours de service (travail par roulement).

## 6.2. LE CAS PARTICULIER DU CANTON DE VAUD

Dans le canton de Vaud, la mise en application de la Convention collective le 1<sup>er</sup> janvier 2003 a nécessité une augmentation des effectifs et a eu un impact sur les charges salariales de 20 millions de francs.

Il est certain que la création de postes de médecins assistants pour le CHUV ne se fait pas sans poser de véritables problèmes logistiques. La situation est comparable dans un hôpital périphérique.

L'aspect de la logistique ne sera pas traité dans ce travail, mais il a cependant été soulevé par les chefs de Service durant les entretiens.

Pour le Prof. Gérald Waeber: " Rien, ergonomiquement, n'a été prévu pour avoir autant d'assistants, agrandir les bureaux, le nombre d'ordinateurs, le nombre de places de travail. Le système est ergonomiquement non tolérable."

A l'HDC, dans le Service de Gynécologie-Obstétrique, la Dresse Schnegg concède: " Ils sont très très rarement tous là, donc ça ne pose aucun problème. Ils ont chacun un dictaphone électronique qui dépend du Central. Ils ont chacun un coffre-fort, ils ont chacun un vestiaire, mais ils n'ont que 4 à 5 bureaux au lieu de 6..."

L'évolution en termes d'effectifs des médecins assistants et chefs de clinique au sein des Hospices-CHUV pour la période 2001 à 2004<sup>69</sup> est montrée dans le tableau 3 ci-dessous:

Tableau 3: Evolution des effectifs de médecins assistants et chefs de clinique au sein des Hospices-CHUV dans la période 2001 - 2004

	2001	2002	2003	2004	2001 - 2004	2001 - 2004
	60 h.	60 h.	55h trim-mens	50h hebdom.	↗	↗ (%)
<b>Médecins assistants</b>						
Réel	363	374	408	452	+ 89	24.5%
Budget	347	359	398	453	+ 106	30.5%
<b>Chefs de clinique</b>						
Réel	180	201	213	236	+ 56	31.1%
Budget	178	192	226	254	+ 76	42.7%
<b>Total</b>						
Réel	543	575	621	688	+ 145	26.7%
Budget	525	551	624	707	+ 182	34.7%

L'augmentation de l'effectif réel est inférieure à celle de l'effectif budgété car l'engagement des médecins assistants s'est fait de manière progressive. Cette différence s'est d'ailleurs traduite par un nombre important d'heures supplémentaires réalisées, avec des conséquences, dans certaines situations, sur l'offre de prestations médicales.

Plus tard, entre 2004 et 2006 (voir Annexe 1), au CHUV, le personnel médical a augmenté de

---

médecins suisses, 2007;88: 14/15, p. 633-642.

<sup>69</sup> "Bilan préliminaire de l'application de la Convention fixant les conditions de travail et de formation des médecins assistants". Pascal Rubin, Direction générale, Hospices-CHUV, 30.06.2004



4.1% EPT<sup>70</sup>. On relève que c'est essentiellement le nombre de médecins cadres (8.4%) et de chefs de clinique (5.3%) qui a augmenté, alors que le nombre de médecins assistants n'a que peu progressé (1.0%). Il est également intéressant de relever que la proportion de personnel médical féminin était de 36.6% en 2004, et qu'elle a passé à 38.5% deux ans plus tard. Cet écart s'est plus significativement creusé en ce qui concerne les médecins assistants: en 2004, il y avait 45.2% de femmes et en 2006, elles sont 48.1%.

Le nombre d'heures supplémentaires effectuées par les chefs de cliniques est stationnaire. Par contre, celles payées pour les médecins assistants ont diminué de 20% environ.

En ce qui concerne l'HDC (voir Annexe 2), le personnel médical a augmenté de 13.3% EPT. On relève que, contrairement aux CHUV, cette augmentation se fait exclusivement au profit du nombre de médecins assistants (+ 25.8%), puisque le nombre de cadres et de chefs de clinique, en termes d'EPT, reste inchangé. 100% de ces nouveaux EPT concerne du personnel féminin. La proportion de personnel médical féminin était de 38.3% en 2004, elle a passé à 44.2% en 2006.

Dans cet hôpital, le nombre des heures supplémentaires rétribuées aux médecins assistants ont passé de 3575 en 2004 à 42 en 2006, diminuant ainsi de 98.8%. Les heures supplémentaires des chefs de clinique n'apparaissent pas dans les comptes et ne peuvent donc pas être identifiées.

### 6.2.1. La Convention des médecins assistants et chefs de clinique au sein des hôpitaux d'intérêt public

Le Prof. P. Hohlfeld ne mâche pas ses mots face à cette Convention: "*Il n'y a pas eu de parties en dehors du Conseil d'Etat et de l'ASMAV. Il n'y a pas eu l'avis du CHUV, des Chefs de Services. Rien du tout. C'est une démarche politique orchestrée (...) qui n'avait qu'un objectif, c'était : pas de vague ! Point final !*".

Emmanuel Masson résume les effets de cette Convention de la manière suivante: "*Ça a été – je dirais – à la fois un changement de culture, parce qu'il est clair que les professeurs chefs de Service n'étaient pas enchantés de voir des médecins assistants que eux ont été par le passé, ayant beaucoup travaillé, voir entre guillemets des privilégiés qui ont à la fois une augmentation de salaire et un horaire de 50 heures qui est garanti. Il y a eu un choc culturel là. Et puis après il y a eu un problème d'organisation que certains ont anticipé, et que d'autres n'ont pas vu venir.*"

Cette Convention n'était en effet pas sans poser d'énormes contraintes aux chefs de Services, impliquant une réorganisation majeure des services, et du cahier des charges de formation des médecins.

Au CHUV, une Commission tripartite a été rapidement mise sur pied dans le but de négocier des arrangements impératifs. En font partie MM. Bernard Decrauzat, Directeur général des Hospices-CHUV, Emmanuel Masson, Directeur des Ressources Humaines, des membres de la Direction médicale (Prof. De Grandi, Directeur) ainsi que des Directeurs de Départements et des représentants de l'ASMAV. C'est auprès de cette Commission que peuvent être déposées des demandes de dérogation à ladite Convention.

Comme l'explique le Dr Wilson: "*Les choses se sont faites en deux temps: il y a eu depuis le moment où la Convention a été signée jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2005, donc avant la LTr, où là finalement il y a eu toute une série de dérogations ont été convenues dans l'idée d'avoir un système de transition en vue d'être " LTr compatible " au 1<sup>er</sup> janvier 2005. Ces dérogations étaient finalement faciles à réaliser sur le plan légal, parce que la Convention lie l'ASMAV avec le Gouvernement, qui en l'occurrence est représenté par l'Administration du CHUV dans le*

---

<sup>70</sup> EPT = Equivalent Plein Temps

cadre de la tripartite. D'un commun accord, les parties pouvaient négocier des arrangements.

Par contre, toutes ces dérogations-là sont en fait des dérogations à la LTr. Donc officiellement, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2005, elles sont toutes caduques, et il n'existe aucune dérogation valable au CHUV actuellement. Il y a des pratiques illégales, mais officiellement il n'y a aucune dérogation valable. De plus, notamment en ce qui concerne la durée du travail, pour que ces dérogations soient accordées, elles doivent répondre à l'article 28 de la LTr<sup>71</sup>, qui permet effectivement de faire des dérogations dans certaines conditions, mais qui doivent être des dérogations minimales à la LTr, et qui doivent être avalisées par le Secrétariat à l'Economie, qui doit ensuite publier chacune de ces dérogations dans la Feuille des Avis Officiels."

Le Prof. Hohlfeld confirme: "Dans le canton de Vaud, on n'est pas soumis à la LTr, on est soumis à cette Convention, qui va largement au-delà de la LTr. Et...on peut discuter des heures, mais une loi fédérale, elle est là, elle existe, on peut l'aimer, pas l'aimer: elle est là, c'est fini. On ne peut pas changer ça! (...)" Et encore: "C'est quand même très frappant de voir la façon dont la LTr est appliquée dans le Canton de Vaud, qui une fois de plus est " bon élève ", veut faire mieux que la loi fédérale".

### 6.3. TEMPS DE TRAVAIL

En Suisse, en 2005, la majorité des médecins assistants et chefs de clinique travaillait 50 heures<sup>72</sup> :

Tableau 4: Réponses à l'affirmation "Le temps de travail convenu dans le contrat d'engagement (activité à 100% = 50 h/semaine) est appliqué" dans les sept disciplines comprenant le plus de médecins assistants.

	OUI	NON
Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (n = 216)	64.4%	35.6%
Chirurgie (n = 648)	67.7%	32.3%
Gynécologie-Obstétrique (n = 320)	82.2%	17.8%
Médecine interne (n = 1290)	71.6%	28.4%
Pédiatrie (n = 253)	77.5%	22.5%
Anesthésiologie (n = 249)	87.1%	12.9%
Psychiatrie et psychothérapie (n = 681)	90.0%	10.0%

La médiane était de 52 heures. Les moyennes hebdomadaires les plus élevées sont observées en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en chirurgie.

Les valeurs moyennes de temps de travail, entre 2003 et 2006<sup>73</sup>, des médecins assistants sont détaillées ci-dessous:

<sup>71</sup> "Dans les permis concernant la durée de travail, l'autorité peut, à titre exceptionnel, apporter de minimes dérogations aux prescriptions de la loi et de l'ordonnance, lorsque l'application de ces prescriptions entraînerait des difficultés extraordinaires et que la majorité des travailleurs intéressés ou leurs représentants dans l'entreprise consentent à ces dérogations".

<sup>72</sup> "Formation postgraduée et situation professionnelle vue par les médecins assistants". M. Siegriest, P. Orlow, M. Giger. Bulletin des médecins suisses, 2006;87: 10, p. 379-386.

<sup>73</sup> "Principaux résultats de l'enquête effectuée en 2006 auprès des médecins assistants". P. Orlow, M. Siegriest, M. Giger. Bulletin des médecins suisses, 2007;88: 14/15, p. 633-642.

Tableau 5: Valeurs moyennes concernant le temps de travail moyen hebdomadaire des médecins assistants pour les sept disciplines comptant le plus de médecins assistants, années 2003 – 2006.

	Année de recensement							
	2003		2004		2005		2006	
	N	Moyenne	N	Moyenne	N	Moyenne	N	Moyenne
Chirurgie orthopédique	186	61.2	184	57.7	221	56.7	197	56.5
Chirurgie	629	59.8	638	58.8	662	56.0	656	56.1
Gynécologie	302	57.8	291	56.9	309	53.6	289	55.3
Médecine interne	115	57.0	117	56.1	129	54.5	123	55.2
Pédiatrie	233	56.8	240	54.8	243	53.8	244	53.4
Anesthésiologie	239	54.4	241	53.8	246	52.1	256	52.1
Psychiatrie	503	52.7	494	51.8	495	51.1	502	51.3
Autres disciplines	132	55.7	130	54.7	145	53.1	144	53.5
Total	457	56.7	456	55.3	492	53.9	482	54.2

Depuis 2003, on constate donc une diminution du temps de travail des médecins assistants d'environ 2,5 heures par semaine. Le temps de travail moyen hebdomadaire se situe en 2006 à 54,2 heures. Cette diminution est clairement due à l'introduction de la LTr. Mais en 2006 encore, la prescription légale de la semaine des 50 heures n'a pu être respectée dans aucune des 7 disciplines. Après une diminution de 2003 à 2005, on note même en 2006 une légère augmentation du temps de travail hebdomadaire, sauf en anesthésiologie et en pédiatrie.

Examinons les réponses à l'item: "La loi des 50 heures est-elle respectée dans votre Service? " des différents responsables de Service interrogés:

Prof. Gérard Waeber, chef du Service de Médecine du CHUV:

" Je ne suis pas sûr qu'elle soit toujours respectée, mais pour des raisons purement techniques (...): je suis encore en sous-effectif pour être capable d'honorer le respect des 50 heures, puisqu'il ne peut pas être honoré pour la plupart d'entre eux et la plupart d'entre eux font plus que 50 heures."

Pour le Département de Gynécologie-Obstétrique, c'est Mme Sylvie Dubler qui répond:

" Par rapport à l'application de la Convention, il y a des détails qui ne nous permettent pas de bien appliquer la Convention. Notamment qu'elle soit fixée de manière hebdomadaire et pas mensuelle, et que dans la Convention il est mentionné qu'on doit en plus décompter sur la base d'un outil de saisie. Personnellement pour le CHUV, je pense que l'outil qui est utilisé aujourd'hui n'est pas adapté à cette application et complique beaucoup de choses. "

Le Dr Sébastien Dünner, pour le Service de Médecine de l'Hôpital du Chablais:

" Oui... en principe. La dotation en médecins assistants nous permet de respecter les 50 heures de travail de manière effective pour les médecins assistants qui travaillent aux urgences, aux SI et au SMUR. Les médecins assistants qui travaillent à l'étage font en principe 50 heures, mais parfois ils sont amenés à faire un petit peu plus durant la semaine. On tente de les compenser de manière à ce qu'on arrive à l'équilibre. Ces compensations sont faites sur un certain nombre de mois. Donc ce n'est pas compensé mois par mois, ou de manière stricte, mais donné au fur et à mesure de l'évolution des postes, du temps que l'on a durant l'année, et puis on essaie de leur redonner les heures en trop. Mais clairement, il y en a."

La Dresse Schnegg, pour le Service de Gynécologie-Obstétrique de l'HDC:

" Oui! Peut-être qu'ils font un petit peu plus... D'autant que dans les 50 heures, il y aussi des heures de sommeil : je veux bien qu'ils ne soient pas sensés travailler tout le temps, mais je pense tout de même qu'une toute petite souplesse, je pense que c'est quand même possible. D'autant que lorsqu'ils s'absentent pour un colloque, nous (ndlr: les médecins-chefs) n'avons jamais râlé s'ils doivent partir un après-midi."

Le tableau ci-dessous récapitule les réponses des participants à l'enquête de l'ASMAV 2006 à l'item: " *Quel est votre horaire hebdomadaire déclaré à l'administration depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005 (moyenne)?* ":

Tableau 6: Horaires hebdomadaires déclarés à l'administration des médecins assistants et chefs de clinique dans les Services étudiés

	< 50 h.		50 - 55 h.		56 - 60 h		> 60 h.		heures non déclarées		Total	
		%		%		%		%		%		%
<b>CHUV</b>												
DGO	3	37.5	1	12.5	0	0.0	1	12.5	3	37.5	8	100.0
Médecine	20	46.5	20	46.5	1	2.3	1	2.3	1	2.3	43	100.0
<b>HDC</b>												
SGO	2	50.0	2	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	100.0
Médecine	0	0.0	4	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	100.0

57.6% des médecins interrogés déclarent travailler 50 heures/semaine ou plus. Les raisons invoquées pour une telle activité sont résumées ci-dessous:

Tableau 7: Motifs invoqués pour le dépassement des 50 heures hebdomadaires (plusieurs choix possibles)

	CHUV		HDC	
	DGO (n = 8)	Médecine (n = 43)	SGO (n = 4)	Médecine (n = 4)
Effectif au complet, mais jugé insuffisant	-	10 (23.3%)	-	1 (25.0%)
Effectif chroniquement incomplet	1 (12.5%)	8 (18.6%)	-	1 (25.0%)
Trop de tâches administratives	6 (75.0%)	22 (51.2%)	1 (25.0%)	2 (50.0%)
Trop d'activité clinique	1 (12.5%)	1 ( 2.3%)	-	-
Nécessaire pour ma formation	2 (25.0%)	9 (20.9%)	2 (50.0%)	2 (50.0%)

Les horaires hebdomadaires *réels* sont encore plus chargés. Le pourcentage de médecins travaillant 50 heures/semaine ou plus atteint 82.4% :

Tableau 8: Horaires hebdomadaires réels des médecins assistants et chefs de clinique dans les Services étudiés

	< 50 h.		50 - 55 h.		56 - 60 h		> 60 h.		heures non déclarées		Total	
		%		%		%		%		%		%
<b>CHUV</b>												
DGO	2	25.0	1	12.5	3	37.5	2	25.0	0	0.0	8	100.0
Médecine	7	16.3	16	37.2	15	34.9	5	11.6	0	0.0	43	100.0
<b>HDC</b>												
SGO	0	0.0	1	25.0	2	50.0	1	25.0	0	0.0	4	100.0
Médecine	0	0.0	1	25.0	2	50.0	1	25.0	0	0.0	4	100.0

Les raisons données pour expliquer de telles différences sont résumées dans le tableau ci-dessous:

Tableau 9: Motifs invoqués pour une différence entre le temps de travail déclaré et le travail réellement effectué (plusieurs choix possibles)

	CHUV		HDC	
	DGO (n = 8)	Médecine (n = 43)	SGO (n = 4)	Médecine (n = 4)
<i>Pas de différence entre les deux</i>	4 (50.0%)	15 (34.9%)	3 (75.0%)	1 (25.0%)
Pressions de la hiérarchie	1 (12.5%)	14 (32.6%)	-	1 (25.0%)
Intérêt personnel, formation	3 (37.5%)	12 (27.9%)	1 (25.0%)	1 (25.0%)
Travail de recherche, publication	2 (25.0%)	1 ( 2.3%)	-	-
Sentiment d'être trop lent	-	13 (30.2%)	-	-

## 6.4. LES PIQUETS

Le problème des piquets, et notamment ceux dits "contraignants" n'est pas abordé dans ce travail. Ceci tient au fait qu'aucun des Services approchés ne les pratique. Tout au plus, un CDC expérimenté de la DGO est-il à disposition dans un délai de 30 minutes pour un jeune CDC. Sinon, les piquets ne sont plus demandés.

Selon le Prof. Hohlfeld, la raison en est simple: "*Impayable!...Impayable!!*"

## 6.5. HEURES SUPPLEMENTAIRES

### 6.5.1. Logiciel Polypoint | PEP™

Dans les deux établissements, le logiciel de gestion d'horaires mis à disposition est le logiciel Polypoint | PEP™. Il s'agit à la fois d'un système de planification, un système de saisie des heures et de décompte. Son application aux Médecins assistants et chefs de clinique figure, comme l'a mentionné Mme Sylvie Dubler, à l'Art. 2 de la Convention, lequel stipule en outre que "*...la hiérarchie n'intervient pas dans le relevé des heures, mais dans la validation de celui-ci*".



ensuite pour la saisie et puis que ça parte dans les délais à la DAP (Division Administrative du Personnel), ça prend trop de temps(...). Et ce n'est qu'en cas de gros écarts que des situations sont soumises au Prof. Hohlfeld.

Selon lui: "...une bonne partie des heures supplémentaires sont générées par des problèmes de calcul, simplement". Par Polypoint, donc. Et Mme Dubler d'expliquer: "Oui, car si c'est un horaire de 10 heures, il a travaillé un jour, on lui redonne un jour. Mais le système va décompter 8 h.18. Alors qu'on a redonné un jour pour un jour. Mais le système est basé sur  $41h.30 = 5 \times 8 h.18$  (...)."

## 6.5.2. Heures supplémentaires et efficience

Comme on l'a vu, la tendance va vers une déclaration de moins en moins fréquente de toutes les heures supplémentaires, ce qui peut surprendre. Un élément de réponse nous est apporté par le Prof. Gérard Waeber: " J'ai des feuilles de Polypoint où j'aurais sur 2 mois, 110 heures supplémentaires pour un individu et zéro pour l'autre. Et de manière catégorique, ceux qui auront 0 ou 5 heures supplémentaires, ce seront un assistant aîné, qui se débrouille et organise son travail, et les débutants vont avoir 100 heures... Alors le problème pour nous c'est: est-ce que le système de Polypoint et le système de 50 heures sont adéquats pour quelqu'un qui est en 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> année et qui n'a aucune idée, et qui va passer son temps depuis 8 heures jusqu'à 22 heures pour remplir ses papiers et autre. Alors, est-ce que le système doit payer ça, de quelqu'un qui est en apprentissage? Mon problème de fond – alors je le leur dis – j'y peux rien, mais ça me pose un problème dans la gestion, donc on finira par engager que des gens bons et formés, et on ne pourra plus prendre des jeunes qui vont demander 70 heures supplémentaires. Des gens probablement ont entendu ça et disent: " - Mais je ne peux pas les noter toutes, parce que si je les note toutes, je serai extrêmement mal évalué ". Ils ont des raisonnements entre eux, et moi je dis aussi aux assistants: " - Mais... si vous me dites que vous faites 100 heures supplémentaires... et que vous avez besoin de ça pour tourner... et ben je vous dis: je vous promets que je vous les honore, mais je dois vous avouer que pour moi vous n'êtes pas un assistant efficace (...). Et je persiste à dire que si vous êtes à effectif complet, je ne comprends pas pourquoi vous faites des heures supplémentaires. Si vous êtes en effectif non complet, les heures supplémentaires je comprends. Et puis si vous êtes très formés et que vous faites beaucoup d'heures supplémentaires, je pense que vous n'êtes pas efficaces. Donc vous n'êtes pas excellents"".

Le Prof. Hohlfeld pondère: "Quand il y a une grosse différence, c'est-à-dire que pour exactement la même fonction, il y a un médecin qui n'a jamais d'heures, et puis un qui a tout le temps des heures, c'est un bon témoin d'un défaut d'efficience. Cela dit, lorsque vous avez un poste dans lequel systématiquement les gens ont des heures supplémentaires, peut-être à taux variable, mais en ont, il faut quand même plutôt s'interroger sur la répartition des tâches. Ce n'est pas toujours possible de faire tellement autrement. Mais les heures supplémentaires ne sont pas toujours le témoin de quelqu'un qui travaille mal. (...). Dans la population des médecins assistants et chefs de clinique, il y en a qui ne notent jamais rien. Donc: ils ne notent rien, quelque part on peut estimer que c'est positif. Mais d'un autre côté, ça ne nous permet pas de quantifier et de dire " - Ben voilà. Nous, on a 1'000 heures supplémentaires tous les X mois, donc il nous faut tant d'assistants en plus".

"Mais le système est un brin pervers parce que (...) cela entraîne aussi des situations de conflits entre les médecins et les chefs de clinique, c'est-à-dire qu'il y a ceux qui notent toujours tout, à la minute près, et à qui formellement on doit rendre des heures, et puis il y a ceux qui ne regardent pas trop et à qui formellement on ne doit pas en rendre. Donc ils voient que le collègue qui note toujours tout a plus de vacances. Est-ce que c'est juste alors qu'il ne travaille pas vraiment plus ?

D'un autre côté il y a aussi le besoin pour l'individu de devoir faire face à un certain nombre d'obligations... Je ne sais pas, des rendez-vous à l'extérieur, un mariage ... Si vous ne notez jamais rien, et puis que vous demandez un jour de congé, on va vous dire: " - Vous allez le chercher où ce jour, vous n'y avez pas droit ! ". Tandis que si vous notez tout, vous avez aussi la possibilité d'obtenir un peu plus de liberté. "

La proposition que fait le Prof. Hohlfeld paraît intéressante: "Si j'étais seul à décider pour mon Département, je trouverais un autre système, où on donne aux gens des " bons de congé " utilisables de manière

*forfaitaire, et puis voilà ! Tout le monde à la même possibilité, la même liberté disons de faire face à ses désirs ou ses obligations, sans tenir compte du fait que je reste 1/4 d'heure de plus et j'ai pris la peine de noter mes 15 min. de dépassement."*

Mme Dubler rajoute: "*...ou le forfait d'une semaine supplémentaire de vacances à telle période*".

### 6.5.3. Moyenne hebdomadaire et compensation

La LTr exige que la durée maximale hebdomadaire du travail s'élève à 50 heures. L'exigence d'une compensation hebdomadaire a d'énormes conséquences, notamment sur le plan comptable.

Emmanuel Masson: "*... Les médecins y sont attachés, car s'ils font 51 heures une semaine et 49 heures la suivante, ils ont droit à une heure supplémentaire, alors qu'en faisant la moyenne, il n'y a pas d'heure supplémentaire*".

Même opinion de la part de Mme Sylvie Dubler: "*Vous ne pouvez pas dire que les gens peuvent faire jusqu'à 50 heures, et puis tout ce qui est au-dessus de 50 heures, c'est des heures supplémentaires ?! Parce que pour récupérer ces heures supplémentaires, il faut après être en-dessous de 41 h 30. Donc ça veut dire que ça recharge toute la planification pour tout le monde (...). Dans les faits, on a peut-être un horaire une semaine, on sait qu'il dépasse de 3h30 les 50 heures, mais les 3 semaines suivantes ce sont des horaires qui sont d'environ 42 heures. C'est pour ça que je parle d'une pénalisation avec l'application de manière hebdomadaire*".

Pour Emmanuel Masson: "*Le but, c'est d'avoir des planifications plus intelligentes, plus sereines et non pas purement arithmétiques pour être dans les 50 heures*".

Le Prof. Waeber abonde: "*Si au moins elle est mensuelle et non pas hebdomadaire, ça nous aiderait déjà énormément*".

Car dans aucun des services interrogés, la compensation ne se fait de manière hebdomadaire. Cette contrainte est en effet totalement irréalisable dans la pratique, pour des raisons techniques. Elle nécessiterait dans une majorité de Services la création de nombreux postes supplémentaires.

Tous les chefs de Service interrogés aimeraient changer cette clause de calcul hebdomadaire: "*Définitivement! la première chose c'est une remise en question de cette Convention, dans le terme justement de ce calcul hebdomadaire. C'est absurde ! C'est absurde ! Et ça ne correspond pas à la LTr... Elle ne prescrit pas ça, donc je ne comprends pas que l'on fasse ça*" (Prof. Hohlfeld).

Tous souhaiteraient voir cette compensation étalée sur un mois, point sur lequel l'ASMAV, par l'intermédiaire de son Président le Dr Wilson, refuse catégoriquement d'entrer en matière: "*On nous dirait alors qu'il faut le faire sur l'année. Et puis pourquoi ne pas avoir de compensation, finalement... C'est toujours un petit peu la même chose, c'est pour ça que nous ne rentrons plus en discussion sur des pratiques illégales au sein de la tripartite, parce que si on dit : " - Ah oui, c'est peut-être pas si mal si on faisait sur 2 semaines ", on est sûr que la semaine d'après il y a trois Services qui le font sur le mois. C'est comme ça que ça fonctionne ! C'est simplement une réalité*".

A titre de comparaison, certains aspects de l'aménagement du temps de travail en vigueur dans l'Union européenne (durée maximale hebdomadaire de travail, repos hebdomadaire, périodes de référence et leurs dérogations) sont résumés dans l'annexe 9.3.

Aux USA, les horaires hebdomadaires sont bien supérieurs, proches des 80 heures, mais des améliorations de leurs conditions de travail sont également en cours.



#### 6.5.4. Compensation en temps ou en argent

Dans le Service du Prof. Waeber, la compensation est plutôt d'ordre financière: *"Je pense que pour les 6 derniers mois, j'ai l'équivalent de 25'000.- francs d'heures supplémentaires à payer. 25'000.-francs !!! Ce qui traduit le fait que les gens sont soit en sous-effectif et qu'on n'arrive pas à compenser ces excès de 50 heures... Donc, il y a un très gros problème de gestion de ça. (...) Je dois les compenser sous forme financière ou sous forme de temps. Et malheureusement sous forme de temps je n'arrive pas !"*

Dans le Service de Médecine de l'HDC, les compensations se font avant tout sous forme de temps. Le Dr Dünner nous explique: *"Exceptionnellement, quand de manière très claire le médecin assistant est amené à travailler tout seul, dans le service, c'est-à-dire qu'il doit s'occuper de 20 patients, ce qui est une charge de travail importante, on accorde des compensations en argent pour ça. Mais ça se fait de cas en cas, et puis c'est négocié. Donc les médecins assistants viennent nous voir, on regarde ce qui est fait effectivement et puis, quand d'une manière claire, il y avait une surcharge, en accord avec la Direction, on fait une demande de payer les heures supplémentaires."*

Dans le DGO, la compensation se fait essentiellement en temps, comme le confirme Sylvie Dubler: *"Par contre, si au moment d'un départ on n'a pas pu le rendre, à ce moment-là, il y a un décompte qui est fait et l'information est donnée à la Division Administrative du Personnel"*.

A l'HDC, dans le Service de Gynécologie, il y a selon la Dresse Schnegg très peu d'heures supplémentaires, car la cheffe de clinique éponge pas mal de cas. *"De ce fait, nous avons négocié avec la Direction que la cheffe de clinique reçoit, en plus de son salaire une somme fixe par mois pour tout ce qu'elle va faire de supplément."*

A la question: *"Les heures supplémentaires sont-elles compensées?"*, les médecins interrogés répondent de la manière suivante:

Tableau 10: Compensation des heures supplémentaires selon les médecins interrogés (plusieurs choix possibles)

	CHUV		HDC	
	DGO (n = 8)	Médecine (n = 43)	SGO (n = 4)	Médecine (n = 4)
Oui, en temps	4 (50.0%)	15 (34.9%)	2 (50.0%)	-
Oui, en temps mais partiellement seulement	1 (12.5%)	13 (30.2%)	-	-
Oui, en argent	1 (12.5%)	4 (9.3%)	1 (25.0%)	-
Autre arrangement (forfait en argent, semaines de congés)	-	-	-	-
Non	2 (25.0%)	11 (25,6%)	1 (25.0%)	4 (100.0%)

On peut s'étonner que plus de 30% des médecins interrogés affirment que leurs heures supplémentaires ne sont pas compensées.

#### 6.5.5. LTr, aménagement des horaires et qualité de vie

*"La Convention, telle qu'elle est, menace la qualité de vie et dans ce sens, si on devait l'appliquer les yeux fermés, les gens auraient beaucoup moins de week-ends complets où ils peuvent partir faire autre chose, donc... Pour y gagner en qualité de vie ils sont prêts à courber certains aspects. C'est d'ailleurs la preuve que cette Convention est totalement inapplicable puisqu'on n'arrête pas de demander des exceptions à la Commission tripartite qui se penche*

sur telle ou telle ou telle particularité. C'est donc qu'elle est stupide. S'il y a tellement d'exceptions, c'est qu'elle n'est pas applicable."

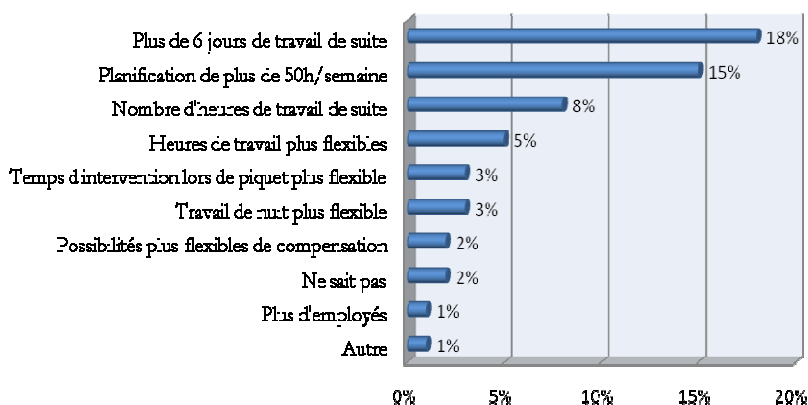
Ces paroles du Prof. Hohlfeld trouvent leur sens lorsqu'on apprend que certains assistants du Service de Gynécologie-Obstétrique de l'HDC, sur leur propre impulsion, s'étaient organisés pour commencer leur travail un samedi matin à 8 heures, et finissaient entre 9 et 10 heures le lundi matin. "Jusqu'au lundi d'après, l'assistant n'était plus là, il récupérait, puisqu'il avait déjà fait son pensum (...). Ils étaient d'accord de faire comme ça parce que ça les arrangeait beaucoup. Mais j'ai dit que ça n'allait pas" (Dresse Schnegg).

D'ailleurs, dans le Service de Médecine de l'HDC, si les horaires sont bien respectés dans les étages (5 jours de suite à 10 heures par jour, congé le week-end), l'assistant des Soins Intensifs travaille à un rythme différent, comme nous l'explique le Dr Dünner: "Il travaille 7 jours de suite, à raison de 12 heures par jour. Cela nous permet d'avoir une continuité des soins, et les assistants sont satisfaits puisqu'ils ont 6 jours de congé après une semaine telle que celle-là. C'est un modèle qu'ils ont accepté. "

Pour le Dr Wilson, les assistants qui acceptent ce genre de modèles sont une minorité: "Il y a rarement plus de 10% des gens qui sont d'accord de faire plus qu'un élément ou un autre, par exemple travailler 7 jours de suite".

Ses propos trouvent échos dans le sondage<sup>74</sup> du Dr O. Matzinger, Vice-président de l'ASMAC, qui a mandaté un institut de sondage indépendant (GSK). Un échantillon représentatif de 300 membres de l'ASMAC a été sélectionné, stratifié selon l'origine et le type de formation. Les membres consultés étaient des médecins assistants (71%), des chefs de clinique (27%), et des médecins hospitaliers (2%). Ce sondage a démontré que 75% des médecins en formation sont globalement satisfaits de leurs conditions de travail et de formation. Mais 43% des interrogés répondent cependant qu'ils souhaitent des assouplissements. Et lorsqu'on leur demande de quel ordre, on constate que l'article le plus souvent cité concerne le nombre de jours de travail consécutifs autorisés:

Figure 1: Si vous avez dit que vous désirez des assouplissements de la LTr, sur quel point? ? (plusieurs réponses possibles) (Sondage ASMAC)



Dans notre collectif, les médecins souhaitant des dérogations à la Convention et à la LTr se répartissent de la manière suivante:

<sup>74</sup> "Conditions de travail réglementées pour les médecins suisses en formation: une année d'expérience". O. Matzinger. Rev Med Suisse 2006; 2: 2365-8

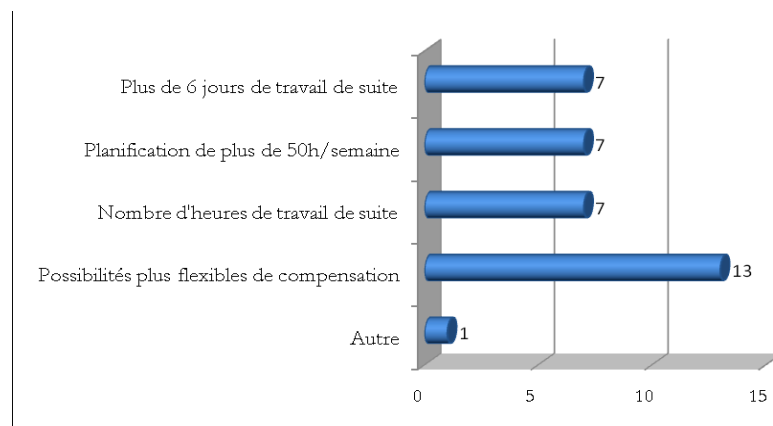
Tableau 11: Souhaitez-vous des dérogations à la Convention et à la LTr?

	CHUV		HDC	
	DGO (n = 8)	Médecine (n = 43)	SGO (n = 4)	Médecine (n = 4)
Oui	6 (75.0%)	6 (13.9%)	2 (50.0%)	3 (75.0%)
Non	2 (25.0%)	37 (86.0%)	2 (50.0%)	1 (25.0%)

Près de 30% des médecins désirent des dérogations à la Convention. On peut remarquer que  $\frac{3}{4}$  des médecins assistants de la DGO sont en faveur de dérogations, alors qu'au DMI, 6/7 y sont opposés.

Les dérogations souhaitées par les partisans concernent les domaines suivants:

Figure 2: Si vous avez dit que vous désirez des assouplissements de la LTr, sur quel point? (plusieurs réponses possibles)



Le détail des dérogations souhaitées, par Service, permet de constater que les plus étendues proviennent du DGO et du Service de médecine de l'HDC

Tableau 12: Dérogations souhaitées, selon le Service (plusieurs choix possibles)

	CHUV		HDC	
	DGO (n = 8)	Médecine (n = 43)	SGO (n = 4)	Médecine (n = 4)
Plus de 6 jours de travail de suite	2	3	-	2
Planification de plus de 50 h/semaine	5	-	-	2
Nombre d'heures de travail de suite	2	2	1	2
Possibilités plus flexibles de compensation	4	6	-	3
Autre	1	-	-	-

Le tableau ci-dessous résume l'opinion des médecins interrogés sur l'amélioration des conditions de travail depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle Convention vaudoise et l'application de la LTr. On constate que 81.4% des médecins pensent que la Convention a amélioré leur condition de travail:

Tableau 13: Réponse à la question: opinion des médecins interrogés sur l'amélioration potentielle des conditions de travail depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle Convention et l'application de la LTr aux Médecins assistants et chefs de clinique et CDCs.

	CHUV		HDC	
	DGO (n = 8)	Médecine (n = 43)	SGO (n = 4)	Médecine (n = 4)
Oui, tout à fait	3 (37.5%)	20 (46.5%)	2 (50.0%)	1 (25.0%)
Plutôt oui	2 (25.0%)	18 (41.9%)	2 (50.0%)	-
Conditions moins bonnes	1 (12.5%)	1 ( 2.3%)	-	-
Pas lié à la Convention	1 (12.5%)	-	-	-
Pas connu situation antérieure	1 (12.5%)	4 ( 9.3%)	-	3 (75.0%)

Par ailleurs, un item leur demandait si, de manière générale, les médecins étaient satisfaits de leurs conditions de travail:

Tableau 14: Réponse à la question: satisfaction des conditions de travail, par Service

	CHUV		HDC	
	DGO (n = 8)	Médecine (n = 43)	SGO (n = 4)	Médecine (n = 4)
Oui, tout à fait	1 (12.5%)	11 (46.5%)	2 (50.0%)	-
Plutôt oui	6 (75.0%)	27 (41.9%)	1 (25.0%)	4 (100.0%)
Plutôt non	1 (12.5%)	4 ( 9.3%)	1 (25.0%)	-
Pas du tout	-	1 ( 2.3%)	-	-

88.1% des médecins interrogés sont globalement très satisfaits de leurs conditions de travail, ce qui est très supérieur au résultat du sondage de l'ASMAC (75%).

## 6.6. FORMATION

### 6.6.1. Temps consacré à la formation postgraduée

La Convention réclame le respect de 3 heures de formation théorique par semaine, et de 3 jours de formation annuels. Ce point est-il respecté dans les Services retenus?

Le Dr Dünner nous décrit la situation dans le Service de Médecine de l'HDC: " *En fait, les assistants sont vite mis au front. Chaque 6 mois, au début de l'arrivée des nouveaux médecins assistants, un certain*

nombre de problèmes-clés, de prises en charge aux Urgences : douleurs thoraciques, dyspnée, crise d'asthme, réaction allergique, insuffisance rénale aiguë, état confusionnel, démence, etc... sont traitées de manière très pratique, pour leur fournir les bases pour pouvoir fonctionner... Sinon on a un système de colloques extrêmement dynamiques où l'on fait des colloques de lectures d'articles " Journal Club " tous les mardis et mercredis, le colloque hebdomadaire du jeudi avec des orateurs, et le vendredi des présentations de cas.(...) Les articles sont revus de manière critique, de manière intéressante, qui permettent d'assurer la formation continue de tout le monde, et puis d'apprendre aux jeunes à lire des articles de manière critique (...) Et UpToDate™ est accessible sur tous les ordinateurs de l'Hôpital.

(...) Au total, ça fait 4 heures par semaine. En plus, les assistants prennent en général 3 – 5 jours par année de formation. Un grand nombre, qui restent une année ou deux ans, font le cours ACLS (Advanced Cardiac Life Support) qui est payé par l'Hôpital, qui est obligatoire pour une partie des gens qui font la Médecine Interne et l'Anesthésie. Ils vont volontiers à des formations type Montana ou SSMI (Société Suisse de Médecine Interne), pour les médecins assistants en formation de Médecine Interne. Ils partent 3 jours à la SSMI pour avoir le nombre de jours de congrès nécessaires pour leur FMH".

Le Prof. Waeber est catégorique lui aussi: "Plus que respecté ! C'est l'objectif principal! C'est la meilleure chose que je puisse leur offrir pour eux. (...) Donc l'objectif du Service, c'est ça. Puis alors ils sont arrosés de formations, et plus qu'ils ne devraient recevoir".

Par contre, dans les Services de Gynécologie-Obstétrique, le ton est plus nuancé. Dans le DGO, le Prof. Hohlfeld concède: " La formation structurée ? 3 jours par année, sûrement plus que ça, mais 3h/semaine de formation structurée, je ne crois pas qu'on y arrive... (...) Dans le DGO, il y a 1 heure /semaine d'enseignement structuré tous azimuts, et puis en plus dans chaque secteur, il y a des enseignements comme la cardiocardiographie en obstétrique, en gynéco je ne sais pas très bien ce qu'ils font, mais dans chaque secteur il y a quelque chose. Mais je ne suis pas sûr que l'on puisse affirmer que l'on donne 3 h/semaine à tout le monde tout le temps.

Même discours de la Dresse Schnegg à l'HDC: "Nous organisons toutes les semaines le lundi un colloque de formation d'environ une heure. Et puis nous envoyons systématiquement nos médecins assistants aux cours-bloc à Lausanne, Bâle et Zürich. (...) Nous sommes en train de nous mettre avec l'Hôpital de la Riviera pour organiser des colloques. Je crois qu'ils ont à peu près leur compte."

Ces propos se retrouvent dans les déclarations des médecins interrogés:

Tableau 15: Nombre d'heures de formation théorique dispensée par semaine, par Service

	CHUV		HDC	
	DGO (n = 8)	Médecine (n = 43)	SGO (n = 4)	Médecine (n = 4)
Nombre d'heures de formation théorique par semaine	2	3.8	1	2.5

Au printemps 2006, les responsables de 1370 établissements de formation reconnus<sup>75</sup> ont été invités à répondre à un questionnaire concernant notamment le temps consacré à la formation postgraduée par les intéressés et les effets de la LTr sur la formation postgraduée et sur la prise en charge des patients.

Il ressort de ce questionnaire que du côté des responsables interrogés, 50% déclarent consacrer

<sup>75</sup> "Effets de la loi sur le travail sur la formation postgraduée des médecins et temps consacré à cette dernière: enquête auprès des responsables d'établissements de formation". M. Siegrist, P. Orlow, M. Giger. Bulletin des médecins suisses, 2006;87: 26, p. 1204-1207.

plus de 24 heures par mois à la formation postgraduée des médecins. Un même pourcentage des responsables d'établissements des sept disciplines comptant le plus de médecins assistants lui dédie entre 5 et 8 heures par semaine.

## 6.6.2. Les effets de la LTr sur la formation postgraduée

Alors que plus de 50% des responsables sont d'avis que la réduction du temps de travail se répercute négativement sur la formation postgraduée, une majorité des médecins assistants pensent que ce n'est pas le cas.

Faut-il de ce fait envisager un rallongement de la durée de formation pour l'obtention du titre FMH? Les avis sont partagés.

Pour le Prof. Waeber: " *Moi je suis très en faveur de cela. Moi je serais très en faveur de faire une prolongation à cause de ça. Les gastro-entérologues l'avaient lancé, de même certaines spécialités. Il y a un double tranchant à ça, car il y a une telle pression pour avoir des gens qui s'installent et puis qui partent. En faisant ça, on bloquerait encore plus les postes qui se libèrent. Ça ne serait pas une bonne chose.*

*Mais dans le fond, pour moi, dans mon type de médecine interne, notamment hospitalière et autre, je défends ça. C'est un aspect un tout petit peu entre guillemets élitiste qui peut être irritant, mais j'aurais le choix, je prolongerais le FMH de Médecine Interne. Pourquoi ? Pour moi le gars qui est là, puis qui travaille, qui doit gérer les "agras", les infarctus et autres, et faire de la complexité comme vous faites de la médecine générale en milieu hospitalier, pour moi, c'est encore plus complexe que l'hyper spécialiste en réalité. C'est difficile ! Or, la tendance actuelle est plutôt de dire : " - Mais ce petit généraliste, ou ce petit interniste-généraliste, c'est un truc dont on n'a pas besoin dans l'hôpital", et on le met à côté. Je pense que c'est exactement l'inverse : l'interniste-généraliste doit peupler l'hôpital partout. En matière de complexité, je serais tout à fait d'accord de dire que leur formation est supérieure à celui d'à côté. Si j'avais le choix, je ferais ça ! Si je dis ça, ça veut dire que de manière intrinsèque, les formations sont même plus longues en réalité."*

Pour le Dr Dünner: " *Non! Je pense que si les médecins assistants et chefs de clinique se forment, sont intéressés, je pense que sur la durée il n'y a pas de raison de rajouter 1 année. Les gens qui sont biens sont formés en 2-3 ans, d'une manière convenable, et puis les gens qui sont moins bons ont besoin de toute façon de plus de temps... On n'y arrive jamais... Je pense que c'est très individuel. On ne peut pas dire une généralité comme ça."*

Pour le Prof. Hohlfeld: " *Bon... Il se trouve que par ailleurs je suis responsable de ça au plan national, donc je peux déjà vous dire que même avant, c'était déjà une hypocrisie ! Personne! Personne ne finissait sa formation dans les années prescrites selon le règlement. Personne ! Donc encore moins aujourd'hui, évidemment... Mais c'est pas lié à ça : ce n'était déjà pas correct avant.... Donc respecter ça, il y a une immense hypocrisie en Suisse sur la durée de la formation. Ce n'est pas politiquement acceptable de dire que l'on va la rallonger, donc on ne la rallonge pas. Respectivement nous on va la baisser, d'ailleurs on va baisser d'une année la durée de la formation, mais en baissant aussi suffisamment les exigences pour que cela devienne possible. Et ça c'est le domaine particulier de la Gynécologie-Obstétrique."*

M. Emmanuel Masson partage cet avis: " *C'est ce que disent les Chefs de Service... Mais c'est compliqué parce que si je dois faire 100 opérations pour obtenir mon FMH, que je travaille 50 heures alors qu'avant j'en travaillais 80, inmanquablement je ne vois pas comment ça va pas s'allonger. Et plusieurs étaient sur des rythmes de 4 ans et passent à 5 (...) Mais d'un autre côté, les exigences de ces 100 opérations sont fixées par les sociétés de spécialistes. Est-ce que c'est vraiment 100 opérations? Est-ce que ce ne sont pas 120 ou 80 qu'il faudrait? Peut-être que ça va très bien à 80, et que si c'est 80 et qu'on organise correctement le travail, ça peut être fait toujours sur la même durée. Certains n'ont pas augmenté les durées, d'autres les ont augmentées. Il y a certaines disciplines où c'était certainement possible de maintenir la durée. Je peux comprendre que dans d'autres, ce ne soit pas possible de maintenir la durée. (...) Mais il faut aussi voir le nombre de patients que l'on recrute, parce qu'il est clair que si j'ai 100 patients par année et que j'avais 4 médecins avant : chacun pouvait faire 25 opérations. Si maintenant j'ai 5 médecins, chacun va en faire 20. Donc ils en feront moins parce que je n'ai pas pu augmenter mon nombre de*

*patients, les lits étant bloqués, les durées moyennes de séjour ne pouvant plus beaucoup diminuer, il est possible que cette répartition-là fasse que cela ait diminué, mais chaque Service représente une situation particulière : il y a des activités qui augmentent, il y a des activités qui diminuent. Il y a des normes de médecins qui augmentent, il y en a d'autres.... La pyramide est restée la même, elle est simplement devenue plus grosse, mais elle est restée la même."*

## 6.7. RECRUTEMENT DES MEDECINS ASSISTANTS ET CHEFS DE CLINIQUE

En 2003 déjà, Pascal Rubin, alors membre de la Direction Générale des Hospices-CHUV, avait relevé que le passage à l'horaire des 50 heures allait conduire à une augmentation des difficultés de recrutement, déjà présentes alors, mais uniquement dans le domaine de la psychiatrie. Il écrivait dans un rapport<sup>76</sup> que, si le CHUV avait été relativement favorisé par son positionnement universitaire, les établissements de la FHV avaient dû procéder à de nombreux engagements de médecins étrangers, non seulement de l'Union européenne d'alors mais également de médecins des ex-pays de l'Est ou d'Afrique, "*ne parlant pas ou peu le français avec une incertitude quant au niveau de la qualité de leur formation*".

Le sujet de la pénurie des médecins en Suisse a fait l'objet d'un article<sup>77</sup> du Prof. Alain Pécoud, responsable de Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne. Il y explique que dans les années 1980-1990, les autorités politiques et universitaires ont déployé beaucoup d'énergie pour dissuader les gymnasiens d'entreprendre des études de médecine, par crainte d'une pléthore. Entre 1940 et 2000 effectivement, le nombre de médecins avait passé de 4700 à 27000.

Les cinq universités suisses délivrent ensemble 750 à 800 diplômes chaque année. Ce chiffre n'a pratiquement pas changé depuis une vingtaine d'année. En 2006, elles n'en ont formé que 600 environ<sup>78</sup> (- 27%), non seulement en raison des capacités d'accueil qui n'ont pas changé, mais surtout d'un numerus clausus appliqué à l'entrée des Universités de Bâle, Berne, Fribourg et Zürich.

La création de multiples spécialités et sous-spécialités, ainsi que de la réduction du temps de travail des assistants suite à la LTr ont engendré la création de nombreux postes de travail. On estime à 1440 le nombre de postes de médecins qui doivent être remplacés chaque année dans le système hospitalier suisse.

En 2000, 79% des 8499 places de médecins assistants étaient occupées par des médecins diplômés en Suisse. En 2006, seuls 64% des 8703 postes sont attribués à des diplômés suisses.

Depuis l'entrée en vigueur des bilatérales, il y a quatre ans, l'Office Fédéral de la Santé Publique a accordé 5110 reconnaissances de diplômes.

La féminisation de la profession est un autre élément qui joue également un rôle dans cette pénurie. Comme l'explique M. Emmanuel Masson: "*Pour avoir un médecin de 25 à 65 ans à temps plein, grosso modo il me fallait 1 – 1.1 homme parce que on pouvait penser qu'il faisait ça, et puis il me faudra 1.5, 1.7... peut-être 2 femmes pour être sûr d'avoir un 100% sur 40 ans....Et peut-être même plus!*". Le prof. Waeber le constate aussi: "*Ce n'est pas un problème, mais il faut juste le vivre : j'ai plus de 50% de femmes. Dans les 50%, dans les assistantes, 10% sont à temps partiel, dans mes chefs de clinique, j'ai 50% de femmes ou plus et 40% de temps partiel. Mais de ce pool-là, alors le nombre de grossesses, là vous faites un joker ! Il y en a beaucoup ! Alors tant mieux pour l'AVS future, mais dans mon fonctionnement, ça n'aide pas. 50 heures + les grossesses, alors vous pouvez..... Et chaque jeune fille qui prend RV avec ma secrétaire ici, je sais d'avance ce*

---

<sup>76</sup> "Bilan préliminaire de l'application de la Convention fixant les conditions de travail et de formation des médecins assistants". Pascal Rubin, Direction générale, Hospices-CHUV, 30.06.2004

<sup>77</sup> "De la pléthore à la pénurie des médecins: tentative de comprendre...". Alain Pécoud, Rev Med Suisse 2006; 2: 2720-2.

<sup>78</sup> "Médecins, infirmières: les étrangers soignent la Suisse". Yves Steiner, l'Hebdo 2007; 16: 19avril 2007

*qu'elle va me dire derrière la porte, et je la félicite avant qu'elle ne m'annonce la bonne nouvelle (rires). Mais qui pose des tas de problèmes de gestion avec les 50 heures ! Ça n'aide pas !"*

Mentionnons qu'en Gynécologie-Obstétrique, le Département du CHUV compte 68% de femmes parmi les médecins, et... 100% à l'HDC.

Les chefs de Service rencontrés font-ils état de difficulté de recrutement?

Prof. Gérard Waeber: " *On a la chance d'être universitaire, donc on rallie encore pas mal de gens qui viennent.... J'ai des conditions d'engagement qui sont pleines. Mais je dirais qu'il y a 10 ans, les conditions d'engagement étaient assez claires pour probablement 2 ans à l'avance. Aujourd'hui je suis à 1 année à l'avance. Je n'ai aucun problème, mais le délai est raccourci. Parce que le nombre de gens qu'on doit engager devient tellement important, il y a un tournus tellement important, je vous ai dit 40 assistants par année, c'est énorme, qu'on doit engager. Donc là-dedans il y en aura une partie qui sont français, il y a de plus en plus d'Allemands qu'on engage. Les Allemands sont très friands de venir, et maintenant ce qu'on commence à voir, et cela fait plutôt plaisir d'avoir des étrangers, je trouve plutôt bien, il y a des Belges qui viennent. Beaucoup de ces endroits sont des endroits où ils ont perdu la formation de médecine interne. En Allemagne c'est la catastrophe : pour une part ils ne sont pas payés la première année, et il n'y a plus de formation de médecine interne. Les Belges me disent la même chose. Pour la formation de médecine interne, les Français - je vais être franc - je pense qu'ils viennent plus pour des aspects financiers, mais... Puis on a beaucoup de demandes extérieures que l'on n'honore pas hors Communauté Européenne, bien que chaque année j'en aie à peu près deux que j'engage d'Amérique du Sud. Il y a des gens très bien, ils sont extrêmement bien formés quand ils viennent chez nous, dans l'idée qu'ils retournent, mais dans les faits ils ne retournent jamais..."*

Le discours est assez semblable dans le DGO: " *Non, on ne peut pas dire ça, non ! On n'a pas de peine. Enfin il y a un peu plus d'événements auxquels on est confronté, mais je ne suis pas sûr que ça a une relation directe avec ça. (...) On n'a jamais eu de peine à recruter. On a beaucoup de candidats, et on doit plutôt refuser du monde. Et en ce qui concerne les médecins étrangers, chez nous, quand je fais le compte, sur 21 assistants, nous avons 2 extra-européens, et en moyenne 3 - 4 européens. Donc la majorité reste des suisses ou des gens détenteurs du diplôme suisse. Nous avons eu occasionnellement des gens qui venaient de l'étranger dans le but de se former, donc ils ne venaient chez nous que pour ça, et ils sont repartis, mais c'est plutôt l'exception."*

Le Prof. Hohlfeld fait allusion à une autre clause de la Convention: les contrats de travail sont désormais de durée indéterminée, alors qu'auparavant ils étaient de durée déterminée. Mme Dubler explique: " *Pendant la première année vous avez un mois de délai de congé, donc évidemment un médecin va se sentir libre après 4 - 5 mois, de changer d'avis et de donner son congé à la fin du 5<sup>e</sup> mois pour la fin du 6<sup>e</sup>, tandis que quand vous êtes sous contrat de durée déterminée, quand c'est prévu pour un an, vous ne pouvez pas, à moins d'un juste motif, mettre un terme à votre contrat. (...) Par contre, souvent, si on souhaite se séparer d'un médecin, le plan de formation va alors dire : " - Il était prévu pour une année, donc il faut aller jusqu'au bout de l'année ". Il y a parfois des appréciations de la Convention qui sont faites dans un sens ou dans un autre, mais pas toujours dans le sens que l'on souhaiterait."*

Dans le Service de Gynécologie-Obstétrique de l'HDC, même si la Dresse Schnegg annonce qu'elle n'a pas réellement de difficulté de recrutement, elle reconnaît qu'elle doit souvent engager des médecins étrangers. Et en énumérant les nationalités des titulaires (libanaise, bielo-russe, algérienne, roumaine, allemande, et du Kosovo), elle réalise: " *En fait, il n'y a pas de Suisse !"*

En ce qui concerne le Service de Médecine de l'HDC: " *On a eu une période lors du passage aux 50 heures dans le Canton de Vaud...le système s'est un peu asséché. Actuellement en fait, on a peu de grosses difficultés. On a des postes qui sont plus ou moins pourvus pour 2 - 3 ans. Avec quelques trous, mais on trouve sans trop de difficultés. En Commission d'engagement, on a facilement 15 personnes qui se présentent. Sur ces 15 personnes en général il y a 4 ou 5 personnes disons bien formées, dont la candidature nous intéresse. Il y a un tiers ou la moitié qui viennent d'autres pays de l'Union européenne. Et puis là, on a actuellement deux médecins assistants qui n'ont pas de diplôme suisse : une allemande, un nord-africain... mais qui sont des gens qui sont là depuis des années, et qui ont été formés dans le système suisse, et qui vont finir leur formation là."*

Et lorsque je lui demande s'il y a quelques fois des problèmes de langue, le Dr Dünner répond:



"Actuellement, non..."

## 6.8. QUALITE DU SUIVI DES PATIENTS

La LTr a souvent été incriminée pour engendrer une baisse de la qualité du suivi des patients, notamment en raison de la multiplication des remises.

Prof. Hohlfeld: *"Il y a toujours eu des transmissions, ça c'est pas le problème... mais en multipliant les transmissions, puisqu'on réduit les horaires, on multiplie les sources d'erreurs, on diminue la qualité du suivi. Et on s'aperçoit de plus en plus que la balle des transmissions est dans le camp des médecins-cadres plus que dans celui des médecins assistants. Et là il y a peut-être un lien assez direct, c'est que quand on a un travail très partagé avec des créneaux horaires, ça incite plus à réaliser ce qu'on doit réaliser pendant le créneau horaire. Et quand le créneau horaire s'arrête, voilà, c'est plus notre problème!"*

*Donc j'ai l'impression que... indirectement ça diminue la... je ne veux pas utiliser un trop grand mot, mais ça diminue un peu la conscience professionnelle, la responsabilité personnelle par rapport à l'évolution d'un malade, son bien-être, l'information à laquelle il a droit. On remplit son rôle de telle heure à telle heure, puis après. C'est pas fini, c'est pas grave, c'est quelqu'un d'autre qui viendra.*

*(...) Il y a toujours eu des médecins qui ont eu cette tendance à tirer jusqu'au moment où ils pouvaient refiler le bébé au suivant, mais disons que là je pense que cela s'accroît. Et, évidemment, plus on a de transmissions, plus elles sont fréquentes, plus le risque d'erreurs est grand, plus le risque d'oubli est grand, et... je pense que ceci constitue un vrai problème, et nous, nous essayons d'appliquer la Convention correctement, mais en diminuant au maximum ces transmissions. Et c'est là qu'on est complètement pénalisé par cette débile de Convention, qui nous oblige à faire des décomptes hebdomadaires et qui nous pénalise totalement... et qui pénalise aussi je trouve les médecins assistants..."*

D'autres ont relevé des retards dans les prises de décisions, la réalisation d'examen à double. A la question de savoir si ces paramètres avaient été étudiés, le Prof. Waeber répond, non sans fierté: *"Nous, on l'a fait ! Nous l'avons chiffré d'une certaine manière (...) Ce que j'ai instauré chez moi, c'est une zone qu'on appelle pilote, que j'appelle UNAU (ou UNité AUtonome. Donc, une unité entière chez moi, j'ai dit.. je la sors du système habituel des 50 heures. Terminé. Cette unité fait normalement 24 lits qui, chez moi, est normalement dirigée par 3 assistants, un chef de clinique et un cadre. Normalement c'est ça. J'ai professionnalisé la chose : j'ai mis 1 chef de clinique et 1 assistant aîné, tous deux avec un FMH, parfaitement autonomes. Je viens comme superviseur pour voir les problèmes qu'ils peuvent avoir. Ce que je leur ai donné, c'est une assistante médicale, ce qu'ils n'ont pas ailleurs, pour gérer ce que vous avez en cabinet. Ils gèrent cette unité de 24 lits. On a fait ça maintenant pendant une année, et je la poursuis maintenant. Et bien on a des chiffres : on a isolé ces chiffres par rapport au reste des autres unités comparables. Et là c'est spectaculaire ! Il y a 20 à 30% de moins de laboratoire. Ça veut dire qu'il y a une continuité. Des gens qui ne sont pas dans le respect des 50 heures. Ce sont les mêmes toute l'année et qui sont formés. 20 - 30% de laboratoire, 20 - 30% de moins d'examen radiologiques, DMS plus courte, satisfaction des patients meilleure, satisfaction de l'équipe infirmière meilleure. Tout est parfait. Financièrement c'est nettement mieux, ça coûte des centaines de milliers de francs de moins parce qu'il y a moins de gens à l'endroit.*

*La seule chose, c'est qu'il n'y a pas de formation. On n'enseigne pas à cet endroit-là. On n'y forme pas des assistants et autres (...) Si on voulait être cruel, je transforme ce CHUV que comme ça, et ça coûtera bien moins cher, mais bien sûr, je ne vais jamais faire ça parce que je dois absolument et je veux former des gens, et on doit former les jeunes à se former. Mais cela donne le delta de l'impact d'avoir des gens en formation, enseigner, à 50 heures versus non.*

*L'idée de UNAU n'était pas de voir comment faire des économies. C'était de dire : " - Faites ce que vous voulez, mais arrangez-vous pour que ce soit mieux ". Ils ont fait des colloques différents... et puis en fonction de ça,*

*on va disséminer ailleurs l'information. Probablement que ce que j'ai appris là, c'est que je vais mettre des assistantes médicales par exemple, (...) on fera des colloques plus raccourcis, et des teams qui restent plus longtemps ensemble. (...) On a fait le calcul : le rendement par assistant est 2 fois meilleur. C'est époustouflant. Parce que, en particulier, le nombre de patients traités par assistant et leurs durées de séjour: le rendement est nettement meilleur. Donc là, on tient compte de la formation, de l'enseignement... et la continuité, ce que l'on perd avec les 50 heures.*

Une crainte formulée en 2004 par Pascal Rubin<sup>79</sup> était, outre un nombre significativement plus élevé d'examens de laboratoires demandés par les services cliniques, une augmentation sensible de la durée moyenne de séjour.

Le Prof. Gérard Waeber ne confirme pas: "*Sur 150 lits de médecine actuellement, j'ai plus de gens en attente de lits B et de lits C qu'il y a 10 ans, et malgré cela la DMS diminue, ce qui veut dire que les assistants font plus d'efforts pour faire sortir des gens plus vite. C'est une pression en partie des assurances, du problème des APDRG. Donc je ne peux pas dire que les 50 heures ont entraîné une augmentation de la DMS.*

*Par contre je ne suis pas sûr que les gens soient mieux traités, et je pense qu'il y a des informations qui se perdent, et je pense que les transmissions sont mauvaises."*

Le Dr Dünner constate également que la qualité du suivi est à la baisse, confirmant ainsi la "*dilution des responsabilités* annoncée par Pascal Rubin: "*Ce qu'on a remarqué, c'est que les médecins assistants sont plus "fonctionnaires" que les générations précédentes. C'est-à-dire notamment ceux qui font leur tournus aux Urgences : si la garde est reprise à 08 heures, à 08h05, même s'ils ont des patients en cours, c'est terminé, ils partent. Et même si les Urgences sont pleines à craquer, pour la plupart. Donc c'est un fonctionnement qui est devenu plus fonctionnaire que ce que ça n'était par le passé."*

La Dresse Schnegg ne partage pas cette opinion: "*Il y en a qui sont pointilleux, et d'autres beaucoup moins. Mais nous avons des assistants de manière générale assez scrupuleux."*

## 6.9. MOTIVATION ET AMBITION

Un point souvent relevé est donc un manque de motivation de la part des médecins assistants. Qu'en pensent les chefs de Service?

Prof. Gérard Waeber: "*Très souvent dans les cadres, on parle de ça. Il y a une impression générale qu'en effet... mais je ne suis pas sûr que ce soit vrai qu'ils sont moins motivés... Nous, on fait une sélection. Tout le monde ne peut pas rentrer dans ce CHUV. Donc en principe on prend les gens les plus motivés... Il y a cette description d'Alain Pécoud<sup>80</sup> et autre, je comprends, il y a le baby-boom, il y a les gens qui ont bossé, qui ont appris à bosser et puis ensuite il y a les gens d'une autre phase, qui ont une autre vie à côté. Et qu'on constate, parce qu'il y a beaucoup plus d'accidents de travail et autre, qu'ils font beaucoup plus d'activités. Ils font beaucoup plus de choses à l'extérieur, ce sont des gens qui pensent différemment : ils ne pensent plus que métier, ils ne pensent plus que carrière. Je ne suis pas sûr qu'ils soient moins motivés, mais leurs perspectives sont moins bonnes, comme jeune. (...) Là, de tous ceux que je vois, et j'engage 40 assistants par année, il y en a deux ou trois qui me disent : " - Je veux m'installer ", mais les autres n'ont pas de projet ! Ou veulent rentrer spécialiste, plein d'argent... enfin ils ne le disent pas comme ça. Ils veulent être hyperspécialistes à quelque part. Donc la plupart, il y a peu de projet, il y a peu de projection dans l'avenir, extrêmement peu qui ont le courage de partir à l'étranger, où on perd de l'argent, il y a des sacrifices, on part avec sa famille et autre... Il n'y en a presque plus. Donc on sent qu'on est dans un cocon beaucoup plus protégé de gens qui sont heureux de leur salaire et de leur manière de vivre et ils aimeraient que cela perdure le plus longtemps possible sans changement."*

<sup>79</sup> "Bilan préliminaire de l'application de la Convention fixant les conditions de travail et de formation des médecins assistants". Pascal Rubin, Direction générale, Hospices-CHUV, 30.06.2004

<sup>80</sup> "De la pléthore à la pénurie des médecins: tentative de comprendre...". Alain Pécoud, Rev Med Suisse 2006; 2: 2720-2

Le prof. Hohlfeld partage en partie ce sentiment: " *Oui, je pense aussi, mais je ne suis pas sûr que ce soit la LTr qui soit déterminante. Comme ils ne se projettent pas dans le futur et qu'ils ne savent pas s'ils vont pouvoir s'installer, trouver un créneau, ils sont probablement moins hésitants et moins ambitieux.*"

## 7. DISCUSSION

### 7.1. FAIBLE PARTICIPATION DES MEDECINS ASSISTANTS

Hormis le fort taux de réponse du DMI du CHUV (89.6%), le taux de participation des médecins assistants à l'enquête est faible. A l'HDC, dans le Service de médecine, il m'est d'autant plus difficile à comprendre que j'entretenais des rapports réguliers et fréquents avec les médecins assistants dans le cadre de mon activité de cabinet.

Est-il le reflet d'une surcharge de travail? D'une peur? D'une paresse?

Bien que l'anonymat leur ait été strictement garanti, il est possible que, par la petite taille des Services, notamment à l'HDC, certains aient ressenti la crainte d'être identifié par recoupement. De manière générale, j'ai le sentiment que la peur de la hiérarchie reste très présente, comme en témoigne le fait que la moitié des demandes adressées à l'ASMAV se font de manière anonyme.

Un autre élément de réponse pour expliquer les différences de participation des médecins assistants à ce travail pourrait donc être l'impact de l'ASMAV. Elle est beaucoup moins présente au sein des établissements de la FHV. Si cette hypothèse se vérifiait, elle permettrait d'expliquer la forte implication des médecins assistants du DMI, celle moindre de ceux de la DGO et celle du Service de médecine de l'HDC.

D'autre part, bien des jeunes médecins n'ont pas vécu la situation d'avant 2005, et on peut comprendre que, se sentant dès lors moins concernés, ils aient jugé inopportun de répondre.

Le message a-t-il mal été communiqué? On peut admettre que cette hypothèse soit pour une part à l'origine du faible taux de réponses des médecins de la DGO, puisque l'absence d'un colloque de Service ne m'a pas permis d'y présenter mon travail.

Je déplore également la non-participation des CDCs de l'HDC, et celle restreinte de ceux de la DGO. Je n'ai aucun argument pertinent pour l'expliquer.

### 7.2. CHUV ET HDC: DES PERCEPTIONS SONT PARFOIS DIFFERENTES

Tant au CHUV qu'à l'HDC, la liste d'attente des candidats à un poste de médecin assistant s'amenuise rapidement au cours de ces dernières années.

Un hôpital universitaire résiste mieux à la pénurie annoncée des médecins, probablement essentiellement en raison de sa mission de formation. Une casuistique plus variée, une infrastructure moderne soutenue par une technologie de pointe, une pluridisciplinarité et une excellente réputation sont certainement des atouts qui attirent bon nombre de médecins au CHUV.

Les postes dans les hôpitaux périphériques, où les responsabilités sont moins diluées et où le médecin assistant s'aguerrit pourtant plus rapidement, sont moins convoités. Le rythme de travail plus élevé, le plus grand nombre de gardes (et le stress qui y est associé) auxquels sont astreints les médecins assistants dans ce type d'établissement, l'attrait des sous-spécialités non représentées en

périphérie sont probablement les facteurs essentiels qui justifient cet abandon.

Ces deux types de formations post-graduées (CHUV – FHV) sont à mon avis complémentaires et le partenariat du CHUV avec les hôpitaux du canton de Vaud ou extra-cantonaux doit être renforcé. Le fait que le Prof. Waeber n'engage la plupart du temps au DMI qu'un assistant qui peut faire état d'une activité d'une année en périphérie va dans ce sens.

L'impact de la LTr sur la durée de formation postgraduée est interprété diversement. Le Prof. Waeber est en faveur d'un rallongement de celle-ci alors que le Prof. Hohlfeld défend un raccourcissement de la durée de formation, notamment en diminuant les exigences. On peut s'étonner de constater qu'à l'intérieur d'un établissement ayant mission de formation, deux Chefs de Service soient d'un avis si diamétralement opposé.

La formation hebdomadaire dispensée dans le DMI du CHUV est bien supérieure à celle exigée par la LTr, respectant ainsi son rôle en matière d'enseignement, et celle assurée dans le Service de Médecine de l'HDC s'en approche. Dans les Services de Gynécologie, tant au DGO qu'à l'HDC, la formation est plutôt organisée sous forme de cours-blocs, si bien qu'une estimation quantitative sur l'année (plutôt que sur la semaine) devrait être prise en compte. Cet élément pondère les résultats apparemment insuffisants annoncés.

A l'exception de la Dresse Schnegg, les chefs de Services dénoncent une baisse de la qualité du suivi des patients, notamment en raison du récent côté "fonctionnaire" de certains médecins assistants. L'accent est mis sur la nécessité d'une diminution du nombre des transmissions et d'une augmentation de leur qualité.

### 7.3. LE ROLE DE L'ASMAV

L'ASMAV est très active au CHUV, où son influence est grande, notamment auprès des médecins assistants appartenant à des disciplines dites non interventionnelles. Il semble en effet que ceux des autres disciplines soient plus souvent partagés entre leur intérêt à défendre les conditions de travail de la corporation et celui à accepter des contraintes leur permettant de développer plus rapidement leur propre carrière.

Dans ses propos, le Dr Wilson, actuel Président du Comité de l'ASMAV, soutient que seule une attitude ferme et déterminée de l'association a permis d'améliorer les conditions de travail des médecins assistants.

Certains médecins chefs, qui ont été par le passé des médecins assistants qui ont certes beaucoup travaillé, ne peuvent accepter de telles améliorations de conditions de travail pour les médecins assistants. Pourtant il est aujourd'hui évident que les médecins chefs ne peuvent plus nier cette (r)évolution, qui représente un véritable changement de culture, et qu'ils doivent l'accepter.

Je peux donc comprendre l'attitude intransigeante de l'ASMAV, qui joue de la sorte son rôle. La solidarité des médecins assistants et chefs de clinique est l'élément essentiel qui a permis d'améliorer leurs conditions de travail et qui assure le maintien et le développement des acquis. Afin d'être représentative, elle se doit donc également de continuer à soutenir et trouver des solutions pour ses membres qui, afin de pouvoir respecter leur plan de carrière, n'ont d'autre choix en l'instant que de déroger à la LTr. L'ASMAV se doit de rester proche de ses membres, dont elle peut connaître les attentes à travers le questionnaire qu'elle leur adresse chaque année.

Il y a d'ailleurs lieu ici de saluer les efforts constants de l'ASMAV pour chercher à décrire précisément, à l'aide d'enquêtes annuelles d'envergure nationale, les conditions de travail réelles des médecins assistants dans nos hôpitaux. On l'a vu, l'ASMAV y contribue au niveau cantonal.

Certes, le SECO s'y emploie également, mais avec un accent mis presque exclusivement sur l'axe économique, et avec une moindre transparence.

#### 7.4. LES LIMITES DE CE TRAVAIL

L'intérêt de mon travail est de recueillir et de confronter les opinions sur l'application de la LTr des médecins assistants et des médecins chefs de deux Services (Médecine Interne et Gynécologie-Obstétrique) du CHUV et d'un hôpital périphérique, l'HDC, membre de la FHV. Ces deux Services ont été retenus en raison de leur similarité: il n'aurait en effet pas été possible par exemple de comparer l'activité des Services de chirurgie de ces deux établissements.

Outre la faible participation des médecins assistants (notamment ceux de l'HDC), la portée de ce travail est donc restreinte par le fait qu'elle n'aurait au mieux reflété que très partiellement et insuffisamment les conditions de travail dans ces deux établissements, respectivement leur non-conformité ou leur conformité avec la LTr, pour pouvoir s'adonner à une généralisation des résultats. Il s'agit de plus de deux hôpitaux d'un même canton, soumis à une même Convention, et à un climat politique identique.

Je n'ai pas traité le problème du statut des médecins cadres par rapport à cette disposition, qui reste à ce jour indéfini.

Je n'ai pas développé dans ce travail les aspects positifs de l'introduction de la LTr, tels l'acquisition de connaissances théoriques de qualité et l'amélioration de la qualité de vie des médecins hospitaliers. Un bon indicateur pour mesurer cette dernière pourrait être le nombre de cas d'accidents non professionnels, en nette augmentation selon M. Masson depuis l'introduction de la LTr.

#### 7.5. QUID DES CONDITIONS DE TRAVAIL DES MEDECINS INSTALLEES?

S'il est certes heureux de se préoccuper de la santé des médecins assistants et des patients, je pense qu'il serait temps désormais de s'intéresser également, en aval, aux conditions de travail des médecins installés...

Selon la spécialité qu'ils ont choisie, les médecins installés font des horaires qui dépassent largement les 50 heures, réparties entre leur activité de consultation, les gardes, la formation continue, etc. La LTr ne s'applique bien sûr pas à eux. Il s'agit du prix à payer pour leur indépendance. L'impact sur leur propre santé est certainement non négligeable, mais ce problème n'a pas de pendant légal.

Les médecins assistants en sont probablement conscients puisque beaucoup n'ambitionnent plus, comme c'était le cas il y a encore deux décennies, d'ouvrir leur propre cabinet. Ils privilégient au contraire une activité hospitalière ou en cabinet de groupe, parfois à temps partiel.

Un changement de culture...

## 8. SYNTHÈSE ET CONCLUSIONS

### 8.1. LA LOI SUR LE TRAVAIL ET LES SPECIFICITES D'UN ETABLISSEMENT HOSPITALIER

Plus personne ne conteste aujourd'hui qu'il n'est plus admissible que le temps de travail d'un médecin assistant atteigne les 100 heures hebdomadaires, ou 30 heures d'affilée, voire même plus. Suite à l'initiative Suter, déposée sous le titre: "Des conditions de travail humaines pour les médecins assistants", le Parlement a adopté la révision de la Loi sur le travail le 22 mars 2002, et le Conseil fédéral a décidé le 7 avril 2004 la modification de l'ordonnance 1 de la Loi sur le travail. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005, tous les médecins assistants sont soumis à la Loi sur le travail.

Dans le canton de Vaud, en 2002, après 44 jours de "grève des crayons" motivée par le refus des autorités vaudoises d'accéder aux requêtes d'améliorations rapides des conditions de travail, notamment salariales, la section vaudoise de l'ASMAC, l'ASMAV, avait finalement obtenu la signature d'une Convention régissant les conditions de travail des médecins assistants, chefs de clinique adjoints et chefs de clinique. Son but était d'œuvrer pour que ces conditions soient en conformité avec la LTr.

Le problème est que cette loi n'est pas "faite" pour les médecins assistants, elle n'est donc pas forcément adaptée aux spécificités d'un établissement hospitalier.

Actuellement encore, à de rares exceptions près, elle n'est que partiellement appliquée<sup>81</sup>. Parmi les raisons qui l'expliquent, on peut retenir tout d'abord le manque de moyens mis à disposition des établissements hospitaliers, logistiques ou matériels, pour gérer un tel changement.

En effet, le législateur a imposé une moyenne *hebdomadaire* maximum de 50 heures. Cette exigence a obligé les services à augmenter leurs effectifs, au point que le recrutement des médecins assistants devient de plus en plus difficile.

La compensation des heures hebdomadaires se fait principalement sous forme de temps, faute de moyens. Cependant, de telles pratiques tendent à rendre les services en sous-effectifs, occasionnant de nouvelles heures supplémentaires.

Polypoint |PEPT<sup>TM</sup>, le logiciel de planification des horaires et de saisie des heures, est un outil informatique non optimal, qui crée d'une certaine manière des heures supplémentaires en raison du gap entre les 42.5 heures horaires et le maximum de 50 heures.

Les piquets "contraignants" ont rapidement disparu des grilles horaires de la plupart des services grâce à des réaménagements, en raison des coûts qu'ils engendrent.

La mise en œuvre de la Loi sur le travail aux médecins assistants a rapidement montré son inapplicabilité, nécessitant la création d'une Commission tripartite au CHUV, composée de délégués de l'ASMAV, de membres de la direction du CHUV et de représentants des médecins-chefs. Son but est la résolution de conflits et la négociation de compromis dans les limites de la LTr. Une Commission paritaire ASMAV - FHV (Fédération des Hôpitaux Vaudois) vise les mêmes buts que la tripartite. Elle est cependant moins efficace.

---

<sup>81</sup> "Conditions de travail réglementées pour les médecins suisses en formation: une année d'expérience". O. Matzinger. Rev Med Suisse 2006; 2: 2365-8

De nombreux aménagements sont rapidement apparus nécessaires. Par ailleurs, une part non négligeable de médecins assistants souhaite un assouplissement notamment de certaines contraintes horaires de la LTr, afin d'améliorer leur qualité de vie.

Les enquêtes montrent que la majorité des médecins assistants sont satisfaits, voire très satisfaits de leurs conditions de travail. Pour Emmanuel Masson: "*C'est quand même heureux vu les moyens qui ont été mis!*"

Dans certains services encore, on note un manque d'acceptation par la hiérarchie des nouvelles conditions de travail des jeunes médecins. C'est dans les disciplines interventionnelles, notamment en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en chirurgie, que l'on éprouve le plus de difficultés à s'adapter aux nouvelles exigences<sup>82</sup>. Certains propos des médecins-chefs interrogés vont dans ce sens.

La multiplication des remises et des rapports est source de diminution de la qualité du suivi. Le côté "fonctionnaire" des médecins assistants semble plus marqué qu'autrefois et inquiète.

Les médecins-chefs sont divisés sur la question de rallonger la durée de formation pour le FMH. La tendance va plutôt vers une diminution des exigences dictées par les sociétés de spécialité.

Le temps consacré à la formation postgraduée est grosso modo respecté. Dans nos deux hôpitaux étudiés, les Services de Médecine sont plus généreux envers les médecins assistants, notamment au CHUV.

Aux USA, une enquête<sup>83</sup> récemment publiée a recueilli l'opinion de 111 membres du corps professoral ou chargés d'enseignement auprès de 34 centres universitaires sur les effets de la limitation des horaires des internes. Celle-ci met en évidence la perception d'une dégradation de la continuité des soins aux patients, de leur moins bonne communication avec les patients et les familles, et globalement d'une diminution significative de la qualité des soins.

Toujours selon les enseignants, cette limitation des horaires compromet la formation des internes, en diminuant les moments d'enseignement didactique et au lit du malade. La moitié des personnes interrogées pense que le professionnalisme des internes est moins grand, que la capacité des internes à placer les besoins des patients avant leurs propres intérêts a nettement diminué. Alors que l'on pouvait s'attendre à ce que les internes soient moins fatigués et plus disponibles pour l'acquisition de connaissances, c'est en fait le contraire qui est relevé, même s'il a été noté une diminution significative du nombre de burn-out parmi eux.

Parallèlement, les membres du corps professoral relèvent à leur niveau un moindre degré de satisfaction à enseigner, une moins grande capacité de développer des liens avec les internes. Un tiers note une moindre satisfaction professionnelle depuis la limitation des horaires des internes.

## 8.2. LA PENURIE DE MEDECINS

Je pense par cette recherche avoir réussi à mettre en évidence certaines difficultés consécutives à l'entrée en vigueur de la LTr au 1<sup>er</sup> janvier 2005: par exemple la difficulté du respect des 50 heures, les divergences dans la définition et l'interprétation des heures supplémentaires, le risque de diminution de la qualité du suivi des patients, les impacts sur la durée de la formation

---

<sup>82</sup> "Formation postgraduée et situation professionnelle vue par les médecins assistants". M. Siegrist, P. Orlow, M. Giger. Bulletin des médecins suisses, 2006;87: 10, p. 379-386.

<sup>83</sup> "Effect of residency duty-hour Limits – views of key clinical faculty". D.A.Reed et al., Arch Intern Med, 2007; 167(14):1487-1492.



postgraduée. S'il ne devait en rester qu'une, je retiendrais l'accentuation des difficultés de recrutement des médecins provoquée par la nécessité de création de nouveaux postes.

Souvent, à ce jour, les horaires effectifs des médecins assistants dans les hôpitaux ne sont toujours pas conformes à la LTr. A court terme, à cause de la pénurie, certains postes resteront vacants, ce qui aura nécessairement un impact négatif non négligeable sur le non-respect déjà avéré de cette loi en la matière.

Certaines disciplines sont déjà touchées par une pénurie, les plus souvent connues étant l'oncologie et la psychiatrie. Les problèmes de ces spécialités ne sont pas l'objet de ce travail, mais méritent d'être mentionnés.

Il y a pénurie de médecins en Suisse, que l'on explique par la stagnation du nombre de diplômes de médecins délivrés chaque année par les universités, par la création de spécialités et de sous-spécialités ainsi que par la féminisation de la profession. En 2006, moins de 65% des postes de médecins assistants sont occupés par des médecins suisses. Depuis 2002, l'OFSP a déjà délivré 5110 reconnaissances de diplômes à des médecins étrangers.

Il est urgent de sensibiliser les autorités compétentes à l'acutisation de la pénurie de médecins dans différentes disciplines, et de leur faire prendre conscience qu'elles se trouvent désormais face à un réel problème de santé publique urgent.

### 8.3. QUELQUES PROPOSITIONS

- Le point soulevé dans tous les services est celui de l'exigence par le législateur de la compensation hebdomadaire dans la LTr. Je suis d'avis que si celle-ci devenait mensuelle, outre que les médecins assistants pourraient y trouver un avantage en termes de qualité de vie, l'organisation des services s'en trouverait grandement simplifiée. Je ne partage pas l'avis du Dr Wilson qui craint que certains chefs de service demandent alors des délais plus importants. De toute évidence, cette pratique est très répandue, et tant les médecins assistants que les médecins chefs en sont contents.
- L'organisation des services devrait en conséquence se faire en diminuant au strict nécessaire les remises et les rapports, limitant ainsi le risque de pertes d'information et de dilution des responsabilités.
- La mise à disposition de personnel administratif permettrait certainement de soulager les médecins assistants de certaines tâches, ce qui contribuerait à la diminution d'heures supplémentaires. Ceci pourrait possiblement contribuer à réaliser des économies.
- La quantité et la qualité de la formation des médecins assistants sont satisfaisantes. Il appartient aux sociétés de spécialistes de reconsidérer les exigences pour le FMH en intégrant les limitations imposées par la LTr et en respectant celles européennes.
- Dans certaines disciplines interventionnelles principalement, de nombreux aménagements doivent encore être consentis par les médecins chefs pour se rapprocher d'une conformité avec la loi.
- La Suisse est enviée et réputée pour la qualité de la formation de ses médecins. Les équipements modernes des hôpitaux sont des atouts qui contribuent à l'excellent niveau de médecine pratiquée dans notre pays. A la levée du moratoire décrété depuis 2002, la liberté de circulation de personnes risque de provoquer une avalanche de médecins

provenant de l'UE en Suisse. Il est à craindre que l'ouverture rendue indispensable de nos hôpitaux à un nombre croissant de médecins étrangers ne finisse par diminuer la qualité des prises en charge des patients. Les pouvoirs publics doivent se préoccuper sans délai de la pénurie de médecins déjà présente en Suisse. Le numerus clausus appliqué à l'entrée de certaines universités suisses devrait être levé ou pour le moins reconsidéré.

- Peut-être le côté "fonctionnaire" reproché à certains médecins assistants est-il simplement le reflet de l'émergence d'une civilisation des loisirs où l'on ne privilégie plus à tous crins la carrière professionnelle, une caractéristique propre à la "génération X" décrite par le Prof. Pécoud<sup>84</sup>. Le manque de motivation relevé par plusieurs médecins chefs est peut-être de la même origine.
- La féminisation de la profession est un phénomène de plus en plus constaté, qui pose un problème aux médecins chefs, en raison des congés maternité intervenant en cours de formation, et en aval, par le nombre de postes à temps partiels souhaités par les femmes médecins. Pourtant, il est certain que, si l'on se réfère à la situation antérieure, la limitation aux 50 heures hebdomadaires permet l'accès à un plus grand nombre de femmes d'embrasser une carrière de médecin. Comme l'a détaillé le Prof. Pécoud dans son article, "*Actuellement la majorité des jeunes médecins diplômés sont des femmes. Et il n'y aura pas de futur pour beaucoup de femmes médecins si l'on ne parvient pas à généraliser des conditions d'installation plus compatibles avec un équilibre entre le rôle de parent et le métier de médecin.*"

## 8.4. ET L'AVENIR...

Le Dr Wilson nous a appris que l'application de la LTr est en train d'être négociée entre divers partenaires sociaux, outre le SECO et l'ASMAC bien sûr, mais aussi l'ASI (Association suisse des Infirmières), le SSP (Syndicat du Service Public), H+, quelques représentants de médecins-chefs aussi depuis plus d'une année. "*Ils ont actuellement trouvé 3 points particuliers sur lesquels ils vont aménager l'Ordonnance d'application de la LTr, qui est en cours de consultation. (...) En gros il n'y aura pas de modification majeure. Donc, pour beaucoup de demandes que l'on reçoit, cela restera des dérogations illégales.*"

Une réponse provisoire nous sera donnée une fois le dossier passé devant les Chambres fédérales.

Mais attention de ne pas aboutir à une impasse: une loi inapplicable est forcément inappliquée. C'est donc une mauvaise loi.

Plutôt que de changer le système pour l'adapter à la loi, mieux vaudrait probablement changer la loi pour pouvoir l'appliquer au système.

---

<sup>84</sup> "De la pléthore à la pénurie des médecins: tentative de comprendre...". Alain Pécoud, Rev Med Suisse 2006; 2: 2720-2



## 9. ANNEXES

CHUV - Statistiques 2004 / 2006

9.1. Annexe 1

	F				M				EPT			
	2004	2006	2006 / 2004		2004	2006	2006 / 2004		2004	2006	2006 / 2004	
ME - Personnel médical	396.82	435.41	38.59	9.72%	687.93	693.25	5.32	0.77%	1'084.75	1'128.66	43.91	4.05%
<i>Cadres</i>	48.32	61.66	13.34	27.61%	246.96	258.34	11.38	4.61%	295.28	320.00	24.72	8.37%
<i>Chefs de clinique</i>	111.11	118.63	7.52	6.77%	152.94	159.39	6.45	4.22%	264.05	278.02	13.97	5.29%
<i>Assistants</i>	237.39	255.12	17.73	7.47%	288.02	275.52	-12.5	-4.34%	525.41	530.64	5.23	1.00%
IN - Personnel infirmier	1'906.94	2'029.70	122.76	6.44%	449.51	498.72	49.21	10.95%	2'356.45	2'528.42	171.97	7.30%
MT - Personnel médico-technique	502.73	533.14	30.41	6.05%	268.93	272.42	3.49	1.30%	771.66	805.56	33.9	4.39%
LO - Personnel logistique	439.29	478.49	39.2	8.92%	663.33	672.35	9.02	1.36%	1'102.62	1'150.84	48.22	4.37%
AD - Personnel administratif	642.77	684.60	41.83	6.51%	171.96	183.89	11.93	6.94%	814.73	868.49	53.76	6.60%
PS - Personnel psycho-social	167.02	181.78	14.76	8.84%	49.45	50.54	1.09	2.20%	216.46	232.32	15.86	7.33%
<b>Total:</b>	<b>4'055.57</b>	<b>4'343.12</b>	<b>287.55</b>	<b>7.09%</b>	<b>2'291.11</b>	<b>2'371.17</b>	<b>80.06</b>	<b>3.49%</b>	<b>6'346.67</b>	<b>6'714.29</b>	<b>367.62</b>	<b>5.79%</b>

	Chefs de clinique								Assistants							
	Frs réels				Heures				Frs réels			Heures				
	2004	2006	2006 / 2004		2004	2006	2006 / 2004		2004	2006	2006 / 2004		2004	2006	2006 / 2004	
Indemnité pour travail de nuit	196'399	180'478	-15'921	-8.11%	39'280	36'096	-3'184	-8.11%	507'960	555'224	47'264	9.30%	101'592	111'045	9'453	9.30%
Indemnité piquet domicile pendant nuit	94'320	109'237	14'917	15.82%	62'880	72'825	9'945	15.82%	83'208	92'859	9'651	11.60%	55'472	61'906	6'434	11.60%
Indemnité piquet domicile pendant journée	88'868	106'731	17'863	20.10%	38'638	46'405	7'767	20.10%	83'189	86'993	3'804	4.57%	36'169	37'823	1'654	4.57%
Heures supplémentaires	1'209'243	1'232'540	23'297	1.93%					1'610'370	1'301'242	-309'128	-19.20%				
<b>Total:</b>	<b>1'588'830</b>	<b>1'628'986</b>	<b>40'156</b>	<b>2.53%</b>	<b>140'798</b>	<b>155'326</b>	<b>14'528</b>	<b>10.32%</b>	<b>2'284'727</b>	<b>2'036'318</b>	<b>-248'409</b>	<b>-10.87%</b>	<b>193'233</b>	<b>210'774</b>	<b>17'541</b>	<b>9.08%</b>

HDC - Statistiques 2004 / 2006

9.2. Annexe 2

	F				M				EPT			
	2004	2006	2006 / 2004		2004	2006	2006 / 2004		2004	2006	2006 / 2004	
ME - Personnel médical	23	30	7	30.43%	46	49	3	6.52%	60	68	8	13.33%
<i>Cadres</i>	7	7	0	0.00%	27	29	2	7.41%	25	25	0	0.00%
<i>Chefs de clinique</i>	1	0	-1	-100.00%	3	4	1	33.33%	4	4	0	0.00%
<i>Assistants</i>	15	23	8	53.33%	16	16	0	0.00%	31	39	8	25.81%
IN - Personnel infirmier	229	230	1	0.44%	16	18	2	12.50%	196.5	198	1.5	0.76%
MT - Personnel médico-technique	110	121	11	10.00%	28	29	1	3.57%	111	123.5	12.5	11.26%
LO - Personnel logistique	11	10	-1	-9.09%	24	26	2	8.33%	32.5	33.5	1	3.08%
AD - Personnel administratif	34	35	1	2.94%	6	5	-1	-16.67%	33	33.5	0.5	1.52%
PS - Personnel psycho-social	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total:</b>	<b>407</b>	<b>426</b>	<b>19</b>	<b>4.67%</b>	<b>120</b>	<b>127</b>	<b>7</b>	<b>5.83%</b>	<b>433</b>	<b>456.5</b>	<b>23.5</b>	<b>5.43%</b>

	Chefs de clinique								Assistants							
	Frs réels				Heures				Frs réels				Heures			
	2004	2006	2006 / 2004		2004	2006	2006 / 2004		2004	2006	2006 / 2004		2004	2006	2006 / 2004	
Indemnité pour travail de nuit	0	0	0	0.00%	0	0	0	0.00%	0	0	0	0.00%	0	0	0	0.00%
Indemnité piquet domicile pendant nuit	0	0	0	0.00%	0	0	0	0.00%	0	0	0	0.00%	0	0	0	0.00%
Indemnité piquet domicile pendant journée	0	0	0	0.00%	0	0	0	0.00%	0	0	0	0.00%	0	0	0	0.00%
Heures supplémentaires	0	0	0	0.00%	0	0	0	0.00%	132'534	2'567	-129'967	-98.06%	3'575	42	-3'533	-98.83%
<b>Total:</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0.00%</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0.00%</b>	<b>132'534</b>	<b>2'567</b>	<b>-129'967</b>	<b>-98.06%</b>	<b>3'575</b>	<b>42</b>	<b>-3'533</b>	<b>-98.83%</b>

### 9.3. AMENAGEMENTS DES CONDITIONS DE TRAVAIL DANS LES HOPITAUX EN EUROPE

La directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil de l'Union Européenne du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail régit le cadre de l'aménagement du temps de travail dans les Etats membres<sup>85</sup>.

L'article 5 donne les règles du repos hebdomadaire:

*"Les Etats membres prennent les mesures nécessaires pour que tout travailleur bénéficie, au cours de chaque période de sept jours, d'une période minimale de repos sans interruption de vingt-quatre heures auxquelles s'ajoutent les onze heures de repos journalier (...)*

*Si les conditions objectives, techniques ou d'organisation du travail le justifient, une période minimale de repos de vingt-quatre heures pourra être retenue."*

L'article 6 définit la durée maximale hebdomadaire de travail:

*"Les Etats membres prennent les mesures nécessaires pour que, en fonction des impératifs de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs:*

*a) la durée hebdomadaire du travail soit limitée au moyen de dispositions législatives, réglementaires ou administratives ou de conventions collectives ou d'accords conclus entre partenaires sociaux;*

*b) la durée moyenne de travail pour chaque période de sept jours n'excède pas quarante-huit heures, y compris les heures supplémentaires."*

L'article 16 fixe les périodes de référence:

*"Les Etats membres peuvent prévoir:*

*a) pour l'application de l'article 5 (repos hebdomadaire), une période de référence ne dépassant pas quatorze jours;*

*b) pour l'application de l'article 6 (durée maximale hebdomadaire de travail), une période de référence ne dépassant pas quatre mois; (...)"*

L'article 19 donne des précisions sur les limitations aux dérogations aux périodes de référence:

*"(...) les Etats membres ont la faculté, tout en respectant les principes généraux de la protection de la sécurité et de la santé des travailleurs, de permettre que, pour des raisons objectives ou techniques ou pour des raisons ayant trait à l'organisation du travail, les conventions collectives ou accord conclus entre partenaires sociaux fixent des périodes de référence ne dépassant en aucun cas douze mois"*

---

<sup>85</sup> [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fr/oj/2003/L\\_299/L\\_29920031118fr00090019.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fr/oj/2003/L_299/L_29920031118fr00090019.pdf)