

# Médecins hospitaliers et loi fédérale sur le travail

A propos de l'éditorial: Guyot J.-P., Moirand R. Une déléguée déléguée en victoire... et qui videra bientôt les praticiens. Rev med suisse 2006;2:2211-2.

Chers collègues,

C'est avec grand plaisir que j'ai découvert que vous aviez décidé de consacrer votre éditorial à la soumission des médecins des hôpitaux à la loi fédérale sur le travail (LTr), une législation qui est en passe de révolutionner le travail de cette catégorie de médecins. Avant d'aborder le fond du sujet, permettez-moi tout d'abord d'apporter quelques corrections à votre définition de la LTr. Elle limite le travail à 50 heures hebdomadaires (et non 40 comme vous le mentionnez). Les HUG ont pour leur part décidé d'abaisser ce seuil à 45 heures par semaine et d'offrir 5 heures hebdomadaires de formation structurée à ses médecins. A Genève toujours, contrairement à vos propos, la LTr n'est pas appliquée aux médecins adjoints qui sont (à tort ?) considérés comme répondant au critère de «haute fonction dirigeante» au même titre que les chefs de service.

Je partage votre avis quant à l'enthousiasme que l'entrée en vigueur de cette loi a suscité chez nombreux de nos confrères en formation. Même s'il reste encore beaucoup de chemin à parcourir afin qu'elle soit effectivement respectée, il est indéniable qu'elle a permis de diminuer de manière sensible les temps de travail. Côté enthousiasme peut s'expliquer principalement en raison du durcissement des conditions de travail extra-hospitalières au cours des dix dernières années. L'entrée en vigueur de la clause du besoin, les «tracasseries» administratives des assureurs, la diminution des revenus en pratique privée, autant de facteurs qui rendent malheureusement notre profession en cabinet moins attractive... voire inaccessible en l'absence de droit de pratique! Bertrand Kiefer avait parfaitement décrit la situation que vivaient les médecins en formation jusqu'à la fin des années 80: ils acceptaient les horaires sans limite, l'accumulation des gardes, et un certain renoncement à leur vie privée, car en échange ils avaient la garantie de pouvoir à terme s'installer en cabinet, de bénéficier de revenus «confortables» et d'un certain statut social. C'était le règne de «la carotte et du bâton». Or aujourd'hui, les réalités politiques et économiques ont totalement modifié le tableau et la carotte a disparu. En conséquence, il est compréhensible que les médecins en formation se soient battus pour que les «coups

de bâton» disparaissent également.

Si vous saluez le principe de la diminution des horaires, votre réflexion élude étrangement l'autre raison majeure qui a incité nos élus à astreindre les médecins à la loi sur le travail: la sécurité des patients. Associés aux horaires à rallonge, ce sont bien les risques encourus par nos patients qui ont motivé le parlement à soumettre les médecins à la loi sur le travail. Les études ne manquent pas en effet pour démontrer que des médecins fatigués font plus d'erreurs. Celle ayant démontré, sur simulateur, que des chirurgiens privés de sommeil commettaient autant d'erreurs que des chirurgiens ayant consommé de l'alcool, a particulièrement marqué les esprits. Et finalement, qui souhaiterait monter dans un avion dont le pilote a travaillé depuis plus de 24 heures? Même si notre profession restera toujours particulière de par le lien étroit qui nous lie à nos patients, nous n'en demeurons pas moins des êtres humains et faillibles. Notre ego ne devrait en aucun cas primer sur la sécurité des personnes dont nous avons la charge.

Je reviens sur le fond de votre réflexion. Vous postulez que la soumission des médecins en formation à la LTr pourrait entraîner des effets pervers comme la limitation de l'accès au soins et la diminution de la qualité de la formation. Il s'agit même selon vous d'une manœuvre habilement dirigée par notre parlement. Sur ce point, je suis assez naïf pour ne pas attribuer un tel machiavélisme à nos élus mais simplement croire qu'ils ont souhaité protéger les patients et les soignants. S'il est clair, à la lecture du rapport de la commission de la sécurité sociale et de la santé du Conseil national,<sup>1</sup> et de l'avis du Conseil fédéral,<sup>2</sup> que notre gouvernement était parfaitement conscient de l'incidence sur les coûts de la santé qu'aurait cette soumission à la loi, il n'est en rien démontré qu'il s'agisse là d'une volonté de limiter l'accès aux soins.

En ce qui concerne plus précisément la formation, votre hypothèse est un peu simpliste: moins d'heures de présence des médecins équivaut à moins de soins et moins de temps pour se former. C'est justement contre ce raisonnement défaitiste que l'ensemble du corps médical hospitalier doit se mobiliser. Nous ne devrions pas avoir à choisir entre d'un côté la sécurité des patients et la santé des soignants, et de l'autre la qualité de la formation. Ne serait-il pas possible d'atteindre ces deux objectifs simultanément? Voici quelques pistes à explorer:

– il est de notoriété médicale que les tâches administratives occupent un temps important de nos médecins hospitaliers (jusqu'à 50% selon les services), des tâches qui pourraient parfaitement être déléguées à des non-médecins, libérant ainsi plus de temps pour les soins et la formation.

– La réorganisation de l'activité des médecins dans les services, un travail de longue haleine qui, aux HUG, a principalement été mené par les médecins chefs des disciplines dites non invasives et dont il faut leur rendre hommage, permet non seulement de s'approcher de l'impératif légal mais également de dégager du temps pour la formation et les soins.

– Dans les disciplines invasives et chirurgicales qui vous sont chères, n'est-il pas temps de s'aligner sur certains de nos pays voisins où le temps de travail de ces médecins est consacré principalement à l'activité opératoire, laissant le suivi des patients à des anesthésistes ou internistes? Comment peut-on encore aujourd'hui honnêtement penser que ces collègues peuvent être compétents pour une prise en charge optimale de patients de plus en plus âgés, polymorbides (BPCO, HTA, coronaropathie, diabète)? Demandet-on à des Internistes de réaliser des appendicectomies? En les libérant de cette activité de médecine interne générale pour laquelle ils sont peu (voire pas!) formés, leurs performances opératoires n'en seront que meilleures et ceci tout en améliorant la prise en charge périopératoire des patients.

Je reviens également sur votre souci légitime, dans l'absolu, de voir se profiler une limitation de l'accès aux soins et donc d'aggraver le processus de médecine à deux vitesses encore heureusement discret dans notre pays en comparaison avec nos voisins. Les arguments développés ci-dessus permettant de libérer du temps aux médecins pour leur formation, permettront également d'augmenter l'activité clinique globale hospitalière ceci sans nécessairement créer de nouveaux postes médicaux. Il est donc théoriquement possible, tout en respectant les impératifs non négociables de la LTr, de conserver notre catalogue de prestations. L'attitude malheureuse et «spirale» des hôpitaux visant simplement à augmenter les postes de médecins pour tenter de contenir les heures supplémentaires aboutit à des effets pervers. Nos universités n'arrivent plus à répondre à la demande des hôpitaux, tous astreints à la LTr et qui se «battent» parfois pour attirer des colla-

borateurs dans leurs murs. On voit même arriver en masse des médecins d'Europe de l'Est, du Maghreb et d'Afrique subsaharienne pour répondre à nos besoins; mais est-il juste de piller ces pays de leurs ressources dont ils ont cruellement besoin?

Autre piste à explorer pour stabiliser, voire augmenter l'activité clinique hospitalière sans créer de nouveaux postes médicaux: ne serait-il pas temps de revoir le cahier des charges des hôpitaux? Certaines prestations ambulatoires ne pourraient-elles pas être confiées à nos confrères de la ville, permettant ainsi de libérer des forces vives pour l'activité hospitalière? Le sujet est bien sûr tabou, l'ambulatoire étant une source de revenu importante des hôpitaux, mais cela permettrait d'augmenter l'activité hospitalière, de contribuer à la diminution des listes d'attente opératoires ainsi que de répondre aux impératifs légaux en termes de temps de travail.

Plus personne aujourd'hui ne peut décemment regretter que des garde-fous

aient été introduits pour protéger les médecins ainsi que les patients dont ils ont la responsabilité. Je partage par contre comme vous un certain scepticisme quant à la manière dont les règles d'application ont été imposées. Il est en effet regrettable que les médecins cadres, comme les internes et chefs de clinique, n'aient pas été associés à l'élaboration des directives d'application de la LTr. Celles-ci sont simplement dérivées des règles appliquées à l'industrie, or il semble évident que le fonctionnement d'un hôpital ne saurait être comparé à l'industrie métallurgique par exemple.

Mais avant de crier au loup et d'utiliser les patients comme otages contre l'application de la LTr, il est nécessaire qu'institutions hospitalières et facultés de médecine réfléchissent ensemble des enjeux à long terme de la soumission de la LTr aux médecins en formation. Il existe encore de grands potentiels d'optimisation du travail médical dans les disciplines invasives en particulier, de même qu'en termes de révision du catalogue des pres-

tations ambulatoires fournies par les hôpitaux. Avant de créer de manière simpliste de nouveaux postes médicaux, entraînant la formation de professionnels qui ne trouveront pas de porte de sortie après leur carrière hospitalière, soyons des médecins proactifs et proposons des solutions constructives pour l'avenir de notre profession.

**Dr Fabrice Dami**  
Président de l'Association des Médecins  
d'Institutions de Genève (AMIG)  
Contact: fabrice.dami@hcuge.ch

#### Bibliographie

1. Rapport de la commission de la sécurité sociale et de la santé du conseil national du 5 avril 2001 <http://www.admin.ch/civ/01/2001/3021.pdf>
2. Avis du Conseil fédéral sur le rapport du 11 avril 2001 de la commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national concernant l'initiative parlementaire, «Des conditions de travail humaines pour les médecins assistants», <http://www.admin.ch/civ/01/2001/5801.pdf>

