

## Temps de travail des médecins-assistants et des chefs de clinique du canton de Berne

### Résumé

Stefan Spycher, Kilian Künzi (Bureau BASS),  
Jürg Baillod (bureau a&o)

Sur mandat de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne

Novembre 1998

### Motifs et thèmes de l'enquête

Les horaires de travail des médecins-assistants sont régis par les dispositions du contrat-type valable dans toute la Suisse et par des contrats de travail individuels dans 30 hôpitaux de soins aigus subventionnés par les pouvoirs publics. Les chefs de clinique sont quant à eux soumis aux dispositions de la loi sur le travail, comme l'indique l'Office fédéral du développement économique et de l'emploi. Enfin, les médecins-assistants et les chefs de clinique exerçant au sein des trois cliniques psychiatriques cantonales se voient appliquer les prescriptions de l'«ordonnance concernant l'engagement et la rétribution des médecins-assistants et des médecins-chefs<sup>1</sup> des cliniques et instituts de l'Université ainsi que des hôpitaux cantonaux» (ci-après l'ordonnance).

La perspective d'une révision de l'ordonnance, exigée par diverses interventions politiques en suspens et rendue nécessaire par les modifications de la loi sur l'Université et du décret sur les traitements, ainsi que l'incidence que pourraient avoir les règles formulées par l'ordonnance dans le cadre de la conclusion des futurs contrats de prestations entre le canton et les hôpitaux ont motivé la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale à procéder à une enquête. Le Bureau d'études politiques, économiques et sociales (BASS) a ainsi été mandaté pour examiner les questions suivantes:

■ Quel est le nombre d'heures de travail hebdomadaires effectivement effectuées par les médecins-assistants et les chefs de clinique dans les hôpitaux de soins aigus et les cliniques psychiatriques publics ou subventionnés par les pouvoirs publics? Quel est le «record» enregistré en termes d'heures par semaine? Quel est le nombre maximum d'heures effectuées d'affilée?

A quelle fréquence les médecins sont-ils appelés à travailler de longues heures sans interruption? Quel est le nombre annuel moyen d'heures de travail effectuées par les médecins-assistants et les chefs de clinique?

■ Comment le temps de travail se répartit-il entre (a) les prestations médicales (subdivisées en tâches administratives et activités pratiques), (b) le temps de travail consacré à la préparation d'une thèse, (c) la formation continue et le perfectionnement personnels, (d) le service de garde à l'hôpital, (e) le service de piquet hors de l'hôpital et (f) d'autres catégories éventuelles?

### Glossaire

**Heures de présence:** heures de travail effectuées au sein de l'hôpital, à l'exclusion des pauses repas prises pendant l'horaire normal. Sont inclus les heures de travail normales et tous les services de garde (y compris les pauses et les périodes de repos et de sommeil).

**Horaire normal:** travail de jour en semaine (pauses repas exclues).

**Ordonnance:** ordonnance du 21 septembre 1983 concernant l'engagement et la rétribution des médecins-assistants et des médecins-chefs des cliniques et instituts de l'Université ainsi que des hôpitaux cantonaux.

**Réseau de médecins de nuit:** système de travail par équipes, selon lequel les médecins désignés comme médecins de nuit ne travaillent que la nuit (week-end compris), alors que les autres médecins se partagent le travail de jour. En règle générale, les médecins de nuit participent au réseau pendant deux à trois mois.

**Service de garde:** la personne qui assure ce service doit être prête à intervenir en quelques minutes. Elle se trouve généralement dans l'enceinte de l'hôpital. La majorité des services de garde s'effectuent la nuit et le week-end.

**Service de piquet:** la personne assurant ce service se trouve en dehors de l'hôpital. Elle doit être atteignable en tout temps et être prête à intervenir très rapidement.

**Temps de travail:** plusieurs définitions du temps de travail ont été utilisées. Dans la variante principale, qui se fonde sur les prescriptions de l'ordonnance en vigueur, le temps de travail comprend les heures de présence au sein de l'hôpital (y compris les pauses et les périodes de repos et de sommeil pendant le service de garde) et les services de piquet.

■ Dans quelle proportion le temps de travail dépassant les 58 heures hebdomadaires est-il effectivement compensé?

<sup>1</sup> Traduction erronée: il s'agit en fait des chefs de clinique.

■ Quelles seraient pour les hôpitaux les conséquences d'une compensation du temps de travail dépassant les 58 ou les 50 heures hebdomadaires en termes (a) de postes supplémentaires requis et (b) de dépenses supplémentaires en cas de rétribution en espèces?

■ Quelles sont les préférences des médecins-assistants et des chefs de clinique par rapport aux différentes combinaisons de temps de travail et de salaire?

### Principales dispositions de l'ordonnance

Voici les dispositions de l'ordonnance cantonale en vigueur les plus importantes en matière de définition du temps de travail:

■ Le temps de travail hebdomadaire des médecins-assistants et des chefs de clinique est en règle générale fixé selon les besoins de l'établissement, mais ne devrait pas excéder 58 heures par semaine. Les médecins ont droit à une semaine de compensation si la moyenne annuelle dépasse 55 heures de travail hebdomadaire.

■ En règle générale, le temps de présence à l'hôpital ne devrait pas dépasser 36 heures consécutives.

■ L'élaboration des grilles horaires doit tendre à la semaine de cinq jours, de manière à ce que chaque médecin bénéficie d'au moins deux week-ends de congé par mois.

■ Ne sont considérées comme heures de travail que celles qui, conformément aux grilles horaires, s'effectuent sur le lieu de travail. Il en va de même pour les services de nuit et les services de fin de semaine, pour autant qu'ils soient justifiés pour la bonne marche de l'établissement.

### Méthodes et données recensées

La solution idéale aurait consisté à sonder tous les médecins du canton durant une année, en appliquant la méthode de l'observation externe continue (par des tiers neutres). A défaut, la méthode pragmatique retenue suit les principes suivants: (a) pas d'enquête exhaustive, mais constitution d'un échantillon à partir de la population faisant l'objet du sondage, à savoir l'ensemble des médecins actifs dans les hôpitaux, (b) choix de la méthode de l'auto-observation, (c) limitation de la période d'observation de chaque participant à 7 x 24 heures et de la période d'observation globale à deux mois (mai – juin 1998).

Ce sondage avait pour objectif central la saisie du temps de travail et de son utilisation. A cette fin, les médecins-assistants et les chefs de clinique ont été invités à noter les activités qu'ils

effectuaient. L'étude a distingué quatre formes différentes de travail: «horaire normal», «service de garde», «service de piquet» et «temps restant», et défini en tout 13 catégories d'activités regroupées sous les quatre domaines suivants: «activité médicale», «perfectionnement et recherche», «périodes de repos» et «autres activités». Du point de vue pratique, la notation des activités s'effectuait au moyen de codes et la fréquence des relevés était dictée par un pager. Chaque heure, un signal du pager venait rappeler aux médecins qu'ils devaient inscrire par tranche d'un quart d'heure laquelle des 13 activités recensées ils venaient d'exercer (pendant le premier, le deuxième, le troisième et le quatrième quart d'heure).

Outre la saisie du temps de travail et de son utilisation, l'étude devait réunir d'autres éléments. Un premier complément a été apporté par le questionnaire soumis à tous les médecins participant à l'étude, un deuxième par la saisie du temps de travail planifié réalisée dans tous les hôpitaux du canton. Les données recueillies devaient permettre de montrer dans quelle mesure l'échantillon (les 14 établissements sélectionnés) est représentatif de la situation d'ensemble. Enfin, le troisième complément a été fourni par la saisie des données sur le taux d'occupation saisonnier des hôpitaux. Cet élément était indispensable, car l'enquête ne pouvait être réalisée que durant les mois de mai et de juin. Les données saisies devaient faire ressortir une image différenciée en fonction des cinq types d'hôpitaux du canton: le centre universitaire, les hôpitaux régionaux, les grands hôpitaux de district, les petits hôpitaux de district et les cliniques psychiatriques. L'étude exigeait de plus une différenciation au niveau des divisions majeures (médecine, chirurgie, gynécologie et obstétrique, soins intensifs/ anesthésie, psychiatrie et autres). Enfin, il fallait établir une distinction entre la fonction de médecin-assistant et celle de chef de clinique. L'échantillon a été constitué en appliquant la méthode des quotas (cluster-sample). Afin que les données soient représentatives de l'ensemble du canton, elles ont été pondérées au moment de l'évaluation. A l'issue de la période de sondage, 322 médecins avaient remis les documents concernant la saisie de leur temps de travail et de leurs activités, qui ont été soumis à un examen. Ayant été absents pendant la période de sondage, 29 médecins ont été exclus de l'analyse. Au total, 293 semaines de travail ont donc été prises en compte dans les calculs. La comparaison entre les hôpitaux participant à l'enquête et les autres établissements du canton s'est fondée sur les plans de service et de travail disponibles pour 105 unités de planification.

## Description sociodémographique de l'échantillon

Les données recueillies mettent en évidence une moyenne d'âge de 34 ans pour les médecins-assistants et les chefs de clinique, avec 37 pour cent de femmes et 63 pour cent d'hommes. Dans la plupart des cas, les femmes sont sous-représentées dans la division « chirurgie », tandis qu'elles sont majoritaires dans les divisions « psychiatrie » et « gynécologie/obstétrique ». Quarante pour cent des médecins ont des enfants à charge et 70 pour cent habitent avec un(e) partenaire. La proportion entre médecins-assistants et chefs de clinique est de 3:1 au centre universitaire, de 5:1 dans les hôpitaux régionaux et les grands hôpitaux de district et de 25:1 dans les petits hôpitaux de district.

Au moment où ils commencent à exercer la profession de médecin d'hôpital, environ 40 pour cent des médecins ont déjà soutenu leur thèse. Il s'écoule en moyenne deux ans entre l'obtention du diplôme fédéral et du titre de docteur. Huitante pour cent des chefs de clinique possèdent un titre FMH.

Le salaire mensuel brut AVS s'élève en moyenne à 7 300 francs pour les médecins-assistants et 9 880 francs pour les chefs de clinique. Le niveau du salaire dépend étroitement du nombre d'années pendant lesquelles le médecin a exercé dans l'hôpital.

En ce qui concerne les heures de travail, il n'existe guère de dispositions fixées individuellement par voie contractuelle. Le nombre d'heures de travail hebdomadaires est déterminé en règle générale en fonction des besoins de l'établissement. En moyenne, un médecin a droit chaque année à 4 semaines de vacances, 1 semaine de compensation, 5 jours ou 11 demi-journées de compensation non consécutifs et 7 jours fériés. Ces droits sont généralement utilisés à 93 pour cent. La prescription de l'ordonnance selon laquelle les médecins devraient bénéficier d'au moins deux week-ends de congé par mois a été seulement respectée pour les trois quarts des participants durant les mois de janvier à avril 1998 (période sondée).

## Temps de travail planifié

L'évaluation des plans de service fait apparaître pour l'ensemble des hôpitaux une moyenne approchant les 59 heures de travail hebdomadaires. Ont été comptabilisées comme temps de travail toutes les heures de présence à l'hôpital (services de piquet exclus). Ce sont les cliniques psychiatriques qui prévoient le temps de travail hebdomadaire le plus court (55 heures), alors que l'horaire le plus long est planifié par les

petits hôpitaux de district (75 heures). Le nombre d'heures de travail attribuées aux chefs de clinique est en général inférieur à celui prévu pour les médecins-assistants (55 heures contre 60). Cet état de fait est imputable aux services de garde de longue durée assurés principalement par des médecins-assistants dans les hôpitaux de district. En revanche, le temps de piquet par semaine est sensiblement plus élevé pour les chefs de clinique.

Il ressort de la comparaison entre le nombre d'heures planifiées par les hôpitaux participant à l'étude (58,3 heures) et celui prévu par les autres établissements (61,1 heures) que la valeur hebdomadaire valable pour l'échantillon est légèrement inférieure à celle indiquée par les établissements ne participant pas à l'enquête. Par conséquent, lorsque l'on considère non plus les heures planifiées mais les heures effectives, il s'avère nécessaire de corriger d'environ 1 pour cent à la hausse les temps de travail valables pour l'échantillon, afin que ces données soient représentatives de l'ensemble des hôpitaux bernois. A noter enfin que les chiffres relatifs aux temps de travail planifiés sont entachés de quelques incertitudes, du fait que les hôpitaux ne disposent généralement pas de valeur journalière ou hebdomadaire fixe.

## Temps de travail hebdomadaire

A l'échelle du canton, le temps de travail planifié pour une semaine atteint en moyenne 57,7 heures pour un poste à temps complet pendant les mois de mai et juin 1998.

Tableau A: Vue d'ensemble du temps de travail hebdomadaire

	Temps de travail hebdomadaire en mai et juin 1998	Nombre de postes dans le canton
Tous les hôpitaux	66,2 heures	986
<b>Type d'hôpital</b>		
Centre universitaire	65,6 heures	518
Hôpitaux régionaux	70,2 heures	215
Grands hôpitaux de district	74,7 heures	77
Petits hôpitaux de district	69,8 heures	55
Cliniques psychiatriques	54,5 heures	121
<b>Divisions</b>		
Médecine	63,2 heures	376
Chirurgie	73,3 heures	302
Gynécologie et obstétrique	73,8 heures	77
Soins intensifs / anesthésie	63,4 heures	59
Psychiatrie	54,8 heures	122
Autres	64,4 heures	50
<b>Fonctions</b>		
Médecin-assistant	66,9 heures	711
Chef de clinique	64,0 heures	275

Source: données pondérées de 293 médecins issus de 14 hôpitaux

Le temps de travail effectif mesuré pendant la période d'observation équivaut à une moyenne de 66,2 heures hebdomadaires. Pour le calcul de cette moyenne, les données relatives au type d'hôpital, aux divisions et aux fonctions ont été pondérées en tenant compte du nombre de postes. Ont été considérés et évalués comme temps de travail dans la variante principale toutes les activités effectuées à l'hôpital (horaire normal et services de garde) ainsi que les services de piquet. Cette définition est celle qui se rapproche le plus des dispositions de l'ordonnance. Toutefois, une définition plus stricte a aussi été examinée, de façon à pouvoir établir des comparaisons avec les professions non médicales. Deux concepts supplémentaires ont également été utilisés pour permettre de saisir les activités effectuées en dehors des heures de présence à l'hôpital.

Après correction des temps de travail mesurés dans la variante principale pour tenir compte des absences prévisibles sur une base annuelle (semaines de compensation), on obtient sur 48 semaines un temps de travail hebdomadaire moyen de 62,8 heures. En outre, si l'on tient compte des services de piquet et des heures effectuées en dehors de l'hôpital, surtout dans le domaine du perfectionnement, le temps de travail hebdomadaire augmente de 4 heures pour atteindre le chiffre de 66,8 heures. Par conséquent, les temps de travail effectifs sont sensiblement supérieurs au maximum de 58 heures prescrit par l'ordonnance. Plus de la moitié des médecins (53%) dépassent cette limite.

Par type d'hôpital, les mois de mai et juin 1998 font apparaître la situation suivante: les moyennes de temps de travail enregistrées par les grands hôpitaux de district (74,8 heures), les petits hôpitaux de district (69,8 heures) ainsi que les hôpitaux régionaux (70,2 heures) sont très nettement supérieures aux valeurs calculées pour le centre universitaire (65,6 heures) et les cliniques psychiatriques (54,5 heures). A relever que si les heures creuses, les pauses et les périodes de repos sont déduites du service de garde, le temps de travail hebdomadaire mesuré dans les petits hôpitaux de district accuse une baisse marquée (de 69,8 à 51,9 heures). Cette constatation traduit la fréquence particulière des services de garde de nuit et de week-end dans ce type d'établissement.

L'examen des chiffres inscrits par division révèle par ailleurs que les temps de travail les plus élevés sont effectués en «gynécologie et obstétrique» (73,8 heures) et en «chirurgie» (73,3 heures). Toutefois, la particularité exposée ci-dessus concernant les petits hôpitaux de district vaut aussi pour la division de gynécologie et

obstétrique: si l'on exclut les heures creuses, les pauses et les périodes de repos, le temps de travail obtenu (59,2 heures) n'est plus très différent de celui enregistré dans la division de «médecine» et dans les domaines intitulés «autres» (radiologie, dermatologie etc.) et «soins intensifs/anesthésie». La division de psychiatrie est celle qui enregistre le nombre d'heures le moins élevé.

Si l'on analyse les temps de travail par rapport aux fonctions, on constate une tendance uniforme: les médecins-assistants effectuent plus d'heures de travail que les chefs de clinique. Cette situation s'explique par le fait que les médecins-assistants assurent plus souvent des services de garde, qui comptent comme temps de travail à part entière. Les chefs de clinique assurent en revanche plus fréquemment des services de piquet, pour lesquels seul le temps nécessaire à l'intervention est comptabilisé comme temps de travail.

On estime à 90 le nombre de médecins qui ont effectué plus de 90 heures par semaine pendant la période de l'enquête. Ceux-ci travaillent le plus souvent au sein d'un hôpital de district (évaluation en fonction du type d'hôpital), dans la division de chirurgie (évaluation en fonction des divisions). Ils sont généralement plus jeunes que les autres médecins et n'exercent leur activité que depuis peu de temps. Pour environ 20 d'entre eux, il s'était écoulé moins d'une année depuis l'obtention de leur titre fédéral.

Des études comparables réalisées à l'hôpital cantonal de St-Gall, à l'hôpital universitaire de Zurich ainsi que dans neuf autres hôpitaux zurichois ont donné des résultats analogues quant aux temps de travail effectués.

### **Temps de travail annuel**

Calculé pour un poste à temps complet, le temps de travail annuel est de 3 016 heures en moyenne, ce qui représente environ 1 000 heures de plus que pour les autres catégories professionnelles. Ce chiffre inclut les heures de présence à l'hôpital (y compris les pauses et les périodes de sommeil pendant le service de garde) et les services de piquet. Si l'on soustrait à ce total le temps de travail consacré explicitement au perfectionnement, à la préparation d'une thèse ainsi que toutes les pauses (y compris les périodes de repos et de sommeil pendant le service de garde), on obtient une moyenne annuelle de 2 611 heures. Cette moyenne comprend également le perfectionnement implicite (p.ex. rapports, visites). A l'inverse, si l'on tient compte des activités de perfectionnement et des tâches administratives accomplies en dehors du temps de travail normal et des services de garde

et de piquet, la moyenne annuelle passe de 3 016 à 3 207 heures.

### Durée des services, travail de nuit et pauses de midi

Le critère d'analyse en matière de durée de service est fourni par l'article 13, 4<sup>e</sup> alinéa de l'ordonnance, en vertu duquel le temps de présence ne doit pas excéder 36 heures consécutives. Afin de contrôler dans quelle mesure cette prescription est respectée, il faut au préalable définir à quel moment commence un nouveau service. Dans la variante principale, il a été convenu de considérer qu'un nouveau service débute après un intervalle de 8 heures de repos. Conformément aux termes de l'ordonnance, les pauses et les périodes de sommeil pendant le service de garde sont comptabilisées comme du temps de travail.

Les résultats montrent que 1,7 pour cent de tous les services effectués ne sont pas conformes à la règle, ce qui ne représente pas plus de 100 cas. La majorité des services sont en réalité nettement inférieurs à la limite, puisque la durée moyenne est de 13,1 heures. Seulement 14 pour cent des services dépassaient 15 heures. Enfin, près de la moitié des médecins ont travaillé plus de 20 heures d'affilée au moins une fois par semaine. La durée la plus longue pour un service ininterrompu est de 137 heures.

Les répercussions des horaires prolongés sur la qualité du travail n'étaient pas l'objet de la présente étude. Toutefois, la durée des services précédant une opération a été examinée à titre indicatif. Sur un total de 422 services, seuls les plus longs ont été pris en considération. Il ressort de cette analyse que 50 pour cent d'entre eux ont duré plus de 12,7 heures et 1 pour cent plus de 36 heures. Le service le plus long précédant une opération s'est prolongé jusqu'à plus de 39,8 heures.

Trente-neuf pour cent des médecins ont dû assurer un service de garde de nuit au moins une fois par semaine. En moyenne, une nuit (22h00 à 7h00) se divise en deux tiers de repos et un tiers de travail effectif. La période de repos (5,2 heures) est généralement interrompue une fois. Quant à la durée maximale de repos ininterrompu par nuit, elle atteint en moyenne 4,1 heures. Il faut noter toutefois que la durée de temps de repos ininterrompu la plus fréquente varie fortement suivant le type d'hôpital: inférieure à 2 heures pour le centre universitaire et les hôpitaux régionaux, de 4 à 6 heures pour les grands hôpitaux de district et de 6 à 8 heures pour les petits hôpitaux de district.

Les médecins ont la possibilité de prendre une pause à midi, c'est-à-dire pendant qu'ils effec-

tuent leur horaire de travail normal, environ quatre fois par semaine. Les autres pauses de midi coïncident avec un service de piquet ou une période de temps libre. Sur ces quatre pauses théoriques, seules trois sont effectivement prises, les médecins continuant à travailler lors de la quatrième. La proportion de médecins qui ont pu prendre chaque jour une pause de midi est de 55 pour cent contre 45 pour cent qui ont continué à travailler une ou plusieurs fois sans discontinuer. Une pause de midi dure en moyenne 43 minutes.

### Incidence des différentes activités et formes de travail

Le temps de travail des médecins-assistants et des chefs de clinique se répartit généralement comme suit: 42 pour cent est consacré à des activités en contact direct avec les patients et environ 22 pour cent à des activités relatives aux patients. Représentant environ un cinquième du travail hebdomadaire, les tâches administratives viennent en troisième position dans l'utilisation du temps de travail. Le temps voué à la préparation d'une thèse dans l'enceinte de l'hôpital est pratiquement insignifiant. En fait, les médecins-assistants qui travaillent sur une thèse le font essentiellement pendant leur temps libre. Le temps de travail consacré explicitement au perfectionnement représente à peine 2¼ heures par semaine. Cette proportion pourrait toutefois s'avérer plus importante pour les postes qui comportent une composante «perfectionnement». Ce temps de perfectionnement implicite n'est pas directement recensé par la présente étude. Néanmoins, il est très probable que ce dernier soit plus important dans son étendue et dans sa structure que le perfectionnement explicite.

Tableau B: Vue d'ensemble des activités

Activité	Part
Activités en contact direct avec les patients	34,1%
Opérations	8,3%
Activités relatives aux patients	21,7%
Administration	18,6%
Perfectionnement explicite	4,1%
Recherche/enseignement	3,8%
Thèse	0,2%
Heures creuses	2,3%
Pause durant le service de garde	2,0%
Repos/périodes de sommeil durant le service de garde	4,4%
Autres	0,5%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>

Source: données pondérées de 315 médecins issus de 14 hôpitaux

Les pauses et les périodes de repos ou de sommeil correspondent en tout à 6,4 pour cent du

temps de travail (médecins-assistants: 7,8%; chefs de clinique: 3,1%), cette proportion étant notablement plus élevée dans les hôpitaux de district que dans les autres établissements. Il serait donc faux de croire qu'une bonne partie du travail hebdomadaire d'un médecin passe en périodes de repos et de sommeil. Souvent jugées excessives, les heures creuses ne représentent pas plus de 2,3 pour cent du temps de travail. En plus du temps de travail proprement dit, certaines tâches professionnelles sont également accomplies à la maison. Ces activités concernent en priorité le perfectionnement, l'enseignement et la recherche, mais comprennent aussi des tâches relatives aux patients et à l'administration.

Les trois quarts du temps de travail des médecins sont effectués pendant leurs horaires normaux, (jour ouvrable et travail de jour), le dernier quart étant effectué lors des services de garde dans l'enceinte de l'hôpital. Les services de piquet ne représentent normalement que 2 pour cent environ du temps de travail. Si l'on prend comme base une semaine de 168 heures, il reste aux médecins, après déduction des heures de travail normales et des services de garde et de piquet, environ 80 heures pendant lesquelles ils jouissent d'une liberté de mouvement plus ou moins complète. Il apparaît que les chefs de clinique disposent généralement de moins de temps libre que les médecins-assistants (65 heures contre 85). Enfin, en comparant les piquets planifiés et les services effectivement assurés pendant la période de l'enquête, on obtient pour cette catégorie une proportion de 14 pour cent environ du temps de travail.

### Rapport temps de travail - salaire

Comment devraient évoluer les salaires si les conditions de travail actuelles restaient stables? Quatre médecins sur cinq environ s'accordent à penser qu'ils devraient bénéficier d'une augmentation de salaire pour rétablir l'équilibre entre temps de travail et rémunération. A peine 19 pour cent n'estiment pas nécessaire de modifier les salaires, le niveau actuel pouvant être maintenu. Pour les personnes qui souhaitent une augmentation de salaire, la hausse demandée est de l'ordre de 29 pour cent par rapport au salaire actuel.

Dans l'hypothèse inverse, comment devrait évoluer le temps de travail si les salaires restaient constants? A une très forte majorité (90%), les médecins souhaitent voir diminuer leur nombre d'heures hebdomadaires. Seule une personne sur dix ne revendique pas de modification de son temps de travail actuel. Pour les médecins qui demandent une réduction du temps de tra-

vail hebdomadaire, la baisse demandée est en moyenne de 16,5 heures (médiane: 15 heures). En s'appuyant sur le chiffre moyen de 66,3 heures hebdomadaires, on obtient après la déduction souhaitée une semaine de 50 heures.

Lorsque les médecins sont invités à désigner la combinaison «temps de travail – salaire» qui obtient leur préférence, une forte majorité se rallie à la proposition visant une diminution du temps de travail sans réduction de salaire (57%). La solution prévoyant une hausse de salaire à travail égal vient en deuxième position (17%) et la variante proposant une réduction du temps de travail avec hausse de salaire en troisième position (12%). La possibilité de réduire le temps de travail avec baisse proportionnelle du salaire obtient les suffrages de 7 pour cent des médecins. Enfin, 3 pour cent se prononcent en faveur du statu quo.

Les résultats obtenus doivent être replacés dans le contexte du nouveau décret sur les traitements (BEREBE) entré en vigueur en 1997. En vertu de cette nouvelle réglementation, la progression du traitement des médecins qui commencent à exercer (progression en fonction de l'expérience) sera comparativement plus basse que par le passé.

### Contraintes professionnelles

Les médecins participant à l'enquête ont rendu un tableau très nuancé de leur situation de travail. Ils indiquent d'une part les sources de contrainte, qui représentent pour la plupart d'entre eux un problème sérieux, et se démarquent d'autre part des contraintes potentielles qui ne les concernent pas.

Le degré global de pression et de contrainte évalué par les médecins est étonnamment élevé et supérieur à la moyenne relevée par des études portant sur d'autres catégories professionnelles. Les dix contraintes principales sont (par ordre d'importance):

- Manque de temps pour la famille/le couple
- Manque de temps pour les loisirs
- Longueur des horaires de travail
- Trop de travail administratif
- Manque de temps pour se reposer
- Travail de nuit
- Difficultés à séparer la vie privée de la vie professionnelle
- Manque de temps, stress
- Manque de temps pour le perfectionnement
- Réglementations bureaucratiques au sein de l'hôpital

Si l'on considère cette liste dans son ensemble, on remarquera que les trois contraintes les plus fortes se rapportent au temps de travail et que six sur dix sont exclusivement imputables à ce

problème. La réglementation du temps de travail et les conséquences qui en résultent constituent donc l'aspect le plus pesant de leur travail. Dans les détails, ces différents points sont jugés «plutôt fortement», voire «très fortement» pesants par un pourcentage de médecins variant entre 50 et 75 pour cent. Ceux qui se sentent fortement soumis à des pressions liées au temps de travail sont généralement des médecins jeunes et peu expérimentés. Les femmes interrogées ressentent particulièrement ces pressions. Les contraintes résultant du nombre élevé d'heures de travail et de ses répercussions sont exprimées avec le plus de force dans les hôpitaux de district.

Les autres motifs de grief portent sur un excès de tâches administratives, le stress, le manque de temps pour le perfectionnement ainsi que sur les réglementations bureaucratiques des hôpitaux. Très peu d'importance est accordée aux contraintes imputables à un manque d'organisation, une mauvaise ambiance de travail, au comportement des supérieurs hiérarchiques, ainsi qu'aux contraintes inhérentes à la profession.

### Mesures proposées pour diminuer le temps de travail

Sur un total de 322 médecins interrogés, 280 ont cité au moins une mesure qui permettrait selon eux de réduire leurs horaires de travail. La plupart estiment qu'il faudrait engager du personnel supplémentaire afin de diminuer la pression à laquelle ils sont soumis. Il s'agirait d'une part de personnel médical, afin d'abaisser le nombre de patients et, partant, le temps de travail par médecin, et d'autre part de personnes n'appartenant pas au corps médical, telles que des secrétaires et des assistants médicaux ou du personnel soignant spécialement formé, qui seraient à même de décharger les médecins de toutes les tâches qui ne font pas directement partie de leur profession, en premier lieu du travail administratif. En outre, les participants à l'enquête sont d'avis qu'il faudrait procéder à des améliorations dans les domaines de la planification, de l'organisation et de la gestion. Les revendications les plus fréquentes visent d'une part à optimiser la planification du travail (programmes d'opération, coordination des horaires) et à informer les médecins le plus tôt possible de leurs interventions, et d'autre part à constituer des unités de compétences plus petites (développement de centres de profit). Quelques médecins demandent une analyse plus poussée des plans de travail et de l'organisation de l'hôpital. Une proposition qui revient souvent consiste à introduire ou à étendre le travail en équipe (principe du réseau de médecins de nuit). Enfin, les médecins espèrent également que les pres-

criptions légales auront des répercussions sur la durée de leurs horaires de travail (nombre d'heures maximal, compensation stricte ou paiement des heures supplémentaires) et souhaitent que ces dispositions soient formulées de manière claire et non équivoque. Des mesures légales sont également demandées pour régler les relations avec les assureurs-maladie, de nombreux médecins se plaignant en effet du temps perdu en correspondance avec les caisses-maladie.

En ce qui concerne la réduction du temps de travail annuel, les médecins privilégient les deux voies suivantes: réduire les horaires de travail hebdomadaires (39%) et accroître le temps libre et la compensation des heures supplémentaires en bloc sous forme de semaines de vacances ou de compensation (35%).

### Conséquences d'une compensation des heures supplémentaires

Les propositions formulées par les médecins en vue de réduire le temps de travail n'ont pas encore été examinées en détail. Celles-ci, ainsi que d'autres propositions, devront faire l'objet d'une évaluation. Pour l'heure, la Direction de la santé publique souhaite connaître l'ordre de grandeur du problème: quel but commun devraient viser les différentes mesures? Afin d'y répondre, nous avons calculé d'une part le nombre de postes supplémentaires requis en cas de compensation des heures supplémentaires et de l'autre, les coûts qui résulteraient du paiement des heures supplémentaires.

Si l'on voulait compenser intégralement les heures supplémentaires au sens de l'ordonnance en vigueur, il faudrait créer 154 postes supplémentaires à plein temps, en partant du principe que le maximum hebdomadaire est fixé à 58 heures. Si la limite était abaissée à 50 heures hebdomadaires, le nombre de postes supplémentaires requis passerait de 154 à 266. Ces chiffres représentent respectivement 16 pour cent (semaine de 58 heures) et 28 pour cent (semaine de 50 heures) du nombre de postes recensés en 1996.

Selon la limite hebdomadaire fixée, une compensation en espèces des heures supplémentaires, sur la base des salaires actuels, entraînerait des dépenses de l'ordre de 18,3 millions (58 heures) ou 27,9 millions (50 heures). Ces coûts seraient moins élevés si l'on appliquait les dispositions du nouveau décret sur les traitements.

Les calculs présentés ci-dessus ne sont valables qu'en l'absence de toute autre mesure (p.ex. au niveau de l'organisation).