

Santé des médecins de premier recours en Suisse¹

Résultats de la première enquête nationale

Patrick Bovier, Martine Bouvier Gallacchi, Catherine Goehring, Beat Künzi

Au printemps 2002, sous l'impulsion du Collège de médecine de premier recours (CMPR) [1] et avec le soutien de l'Académie Suisse des Sciences Médicales, une grande enquête épidémiologique sur l'état de santé des médecins de premier recours suisses a été réalisée par un groupe de praticiens installés, en collaboration avec le département de médecine communautaire et le service qualité des soins des HUG [2]. Un an plus tard, des résultats préliminaires ont été présentés aux instances du CMPR lors de leur retraite annuelle à Grindelwald, aux cadres de la Société Suisse de Médecine Générale lors de leur réunion au Bürgenstock [3], dans plusieurs congrès en Suisse et dans d'autres colloques de formation continue à Berne et Genève. Ces résultats ont même suscité l'intérêt de la presse romande [4]. Il convient maintenant de les présenter à tous les médecins de premier recours, comme nous l'avons promis il y a un an [3].

Méthode

Nous avons envoyé un questionnaire de 158 questions à un échantillon aléatoire de 3000 médecins de premier recours, identifiés dans le fichier d'adresses de la FMH. Comme médecins de premier recours, nous avons sélectionné les porteurs d'un titre de spécialiste en médecine générale, médecine interne générale et pédiatrie. Nous avons également inclus les médecins praticiens sans titre

de spécialiste. Parmi ces 3000 médecins, 244 ont été exclus pour diverses raisons: 218 ne se considéraient pas comme des médecins de premier recours, 15 n'exerçaient plus, 3 personnes étaient décédées et 8 avaient des adresses incorrectes.

Le questionnaire était constitué de questions standardisées et validées sur la santé [5], l'épuisement professionnel [6-9], la satisfaction professionnelle [10], la consommation de tabac, d'alcool [11] et de médicaments. Il a été complété par des questions spécifiques sur la charge de travail, les comportements de recherche de soins (consultations médicales, idées suicidaires), les facteurs de stress dans la vie professionnelle et privée et les stratégies de lutte contre le stress.

Résultats

Après un premier envoi et 2 rappels, 1784 médecins ont renvoyé un questionnaire rempli, soit un taux de réponse de 65%. Les femmes ont été un peu moins nombreuses à répondre, de même que les médecins tessinois, les internistes généralistes et les praticiens sans titre de spécia-

Tableau 1. Taux de réponse des participants.

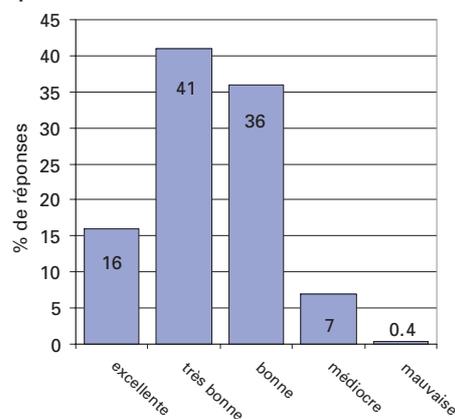
		Taux de participation	
		n	%
Sexe	femme	293	61
	homme	1491	66
Langue	allemand	1303	66
	français	433	63
	italien	48	59
Titre FMH	généraliste	805	73
	interniste	596	60
	pédiatre	164	68
	sans titre FMH	219	51

liste (tableau 1). Les médecins généralistes ont été plus de 70% à répondre, preuve de leur intérêt pour les sujets abordés!!!

Etat de santé et suicidalité

Une majorité des participants à l'enquête pensent que leur santé est très bonne (41%), voire excellente (16%). Soixante-neuf pour cent se sont sentis heureux «souvent», «très souvent» ou «en permanence» au cours des 4 dernières semaines (figure 1). En comparaison avec d'autres données suisses, une santé «excellente» avait été rapportée par 19% des étudiants immatriculés à l'Université de Genève

Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est:



Au cours des 4 dernières semaines, vous vous êtes senti heureux?

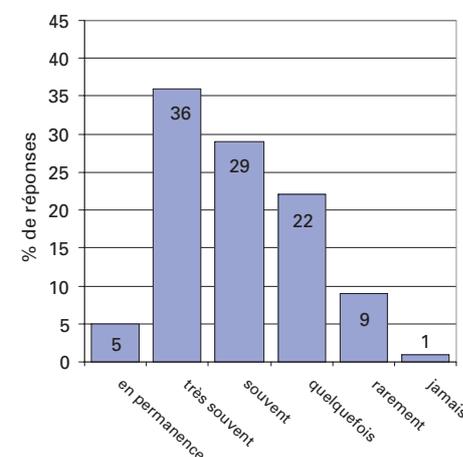


Figure 1. Etat de santé subjectif rapporté par les médecins de premier recours en Suisse (2002).

1 Die deutschsprachige Version dieses Artikels wird in einer der nächsten Nummern von PrimaryCare publiziert.

[12] et 21% des médecins internes et chefs de clinique des HUG [13] et une santé «bonne» par 42% et 37% respectivement. Seuls 2% des médecins internes et chefs de clinique des HUG étaient heureux «en permanence», 20% «très souvent» et 31% «quelquefois».

Concernant le suicide, plus des deux tiers des médecins interrogés (69%) disent avoir entendu parler d'un (ou plusieurs) cas qu'ils ne connaissaient pas personnellement. Un peu moins de la moitié (43%) affirment connaître personnellement un collègue qui s'est suicidé. Près d'un tiers (28%) expliquent avoir connu eux-mêmes une phase suicidaire. Enfin, 5% des médecins ont des pensées suicidaires actuelles. Ces chiffres sont à considérer avec précaution, car les statistiques en la matière sont d'une pauvreté déconcertante; elles interdisent donc toute comparaison avec d'autres corps de métier en Suisse ou à l'étranger. Dans une étude anglaise, le taux de pensées suicidaires était plus élevé chez les généralistes (14%), mais semblable à nos résultats parmi des consultants hospitaliers (5%) [14]. En ce qui concerne le taux de suicide, des données de l'Office Fédéral de la Statistique entre 1979 et 1988 montraient un risque relatif de décès par suicide de 3 à 6 fois plus élevé parmi les médecins, par rapport à une population du même âge [15]. Malheureusement depuis 1988, l'OFS n'enregistre plus la profession des personnes décédées lors d'un suicide. Sur le plan international, une revue systématique portant sur le suicide chez les médecins [20] a montré que le risque relatif par rapport à la population générale était de 1,3 à 3,4 chez les hommes et de 2,5 à 5,7 chez les femmes.

Épuisement professionnel ou «burnout»

Les questions que nous avons utilisées pour mesurer cet aspect de la profession des médecins de premier recours permettent de définir trois axes: l'épuisement émotionnel, le sentiment de dépersonnalisation (perte d'intérêt vis-à-vis des patients, considérés comme des objets impersonnels) et l'accomplissement personnel (sentiment de gratification/valorisation

au travers de l'activité professionnelle). Pour chacun de ces trois aspects du burnout, environ un médecin sur cinq atteint des scores élevés (19%, 23% et 16% respectivement). Un médecin sur trois (31%) atteint des scores élevés sur les échelles d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation.

Une étude effectuée auprès de 457 infirmiers et infirmières suisses en 1991 [16] avait montré des taux d'épuisement émotionnel légèrement plus élevés (25%), des taux de dépersonnalisation plus bas (13%) et des taux d'accomplissement personnel semblables (16%). Il faut cependant noter que l'échantillon normatif utilisé (donc les seuils des scores menant à un burnout élevé) était différent. En comparaison avec les résultats d'études internationales, le taux de burnout est moins élevé dans notre enquête. En effet, en fonction des conditions de travail et des spécialités, les scores élevés d'épuisement émotionnel peuvent varier de 27% à 53% selon les auteurs [17–19], ceux liés à la dépersonnalisation de 19% à 64%, et les scores d'accomplissement personnel de 13% à 49%. Une étude effectuée auprès de 1435 spécialistes hollandais [20] utilisant le MBI selon un échantillon normatif hollandais a montré que le stress professionnel et la satisfaction professionnelle étaient des prédicteurs importants du burnout, en particulier de l'épuisement émotionnel. Les auteurs concluent à un effet protecteur de la satisfaction professionnelle contre les effets négatifs du stress; ils soulignent également l'importance des facteurs liés à l'organisation du travail plus que les facteurs personnels dans la gestion du stress. Une autre publication comparant ce même groupe de médecins hollandais avec un groupe de médecins américains [21] conclut que le stress et la satisfaction ont un effet direct sur le burnout, ainsi que les interférences entre le travail et la vie privée. Les variables sociodémographiques, le type de pratique et les heures de travail ont un effet sur le stress et la satisfaction au travers des variables médiatrices, que sont le contrôle sur le travail, les interférences entre le travail et la vie privée et le soutien de l'entourage. Le taux de burnout

des médecins américains est de 22% (mesuré sur une échelle différente de celle du MBI) et le taux de burnout des médecins hollandais, mesuré par la dimension de l'épuisement émotionnel selon le MBI est de 11 à 22%. Les propositions pour la prévention du burnout, basées sur ce travail, sont l'amélioration du contrôle des médecins sur leur travail et la diminution des interférences entre le travail et la vie privée. Dans le groupe américain, le burnout était plus élevé chez les femmes que chez les hommes (28 vs. 21%, $p < 0,01$), alors qu'il n'y avait pas de différence significative entre femmes et hommes chez les médecins hollandais [22].

Si seul un médecin de premier recours sur cinq montre des signes de burnout en Suisse, taux encore raisonnable par rapport à d'autres études internationales, celui-ci pourrait augmenter, suite aux changements du système de santé qui sont en cours, comme cela s'est déjà produit dans d'autres pays.

Comportement de recherche de soins

Un tiers des participants à l'enquête (35%) avoue avoir de la difficulté à être soigné et seul un sur cinq (21%) a un médecin de famille, contre 89% pour la population suisse [23]. Au cours des 12 derniers mois, un peu plus de la moitié ont consulté un thérapeute (53%): 13% ont consulté un médecin de premier recours, 10% un collègue de travail, 8% un spécialiste de santé mentale et 28% un autre médecin ou thérapeute (57% des femmes médecins ont consulté un gynécologue). Ce taux de recours à un thérapeute est plus bas que celui de la population suisse (79%), mais nettement plus élevé en ce qui concerne les problèmes psychiques (seuls 4% des personnes de l'enquête suisse sur la santé ont consulté un thérapeute au cours des 12 derniers mois pour un problème psychique, dont 55% un psychiatre). Enfin, 41% des médecins qui ont répondu éprouvent avoir de la difficulté à soigner des confrères.

Ces comportements de recherche de soins vont à l'encontre des recommandations élaborées par certaines associations médicales qui préconisent que tout médecin ait lui-même un médecin traitant [24, 25].

Prise de médicaments

Au cours des 7 derniers jours, 65% des médecins déclarent avoir pris un médicament quelconque, dont 9 fois sur 10 en automédication. Ce chiffre est nettement supérieur à la population suisse, où seuls 41% des personnes sondées en 1997 et 42% en 1992 affirmaient avoir pris un médicament dans la dernière semaine écoulée. Les médicaments les plus souvent pris sont des anti-douleurs (34%), suivis par les anti-hypertenseurs (13%), les benzodiazépines (9%) et les antidépresseurs (7%). La consommation d'antihypertenseurs est similaire (11%), alors que la prise d'antalgiques est nettement plus basse dans la population suisse (17%). Seules les personnes de plus de 75 ans ont une consommation d'antalgiques équivalente! En ce qui concerne la prise d'antidépresseurs, celle-ci n'est que de 5% dans la population générale.

Tabagisme et consommation d'alcool

La proportion de fumeurs réguliers chez les médecins de premier recours est de 12,4% (tableau 2). Ce taux peut être comparé aux résultats de l'enquête suisse sur la consommation de tabac, aussi appelée «Tabakmonitoring» [26], qui se déroule depuis janvier 2001 par interview téléphonique auprès d'un échantillon représentatif de 2500 personnes âgées de 14 à 65 ans chaque trimestre. Selon les résultats de 2001–2002, publiés en juin 2003, 32% de la population fume (23% quotidiennement et 9% occasionnellement), 19% sont des ex-fumeurs et 49% n'ont jamais fumé. Les hommes fument plus que les femmes (37% vs. 29%). Les personnes

ayant une formation supérieure fument moins que celles avec une formation inférieure (20% vs. 31%). Les médecins de premier recours fument donc nettement moins que la population générale, et également moins que la population ayant fait des études supérieures.

La consommation régulière d'alcool est par contre nettement plus répandue que dans la population suisse: seuls 3% des hommes médecins se disent abstinents contre 14% dans la population masculine suisse. Chez les femmes médecins également, seuls 12% des praticiennes sont abstinents par rapport à 30% des femmes suisses. Les études effectuées dans d'autres pays sur la prévalence de l'alcoolisme chez les médecins praticiens apportent des résultats contradictoires: le risque ne semble cependant pas plus élevé que dans une population de niveau socioéconomique comparable. Les autres problèmes d'addiction, en particulier médicamenteuse, semblent par contre plus fréquents que dans la population générale.

Facteurs de stress

Le niveau de stress professionnel est intense ou très intense chez 44% des participants (figure 2). Le stress occasionné par la vie privée est moindre, mais malgré tout intense ou très intense pour 16% des répondants. L'intensité du stress ressenti varie selon le sexe: les femmes rapportent un niveau de stress un peu moins prononcé que les hommes pour la vie professionnelle (36% de stress lié au travail intense ou très intense chez les femmes vs. 45% pour les hommes) et légèrement plus intense pour la vie privée (17% de

stress lié à la vie privée intense ou très intense chez les femmes vs. 16% pour les hommes).

Bien que ce chiffre résulte d'une simple question, il correspond au taux de stress retrouvé par Caplan (48%) [14] chez des généralistes anglais. Une autre étude longitudinale auprès de généralistes anglais [27] a estimé la prévalence du stress à 33%. Ces chiffres sont plus élevés que ceux retrouvés dans la population générale. Les principaux facteurs de stress identifiés par notre collectif sont des facteurs extrinsèques tels que les changements du système de santé suisse, la charge de travail administratif et le travail lié aux assurances, l'image de la médecine dans les médias et les exigences des patients. Les facteurs intrinsèques tels que l'incertitude diagnostique, la nécessité de maintenir ses connaissances à jour ou l'accompagnement des mourants arrivent loin derrière.

Les Canadiens, dans leur déclaration politique sur la santé des médecins [25], ont identifié comme principaux facteurs de stress le volume de travail, la privation de sommeil, les exigences de l'enseignement et de la recherche, la crainte de procès pour faute professionnelle et les exigences croissantes de la communauté. Une étude australienne très complète [28] a également mis en évidence comme principaux facteurs de stress des facteurs extrinsèques tels que le bas niveau de rémunération, la pression du temps, les attentes irréalistes de la communauté, l'interférence du gouvernement et les interférences entre le travail et la vie privée. Selon une étude canadienne menée en 1986 auprès de 2584 médecins [29], les principales sources de stress étaient le temps de piquet («time on call»), le total des heures de travail, la nécessité de maintenir ses connaissances à jour, la nécessité de maintenir un revenu adéquat et les relations entre la profession médicale et le gouvernement.

Selon certains auteurs, les facteurs intrinsèques, tel un sens autocritique élevé [27], joueraient aussi un rôle important dans le stress ressenti par les médecins.

Tableau 2. Tabagisme et consommation de boissons alcoolisées par les médecins de premier recours en Suisse (2002).

Tabagisme	%	% homme	% femme
Non fumeurs	65	64	71
Ex-fumeurs	22	23	18
Fumeurs actifs	13	13	11

Boissons alcoolisées	%	% homme	% femme
Abstinents au cours des 12 derniers mois	5	3	12
Moins de 6 boissons standards par occasion	61	59	76
6 boissons standards ou plus par occasion	34	38	12

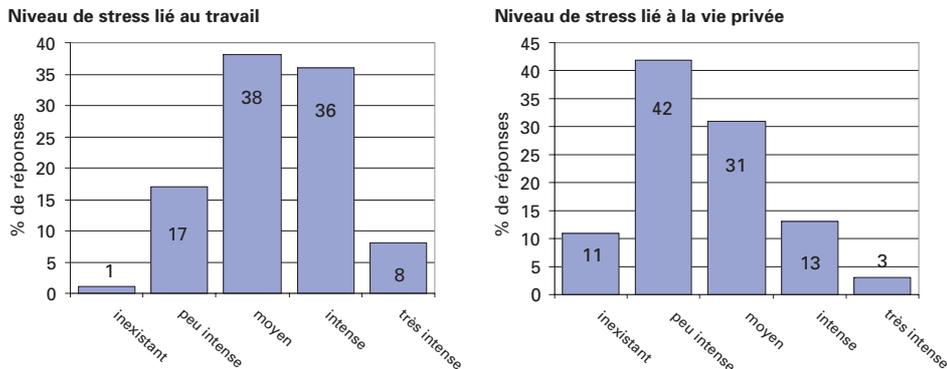


Figure 2. Niveau de stress lié au travail et à la vie privée rapporté par les médecins de premier recours en Suisse (2002).

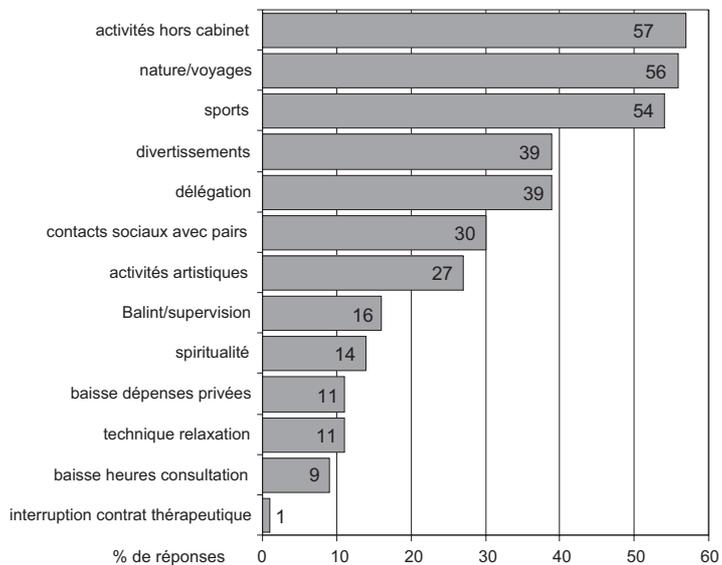


Figure 3. Stratégies utilisées régulièrement pour lutter contre le stress professionnel par les médecins de premier recours en Suisse (2002).

Stratégies de lutte contre le stress

Les stratégies utilisées par les médecins de premier recours pour lutter contre le stress professionnel sont en premier lieu des activités extra-professionnelles comme les activités hors cabinet, le contact avec la nature, les voyages, les sports, et les divertissements (figure 3). Les stratégies d'ordre professionnel, comme la délégation, arrivent en cinquième position seulement et ne sont employées que par 39% des médecins. La supervision n'est utilisée régulièrement que par 16% des répondants. La baisse des heures de consul-

tation et des dépenses privées n'est utilisée que par une personne sur dix. Enfin, l'interruption du contrat thérapeutique est très rarement pratiquée (1%).

Interférences

vie privée – vie professionnelle

Pour deux tiers des médecins, le travail déborde souvent sur le temps libre (figure 4). Pour la moitié environ, le travail ne laisse pas suffisamment de temps pour la vie de famille. Comme précédemment décrit, le nombre de gardes effectuées est très variable et la réponse à la ques-

tion concernant les gardes, jugées excessives par 32%, est à interpréter dans ce contexte. Un peu moins d'un quart des participants est souvent dérangé par les patients dans sa vie privée et la grande majorité s'estime soutenue par son partenaire.

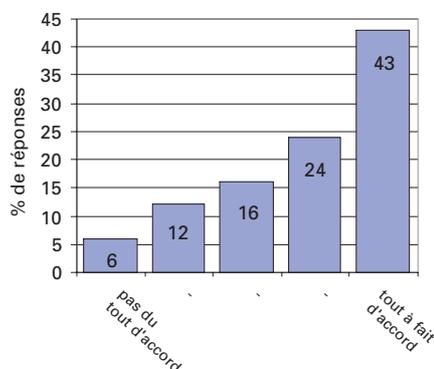
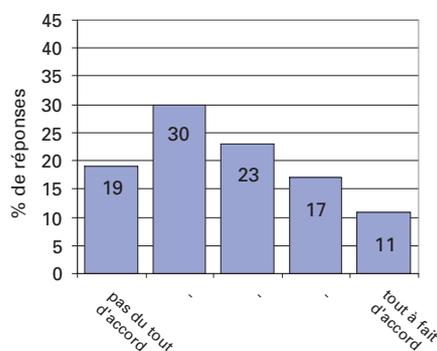
Contrôle sur le travail

Un meilleur contrôle des activités professionnelles est recommandé classiquement pour diminuer le stress ressenti par les travailleurs: à responsabilités égales, le fait de pouvoir contrôler le déroulement du travail diminue le stress ressenti [30]. Dans notre échantillon de médecins presque tous indépendants (NB: seulement 2% de médecins salariés), le contrôle sur les différents aspects de l'organisation du travail varie. Il est élevé sur l'environnement de travail, la planification de l'agenda et encore le nombre d'heures de travail, mais le nombre de patients et surtout les dérangements durant les consultations semblent plus difficiles à contrôler.

Opinions vis-à-vis de la profession médicale

Environ 1 médecin sur 5 choisirait une autre profession s'il devait recommencer une carrière professionnelle, et un sur 5 changerait de spécialité (tableau 3). La grande majorité (72%) estime que les conditions de la pratique de la médecine de premier recours se sont détériorées ces dernières années. Plus de la moitié (54%) estiment que les patients sont trop exigeants, et moins d'un tiers (29%) sont optimistes pour le futur de la médecine de premier recours. Enfin, à la question «Si vous pouviez recommencer votre carrière, choisiriez-vous un autre métier?», seul un médecin sur 5 répond par l'affirmative. Chez les femmes, moins sujettes au burnout (leur charge de travail hebdomadaire de travail est inférieure de 25% en moyenne à celle des hommes), un tiers choisiraient peut-être, probablement ou sûrement de ne pas devenir médecin et près de 40% changeraient de spécialité.

Une enquête menée auprès d'un large échantillon de médecins vaudois en été

Mon travail déborde souvent sur mon temps libre**Mon horaire de travail me laisse suffisamment de temps pour la vie de famille****Figure 4.**

Interférences entre vie privée et vie professionnelle rapportées par les médecins de premier recours en Suisse (2002).

Tableau 3. Opinions des médecins de premier recours en Suisse sur leur profession et son avenir (2002).

Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou pas avec les affirmations suivantes:	Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord				
Si je devais à nouveau choisir, je ne serais pas médecin	49%	19%	14%	11%	7%
Si je devais recommencer ma carrière médicale, je choisirais une autre spécialité	50%	19%	11%	11%	9%
Les conditions de pratique de la médecine de premier recours se sont détériorées ces dernières années	4%	9%	15%	22%	50%
Les patients sont trop exigeants	4%	14%	28%	35%	19%
Je suis optimiste pour le futur de la médecine de premier recours	18%	27%	26%	21%	8%

2001 [31, 32] avait mis en évidence une certaine crise de confiance, malgré une satisfaction professionnelle encore élevée (91% des médecins considéraient que leur métier leur apportait beaucoup ou suffisamment de satisfaction professionnelle). Pratiquement 75% des médecins vaudois jugeaient que l'évolution des conditions d'exercice de leur métier avait été insuffisante ou mauvaise, 85% avaient une opinion négative pour le futur de la profession et la majorité déconseillaient à leurs enfants de choisir une carrière médicale. Ces résultats obtenus dans un collectif de médecins de toutes spécialités confondues sont comparables aux nôtres, bien que les médecins de premier recours restent encore un peu plus optimistes quant à l'avenir de leur profession.

Limites de l'étude

Premièrement, étant donné la nature transversale de cette étude, il ne nous est pas possible d'établir de manière absolument formelle des liens de causalité entre les différentes variables. Deuxièmement, nos analyses sont essentiellement descriptives, sans ajustement: il ne nous est donc pas possible de déterminer dans quelle mesure certains de ces résultats pourraient être altérés par des facteurs de confusion. Des analyses plus approfondies seront nécessaires afin de confirmer ces premiers résultats. Finalement, bien que notre taux de réponse ne soit que de 65%, il est nettement supérieur à celui de la plupart des enquêtes effectuées auprès de médecins installés, qui dépasse rarement les 50%.

Conclusions

Cette enquête a permis d'établir un premier état des lieux de la situation professionnelle des médecins de premier recours en Suisse. En comparaison avec d'autres études internationales, les médecins suisses se portent encore assez bien, mais sont très inquiets pour l'avenir. Ils sont soumis à un niveau élevé de stress, dû aux contraintes professionnelles et changements du système de santé. Malgré ce bilan assez positif, environ un médecin sur cinq présente des symptômes de burnout.

Nous espérons que ces résultats permettront d'attirer l'attention sur des problèmes souvent méconnus, négligés ou passés sous silence, de promouvoir l'enseignement pré- et postgradué de cette problématique et enfin d'alimenter le débat, non seulement au sein de la communauté médicale mais aussi avec les autres acteurs non médicaux, sur l'avenir et la qualité de notre système de santé.

Recommandations

En se basant sur les recommandations de diverses associations médicales [25, 28, 33], nous proposons les points suivants comme base de réflexion initiale pour tenter de répondre aux problèmes mis en évidence lors de cette enquête:

1. Prévention et dépistage des problèmes liés au stress professionnel et au «burnout»

Dépistage précoce (lors de la formation pré- et postgradué).

- Diffusion d'instruments d'autoévaluation du burnout ou de la dépression permettant une prise de conscience du problème.
- Diffusion de témoignages personnels de médecins ayant vécu et surmonté des problèmes de burnout, dépression ou addiction [34-36].

Diffusion des stratégies ou programmes de lutte contre le stress et le burnout [37-40].

- Recommandation aux médecins d'éviter l'autodiagnostic et l'autotraitement.

- Promotion des activités de supervision et de formation continue spécifique dans ce domaine.

2. Mise en place de structures d'entraide

Sur le plan médical

- Favoriser la création de programmes de soutien et d'entraide accessibles et rigoureusement confidentiels (par exemple: ligne téléphonique d'entraide, groupes de soutien de pairs).
- Conseils aux médecins devant soigner d'autres collègues [41] et offrir aux médecins intéressés à traiter leurs collègues des programmes de formation continue sur la santé des médecins.

Sur le plan professionnel

- Système permettant de remplacer les médecins praticiens pour des périodes prolongées si nécessaire.
- Aides pratiques pour la gestion du cabinet (organisation du travail, redéfinition des tâches) et des systèmes informatiques.

3. Redéfinition du rôle de la médecine de premier recours dans notre système de santé

Redéfinir le contrat social qui lie le médecin de premier recours à la société [42].

- Décalage entre les attentes des médecins, ce pour quoi ils ont été formés et la réalité actuelle de la profession.
- Redéfinir explicitement le contrat tacite ou psychologique qui lie le médecin à la société, pour trouver un accord entre les différents points de vue du gouvernement, des assureurs, des patients et des soignants.

Se réapproprié et cultiver le sens («meaning») de la médecine de premier recours [43], afin que cette profession reste attractive pour les praticiens actuels et futurs. Faire du «lobbying» auprès des autorités politiques pour faire reconnaître l'importance de la santé des médecins et ses déterminants par rapport à la qualité des soins dans notre système de santé.

Remerciements

Nous tenons à remercier le Collège de médecine de premier recours qui a eu l'initiative de ce projet, l'Académie Suisse

des Sciences Médicales et la Commission Recherche et Réalisation en Médecine Appliquée (RRMA) pour le financement de l'étude, Mme V. Kolly pour la conduite de l'enquête postale, M. Croci (imprimeur de l'Université de Genève) pour les travaux d'impression et la préparation des envois postaux, M. le Professeur T. Perneger (Service Qualité des soins, HUG) pour ses conseils sur le questionnaire et la conduite de l'enquête, ainsi que tous les collègues tessinois, romands et suisses-alémaniques qui nous fait part de leurs commentaires dans la phase de pré-test du questionnaire et qui ont participé à l'enquête.

Le rapport complet de cette étude est disponible auprès du Dr C. Goehring (catherine.goehring@bluewin.ch) ou du Dr Patrick Bovier (patrick.bovier@hcuge.ch).

Références

- 1 Comment se portent les médecins de premier recours. Appel à la soumission pour une étude. Bulletin des médecins suisses 2001;82:1974.
- 2 Goehring C, et al. Comment se portent les médecins de premier recours? PrimaryCare 2002;2:254-6.
- 3 Goehring C. Les médecins de premier recours suisses sont (encore!) heureux ... PrimaryCare 2003;3:358.
- 4 Schaad B. Les médecins, ces malades qui s'ignorent. Hebdo 2004(3): p. II-VI (cahier spécial).
- 5 Gandek B, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol 1998; 51:1171-8.
- 6 Kleiber D, Enzmann D, Gusy B. Instrumentenhandbuch zu Arbeitsbedingungen und psychischer Gesundheit in helfenden Berufen. Schriftenreihe des Instituts für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung and der FU-Berlin. Vol. 1. Berlin: FU-Berlin; 1997.
- 7 Maslach C, Jackson S, Leiter M. Maslach Burnout Inventory Manual (3rd ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologist's Press; 1996.
- 8 Maslach C, Schaufeli WB, Leiter M. Job burnout. Annu Rev Psychol 2001;52:397-422.
- 9 Sirigatti S, Stefanile C. Adattamento italiano MBI - Maslach Burnout Inventory. Firenze: Organizzazioni Speciali; 1993.
- 10 Bovier PA, Perneger TV. Predictors of work satisfaction among physicians. Eur J Public Health 2003;13:299-305.
- 11 Bush K, et al. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Arch Intern Med 1998; 158:1789-95.
- 12 Bovier P. Etude sur les besoins de santé des étudiants à l'Université de Genève. Département de médecine communautaire. Genève: Hôpitaux Universitaires de Genève; 1998.
- 13 Torgler J. Consommation de substances, stress et santé des médecins des hôpitaux universitaires de Genève. Thèse de la Faculté de médecine. Université de Genève. Genève; 2002.
- 14 Caplan RP. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. BMJ 1994;309:1261-3.
- 15 Amrein J. Annäherung an ein Tabuthema. Schweizerische Aerztezeitung 1999;80:556-8.
- 16 Aries M, Zuppiger I. Burnout beim Pflegepersonal? Studie zur Arbeitssituation und zu den psychischen Belastungen des Pflegepersonals. CH-8304 Wallisellen: Eigenverlag; 1993. p.151.
- 17 Shanafelt TD, et al. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Ann Intern Med 2002;136:358-67.
- 18 Ramirez AJ, et al. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. Lancet 1996;347:724-8.
- 19 Grassi L, Magnani K. Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians. Psychother Psychosom 2000;69:329-34.
- 20 Visser MR, et al. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. CMAJ 2003;168:271-5.
- 21 Linzer M, et al. Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands. Am J Med 2001;111:170-5.
- 22 Linzer M, et al. Sex differences in physician burnout in the United States and the Netherlands. J Am Med Womens Assoc 2002; 57:191-3.
- 23 Office fédéral de la statistique, Enquête suisse sur la santé. OFS: Neuchâtel;1997.
- 24 Hartwig B, Nichols A. General practitioner health and well-being. West J Med 2001;174:25.
- 25 Puddester D. The Canadian Medical Association's Policy on Physician Health and Well-being. West J Med 2001;174:5-7.
- 26 Keller R, Krebs H, Hornung R. Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum (Tabakmonitoring). Psychologisches Institut, Sozialpsychologie II, Universität Zürich; 2003.
- 27 Firth-Cozens J. Predicting stress in general practitioners: 10 year follow up postal survey. BMJ 1997;315:34-5.
- 28 Hartwig B, Nichols A. GP health and well-being: the issues explored. Brisbane: Brisbane North Division of general Practice; 2000.
- 29 Richardsen AM, Burke RJ. Occupational stress and job satisfaction among physicians: sex differences. Soc Sci Med 1991;33:1179-87.
- 30 Karasek R, et al. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. Am J Public Health 1981;71:694-705.

- 31 Merrien FX. Médecins vaudois relativement heureux aujourd'hui, mais inquiets pour demain. *Courrier du Médecin Vaudois* 2001;7:3-4.
- 32 Merrien FX, Buttet AC. Le médecin vaudois aujourd'hui. *Médecine&Hygiène* 2002.
- 33 Chew M, Williams A. Australian general practitioners: desperately seeking satisfaction. *Med J Aust* 2001;175:85-6.
- 34 Bennett L. The next steps. *BMJ* 2003;326:103.
- 35 Trutmann M. Burnout in der Praxis. *Bulletin des médecins suisses* 2001;82:1751-3.
- 36 Anonymous. The loneliness of an alcoholic doctor. *BMJ* 2003;327:78.
- 37 Heim E. Coping with occupational stresses in health professions. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1993;43:307-14.
- 38 Chambers R, Davies M. What stress in primary care! London: the Royal College of General Practitioners;1999.
- 39 Kersley SE. Can you let go of being perfect? *BMJ* 2003;327:76.
- 40 Gundersen L. Physician burnout. *Ann Intern Med* 2001;135:145-8.
- 41 Freeman A, Adams K. Looking after doctor patients. *BMJ* 2003;326:105.
- 42 Smith, R. Why are doctors so unhappy? There are probably many causes, some of them deep. *BMJ* 2001;322:1073-4.
- 43 Remen RN. Recapturing the soul of medicine: Physicians need to reclaim meaning in their working lives. *West J Med* 2001;174:4-5.

Dr Patrick Bovier
Département de médecine interne
HUG
24, rue Micheli-du Crest
CH-1211 Genève 14
patrick.bovier@hcuge.ch

Apropos

Histoires de Noël

Chères lectrices, chers lecteurs,

La rédaction de PrimaryCare souhaite publier dans son numéro de fin d'année (n° 51/52-2004 qui paraîtra le 17 décembre 2004) des récits de Noël écrits par des médecins de premier recours. Vous vous souvenez sûrement d'une histoire vécue qui vous a particulièrement touchée? Alors, chères et chers collègues, à vos plumes!

Vous pouvez adresser vos textes jusqu'au 29 novembre 2004 à Natalie Marty (marty@primary-care.ch).

Cordialement,

La rédaction