

# Les médecins internes des hôpitaux genevois: un nom de baptême chargé de la symbolique de l'innovation

M. Kondo Oestreicher

La section genevoise de l'ASMAC annonce non sans une certaine fierté l'accord passé avec les directions administrative et médicale des Hôpitaux universitaires genevois (HUG). Cet accord prévoit une nouvelle identité des jeunes médecins des hôpitaux, celle de *Médecin interne des hôpitaux*, nouvelle dénomination qui a valeur de symbole fort et qui marque un tournant dans l'évolution de ce rôle pour lequel l'émulation professionnelle et l'excellence sont non seulement des objectifs théoriques mais bien une exigence au quotidien.

En effet, le médecin interne des hôpitaux se départit ainsi des préjugés liés aux employés de passage tels que les médecins assistants se perçoivent parfois eux-mêmes et sont certainement trop souvent perçus par d'autres.

L'accord prévoit en outre d'instituer la visibilité des médecins internes dans le projet d'entreprise des hôpitaux en mettant l'accent sur la spécificité de cette fonction qui se partage entre accomplissement d'un service médical de soins et perfectionnement professionnel. Les jalons sont posés: délai d'engagement d'au moins six mois avant l'entrée en fonction, définition d'un cahier des charges, visibilité dans la grille horaire d'un devoir et d'un droit de formation théo-

rique structurée et quantifiée, objectifs de formation selon le programme postgrade FMH ou plan de carrière individuel annexé à chaque contrat d'engagement (voir détails dans le tableau 1).

La création d'une commission paritaire se porte garante de l'application des objectifs institutionnels de cette convention. On peut imaginer qu'elle recourra à divers instruments de mesure tel que des enquêtes du type de celle qui vient d'être réalisée dans le cadre d'une thèse de docteur en médecine et qui s'intéresse à certaines habitudes des médecins internes et des chefs de clinique genevois. Cette thèse sera publiée prochainement et révèle des domaines où l'action de l'entrepreneur hospitalier pourrait potentiellement améliorer l'épanouissement des médecins. Un autre instrument sur l'effet de cet accord et qui sert aussi de garde-fou à une implémentation incontrôlée de ces innovations est la surveillance du nombre d'heures de travail hebdomadaire des médecins, dont la convention prévoit un relevé et une compensation des heures dépassant une limite supérieure (voir tableau 1).

La profession médicale s'est hissée au rang des professions les plus exigeantes. Cet état de fait n'est pas prêt de changer. La reconnaissance de la variété des formes sous lesquelles les pathologies s'expriment, les compétences émotionnelles et techniques pointues requises pour la prise en charge de chaque patient participent à la richesse de la Médecine toute catégories professionnelles confondues. Parallèlement, le rôle des médecins internes dans le réseau de soins a changé. Le conseil d'administration des HUG l'a compris et par son vote du 17 mai marque ainsi une étape décisive dans la transformation de ce rôle.

La convention ASMAC-HUG 2001 initie une rénovation à l'intérieur de l'institution hospitalière et peut être comparée métaphoriquement au matériau brut constituant la base d'une œuvre en devenir. Des options s'offrent aux médecins internes, des choix seront faits en commission paritaire de suivi en adéquation, nous le souhaitons, avec l'évolution séculaire du Système de Santé.

Le détail de la convention ASMAC-HUG 2001 peut-être consulté sur le site web <http://www.asmag.ch>

Correspondance:  
Dr Mitsuko Kondo Oestreicher  
HUG  
Rue Micheli-du-Crest 24  
CH1211 Genève 14

Tableau 1

Convention genevoise ASMAG-HUG (négociée janvier 2000 à mars 2001).

| Convention genevoise ASMAG-HUG   | Explications   |
|--|--|
| <p><b>Dénomination des médecins</b><br/><del>Assistants</del> → <i>Interne</i></p>   | <p>La reconnaissance et le respect de la fonction passent par une dénomination adéquate et adaptée à la situation actuelle. La dénomination du médecin assistant est une rémanence du début du siècle où le personnel médical était restreint et où on pouvait se prévaloir d'être l'assistant du professeur. Ce poste revenait à quelques rares élus qui se consacraient entièrement à leur formation; ils étaient assimilés aux sœurs religieuses, prédécesseurs des infirmières, ils vivaient à l'hôpital et bénéficiaient d'une prise en charge par l'hôpital des contingences quotidiennes. Ainsi ils étaient souvent, nourris, logés et blanchis. A ces rigueurs de la formation succédaient pour la grande majorité des médecins assistants une installation en pratique indépendante où le dévouement était compensé par un statut social et une liberté de décision importante.</p>                 |
| <p><b>Cahier des charges des internes</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– direction d'une unité de soins,</li><li>– formation postgrade,</li><li>– enseignement pratique prégradué,</li><li>– recherche (facultatif).</li></ul> <p><i>Evaluation à 3 niveaux</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– formative: au moins 2x/an, dont 1x durant le premier trimestre,</li><li>– des formateurs directs par les internes,</li><li>– de la structure de formation par les internes.</li></ul> | <p>Une des remarques souvent entendue est que l'une des causes de la surcharge horaire des médecins assistants est l'absence d'une définition des devoirs et des droits (cahier des charges). Aussi, toute tâche qui n'appartient pas au cahier des charges d'autres professionnels est-elle tacitement ajoutée aux tâches des médecins assistants.</p> <p>La définition des deux cahiers des charges présentés s'est largement inspirée de la description datant de 1975 du service d'évaluation des fonctions (SEF). Une place plus importante y a été faite à sa propre formation. Ces deux cahiers des charges correspondent à une base minimale qui devrait être adaptée selon les spécialités et le fonctionnement des services médicaux concernés.</p>  |
| <p><b>Cahier des charges des chefs de clinique</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– supervision des internes,</li><li>– participation à des tâches administratives,</li><li>– formation postgrade/continue,</li><li>– enseignement théorique et pratique prégradué,</li><li>– recherche.</li></ul> <p><i>Evaluation à 3 niveaux</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– formative,</li><li>– des formateurs directs,</li><li>– de la structure.</li></ul>                                   | <p>La distinction majeure entre le cahier des charges de l'interne et du chef de clinique réside dans la participation aux tâches administratives de l'établissement par les cadres intermédiaires tels que les cdc, et pas par les internes (exemple, codage à but de gestion).</p> <p>Une autre différence est la tâche de formation: les internes sont responsables de la formation prégraduée dans les limites de leur fonctionnement, c'est-à-dire durant leur activité clinique. L'enseignement théorique (AMC etc.) revient aux cdc et cadres supérieurs.</p>   |
| <p><b>Reconnaissance de la formation</b></p> <p>Inscription dans le règlement des services médicaux d'un <i>droit quantifié</i> à une formation:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– structurée théorique interne: 5 h / semaine en moyenne;</li><li>– structurée théorique externe: 5 j / an.</li></ul>   | <p>L'organisation de la formation postgrade/continue par la FMH et les disciplines de spécialités, l'obligation d'obtenir et de maintenir une qualification FMH et donc d'en satisfaire les exigences, d'une part, la responsabilité des HUG en tant que site de formation FMH et de lieux de soins de niveaux universitaires, d'autre part, rendent nécessaire l'inscription dans le RSM d'une reconnaissance quantifiée du droit minimal à la formation afin de donner les moyens aux médecins d'atteindre ces buts personnels et collectifs.</p> <p>Les services médicaux sont libres d'organiser la formation selon leurs besoins, des journées de formation cumulées pouvant compter pour autant d'heures hebdomadaires. Ils peuvent dispenser quantitativement davantage de formation que celle qui est prescrite ici. L'évaluation de la satisfaction des formés devrait sans ressentir d'autant.</p> |

**Mode d'engagement**

- contrat édité au moins 6 mois avant l'entrée en fonction;
- contrat administratif accompagné du *plan de formation* négocié, dont la durée peut s'étendre sur plus de 12 mois afin d'inscrire la volonté des chefs de service de prolonger l'engagement administratif annuel en conséquence (ce n'est pas une garantie contractuelle mais morale forte);
- possibilité pour un certain nombre d'obtenir des contrats d'engagement de plus de 12 mois.

**Prise en compte de la surcharge horaire**

- établissement d'un horaire maximal hebdomadaire dégressif sur 5 ans;
- horaire maximal hebdomadaire de 50 heures (dès 10/2005):  
55 heures dès 2001,  
54 heures dès 2002,  
53 heures dès 2003,  
52 heures dès 2004,  
50 heures dès 2005;
- compensation trimestrielle;
- taux de compensation 1,5 x;
- si compensation financière:  
les 40 premières heures supplémentaires annuelles sont remboursées au tarif horaire de salaire mensuel divisé par 200 heures, les 40 heures supplémentaires suivantes sont remboursées au tarif horaire de salaire mensuel divisé par 160 heures.

**Création d'une commission paritaire de suivi**

- dont la tâche est de surveiller l'application de cette convention;
- de résoudre les questions en suspens ou à venir.
- gardes et piquets: maintien de la directive 4.19.

La prolongation des contrats d'engagement de plus d'une année pour une majorité des médecins (demande de l'ASMAC) se heurte à des contraintes organisationnelles (allocations budgétaires annuelles) qui ne dépendent pas du contrôle de la direction. Toutefois, afin de tenir compte des promesses de formation qui répondent davantage aux cursus professionnels et s'organisent plusieurs années à l'avance, une formalisation des promesses sous la forme d'un plan écrit de formation/carrière sera exigée et accompagnera les contrats d'engagement administratifs, renforçant la responsabilité morale des HUG à l'encontre des médecins engagés sur des contrats annuels.

La reconnaissance des horaires de travail poursuit deux buts:

1. inciter l'analyse des flux de travail et en obtenir la rationalisation par la pression économique exercée par la compensation des heures supplémentaires;
2. promouvoir l'amélioration des conditions de travail des médecins.

L'objectif d'établir le principe d'un horaire maximal hebdomadaire est atteint.

L'ASMAC a donné son accord pour une réduction dégressive du plafond horaire de 55 heures dès 1<sup>er</sup> octobre 2001 à 50 heures dès le 1<sup>er</sup> octobre 2005 afin de permettre une adaptation budgétaire progressive et la plus réaliste possible, garantissant son application.

En principe, les heures supplémentaires seront compensées en temps et à défaut en argent. Bien que l'horaire maximal corresponde à un plafond horaire hebdomadaire, le calcul des heures supplémentaires est mensuel et est compensé par trimestre. Le taux horaire de compensation en temps est fixé à 1,5 fois. Celui en argent est de 1,5 fois et le prix de l'heure augmente avec le nombre d'heures supplémentaires effectuées.

La convention limite le nombre d'heures supplémentaires à compenser en argent à 80 heures annuelles.

Le suivi de l'application de cette convention est essentielle pour en garantir le respect et offrir aux médecins un lieu de consultation, de soutien et de conseil en cas de dérogation à la convention.

Des questions telles que les indemnités en cas de gardes et piquets ne font pas partie de la convention sous sa forme actuelle et pourront être discutées ultérieurement.