

Abstract - Groupe n° 39

Travail à temps partiel parmi les chirurgien.ne.s du CHUV : barrières et facilitateurs

Chloé Scheidegger, Alexiane Schelker, Zoé Schild, Nicole Shelley et Géraldine Taillard

Introduction

Le travail à temps partiel (abrégé par TP) est un sujet d'actualité porté par la nouvelle génération (1) qui souligne l'importance de l'équilibre entre la vie professionnelle et privée (2). Bien que de nombreuses spécialités médicales aient déjà commencé à intégrer le travail à TP dans leur fonctionnement, la chirurgie, elle, se trouve parmi les moins bons élèves dans ce domaine (3). Malgré l'importance de notre sujet, le contenu de la littérature grise ou scientifique traitant du TP chez les chirurgien.ne.s est à l'image de l'étendue de sa pratique dans cette spécialité, à savoir pauvre. La majorité des études sur le sujet sont étrangères et concernent principalement les généralistes et les pédiatres. Elles révèlent notamment que le TP est surtout demandé par les femmes pour des raisons familiales (4). Les lacunes de la littérature nous ont alors poussées à questionner les raisons de cette absence et à identifier les facteurs favorisant l'accès au TP en chirurgie au sein du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (abrégé par CHUV). Notre travail nous a permis de répondre à la question suivante : "Quels sont les barrières et les facilitateurs au temps partiel parmi les chirurgien.ne.s du CHUV ?".

Méthode

L'objectif de ce travail est d'explorer les possibilités de TP chez les chirurgien.ne.s du CHUV et d'en identifier les barrières et les facilitateurs ainsi que les avantages et inconvénients, qu'ils soient institutionnels, professionnels ou personnels. Pour ce faire, nous avons tout d'abord exploré la littérature scientifique, puis grise. Dans un second temps, un total de douze entretiens semi-structurés d'une trentaine de minutes ont été conduits notamment avec huit chirurgien.ne.s du CHUV, dont deux médecins assistant.e.s, trois chef.fe.s de clinique et trois médecins cadres dont un chef de service. Les ressources humaines du CHUV, un avocat, des membres de l'unité d'éthique clinique du CHUV, de la société suisse de chirurgie et du bureau de l'égalité de l'Unil ont également été interviewés. Les interlocuteur.trice.s ont été informés du but de l'étude et nous ont donné leur consentement oral ou écrit.

Résultats

Lors de nos entretiens, nous avons remarqué que le TP est rare dans le département de chirurgie, avec quelques différences entre les services. De nombreux éléments font actuellement obstacle au TP. Tout d'abord, la responsabilité de l'octroi de TP incomberait principalement au/à la chef.fe de service. La politique de service serait donc fortement influencée par sa propre vision du travail, différente selon les générations. Selon nos interlocuteur.trice.s, les anciennes générations sont souvent moins ouvertes au TP. L'envie de TP augmenterait chez les deux genres avec une prépondérance de demandes de TP chez les femmes. Actuellement, le fait d'être parent reste la seule raison acceptée pour accéder à un TP dans la majorité des cas. Il existe des différences d'accès en fonction du genre car les hommes osent moins demander et se voient plus facilement refuser un TP pour des raisons familiales que leurs collègues féminines. En chirurgie, les notions de « vocation » et de « dévouement » seraient encore largement répandues selon les interviewés. Les chirurgien.ne.s seraient prêts à faire de nombreux sacrifices et à consacrer énormément de temps à leur profession. Or, la qualité et la régularité de la pratique seraient plus importantes que le nombre d'heures de travail effectuées. Un autre obstacle concerne la transmission des informations. Plus il y a de TP, plus l'équipe devrait s'agrandir, ce qui entraînerait de nombreux intermédiaires et une perte d'information. Il serait ainsi plus difficile d'envisager le TP dans des services de soins aigus plutôt qu'électifs. En outre, les patients préféreraient être suivis par le/la chirurgien.ne qui les a opérés. Le TP nuirait alors à la continuité des soins, car la composition de l'équipe serait tous les jours différente. Selon les ressources humaines et les chirurgien.ne.s, le manque d'effectif serait une barrière au TP pour des raisons budgétaires et par manque de personnel formé dans les spécialités très pointues. De plus, lorsqu'un/une chirurgien.ne est à TP, l'absence de personnel supplémentaire engendrerait une compensation du travail par les collègues. Le système serait trop pyramidal, avec une carence de

postes hauts placés et un excès de médecins assistant.e.s. En outre, les postes à TP souhaités sont généralement à $\geq 80\%$ pour des raisons organisationnelles mais selon certain.e.s de nos interlocuteur.trice.s, il serait par exemple difficile de trouver du personnel intéressé par un 20% compensant un 80%. Le service serait alors obligé de proposer un poste à un pourcentage plus élevé, ce qui engendrerait une augmentation du budget. De surcroît, le TP prolongerait la formation en diminuant le temps d'exposition chirurgicale et en compromettant une pratique des gestes intensive nécessaire à la formation des chirurgien.ne.s. Le TP serait alors plus difficile à envisager avant l'obtention du titre FMH.

Selon nos interlocuteur.trice.s, les inconvénients du TP incluent des besoins organisationnels accrus, l'impossibilité de concilier la recherche, la clinique et l'enseignement et une coordination plus difficile entre les collaborateurs plus nombreux. De plus, bien que certain.e.s chirurgien.ne.s soient à TP, leurs heures de travail seraient toujours bien supérieures aux heures contractuelles, ce qui ferait souvent déborder leur travail sur les jours de congé.

Les principaux avantages du TP seraient la baisse de la fatigue et l'augmentation de la satisfaction professionnelle. Contrairement à nos a priori, le TP ne représenterait pas une menace pour les compétences techniques des chirurgien.ne.s après leur formation.

Pour ce qui est des facilitateurs, une majorité de nos interlocuteur.trice.s pense qu'avec le temps et le remplacement des chef.fe.s de service par la nouvelle génération, généralement plus ouverte au TP, une meilleure promotion du TP sera possible. Les motivations actuelles du TP sont la famille et la garde des enfants, mais la prévention du burnout et le bien-être, via les loisirs et le sport, ont également été cités par nos interlocuteur.trice.s. Concernant la famille, la progressive féminisation de la médecine citée par nos interviewés et l'augmentation du partage des tâches domestiques entre les deux genres engendreraient elles aussi un besoin accru en TP. D'un point de vue organisationnel, une communication efficace entre les équipes et une meilleure transmission de l'information pourraient faciliter le TP.

Discussion

Comme le reflètent le manque de littérature sur le sujet et nos entretiens, le TP reste rare en chirurgie. On note cependant une évolution, certes plus lente que dans d'autres spécialités (3), mais existante. La littérature et notre enquête de terrain indiquent que la raison principale des demandes de TP reste la famille, et ce autant chez les hommes que chez les femmes. Nous notons toutefois une inégalité d'accès selon le genre, à l'avantage des femmes. On remarque que la nouvelle génération serait le moteur principal, tandis que la mentalité des chef.fe.s de service plus âgé.e.s serait un frein majeur. Nous avons relevé une divergence de points de vue entre les RH et les chirurgien.ne.s concernant l'octroi du TP. Selon les RH, toute raison serait valable pour demander un TP, alors que les chirurgien.ne.s soutiennent que certaines raisons, surtout familiales, seraient mieux acceptées. La mise en place de dispositions organisationnelles, un soutien budgétaire, des effectifs en suffisance à tout niveau de hiérarchie et une excellente communication dans l'équipe seraient les éléments clés du changement. A l'avenir, ces éléments réunis favoriseraient une meilleure satisfaction au travail, une baisse de la fatigue, et de ce fait, de meilleurs soins prodigués aux patients (5). Néanmoins, le TP ne serait pas la solution à tous les problèmes, surtout pendant la formation.

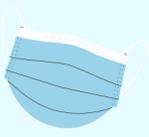
Références

1. Schmedding A, Sinnig M. The Future of Pediatric Surgery-Women and Part Time? Eur J Pediatr Surg. 2022;32(5):452-9. DOI: [10.1055/s-0042-1742301](https://doi.org/10.1055/s-0042-1742301)
2. Bodendieck E, Jung FU, Lupp M, Riedel-Heller SG. Burnout and work-privacy conflict - are there differences between full-time and part-time physicians? BMC Health Serv Res. 2022;22(1):1082. DOI: [10.1186/s12913-022-08471-8](https://doi.org/10.1186/s12913-022-08471-8)
3. Kavic SM. Part-Time Surgery. Surg Innov. SAGE Publications Inc; 2007;14(2):136-7. DOI: [10.1177/1553350607303211](https://doi.org/10.1177/1553350607303211)
4. [En ligne]. Bulletin des médecins suisses - Les femmes au bloc [cité le 25 juin 2023]. Disponible: <https://bullmed.ch/article/doi/saez.2023.21368>
5. Schwappach D. Corrélation entre épuisement des médecins et erreurs médicales. Rev Med Suisse. 2010;256(26):1421-1421.

Mot clés

temps partiel, chirurgie, chirurgien.ne.s, CHUV, facilitateurs, barrières

3 juillet 2023



TRAVAIL À TEMPS PARTIEL PARMIS LES CHIRURGIEN.NE.S DU CHUV : BARRIÈRES ET FACILITATEURS

Chloé Scheidegger, Alexiane Schelker, Zoé Schild, Nicole Shelley et Géraldine Taillard

Introduction

Dans notre société actuelle, où l'importance d'un meilleur équilibre entre vies professionnelle et privée prend de plus en plus d'ampleur (1), le développement de postes à temps partiel semble être un élément de plus en plus revendiqué (2) et intéressant à envisager. Mais qu'en est-il du métier de chirurgien.ne, où l'on retrouve des horaires imprévisibles, une formation longue et une forte notion de dévouement?

Objectifs

Explorer les barrières et les facilitateurs au temps partiel parmi les chirurgien.ne.s du CHUV, ainsi que ses avantages et inconvénients, qu'ils soient institutionnels, professionnels, ou personnels.



Méthode

- Analyse de la littérature scientifique et littérature grise
- 12 entretiens semi-structurés
 - Chirurgien.n.es assistant.e.s, chef.fe.s de clinique, cadre et chef de service du CHUV
 - Avocat
 - Société Suisse de chirurgie
 - Ressources humaines du CHUV
 - Membre de l'unité d'éthique clinique du CHUV
 - Bureau de l'égalité de l'Unil
- Analyse des données récoltées



"Le facteur favorisant c'est la nouvelle génération, les jeunes ont envie de s'impliquer au travail mais n'en font plus leur leitmotiv, ils vivent avant de travailler"
- Médecin cadre en chirurgie



"C'est un métier à vocation, surtout en chirurgie, les gens sont prêts à travailler beaucoup"
- Avocat



"Les vieux dragons doivent partir"
- Chef.fe de clinique en chirurgie

BARRIÈRES

- Politique de service, influence du/de la chef.fe de service
- Allongement du temps de formation
- Transmission des informations plus compliquée
- Continuité des soins
- Manque d'effectif formé dans des spécialités pointues
- Budget
- Mentalité (dévouement)



Résultats

FACILITATEURS

- Nouvelles générations et ouverture d'esprit
- Féminisation de la médecine
- Bonne communication dans l'équipe
- Organisation et créativité
- Services avec interventions chirurgicales principalement électives



AVANTAGES

- Chirurgien.ne.s moins fatigué.e.s, plus satisfait.e.s, plus performant.e.s
- Ne menace pas les compétences techniques après la formation



DÉSAVANTAGES

- Demande un effort d'organisation et de coordination pour les services et les collaborateurs
- Risque de débordement du travail sur le jour de congé
- Impossible de concilier la clinique, la recherche et l'enseignement



"Demander un temps partiel c'est connaître ses capacités et ses limites et savoir s'encadrer pour mieux performer"
- Médecin cadre en chirurgie

MOTIVATIONS

- Conciliation entre vies professionnelle et personnelle : surtout raisons familiales
- Éviter le burn-out, bien-être (loisirs et sport)



DIFFÉRENCES D'ACCÈS

- Actuellement, sauf exception, s'occuper de sa famille est la seule motivation acceptée
- À raisons parentales égales, les femmes se voient plus facilement accorder un temps partiel que les hommes



Discussion

- Le temps partiel reste rare en chirurgie, cependant c'est en évolution (3)
- Le temps partiel pendant la formation est difficilement envisageable
- L'évolution des mentalités ainsi que la mise en place de dispositions organisationnelles seraient les clés principales pour augmenter les possibilités de temps partiel
- A l'avenir, ces éléments réunis favoriseraient une meilleure satisfaction au travail, une baisse de fatigue, et de ce fait, de meilleurs soins prodigués aux patients (4)



"Il faut se demander si le milieu dans lequel on évolue arrive à considérer d'autres systèmes normatifs que celui qu'on s'est imposé."
- Membre de l'unité d'éthique clinique du CHUV

Remerciements

Nous tenons à remercier tou.te.s nos intervenant.e.s pour leur participation éclairante. Nous remercions également notre tutrice Rose-Anna Foley pour nous avoir guidées tout au long de ce travail.

Contacts

chloe.scheidegger@unil.ch, alexiane.schelker@unil.ch,
zoe.schild@unil.ch, nicole.shelley@unil.ch, geraldine.taillard@unil.ch

Références

1. Bodendieck E, Jung FU, Lupp M, Riedel-Heller SG. Burnout and work-privacy conflict - are there differences between full-time and part-time physicians? BMC Health Serv Res. 2022;22(1):1082. DOI: 10.1186/s12913-022-08471-8
2. Schmedding A, Sinnig M. The Future of Pediatric Surgery-Women and Part Time? Eur J Pediatr Surg. 2022;32(5):452-9. DOI: 10.1055/s-0042-1742301
3. Kavic SM. Part-Time Surgery. Surg Innov. SAGE Publications Inc; 2007;14(2):136-7. DOI: 10.1177/1553350607303211
4. Schwappach D. Corrélation entre épuisement des médecins et erreurs médicales. Rev Med Suisse. 2010;256(26):1421-1421.