

PRIMARY AND HOSPITAL CARE

Le journal de médecine interne générale à l'hôpital et au cabinet médical

Numéro 4
5 avril 2023

Thématique
Le bien-être des médecins

114 20 ans de recherche sur
le burnout

Sonja Weilenmann, Tobias Spiller, Mary Princip,

121 L'anatomie du temps
Alexander Ghanem

126 Au secours, ma patiente
est (aussi) médecin!

Alexandra Rölli Odermatt

Comment se portent nos médecins?



Lea Muntwyler
SSMIG

Des médecins surmenés, une relève insuffisante en raison de places d'études limitées et une dépendance vis-à-vis du personnel spécialisé étranger, avec en parallèle une augmentation du nombre de traitements, une évolution démographique, une multimorbidité croissante, une charge bureaucratique démoralisante, une baisse des compétences en matière de santé au sein de la population et des lacunes en matière de numérisation – les médias, les politiques et les professionnels eux-mêmes tirent publiquement la sonnette d'alarme sur l'état du système de santé suisse.

La rédaction du «Primary and Hospital Care» a profité de ces discussions pour consacrer un numéro au thème du «bien-être des médecins».

Au travers de divers articles, le présent numéro aborde le sujet sous différentes perspectives: tandis que le Dr Staeck, le Prof. Streit et la Prof. Zambrano, de l'Université de Berne, se penchent sur la santé du corps médical suisse en mettant l'accent sur les médecins en formation initiale et postgraduée (p. 106), la Dre Weilenmann, le Dr Spiller, la Dre Princip et le Prof. von Känel reviennent concrètement sur 20 ans de recherche sur le «burnout» et les autres indicateurs de stress chez les médecins suisses.

Nous ne voulons toutefois pas en rester à des considérations théoriques. Nous vous proposons également les conseils d'une experte en matière de prévention du stress dans la pratique médicale quotidienne (p. 100) et vous présentons «ReMed», le réseau de soutien pour les médecins en crise (p. 108). Dans l'esprit de l'interprofessionnalité, la Dre Anna-Katharina Ansorg et le Prof. Dr Streit montrent, à l'aide d'un exemple concret, comment les médecins

de famille peuvent être déchargés par les coordinatrices et coordinateurs en médecine ambulatoire (CMA) s'agissant de la prise en charge des patientes et patients atteints de diabète de type 2 (p. 110). Comment les médecins peuvent-ils briser la multitude de rôles, de paradigmes et d'habitudes traditionnelles dans le quotidien hospitalier? Le Prof. Dr Ghanem explore cette question dans un article sur «l'anatomie du temps» (p. 121). Permettez-nous en outre de clore ce thème pesant par un peu d'humour sec sous la forme d'une bande dessinée. Après tout, rire est bon pour la santé.

En collaboration avec ses partenaires mfe, FMH et d'autres organisations, la SSMIG s'engage pour des conditions de formation postgraduée et continue et des conditions de travail attrayantes, ainsi que pour une relève suffisante et hautement qualifiée. Le «SSMIG Prix Lumière» récompense des projets qui améliorent la satisfaction professionnelle au cabinet médical ou à l'hôpital. Et le «SSMIG Teaching Award» (appel à candidature p. 102) distingue des enseignants, des mentors ou des coaches qui s'engagent de manière exceptionnelle en faveur de la relève médicale. Ceci, pour ne citer que quelques initiatives. Les défis actuels ne peuvent être relevés qu'ensemble. Le prochain Congrès de printemps de la SSMIG, qui se tiendra du 10 au 12 mai 2023, aura dès lors comme devise «Together for better care».

Avec ce message printanier et plein d'espoir, nous vous souhaitons une bonne lecture sur un sujet qui vous touche certainement de près.



Responsabilité rédactionnelle

Lea Muntwyler, SSMIG
Responsable communication/marketing
Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG)
Monbijoustrasse 43
Postfach
CH-3001 Berne
lea.muntwyler[at]sgaim.ch



126

- 97 **Éditorial: Comment se portent nos médecins?**
Lea Muntwyler

99 ACTUALITÉS

- 99 **SSMIG: Ensemble pour une meilleure prise en charge médicale**
Christoph Henzen, Balthasar Hug
- 100 **SSMIG: Prévention du stress dans la pratique médicale quotidienne**
Sabine Werner
- 102 **SSMIG: Actualités en bref**
- 103 **mfe: Rencontre régionale 2023**
- 104 **mfe: Séminaire «Installation en pratique indépendante»**

106 THÉMATIQUE: LE BIEN-ÊTRE DES MÉDECINS

- 106 **Des médecins en bonne santé pour de bons soins de santé**
Robert Staack, Sven Streit, Sofia Zambrano
- 108 **ReMed – le réseau de soutien de la FMH pour les médecins**
Peter Christen, Esther Kraft
- 110 **La coordinatrice ou le coordinateur en médecine ambulatoire (CMA) dans l'accompagnement des patientes et patients atteints de diabète de type 2**
Anna-Katharina Ansorg, Sven Streit
- 114 **20 ans de recherche sur le burnout et les autres indicateurs de stress chez les médecins suisses**
Sonja Weilenmann, Tobias Spiller, Mary Princip, Roland von Känel
- 121 **L'anatomie du temps**
Alexander Ghanem
- 124 **«Pour accroître le bien-être, il est important d'en parler»**
Jeanne Moor
- 126 **Au secours, ma patiente est (aussi) médecin!**
Alexandra Rölli Odermatt



Online only:

D'autres articles sont disponibles en ligne sous
<https://primary-hospital-care.ch/fr/magazine-en-ligne/list>

Impressum

Primary and Hospital Care

Organe officiel de mfe Médecins de famille et de l'enfance Suisse, de la Société Suisse de Médecine Interne Générale SSMIG, de la pédiatrie suisse, du Collège de Médecine de Premier Recours CMPR, de l'Académie Suisse de Médecine Psychosomatique et Psychosociale ASMPP, des Jeunes médecins de premier recours Suisses JHaS et des Swiss Young Internists SYI. Il est membre du «Committee on Publication Ethics» (COPE) et est répertorié dans le «Directory of Open Access Journals» (DOAJ), ce qui lui permet de répondre aux exigences de l'ISFM concernant les revues à comité de lecture (peer review). Contact: +41 61 467 85 52, office@primary-hospital-care.ch, www.primary-hospital-care.ch. Soumission de manuscrits en ligne: www.manuscriptmanager.net/phc

Rédaction interne à la maison d'édition: Matthias Widmer (managing editor a.i.); Jasmin Hell (managing editor); Caroline Murphy (assistante de rédaction)
Rédaction scientifique: Prof. Dr Stefan Neuner-Jehle, Zurich (rédacteur en chef); PD Dr Roman Hari, Bern (rédacteur en chef adjoint); Prof. Dr Thomas Dieterle, Arlesheim; Prof. Dr Jacques Donzé, Neuchâtel; Dr Alexandra Rölli Odermatt, Bern; Dr Alexandre Ronga, Lausanne; Dr Manuel Schaub, Bern
Responsabilité éditoriale de la rubrique de politique professionnelle «Actualités»: Sandra Hügli-Jost (mfe), Lea Muntwyler (SSMIG), Claudia Baeriswyl (SSP), François Héritier (CMPR), Niklaus Egloff (ASMPP), Regula Kronenberg (JHaS), Tobias Tritschler (SYI)

ISSN: version imprimée: 2297-7171 / version en ligne: 2297-721X

© EMH Editions médicales suisses SA (EMH), 2023. «Primary and Hospital Care est une publication libre (open access) des EMH sous la licence CC BY-NC-ND 4.0, qui accorde aux utilisateurs le droit illimité de re-

produire, distribuer et communiquer l'œuvre au public sous les conditions suivantes: (1) le nom de l'auteur doit être mentionné, (2) l'œuvre ne doit pas être utilisée à des fins commerciales et (3) l'œuvre ne doit en aucun cas être adaptée ou modifiée. L'utilisation commerciale n'est permise qu'avec l'autorisation explicite et préalable des EMH et sur la base d'un accord écrit.

Maison d'édition: EMH Editions médicales suisses SA, Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz, tél. +41 61 467 85 55, www.emh.ch

Annonces: Markus Will, Tél. +41 61 467 85 97, markus.will@emh.ch et Philipp Lutzer, Tél. +41 61 467 85 05, philipp.lutzer@emh.ch

Abonnements: EMH Kundenservice, Postfach, 4601 Olten, Tel. +41 58 510 29 73, emh@asmig.ch

Remarque: Toutes les données publiées dans ce journal ont été vérifiées avec le plus grand soin. Les publications signées du nom des auteurs reflètent avant tout l'opinion de ces derniers, pas forcément celle de la rédaction. Les posologies, indications et formes d'application mentionnées doivent en tous cas être comparées aux notices des médicaments utilisés, en particulier pour les médicaments récemment autorisés.

Concept créatif: Agence Guido Von Deschanden

Production: Vogt-Schild Druck AG, www.vsdruk.ch/

Photos: toutes les photos sont mises à disposition, sauf indication contraire.
Photo de couverture: © Sarinya Pinngam | Dreamstime.com

printed in
switzerland



7^e Congrès de printemps de la SSMIG

Ensemble pour une meilleure prise en charge médicale

Christoph Henzen, Balthasar Hug

Luzerner Kantonsspital



Christoph Henzen



Balthasar Hug

Crise climatique, avancée technologique, changements démographiques – nous vivons des transformations dans presque tous les domaines de la vie. En tant que médecins, nous sommes quotidiennement exposés à ces bouleversements au cabinet et à l'hôpital.

D'un côté, les progrès révolutionnaires de la technique et la médecine suscitent l'enthousiasme (mot-clé «intelligence artificielle») et, de l'autre, la situation en matière de ressources est de plus en plus critique: la pénurie de personnel qualifié a désormais rattrapé presque tous les hôpitaux et la médecine de famille, tandis que les changements climatiques occasionnent de «nouvelles» maladies et la relation paterna-liste médecin-patient est remise en question par le «patient empowerment» et la «shared decision-making». Au-delà de la pénurie de personnel, les médecins ont de moins en moins de temps pour leurs patientes et patients ainsi que leurs proches du fait de la bureaucratisation et l'économisation croissantes de la médecine.

Ces thèmes sont au cœur du 7^e Congrès de printemps de la SSMIG qui aura lieu du 10 au 12 mai 2023 au Congress Center de Bâle.

Avec la keynote lecture tenue par l'éminent professeur Reto Knutti et diverses présentations sur le climat, nous accorderons une place centrale au thème «Climate Change and

Health». Notre bagage scientifique doit nous permettre d'assumer la responsabilité médicale en faveur du climat. L'intelligence artificielle offre elle aussi des opportunités et possibilités de traitement des patientes et patients. C'est ce que présentera la professeure Lia Bally lors de sa keynote lecture sur l'exemple de la gestion du diabète au moyen de l'intelligence artificielle (IA). Avec l'utilisation de l'IA dans le quotidien clinique, nos processus peuvent s'améliorer et gagner en efficacité, ce qui sera présenté de manière exemplaire au cours de différents ateliers.

En tant que médecins, nous devons idéalement faire face ensemble aux défis résultant des transformations mentionnées – et ce grâce à l'échange collégial et l'accompagnement interprofessionnel et interdisciplinaire des personnes malades. C'est pourquoi le Congrès de printemps porte cette année sur le thème «Together for better care». Nous considérons que cette interprofessionnalité et cette collaboration sur un pied d'égalité entre toutes les parties prenantes est une condition importante pour une

médecine sensée et «intelligente», qui prend soin des ressources. Diététiciennes et diététiciens, personnel soignant et autres professionnels de santé sont donc eux aussi chaleureusement invités à participer au Congrès de printemps de la SSMIG de cette année. Ces personnes ainsi que les médecins assistants et assistants bénéficient de conditions spéciales; les étudiantes et étudiants en médecine peuvent même s'inscrire gratuitement. La SSMIG promeut ainsi l'échange interprofessionnel et convainc la relève médicale de la discipline la plus variée – la médecine interne générale.

Avec l'attribution pour la première fois du Prix Lumière, la SSMIG répond à la nécessité de promouvoir la recherche et l'innovation: qu'il s'agisse de modèles de travail avancés, de mesures de promotion de la relève ou du partage d'emplois – le «SSMIG Prix Lumière» met véritablement en lumière les idées innovantes dans notre discipline. Partageons nos connaissances!

La SSMIG tient compte des besoins des personnes participantes en organisant un congrès sous forme de projet pilote hybride. Ainsi, vous pouvez désormais visiter les différentes manifestations depuis votre bureau ou votre salon. Vous trouverez d'autres informations ainsi que le programme scientifique sur www.sgaim.ch/cp23.

Plus que 34 nuits avant le plus grand congrès médical de Suisse. Nous nous réjouissons de vous voir!

Cordialement,
Prof. Dr méd. Christoph Henzen
et Prof. Dr méd. Balthasar Hug
Hôpital cantonal de Lucerne

Responsabilité rédactionnelle

Lea Muntwyler, SSMIG
Responsable communication/marketing
Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG)
Monbijoustrasse 43
Postfach
CH-3001 Berne
[lea.muntwyler\[at\]sgaim.ch](mailto:lea.muntwyler[at]sgaim.ch)



© iStock; sous licence de la SSMIG

Une culture d'équipe respectueuse contribue à une ambiance de travail agréable.

Astuces de l'experte

Prévention du stress dans la pratique médicale quotidienne

Comment les médecins peuvent-ils gérer le stress? Et que peuvent faire les hôpitaux et les cabinets médicaux pour prévenir le stress de leurs collaboratrices et collaborateurs? La SSMIG a recueilli des conseils pour la pratique médicale quotidienne auprès d'une experte.

Sabine Werner
Coach pour médecins

Ensemble, nous sommes plus forts

Une approche respectueuse au sein de l'équipe peut motiver et potentialiser les forces. De plus, il est utile d'entretenir un échange régulier et axé sur les solutions entre les membres de l'équipe, c'est-à-dire un petit îlot de temps pour réfléchir ensemble: «Comment pouvons-nous... encore mieux..., et en supposant que nous y parvenions, comment aurions-nous fait?»

Prendre soin de soi pour plus de résilience

Bien prendre soin de soi est déterminant pour développer la résilience. Pour y parvenir, il faut bien se connaître, faire preuve d'esprit critique, réfléchir à ses propres valeurs et objectifs, apprendre à fixer des priorités et assumer la responsabilité de sa propre vie, c'est-à-dire sortir du rôle de victime. Une compétence personnelle saine signifie pouvoir explorer et utiliser sa propre marge de

manœuvre et activer ses ressources dans un cadre donné, par exemple dans un grand hôpital.

Take a break

Cela implique aussi de prendre activement le temps de faire de courtes pauses malgré le manque de temps. Les médecins n'ont souvent «pas le temps» de s'occuper de leur santé, tant qu'ils ne tombent pas malades au point de ne vraiment plus rien pouvoir faire.

Dans les situations de stress aigu, il est utile de prendre un peu de distance, c'est-à-dire de sortir de la situation et de faire un temps mort au moyen d'une micro-pause. Cela fonctionne également à titre préventif comme «outil pour prendre soin de soi». En fonction du schéma comportemental personnel face au stress, des exercices de respiration tels que la «respiration 4-6» selon Gary Bruno Schmid, des exercices de perception mentale, des exercices de pleine conscience tels que la pause-café en pleine conscience, la relaxation musculaire progressive ou même le «défoulement» – seul, s'il vous plaît – avec des balles anti-stress ou autres peuvent s'avérer utiles.

Réflexion: écoutez-vous!

Pour une gestion du stress efficace à long terme, il est recommandé d'analyser individuellement les déclencheurs de stress personnels et les schémas comportementaux négatifs ou non productifs face au stress, par exemple à l'aide d'un «profil de stress» dans le cadre d'un coaching professionnel, afin de pouvoir les aborder de manière ciblée. La réflexion sur soi-même qui s'ensuit permet souvent déjà de faire un grand pas en avant.

Pour les «débutants en gestion du stress», il est recommandé de régulièrement réfléchir sur soi-même et de noter:

- Qu'est-ce qui me pompe de l'énergie et qu'est-ce qui me donne de l'énergie au quotidien?
- Comment puis-je, grâce à ces connaissances, recharger à temps mes «batteries» pendant les phases de stress?
- Quel serait le premier tout petit pas vers moins de stress que je pourrais faire chaque jour?

Créer et façonner une culture d'entreprise saine

Une culture managériale affirmée, inspirante et respectueuse – un véritable leadership – a un effet positif sur la santé des collaboratrices et collaborateurs. Les dirigeants et les employeurs doivent être à l'écoute de leurs collaboratrices et collaborateurs et aller chercher de manière proactive ce qui les aiderait.

Il serait souhaitable que, malgré la pression économique, des offres de promotion de la santé en entreprise soient proposées à tous les groupes professionnels, de préférence pendant les heures de travail, et que les dirigeants, en particulier dans le domaine médical, montrent l'exemple et y participent eux-mêmes. Une première étape pourrait consister à lever le tabou en «top down» dans les services et à parler ouvertement du fait que les médecins sont souvent surmenés et constituent un groupe à risque pour les dépressions, le burnout, les

suicides, les dépendances et autres. Une culture ouverte de l'erreur serait également la bienvenue. Tant que le mythe du médecin toujours prêt à intervenir et qui ne tombe jamais malade sera vivant et entretenu par nous-mêmes, rien ne changera.

Délimitation par rapport à l'overcommitment

Les médecins tout comme les personnes exerçant des professions de soins et des professions sociales sont habitués à «donner» et à s'adapter avec empathie aux besoins des autres. Leurs propres besoins fondamentaux sont souvent négligés, ignorés ou non perçus dans le quotidien professionnel. Cependant, des horaires de travail à rallonge avec une forte intensité de travail et la perception que l'on a de son propre rôle peuvent également favoriser une tendance à l'épuisement. Une personne sur deux dans le secteur de la santé travaille même en continu sans faire de pause!

Cet overcommitment s'observe particulièrement chez les personnes engagées ayant des exigences personnelles élevées et peut favoriser un burnout si la gratification, c'est-à-dire la récompense pour l'engagement élevé, par exemple sous forme de remerciements, de reconnaissance, d'estime de la part des supérieurs, de succès thérapeutique ou autre, fait défaut.

Bien catégoriser le stress

Le stress en soi n'est pas mauvais, car il permet à l'organisme de s'adapter rapidement aux dangers et de se préparer à «combattre ou fuir».

Un stress négatif de longue durée, appelé distress, c'est-à-dire un stress perçu comme un surmenage ou même une menace et non comme un défi, a cependant des effets néfastes sur la santé à de nombreux égards. Les facteurs de stress psychosociaux au travail font partie des facteurs de stress chroniques les plus fréquents. Lorsqu'il n'est plus possible de récupérer suffisamment entre les phases de stress, la réaction de stress s'emballe via l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien. Il en résulte, entre autres, une élévation chronique du taux de cortisol, dont les effets sont complexes.

Le stress prolongé entraîne des troubles de la mémoire et de la concentration et favorise la dépression. Le risque de diabète et la vulnérabilité aux infections augmentent. Les tensions musculaires avec céphalées et douleurs cervicales ou dorsales chroniques, les maladies cardiovasculaires, les ulcères gastriques, les troubles du sommeil, les acouphènes et bien d'autres encore sont également favorisés. Et finalement, le stress a aussi un effet négatif sur la satisfaction professionnelle, la fonctionnalité médicale et la qualité du traitement.

Responsabilité rédactionnelle

Lea Muntwyler
Responsable communication/marketing
Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG)
Monbijoustrasse 43
Postfach
CH-3001 Berne
lea.muntwyler[at]sgaim.ch

L'experte

La Dre méd. Sabine Werner est médecin spécialiste FMH en dermatologie et vénérrologie installée en cabinet, coach pour médecins et formatrice en gestion du stress dans le secteur de la santé. Elle est membre du comité de direction de ReMed, le réseau de soutien pour les médecins en situation de crise. Contact: mail[at]sabinewerner.ch



Sondage de la SSMIG

Le bien-être

L'amélioration de la santé et du bien-être professionnel de ses membres est un objectif stratégique de la SSMIG. C'est pourquoi elle a mené au début de l'année une étude par sondage sur ce thème. L'un des objectifs était d'identifier les facteurs personnels et professionnels qui ont une influence sur le bien-être des internistes généralistes travaillant en cabinet et à l'hôpital. Les résultats de l'enquête seront présentés dans un prochain numéro. Un grand merci à toutes les participantes et participants.

Save the date

Congrès d'automne de la SSMIG

Le congrès d'automne de la SSMIG, consacré au thème «Science and the Art of Medicine», aura lieu du 21 au 22 septembre 2023 au Kongresshaus de Zurich, en coopération avec l'association suisse des praticiens en médecine (Schweizerischer Verband Medizinischer Praxis-Fachpersonen) et l'association des internistes généralistes et spécialistes de Zurich (VZI). L'inscription en ligne sera ouverte à partir de fin avril 2023. Vous trouverez plus d'informations sur www.sgaim.ch/ca23.

Lecture conseillée

L'excellence diagnostique

La qualité du diagnostic est essentiellement déterminée par le raisonnement médical, le «Clinical Reasoning». Dans le «Swiss Medical Forum», le professeur Drahomir Aujesky, coprésident de la SSMIG, met en lumière les processus cognitifs de diagnostic et les sources d'erreurs diagnostiques, et montre comment chacun et chacune peut, ici et maintenant, atteindre l'excellence diagnostique.



Responsabilité rédactionnelle

Lea Muntwyler, SSMIG
Responsable communication/marketing
Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG)
Monbijoustrasse 43
Postfach
CH-3001 Berne
[lea.muntwyler\[at\]sgaim.ch](mailto:lea.muntwyler[at]sgaim.ch)

Promotion de la relève

Pas de relève sans un enseignement de qualité

Vous souvenez-vous encore de votre professeure préférée? Ou du médecin-chef engagé qui vous prêtait toujours une oreille attentive? Un enseignement de qualité pendant la formation prégraduée et postgraduée est une condition essentielle pour l'acquisition de jeunes médecins. C'est pourquoi la SSMIG décerne chaque année le «SSMIG Teaching Award» destiné aux mentors, coaches, responsables d'études ou professeurs / professeuses d'excellence.

Qui doit être nommé?

Les candidats et candidates sont des enseignants et enseignantes de qualité qui présentent un historique de performance conséquent et fructueux dans le domaine de la formation médicale en médecine interne générale – y compris les cours, l'enseignement clinique en groupe, le mentorat, la création de cursus ainsi que l'élaboration et l'implémentation de méthodes d'enseignement ou d'évaluation innovantes. Les personnes nommées doivent être membres de la SSMIG. Les nominations de groupe ne sont pas prises en compte.

Comment se déroule la procédure de nomination?

Les candidats et candidates au SSMIG Teaching Award peuvent être nommés dans une lettre de recommandation d'une page. Les autonominations ne sont pas possibles.

La lettre de recommandation doit présenter les performances des candidats et candidates dans le cadre de l'enseignement et la formation postgraduée, des activités de mentorat ainsi que les éventuelles contributions à la recherche et au développement dans le domaine de l'enseignement / la formation postgraduée et expliquer pourquoi la candidate / le candidat est susceptible de recevoir un tel prix.

Un CV actualisé de la candidate / du candidat doit obligatoirement être joint. D'éventuelles évaluations de l'enseignement par des étudiantes et étudiants en formation prégraduée ou postgraduée peuvent également être jointes à titre facultatif.

Comment se déroule la procédure de sélection?

Les propositions soumises sont sélectionnées par un comité d'attribution du prix de la SSMIG composé de quatre membres. Il s'agit d'enseignants cliniques reconnus dans le domaine de la médecine interne générale stationnaire et ambulatoire. Les critères d'évaluation incluent la preuve d'une contribution significative dans le domaine de la formation médicale, y compris l'enseignement, le mentorat et/ou la recherche et le développement.

Quand le prix sera-t-il remis en 2023?

La remise du prix se tiendra à Zurich à l'occasion du 7^e congrès d'automne de la SSMIG.

Les propositions de nomination peuvent être soumises jusqu'au **31 mai 2023** sur www.sgaim.ch/teachingaward.

Responsabilité rédactionnelle

Lea Muntwyler, SSMIG
Responsable communication/marketing
Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG)
Monbijoustrasse 43
Postfach
CH-3001 Berne
[lea.muntwyler\[at\]sgaim.ch](mailto:lea.muntwyler[at]sgaim.ch)

Le SSMIG Teaching Award

Avec le SSMIG Teaching Award, la Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG) récompense les talents d'enseignement en médecine interne générale et répond ainsi aux préoccupations concernant la promotion de la relève. Le prix est décerné depuis 2017.

Plus d'informations à ce sujet sur www.sgaim.ch/teachingaward

**SAVE
THE DATE!**

Pour les **membres mfe** actifs dans le cadre de la politique professionnelle et toute autre personne intéressée

Rencontre régionale 2023

Recherche urgente de relève

Nous avons le plaisir d'inviter à nouveau nos membres intéressé-e-s par la politique professionnelle aux rencontres régionales annuelles de mfe. En collaboration avec les instituts de médecine de famille, nous organisons un échange entre la formation, la pratique et la relève.

Le chemin vers la pratique - expériences et attentes

Le thème de la promotion de la relève influence notre quotidien au cabinet médical - tôt ou tard, directement ou indirectement.

- Où en est le plan directeur pour la promotion de la relève, adopté par l'AD mfe ?
- Qu'est-ce que cela signifie pour les associations cantonales/régionales et pour les IHAM ?
- Comment se présente la situation dans la région : situation de pénurie, assistanats au cabinet, efforts cantonaux, etc. ?
- Et enfin : qu'est-ce que cela signifie pour vous, nos membres ? Et pour les étudiant-e-s ?

Nous aborderons ces questions et bien d'autres encore sous différents angles. Bien entendu, il restera comme toujours suffisamment de temps pour discuter des défis cantonaux et régionaux.

Rencontre régionale Est

jeudi 6 juillet 2023, 14h00-18h00, Saint-Gall

Rencontre régionale Centre

jeudi 17 août 2023, 14h00-18h00, Lucerne

Rencontre régionale Suisse romande

jeudi 5 octobre 2023, 09h00-17h00, Fribourg

Le programme détaillé suivra avec l'invitation.
Notez d'ores et déjà la date ou inscrivez-vous dès maintenant :



Nous nous réjouissons de vous rencontrer !



© Domenico Loia / Unsplash

Installation en pratique indépendante.

Séminaire

«Installation en pratique indépendante»

Es-tu le jeune médecin de famille ou la jeune pédiatre qui veut ouvrir ou reprendre un cabinet? Ce séminaire d'une journée fournit des informations utiles sur des thèmes liés à la pratique tels que les aspects juridiques et financiers, les logiciels informatiques, les assurances, la gestion du personnel et bien d'autres encore. Profite des connaissances de longue date des référent-e-s.

Sandra Hügli-Jost

Contenu

Pour te soutenir de manière optimale dans tes décisions, nous te proposons, en plus de connaissances «théoriques» approfondies, un échange direct avec des collègues expérimentés et des personnes partageant les mêmes idées.

- Quelles sont les démarches à entreprendre et quand? Quelles autorisations sont nécessaires?
- Comment s'associer? Sous quelle forme juridique?
- Comment devenir un employeur attractif? Comment composer une équipe optimale?
- Que faut-il savoir en matière de fiscalité?
- Est-il encore intéressant d'avoir une radiologie ou un laboratoire? Quelles analyses?
- Comment établir un budget d'installation, de fonctionnement?
- Quel matériel et quels logiciels informatiques choisir? Comment assurer la sécurité des données?



Sébastien Jotterand

Dr Sébastien Jotterand, médecin de famille à Aubonne, vice-président mfe, responsable du cours

«Tu te poses ces questions et bien d'autres encore? Alors ce séminaire est exactement ce qu'il te faut! En tant que médecin de famille, je sais exactement quelles sont les questions qui te préoccupent lorsque tu commences à exercer en cabinet médical!»



Flavie Furrer

Dre Flavie Furrer, médecin de famille à Genève, membre JHaS et co-organisatrice du cours

«En tant que jeune médecin de famille installée depuis 2022, je trouve pertinent de pouvoir bénéficier des conseils de collègues expérimentés et j'ai beaucoup apprécié pouvoir échanger avec les exposant-e-s pour en apprendre davantage sur les différents produits et prestataires disponibles sur le marché.»

Lieu	Eden Palace au lac, Montreux
Date	Samedi 13 mai 2023
Horaire	8h30–17h30
Modération	Plusieurs référent-e-s

Programme

Après un bref aperçu des développements et perspectives les plus récents, tu auras la possibilité de participer à différents ateliers interactifs animés par des médecins. En outre, durant les pauses tu auras la possibilité de te mettre en

réseau et de rendre visite aux exposants en lien direct avec les thèmes abordés. Tu pourras ainsi te faire une idée concrète des possibilités et des offres actuelles.

Prix

CHF 100.– pour les membres mfe ou JHaS
CHF 150.– pour les non-membres mfe ou JHaS
Nous remercions nos sponsors pour leur généreux soutien.

Sponsors «Chaire»



Sponsor «Doctorat»



Responsabilité rédactionnelle

Sandra Hügli-Jost
Chargée de communication
mfe Médecins de famille et de l'enfance Suisse
Secrétariat administratif
Effingerstrasse 2
CH-3011 Berne
sandra.huegli[at]hausarzt-schweiz.ch

Séminaire mfe et JHaS: «Installation en pratique indépendante»

Informations pratiques

Samedi 13 mai 2023
8h30 à 17h30 – Eden Palace au lac,
Montreux

Frais d'inscriptions

CHF 100. – pour les membres mfe ou JHaS
Formulaire adhésion JHaS
Formulaire adhésion mfe
CHF 150. – pour les non-membres

Informations et inscription

www.pourlesmedecins.ch

Formulaire adhésion JHaS



Formulaire adhésion mfe



Informations/inscription Séminaire



8h00 – 8h30

Accueil (café et croissants)

8h30 – 8h35

Message de bienvenue

Dre F. Furrer, représentante JHaS, Genève, et Dr S. Jotterand, vice-président mfe, Aubonne

8h35 – 9h20

Plénium «Installation au cabinet, timeline et démarches»

Dre S. Mazouri, directrice médicale, Centre Médical Terre-Bonne

9h20 – 10h35

Plénium «Entités juridiques, fiscalité et prévoyance»

M. Bastien Aeby, agent fiduciaire avec brevet fédéral, 2b Partners SA

10h35 – 11h00

Pause et visite des stands

11h00 – 11h45

A) Atelier «Installation en cabinet: aspects économiques»

Dre Sanae Mazouri, directrice médicale, Centre Médical Terre-Bonne
Mr Jaafar Karker, directeur général, Centre Médical Terre-Bonne

B) Atelier «Cabinets de groupe»

Dre S. Fiorentini, Genève, et Dr N. Haftgoli, Yverdon-les-Bains

11h45 – 12h05

Plénium «Dossier patient informatisé»

(Présentation de logiciels)

13h30 – 14h15

A) Atelier «Installation en cabinet: aspects économiques»

Dre Sanae Mazouri, directrice médicale, Centre Médical Terre-Bonne
Mr Jaafar Karker, directeur général, Centre Médical Terre-Bonne

B) Atelier «Cabinets de groupe»

Dre S. Fiorentini, Genève, et Dr N. Haftgoli, Yverdon-les-Bains

14h15 – 15h00

A) Atelier «Assistants médicales et autres employé-e-s, collaboration interprofessionnelle, labo, radio»

Mme M.-P. Fauchère, présidente ARAM, et Dr S. Jotterand, vice-président mfe

B) Atelier «Infrastructure informatique du cabinet»

Dr F. Coppex, Genève

15h00 – 15h30

Pause et visite des stands

15h30 – 16h15

A) Atelier «Assistants médicales et autres employé-e-s, collaboration interprofessionnelle, labo, radio»

Mme M.-P. Fauchère, présidente ARAM, et Dr S. Jotterand, vice-président mfe

B) Atelier «Infrastructure informatique du cabinet»

Dr F. Coppex, Genève

16h15 – 16h55

Plénium «Passation d'un cabinet: Vignettes»

Dre F. Furrer, représentante JHaS, Genève, et Dr S. Jotterand, vice-président mfe, Aubonne

16h55 – 17h00

Clôture

17h00 – 17h30

Apéro et visite des stands

Conditions de travail, contraintes et solutions

Des médecins en bonne santé pour de bons soins de santé

Robert Staeck^a, Sven Streit^b, Sofia Zambrano^a^a Institute of Social and Preventive Medicine (ISPM), University of Bern; ^b Institute of Primary Health Care (BIHAM), University of Bern

Introduction

Ces dernières années, l'accent a été davantage mis sur le bien-être des médecins. Cela s'explique notamment par le fait que les médecins présentent un risque accru de maladies psychiques, de suicide et de problèmes liés au stress par rapport à la population générale [1–3]. Depuis des années, les conditions de travail des médecins sont marquées par des horaires de travail à rallonge, la concurrence et la pression du rendement [4]. Or, les maladies liées au stress, comme par exemple le burnout, n'ont pas seulement un impact sur l'individu concerné, mais aussi sur la qualité des soins, la sécurité au travail et la satisfaction des patientes et patients [5]. Cela se traduit par exemple à l'hôpital par un plus grand nombre d'erreurs évitables et un taux de mortalité accru des patientes et patients [6]. En outre, il se peut que les médecins soient absents pour cause de stress ou, dans le pire des cas, qu'ils abandonnent leur profession [7], ce qui confronte le système de santé à de sérieux défis [8]. Avec le COVID-19, cette problématique s'est encore accentuée, mais elle a aussi gagné en importance, et c'est pourquoi le bien-être des médecins bénéficie d'une attention accrue [9, 10].

Situation en Suisse

La Fédération des médecins suisses (FMH) a présenté en 2022 la Charte sur la santé des médecins, dont l'objectif est d'améliorer les conditions de travail des médecins, de reconnaître les contraintes du travail et d'élaborer des solutions [4]. Le bien-être des médecins y est spécifiquement thématisé. En 2020, il s'est avéré que 77% des médecins exerçant à l'hôpital étaient soumis à une forte pression du rendement, que plus de deux tiers d'entre eux étaient en proie à une charge émotionnelle et que plus d'un tiers

d'entre eux faisaient plus de six heures supplémentaires par semaine [11]. En outre, il a été démontré que l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, qui a également une influence importante sur le bien-être [12], était inapproprié pour 86% des personnes interrogées. De plus, 14% des médecins qui ont terminé leurs études entre 1980 et 2009 ne travaillaient plus dans le secteur de la santé [13].

Il est évident que seuls des médecins en bonne santé peuvent garantir des soins optimaux et de qualité aux patientes et patients [14]. Qui plus est, les médecins ont un rôle de modèle à jouer auprès de leurs patientes et patients, des étudiantes et étudiants en médecine et des médecins-assistants; ils peuvent montrer l'exemple et promouvoir des comportements favorables à la santé, ce qui n'est cependant possible que s'ils sont eux-mêmes en bonne santé [15, 16]. Pour cette raison, la FMH réclame la reconnaissance de la charge psychosociale, la priorisation de la santé physique et psychique et un équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle du corps médical [17].

Conformément aux exigences de la FMH, il faut davantage de recherches suisses sur le bien-être des médecins. Bien qu'une récente revue systématique ait montré que les personnes travaillant dans le système de santé suisse présentent des taux de burnout cliniquement significatifs plus élevés que les autres groupes professionnels [1], il n'existe que peu d'études réalisées en Suisse. Soit les études existantes se concentrent uniquement sur un groupe professionnel spécifique du corps médical [18], soit elles ont été réalisées de manière transversale, soit elles remontent parfois à plus de dix ans [19–23]. Les systèmes de santé étant soumis à des réglementations nationales, ils diffèrent d'un pays à l'autre et influencent ainsi

le corps médical à des degrés divers (par. ex. [24]). En particulier les différences entre les systèmes de santé américain et suisse sont importantes, sachant toutefois que la majeure partie des recherches sur le bien-être et le burnout proviennent d'Amérique. Cela limite les conclusions que l'on peut tirer des recherches existantes et souligne la nécessité de mener davantage d'études à grande échelle, de préférence longitudinales, sur ce sujet en Suisse.

Médecins en formation

La prochaine génération de médecins représente l'avenir du système de santé et le bien-être de ceux qui sont en formation initiale et postgraduée (stage, études de médecine, assistantat) mérite donc une attention particulière. Notamment chez les médecins-assistants, on a constaté un niveau élevé de stress et de burnout, de longs horaires de travail, un manque d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée [25] et un risque accru de traumatisme secondaire ou de fatigue de compassion [26]. Ces problèmes résultent souvent d'une charge de travail élevée, de la pression du temps et des responsabilités, ainsi que du manque d'autonomie et de contrôle. Les médecins-assistants rapportent également qu'ils ne se sentent pas soutenus ou valorisés par leurs supérieurs et leurs collègues, ce qui peut conduire à des sentiments de solitude [27].

Bien qu'il n'y ait pas encore beaucoup de recherches en Suisse sur le bien-être des médecins en formation initiale et postgraduée et ses répercussions, on constate une situation comparable à celle d'autres pays [28]. Ainsi, une étude récente menée en Suisse auprès de médecins-assistants en médecine interne générale a révélé qu'environ 20% font état d'une

détérioration de leur bien-être et que près de 20% expriment des regrets quant à leur choix professionnel [29]. L'étude a également montré que les médecins-assistants suisses souffrent relativement souvent de stress par rapport aux médecins-assistants américains, bien qu'ils aient une semaine de travail de 50 heures régie par la loi et qu'ils soient d'une manière générale satisfaits de leur travail, de leur formation, de leur autonomie professionnelle et de leur revenu.

Une autre étude sur la santé psychique de la relève en médecine générale en Suisse a révélé que les médecins-assistants faisaient état d'un bien-être psychique nettement inférieur à celui des jeunes médecins de famille [31]. Par rapport à ces derniers et au groupe des étudiantes et étudiants, le manque de temps libre et le risque de burnout étaient les plus élevés chez les médecins-assistants. Les facteurs de stress les plus fréquents chez les médecins de famille et les médecins-assistants étaient les tâches administratives, le volume de travail élevé et les exigences professionnelles importantes. Les associations négatives les plus fortes avec le bien-être psychique étaient le manque de temps libre et l'appartenance au sexe féminin.

Comme les médecins-assistants ne disposent pas encore d'une grande expérience par rapport à leurs collègues plus anciens, les situations moralement éprouvantes (par ex. traitements potentiellement inappropriés, décisions en fin de vie des patientes et patients [32]) constituent un défi particulier et, éventuellement, une charge [33]. Les médecins en formation postgraduée vivent de telles tensions morales, car un sentiment élevé de responsabilité pour le bien-être des patientes et patients se heurte à une faible implication dans les décisions en raison des structures décisionnelles hiérarchiques [34]. Ce problème est aggravé par le fait que la gestion de telles situations ne fait guère partie du cursus et qu'au lieu de cela, on en appelle fortement à la responsabilité personnelle des jeunes médecins [4].

Seules des recherches supplémentaires permettront de déterminer dans quelle mesure certains des facteurs de stress et des conséquences identifiés dans des études suisses et d'autres études internationales s'appliquent également aux jeunes médecins d'autres spécialités médicales en Suisse. En outre, les projets de recherche permettent de mieux comprendre les besoins et les défis auxquels sont confrontés les médecins en formation initiale et postgraduée en Suisse. Cela permettrait non seulement d'attirer toute l'attention méritée sur ce sujet, mais aussi d'inciter davantage à développer des moyens d'aider les médecins en formation à surmonter ces difficultés.

Création d'une base scientifique en Suisse

Comme nous l'avons décrit, il est nécessaire d'agir, mais pour cela, des études doivent être menées en Suisse afin de dresser un état des lieux précis de la situation actuelle. À cet effet, l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Berne mène, dans le cadre de l'Eccellenza Professorial Fellowship du FNS attribué à Sofia Zambrano, une série de projets de recherche avec l'aide de partenariats de collaboration (inter)nationaux, qui s'intéressent au bien-être et aux émotions des médecins. Par exemple, l'étude INSPIRE (Investigation of Swiss Physicians Inner-life, Resilience and Emotions) examine le niveau actuel du bien-être des médecins, comment il évolue sur une période plus longue (3 ans) et s'il peut être influencé par une intervention brève issue de la psychologie positive. Il convient de souligner que ce projet inclut des médecins de toutes les spécialités et de tous les niveaux hiérarchiques, ce qui permet également de tirer des conclusions concernant les jeunes médecins.

Un autre projet récemment soutenu par l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) se penche sur le stress moral («Moral Distress») des médecins-assistants en Suisse. Il s'agit d'en étudier d'une part les causes et d'autre part les conséquences sur la vie professionnelle et privée des jeunes médecins, dans le but d'élaborer des solutions possibles à différents niveaux.

Ces études ont pour objectif de fournir des informations approfondies susceptibles d'influencer la formation initiale future des étudiantes et étudiants en médecine, la formation postgraduée des jeunes médecins et la formation continue des médecins suisses déjà en exercice. L'amélioration du bien-être des médecins doit conduire à des relations professionnelles authentiques et éthiques, non seulement avec les patientes et patients et leurs proches, mais aussi avec les collègues et dans le contexte privé. Ainsi, les études prévues doivent non seulement contribuer au bien-être des médecins, mais aussi améliorer les soins aux patientes et patients.

De plus amples informations sur l'étude sont disponibles sur <https://www.med-wellbeing.ch/>. L'étude INSPIRE est financée par le FNS via une subvention Eccellenza (numéro de subside: PCEFP1-194177) et l'étude Moral Distress par le Fonds KZS de l'ASSM (KZS 15/22).

Remarque: La commission pour la promotion de la relève de la SSMIG soutient l'appel en faveur de plus de recherches et de la possibilité de protéger la santé mentale des jeunes et futurs internistes généralistes par des interventions ciblées.

Correspondance

Prof. Sofia C. Zambrano, PhD
University of Bern
Institute of Social and Preventive Medicine (ISPM)
Mittelstrasse 43
CH-3012 Bern
Switzerland
[sofia.zambrano\[at\]ispm.unibe.ch](mailto:sofia.zambrano[at]ispm.unibe.ch)



Références

La bibliographie complète se trouve dans la version en ligne de l'article à l'adresse <https://doi.org/10.4414/phc-f.2023.10675>.

Acceptez de l'aide

ReMed – le réseau de soutien de la FMH pour les médecins

ReMed est un réseau de soutien pour les médecins, en particulier en situation de crise. Les objectifs sont de maintenir la santé et la fonctionnalité des médecins ainsi que de garantir la sécurité de la patientèle et la qualité élevée des soins médicaux. Par ailleurs, le réseau diffuse des connaissances et expériences sur la promotion de la santé et la prévention parmi les médecins et les sensibilise à leur propre santé.

Peter Christen^a, Esther Kraft^b

^a Spécialiste en médecine générale, direction du programme ReMed; ^b Responsable du département DDQ de la FMH

Au cours des 12 dernières années, l'équipe de ReMed a conseillé, accompagné et soutenu près de 1500 médecins, et compte bien continuer: la santé des médecins demeure un thème central. Plus de 250 demandes de conseil ont été reçues en 2022 par le réseau. Par rapport à l'année précédente, cela correspond à une augmentation des prises de contact de 33%; les services sont ainsi plus sollicités que jamais. Comme dans les dernières années, la problématique «charge professionnelle» était la raison la plus fréquemment citée pour la prise de contact, suivie de près par les problèmes «dépression», «burn-out» et «anxiété».

Santé des médecins

Divers facteurs représentent un défi pour la santé des médecins en Suisse: de longues journées de travail, une responsabilité élevée, peu de possibilités de compensation et un déséquilibre entre vie privée et vie professionnelle en font partie. Il est impératif et urgent que la santé des médecins fasse l'objet de plus de considération. En effet, la sécurité des soins et la qualité du traitement dépendent directement de l'état de santé des médecins traitants. C'est pourquoi la FMH s'engage dans ce domaine et construit, avec la charte sur la santé des médecins, une base argumentaire pour défendre la santé des médecins.

Avec la série de manifestations «Prevention for Doctors, des médecins en bonne santé:

des études à la retraite», la FMH thématise depuis 2016 la santé des médecins. En 2019, ces manifestations ont fait naître l'idée de créer une base commune destinée à préserver et promouvoir la santé de l'ensemble des médecins. Le groupe de travail¹ fondé a élaboré en 2020 et 2021 la «Charte sur la santé des médecins – La santé des autres dépend de la nôtre». La charte a été approuvée par l'Assemblée des délégués le 7 avril 2022 et présentée à toutes les associations affiliées à la FMH le 19 mai 2022 lors de la Chambre médicale. Les 14 messages clés et les consignes concernant la possibilité de signer la charte se trouvent sur le site Web de la FMH sous FMH->Thèmes->Santé publique->Santé des médecins (Lien: <https://www.fmh.ch/fr/themes/sante-publique/sante-des-medecins.cfm#i164994>).

Offres et recours

La santé des médecins occupe une place centrale dans ReMed, avec une attention particulière sur les risques spécifiques à la profession et la prévention. Lors d'une consultation (initiale), ReMed entre en contact avec la consœur ou le confrère en quête de conseil dans un délai

¹ Avec la représentation de Jeunes médecins de famille suisses (JHaS), Médecins de famille et de l'enfance Suisse (mfe), la Société Suisse de Médecine du Travail (SSMT), l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM), Swiss Medical Students' Association (swimsa), l'Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique (ASMAC), les projets FMH «Coach my Career» et ReMed et les divisions Développement professionnel, Données, démographie et qualité (DDQ), Tarifs hospitaliers et Santé publique.

**Et soudain, vous aussi!
Les crises touchent
aussi les médecins.**

Acceptez de l'aide. Contactez ReMed.

Assistance téléphonique 24 h sur 24
0800 0 73633 remed@hin.ch
0800 0 ReMed www.swiss-remed.ch

ReMed Réseau de soutien pour les médecins

de 72 heures, tente de comprendre la situation et élabore des solutions. ReMed peut être contacté via la hotline disponible en continu 0800-0REMED (0800-073633), par e-mail (remed[at]hin.ch) ou sur Internet (<https://remed.fmh.ch/>). Après toute prise de contact, une conseillère ou un conseiller se manifeste en principe dans les 72 heures. Lors de l'entretien avec les médecins sollicitant un conseil a lieu une analyse de la situation et les autres mesures sont définies et décidées d'un commun accord. Pour les éventuelles étapes à venir, ReMed met en relation avec des personnes qualifiées aptes à poursuivre l'accompagnement, faisant partie des offres disponibles dans la région.

Le soutien inclut:

- la joignabilité en continu;
- le respect du secret médical;
- des entretiens entre pairs, de médecin à médecin;

- l'attention portée à la personne qui cherche conseil;
- l'élaboration conjointe de possibilité d'action;
- le rattachement à un réseau de soutien existant;
- la mise en relation avec une ou un spécialiste;
- le soutien, même avant la survenue d'une crise.

Autres offres de ReMed

Outre le conseil initial, ReMed organise également des interventions destinées à l'échange d'expériences pour les confrères et collègues qui accompagnent les médecins en tant que patientes et patients. Cela permet de mettre en réseau et de rassembler les groupes de pairs qui élaborent ensemble des questions de cas relatives au mentorat, coaching, conseil et traitement ou encore d'autres aspects (juridique, concernant le droit des assurances, etc.). Il existe aussi l'option de groupes de coaching en ligne (groupes de coaching en ligne (fmh.ch) (Link: <https://remed.fmh.ch/weitere-angebote/coaching-gruppen.html>)). Des comptes rendus d'expérience – témoignages – sont régulièrement publiés par les médecins ayant eux-mêmes traversé des crises (comptes rendus d'expérience (fmh.ch) (lien: <https://remed.fmh.ch/fr/comptes-rendus-dexperience.html>)).

L'échange avec d'autres organisations est essentiel pour ReMed – d'une part pour adapter sa propre offre aux besoins des médecins, d'autre part pour recueillir les expériences et expertises. Pour cela, ReMed échange régulièrement avec l'Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique (ASMAC) et l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM).

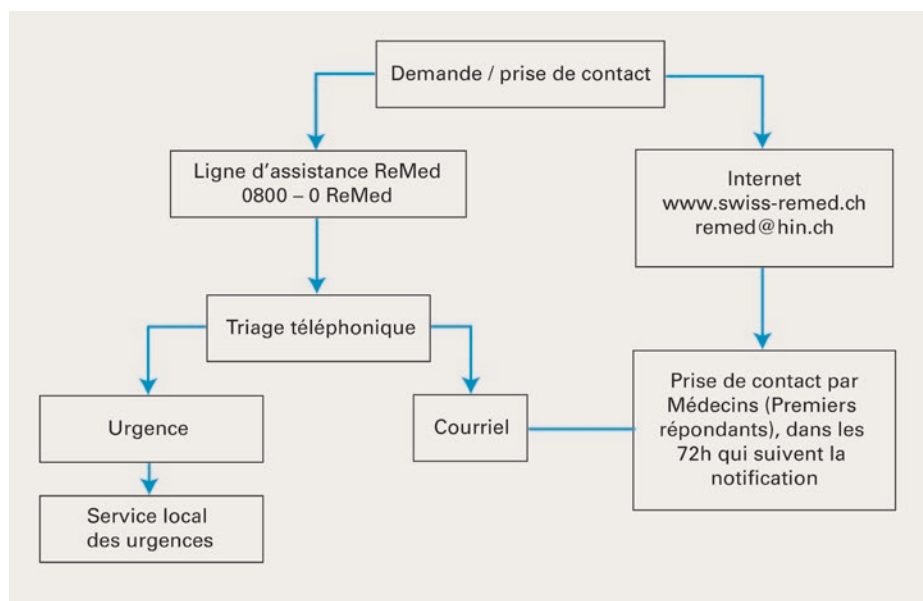


Figure 1: Schéma de déroulement lors de la prise de contact (source ReMed).

Conséquences

Il importe à ReMed d'analyser son propre travail et d'en poursuivre le développement. Ainsi ont eu lieu en 2016 une évaluation externe et en 2021 une étude prospective de cas réels de consultation. Quatre-vingt-douze pourcents ont trouvé le temps de réaction (très) bon, 98% ont estimé les possibilités de prise de contact comme (très) bonnes. L'offre a (partiellement) aidé 95% des médecins en quête de conseil. Les résultats de l'étude prospective ont montré une image en tous points positive avec une évaluation (très) bonne de la qualité structurelle à 97%. La qualité du processus a atteint 90% et la qualité du résultat 82%. L'étude a toutefois également mis en évidence un potentiel de développement, notamment dans la structuration des entretiens, la visibilité de l'offre ou du site

Web ainsi que l'accompagnement structuré en cas d'éventuel traitement de suivi.

Correspondance

Peter Christen,
Esther Kraft
Programmleitung Redmed
ReMed
Postfach
CH-3000 Bern 16
[info\[at\]swiss-remed.ch](mailto:info[at]swiss-remed.ch)

Conditions cadres

Après le succès d'un programme pilote, le réseau national de soutien ReMed a vu le jour en 2010. ReMed est financé par l'association des médecins suisses FMH. La mise en œuvre opérationnelle se déroule en dehors des structures de la FMH. L'offre est basée sur la confidentialité et la responsabilité individuelle de chaque médecin. ReMed n'intervient que si les médecins en quête de conseil y consentent explicitement. Dès la prise de contact au sein de ReMed, ceux-ci disposent des mêmes droits que les autres patientes et patients: le secret médical est appliqué et le respect des dispositions sur la protection des données est toujours garanti. ReMed n'est pas un organe de surveillance, n'a pas de compétences d'investigation ni de sanction, et base ses procédures sur les prescriptions légales en vigueur et sur le Code de déontologie de la FMH.

Même si ReMed est financé par la FMH, l'organisation professionnelle ne bénéficie d'aucun droit de regard sur les dossiers des personnes et de suivi. ReMed est tenu au secret médical, les tâches médicales et administratives sont clairement séparées.

ReMed est là pour vous

Vous – ou une personne de votre entourage – avez besoin d'une aide professionnelle? Adressez-vous à ReMed: le réseau de soutien des médecins respecte le secret médical et vous conseille avec compétence. ReMed peut également vous fournir des solutions en cas d'autres crises professionnelles et personnelles. Cette offre est aussi valable pour les personnes issues de l'entourage de médecins, 24 heures sur 24. Les médecins conseillers vous contactent dans les 72 heures: [mailto:remed\[at\]hin.ch](mailto:remed[at]hin.ch) / 0800 0 73633.

Décharger le corps médical

La coordinatrice ou le coordonnateur en médecine ambulatoire (CMA) dans l'accompagnement des patientes et patients atteints de diabète de type 2

Anna-Katharina Ansorg^a, Sven Streit^b^a Collaboratrice scientifique, BIHAM; ^b Responsable de la prise en charge de base interprofessionnelle, BIHAM

Introduction

Décharger les médecins de famille en matière de soins des patientes et patients atteints de diabète de type 2, le plus rapidement possible tout en maintenant le niveau de qualité. Vaut-il pour cela la peine d'embaucher une coordinatrice ou un coordinateur en médecine ambulatoire, orientation clinique (CMA) ou d'envoyer une assistante médicale ou un assistant médical (AM) en formation de CMA? Nous avons examiné cette question dans notre étude publiée en juin 2022 [6].

La collaboration interprofessionnelle dans le système de santé visant l'amélioration du traitement des patientes et patients atteints de maladies chroniques, par exemple le diabète sucré de type 2, est un thème d'actualité. En Suisse, particulièrement dans le domaine des soins de base périphériques, il existe une pénurie de médecins de famille qui, conformément aux attentes, ne s'accroîtra que dans les 15–20 prochaines années [1, 2]. Toutefois, le nombre de patientes et patients souffrant de maladies chroniques ne cesse lui aussi d'augmenter pour des raisons démographiques et liées au mode de vie (manque d'activité physique, alimentation, surpoids, tabagisme), de sorte qu'un déficit apparaît en termes de soins des malades chroniques. Une nette hausse se retrouve aussi chez les personnes d'âge moyen [3].

Un modèle prometteur de succès repose sur le Chronic Care Management (CCM), dans lequel d'autres professionnels de santé – p. ex. pharmaciennes et pharmaciens, AM, CMA orientation clinique ou Advanced Practice Nurses (APN) – soulagent les médecins de famille en prenant en charge une partie de la consultation, du traitement et du contrôle des patientes et patients atteints de maladies chroniques. Dans notre étude, nous avons examiné plus en détail le modèle des cabinets de médecine de famille disposant de CMA orientation clinique et pu obtenir des résultats satisfaisants.

En quoi consiste la formation de CMA et combien coûte-t-elle?

Les CMA sont des AM qualifiés qui se spécialisent en soins des malades chroniques lors d'une formation complémentaire en cours d'emploi sur 2 ans. Ils doivent avoir au moins 3 ans d'expérience pratique avant de pouvoir commencer la formation. La formation de CMA présente une structure modulaire et peut être achevée individuellement en 2 à 5 ans. Le diplôme obtenu est un brevet fédéral.

Il est possible de choisir entre une orientation clinique et une orientation administrative. Les coordinatrices et coordinateurs en médecine ambulatoire orientation clinique sont

qualifiés pour le conseil et l'accompagnement des patientes et patients atteints d'une série de maladies chroniques (p. ex. diabète, rhumatisme, maladies respiratoires, coronaropathie, insuffisance cardiaque et insuffisance cérébrale).

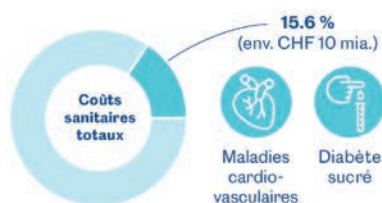
Les coûts de la formation complète sont de 10 000 à 12 000 CHF. Il existe néanmoins des subventions fédérales à hauteur de 50% des frais après achèvement de la formation et passage de l'examen fédéral.

Concernant l'étude

Ce projet multi-parties a été largement soutenu sur le plan conceptuel et financier, notamment par la BEKAG, la Fondation Suisse du Diabète, les sociétés d'assurance KPT et VISANA ainsi que la FMH. L'Association suisse alémanique des assistantes médicales et assistants médicaux (SVA), INFRAS, une entreprise indépendante de recherche, ainsi qu'un représentant des patients diabétiques nous ont activement aidé dans le développement du questionnaire, l'exécution et la divulgation – gage de l'interprofessionnalité.

Ont participé à l'étude transversale 22 cabinets médicaux de Suisse alémanique comptant au total 12 CMA. Grâce au soutien de la SVA et au grand intérêt parmi les CMA, le recrutement a été satisfaisant. Nous avons cherché des

Le diabète en Suisse



Sources : Huber, CA. Die Schweiz zahlt hohen Preis für nicht-übertragbare Krankheiten. SAEZ. 2018, 99 (33), pp. 1054-1056.
Zeller, A. Resultate der 4. Workforce Studie. Primary and Hospital Care - Allgemeine Innere Medizin. 2020, 20 (11), pp. 325-328.

De nouveaux modèles d'accompagnement peuvent-ils aider les médecins de famille à traiter les patients diabétiques ?

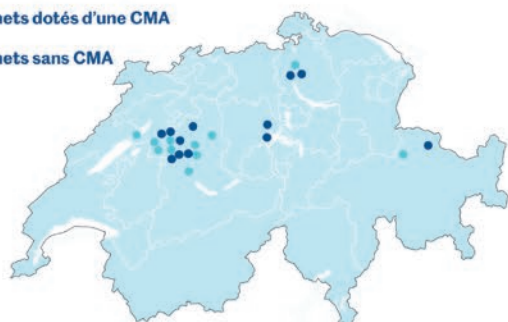
L'étude CMA est la première étude en Suisse qui examine l'impact du travail des coordinatrices en médecine ambulatoire avec orientation clinique (CMA).

Principale conclusion dans le contexte de la pénurie de médecins de famille en Suisse : **les CMA peuvent soulager les médecins de famille en ce qui concerne la prise en charge des patients diabétiques.**

Cabinets participants à l'étude

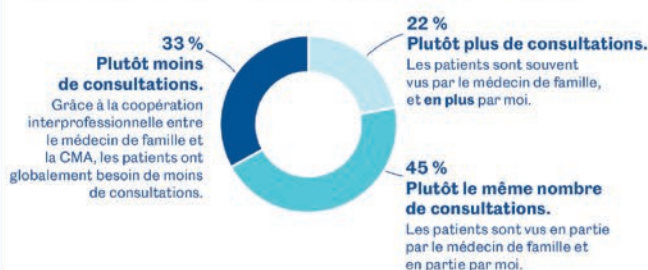
● Cabinets dotés d'une CMA

● Cabinets sans CMA

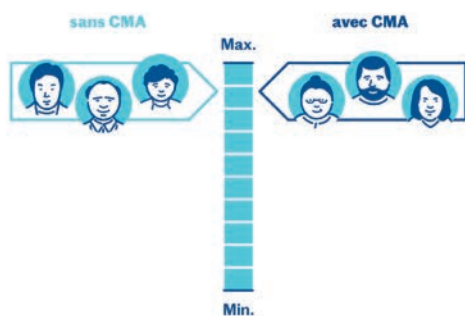


Le nombre de consultations reste identique ou diminue.

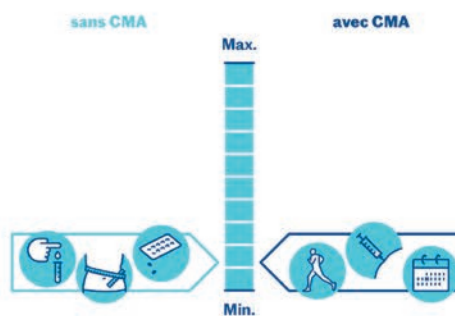
Nous aimerions comprendre si, dans les cabinets dotés d'une CMA, le nombre total de consultations liées au diabète est inférieur, égal ou supérieur à celui des cabinets sans CMA. Qu'en est-il dans votre cabinet ?



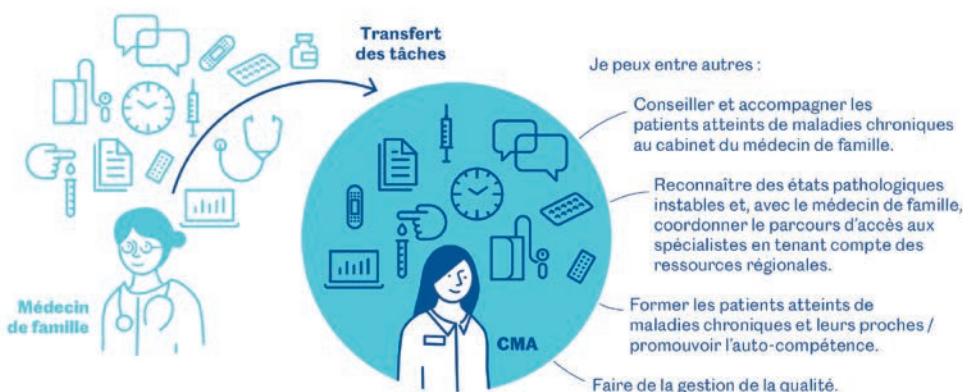
Qualité de prise en charge et satisfaction équivalentes dans les deux modèles d'accompagnement.



Même charge de traitement faible avec le diabète dans les deux modèles d'accompagnement.



Transfert des tâches



cabinets les plus comparables possible (concernant notamment la taille et la région) avec les cabinets avec CMA. Nous avons décidé d'effectuer notre recherche dans le réseau de médecins des différents cabinets avec CMA, car ceux-ci organisent généralement leurs cabinets avec des directives et processus opérationnels similaires et entretiennent en outre une philosophie uniforme. Trouver des cabinets et motiver les médecins de famille a posé un défi en période de pandémie. Nous sommes d'autant plus reconnaissants à l'égard de chaque cabinet disposé à participer. Ont été inclus 171 patientes et patients qui, au début de l'étude en août 2020, étaient traités depuis au moins un an par une / un médecin de famille ou une / un CMA. Le recrutement a ensuite été assuré par les médecins de famille et CMA, c.-à-d. qu'une participation a été abordée avec chaque patiente et chaque patient atteints de diabète de type 2 se présentant en consultation.

Les patientes et patients souffrant de diabète de type 2 devaient occuper le premier plan avec leur expérience, c'est pourquoi nous avons utilisé les *patient-reported outcome or experience measures* (PROMS/PREMS). Il s'agit de questionnaires validés qui enregistrent la perception individuelle des personnes interrogées. En complément, nous avons également intégré des paramètres objectifs recueillis au moyen des critères de la SSED. Ces critères ont été élaborés en 2017 par la Société suisse d'endocrinologie et de diabétologie, et offrent un guide pour une prise en charge optimale du diabète [4].

Les résultats

Les 171 patientes et patients participant dans les deux groupes étaient comparables en termes d'âge, de sexe, d'années écoulées depuis le diagnostic et de degré d'occupation. Ils étaient en moyenne âgés de 69 ans, en surpoids et souffraient de diabète sucré de type 2 depuis 12 ans. Les taux de HbA1c et LDL se trouvaient dans le domaine cible dans les deux groupes. Pour tous les indicateurs de qualité, les patientes et patients atteints de diabète sucré de type 2 ont été aussi bien accompagnés dans les cabinets avec CMA que dans ceux sans CMA. Globalement, la qualité de traitement était très élevée, tant en termes de résultats rapportés par les patientes et patients (PROMS) que concernant les critères de la SSED.

Il est également possible de déclarer que le travail débuté par les médecins de famille a pu être délégué aux CMA de manière fiable et avec le même niveau élevé de qualité.

Que cela signifie-t-il concrètement? Les CMA peuvent désormais assurer des presta-

tions complexes et nécessitant beaucoup de temps pour les patientes et patients diabétiques sur la même base que les médecins de famille, y compris les analyses sanguines et urinaires, les examens des pieds ainsi que la coordination de l'orientation vers les offres de conseil en nutrition et activité physique ou l'envoi annuel chez des spécialistes.

Comme il subsiste encore une marge d'amélioration dans le traitement du diabète, notamment dans les domaines du dépistage, de l'établissement du diagnostic, de l'auto-gestion, de l'obtention de valeurs recommandées (HbA1c, LDL, pression artérielle) et dans la réalisation d'examen préventifs annuels des yeux et des pieds, une / un CMA peut globalement contribuer à améliorer la gestion de la maladie et l'auto-gestion des patientes et patients. Cela influence alors le contrôle de la maladie et le taux de complications.

Propositions d'amélioration des soins des patientes et patients atteints de diabète

Des propositions générales d'amélioration de la prise en charge des diabétiques ont été émises par les CMA et les médecins. Il a par exemple été suggéré que les tâches et prestations des CMA doivent être définies avec précision pour optimiser la répartition du travail avec les médecins. Autrement, il semble difficile pour les CMA de délimiter leur domaine de travail quotidien, également par rapport aux AM. Certains cabinets ont élaboré des consignes écrites, généralement internes, relatives aux activités des CMA, qui pourraient être utiles à cet effet.

Les médecins et les CMA ont souligné à plusieurs reprises la demande d'une rémunération adéquate des prestations des CMA dans le catalogue de facturation des soins ambulatoires (TARMED).

Les médecins de famille et les CMA ont proposé comme autre point une intensification de la collaboration interprofessionnelle et, ainsi, des possibilités de qualification et formation continue associées. Par ailleurs, une meilleure coordination de tous les groupes professionnels et individus impliqués autour de la patiente ou du patient a été souhaitée.

Autres avantages possibles de l'accompagnement par les CMA

Les CMA connaissent les avantages de leur travail principalement dans le fait qu'ils disposent d'un autre accès aux patientes et patients, venant renforcer la relation particulière de confiance. Ils supposent que les patientes et patients s'ouvrent davantage à eux qu'aux mé-

decins et sont disposés à parler de leurs besoins et «faiblesses». Cela crée une nouvelle possibilité de promouvoir la satisfaction et l'observance des patientes et patients et d'améliorer ainsi la qualité du traitement.

Perspectives

Les équipes interprofessionnelles travaillent-elles avec plus de satisfaction?

Dans notre étude ont été interrogés non seulement les patientes et patients, mais aussi les CMA et médecins de famille participant à la collaboration interprofessionnelle avec les CMA. Les médecins de famille disposant de CMA ont indiqué qu'en raison de la collaboration, ils ressentaient une charge de travail plus faible et avaient plus de temps pour d'autres tâches. De même, les médecins de famille sans CMA au cabinet ont déclaré attendre un soulagement du fait de l'embauche d'une / un CMA. Les CMA ont confirmé cela de leur point de vue. S'ajoutant aux résultats de notre enquête, une étude transversale multicentrique datant de 2014 [5] laisse supposer que les équipes interprofessionnelles travaillent avec plus de satisfaction.

Correspondance

Prof. Sven Streit
 Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM)
 Leiter Interprofessionelle Grundversorgung
 Universität Bern
 Mittelstrasse 43
 CH-3012 Bern
 sven.streit[at]biham.unibe.ch

Références

- 1 Zeller A, Giezendanner S. Resultate der 4. Workforce Studie. Prim Hosp Care. 2020 Nov;20(11):325–328.
- 2 Stierli R, Rozsnyai Z, Felber R, Jörg R, Kraft E, Exadaktylos AK, et al. Primary Care Physician Workforce 2020 to 2025 – a cross-sectional study for the Canton of Bern. Swiss Med Wkly. 2021 Sep;151(3536):w30024.
- 3 Bachmann N, Burla L, Kohler D. Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe; 2015. Hrsg. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel. Verfügbar unter: https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/gesundheitsbericht_2015_d_0.pdf
- 4 QualiCCare, SGED. Anwendungshilfe zu den Kriterien für «gutes» Disease Management Diabetes in der Grundversorgung. [Internet] 2017 Nov. [cited 2021 Dec 14]
- 5 Körner M, Göritz A., Bengel J. Healthcare professionals' evaluation of interprofessional teamwork and job satisfaction / Evaluation der Teamarbeit und der Arbeitszufriedenheit von Gesundheitsfachberufen. IJHP. 2014;1(1):5–12.
- 6 Ansorg AK, Jungo KT, Hilfiger E, Felber R, Trageser J, Arnet BP, et al. Quality of chronic care for patients with type 2 diabetes in practices with and without a Clinical Specialized Medical Assistant (CSMA) – a cross-sectional study from Switzerland. Swiss Med Wkly [Internet]. 2022 Jun 22 [cited 2023 Mar 1];152(2526):w30180. Verfügbar unter: <https://smw.ch/index.php/smw/article/view/3219>

Ce que nous savons et ce que nous ne savons pas

20 ans de recherche sur le burn-out et les autres indicateurs de stress chez les médecins suisses

Sonja Weilenmann^a, Tobias Spiller^a, Mary Princip^a, Roland von Känel^a

^a Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik, Universitätsspital Zürich, Universität Zürich

En raison de la charge psychique élevée des médecins («épidémie de burnout»), des expertes et experts ont tiré la sonnette d'alarme à plusieurs reprises [1–3]. Quelle est la situation dans notre pays? Cet article résume les recherches menées en Suisse (2000–2022),¹ les replace dans le contexte des connaissances internationales et les évalue de manière critique.

L'estimation délicate de la prévalence du burnout

Parmi les indicateurs de stress au sein du corps médical, le burnout est de loin celui qui a attiré la plus grande attention [4]. Dans la CIM-11 actuelle, le burnout est désormais considéré comme un syndrome composé de a) l'épuisement émotionnel, b) la dépersonnalisation et c) un sentiment d'inefficacité lié à la performance, qui résulte d'un stress chronique au travail [5]. Le burnout est mesuré de manière standard à l'aide de l'Inventaire de Burnout de Maslach (en anglais *Maslach Burnout Inventory* [6], MBI [7]). Aussi bien le syndrome du burnout que le MBI ont été critiqués [8–10]. En particulier, la validité diagnostique et la signification clinique des valeurs seuils habituellement utilisées pour un burnout modéré² (qui correspondent à une fréquence des symptômes d'épuisement émotionnel de «quelques fois par mois») ont été remises en question [7, 11, 12]. En raison de la grande hétérogénéité, entre autres des instruments de mesure et des valeurs seuils, une méta-analyse internationale de grande envergure visant à estimer la préva-

lence du burnout chez les médecins a récemment échoué ([7], les études ont trouvé des valeurs de 0–90%).

Néanmoins, il est essentiel de prendre au sérieux le problème du burnout au sein du corps médical. Récemment, une méta-analyse suisse [13] a conclu que les médecins et les autres professionnels de la santé présentaient une prévalence plus élevée que d'autres groupes professionnels (entre autres enseignants) (5% vs. 3% avec un burnout sévère). La prévalence plus élevée chez les médecins concorde avec les résultats d'études internationales [14–16]. En outre, des indices suggèrent que les médecins souffrent plus souvent de burnout sévère que le personnel de santé non médical [17, 18].

Le tableau 1 présente les études qui ont évalué la prévalence du burnout dans un échantillon de médecins suisses. Il apparaît que les estimations sont ici aussi très divergentes en raison de la grande hétérogénéité des instruments, des valeurs seuils et des échantillons. La plupart des estimations provenant d'échantillons plus grands sont de l'ordre de 30–40% de médecins rapportant des niveaux modérés à élevés de burnout. Il existe des indications selon lesquelles la prévalence en Suisse est en augmentation [19, 20] et que les jeunes médecins sont plus touchés [19, 21], ce qui est en accord avec les recherches internationales [16, 22, 23].

Satisfaction, équilibre entre vie professionnelle et vie privée et autres indicateurs de stress

Outre le burnout, plusieurs autres indicateurs ont été utilisés pour évaluer la charge psychique au sein du corps médical suisse. Entre 20% et 30% des personnes interrogées souffrent d'une morbidité psychiatrique (avant

tout anxiété et dépression) [24–26]. Entre la moitié environ et une nette majorité des personnes interrogées ont indiqué avoir trop peu de temps ou d'énergie à consacrer à leur vie privée (déséquilibre entre vie professionnelle et vie privée) [17, 18, 21, 27, 28]. Selon les études, environ 10–40% des personnes interrogées ont pensé à quitter leur travail [18, 21, 29]. Néanmoins, une majorité de médecins semblent être assez ou très satisfaits de leur travail [29–33]. D'autres indicateurs sont présentés dans le tableau 2, sachant que les valeurs varient fortement en fonction de l'échantillon et de la méthode d'évaluation et sont donc difficilement comparables entre elles.

Il est cependant intéressant de se pencher sur les comparaisons entre le corps médical et des échantillons de population normatifs appariés pour l'âge. Celles-ci montrent que les médecins-assistants en Suisse présentent une prévalence jusqu'à 7 fois plus élevée de symptômes d'anxiété (sub)cliniquement significatifs, une prévalence jusqu'à deux fois plus élevée de symptômes de dépression (sub) cliniquement significatifs, nettement plus de conflits entre vie professionnelle et vie privée, un stress chronique plus élevé et une satisfaction de vie plus faible [26, 27, 34, 35]. Alors qu'un employé suisse à plein temps travaille en moyenne 42 heures par semaine [36], les médecins-assistants et chefs de clinique travaillent en moyenne 56 heures par semaine sur plusieurs années [19], soit 14 heures de plus par semaine. La charge de travail plus élevée du corps médical par rapport à la population générale est également évidente dans les études internationales [14–16, 37–39].

Plusieurs études indiquent que les conflits entre vie professionnelle et vie privée sont beaucoup plus prononcés chez les médecins

1 N'ont pas été pris en compte les études qualitatives, les études dont les données ont été collectées avant l'an 2000 et les études ou résultats portant sur des échantillons mixtes, qui ne permettent pas de tirer des conclusions séparées concernant le corps médical.
2 Soit ≥ 27 sur l'échelle de l'épuisement émotionnel, soit ≥ 10 sur l'échelle de la dépersonnalisation.

que dans les professions de santé non médicales [17, 18, 28, 40]. De même, les conditions de travail semblent être moins bonnes sur plusieurs points (par ex. beaucoup plus d'heures supplémentaires) [18, 28].

Exigences et ressources

En Suisse (tab. 3 et S4 (voir annexe en ligne)), les études relèvent surtout six facteurs qui influencent le bien-être des médecins (fig. 1): le

volume de travail³ [20, 29, 31, 41–43], la quantité de tâches administratives ou d'autres tâches non enrichissantes et gratifiantes⁴ [29, 32, 41, 42], les conflits entre vie professionnelle et vie privée [18, 21, 27, 28, 41, 43, 49, 50], l'ambiance de travail [31, 42, 43], la reconnaissance dans la profession [18, 34, 50] et – avec des preuves pas tout à fait univoques – l'autonomie en matière de planification et de décision [31, 43]. À l'exception des conflits entre vie professionnelle et

³ Les études ne sont pas unanimes en ce qui concerne les heures de travail: quatre études portant sur de grands échantillons montrent que le bien-être diminue avec l'augmentation des heures de travail par semaine [20, 29, 41, 42], tandis que deux études portant sur de petits échantillons ne constatent aucune influence des heures de travail [34, 43] and (2. Des études internationales importantes soutiennent majoritairement la première conclusion (l'augmentation des heures de travail a un effet négatif) [2, 3, 44] Dyrbye LN, Shanafelt TD. (Mayo Clinic, Rochester, MN; and Stanford University Medical Center, Stanford, CA, USA. En outre, il semble établi que travailler ≥55 heures par semaine augmente le risque de maladies cardiovasculaires et d'autres maladies (mais pas de dépression) [45–47].

⁴ En ce qui concerne les tâches administratives ou les tâches non enrichissantes / gratifiantes, Semmer et al. parlent également de «tâches illégitimes» (car évitables ou ne correspondant pas au rôle professionnel de base et donc inacceptables) [48].

Tableau 1: Prévalence du burnout dans différents échantillons de médecins suisses.

Année ¹ /Étude	Instrument ²	Échantillon	Prévalence (%) du burnout: modéré; sévère	Remarques
2000/01 Biaggi et al. [43]	SSS	80 médecins du Centre hospitalier Bienne (pas d'indication sur la langue) – 39 médecins-assistants – 21 chefs de clinique – 20 médecins-adjoints et médecins-chefs ^{1a}	34* 41* 43* 10*	Le burnout a été mesuré à l'aide de l'échelle d'épuisement émotionnel.
2002 Goehring et al. [41]	MBI	1755 médecins de premier recours (d/f/i) – 838 médecine générale – 440 médecine interne générale – 149 sous-disciplines de médecine interne – 163 pédiatrie – 165 sans indication	32,0; 3,5 34,6; 4,5 31,4; 4,1 28,9; 1,3 19,0; 1,8 30,9; 0,6	Les hommes ont une prévalence plus élevée que les femmes. Selon les auteurs, l'échantillon est représentatif de la population étudiée.
2004 Arigoni et al. [20]	MBI	365 médecins (f) – 140 cabinet de médecine de famille – 113 pédiatrie – 112 oncologie	44,4; 6,3 48,6; 5,7 46,0; 7,1 37,5; 6,2	Échantillon purement francophone. Les valeurs de burnout sont plus élevées chez les médecins francophones que dans les échantillons de médecins germanophones et italophones (2002 et 2007), qui ont été comparés statistiquement dans cette étude.
2005 Businger et al. [42]	MBI	405 chirurgiens (pas d'indication sur la langue)	35,1; 3,7	Pas de différence entre le niveau de carrière et le contexte clinique.
2006/07 Merlani et al. [66]	MBI	459 médecins d'unité de soins intensifs (d/f/i)	Pas d'indication; 31	Valeurs seuils différentes des valeurs MBI habituellement utilisées pour le burnout modéré et sévère. Cela pourrait expliquer la valeur élevée pour le burnout sévère par rapport aux autres études. L'étude rapporte de grandes différences de prévalence entre les unités de soins intensifs (prévalence plus élevée dans les unités de soins intensifs de Suisse alémanique et avec une plus faible proportion de femmes). Les participants représentent 80% des unités de soins intensifs reconnues en Suisse.
2007 Arigoni et al. [20]	MBI	615 médecins (d/i) – 266 cabinet de médecine de famille – 188 pédiatrie – 162 oncologie	31,5; 3,7 38,0; 5,6 26,1; 1,6 27,3; 3,1	
2007 Hämmig et al. [17]	CBI	53 médecins de l'Hôpital cantonal de Winterthur (d) (échantillon incluant d'autres professionnels de la santé)	50,9; 32,1	En comparaison, les professionnels de la santé non-médecins (surtout personnel soignant) ont montré une prévalence de 66,5% (modéré) et de 17,4% (sévére), un risque élevé de burnout étant significativement plus fréquent chez les médecins.
2015/16 Hämmig [18]	CBI	235 médecins de 6 hôpitaux et cliniques de rééducation de Suisse alémanique (d) (échantillon incluant d'autres professionnels de la santé)	22,0; 12,9	En comparaison, les professionnels de la santé non-médecins (surtout personnel soignant) ont montré une prévalence de 23,3% (modéré) et de 6,7% (sévére), un risque élevé de burnout étant significativement plus fréquent chez les médecins.
2018 Zumbrunn et al. [29]	PWBI (= MBI)	450 médecins-assistants en médecine interne (d/f)	32*	60% se sentent épuisés émotionnellement, 47% se sentent durcis émotionnellement (dépersonnalisation), 32% rapportent les deux. Selon les auteurs, l'échantillon est représentatif de la population étudiée.
2019 Lindemann et al. [21]	–	– 288 médecins-assistants souhaitant devenir médecins de famille (d/f) – 196 médecins de famille dans leurs 5 premières années de pratique (d/f)	19,7* 10,7*	Les personnes interrogées devaient indiquer à quel point elles souffraient de burnout, selon leur propre définition du burnout.
2020 Sebo et al. [24]	–	503 médecins de premier recours (f)	20,7*	Les personnes interrogées devaient indiquer, à partir d'une liste de contrôle, les maladies / conditions médicales dont elles souffraient, le burnout étant une condition de la liste.

¹ Il s'agit de l'année de collecte des données et non de celle de la publication. * Pas de distinction entre les valeurs de burnout modéré et sévère. Abréviations: CBI: Copenhagen Burnout Inventory; MBI: Maslach Burnout Inventory; PWBI: Physician Well-Being Index (le burnout est évalué au moyen de deux items du MBI); SSS: Stresses and Strains Screening in Human Services. d: germanophone; f: francophone; i: italophone.

^{1a} Toutes les données sont basées sur les auto-évaluations des personnes interrogées et non sur l'évaluation clinique par d'autres professionnels.

Tableau 2: Indicateurs de stress chez les médecins suisses.

Année ¹ / Étude	Échantillon	Indicateurs ²	Fréquence
2000/01 Biaggi et al. [43]	80 médecins du Centre hospitalier Bienne (pas d'indication sur la langue)	– Aversion envers les clients – Surmenage dû au volume de travail (souvent ou la plupart du temps)	– 20% des personnes interrogées – Env. 30% des médecins-assistants et chefs de clinique; env. 25% des médecins-adjoints et médecins-chefs
2002 Bovier et al. [30]	1732 médecins de premier recours (sous-échantillon de [41], d/f/i)	Faible satisfaction vis-à-vis de – Volume de travail – Reconnaissance personnelle – Revenus et prestige – Prise en charge des patients – Relations professionnelles	– 30,3% – 37,3% – 26,9% – 30,7% – 42,8%
2003–07 Budde-berg-Fischer et al. [26]	390 médecins-assistants en 2e, 4e et 6e année après la fin de leurs études de médecine à Zurich, Berne ou Bâle (d); étude SwissMedCareer	Symptômes d'anxiété / de dépression pertinents – 2003 – 2005 – 2007	– Anxiété 30,8%, dépression 15,6% – Anxiété 22,8%, dépression 10,8% – Anxiété 21,5%, dépression 10,8% Symptômes mesurés avec la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS ≥8).
2003–07 Budde-berg-Fischer et al. [67]	370 médecins-assistants en 2e, 4e et 6e année après la fin de leurs études de médecine à Zurich, Berne ou Bâle (d); étude SwissMedCareer	Effort-Reward-Imbalance – 2003 – 2005 – 2007	– 17,6% – 20,3% – 25,1% (= inadéquation entre les exigences et la reconnaissance obtenue au travail)
2004 Arigoni et al. [25]	371 médecins oncologues, pédiatres et médecins de famille (f)	Morbidité psychiatrique	32% (morbidité psychiatrique évaluée au moyen du General Health Questionnaire-12)
2005 Budde-berg-Fischer et al. [68]	567 médecins-assistants en 4e année après la fin de leurs études de médecine à Zurich, Berne ou Bâle (d); étude SwissMedCareer	Ne choisiraient pas à nouveau cette profession	22%
2007 Knecht et al. [27]	543 médecins-assistants en 6e année après la fin de leurs études de médecine à Zurich, Berne ou Bâle (d); étude SwissMedCareer	Conflit élevé entre vie professionnelle et vie privée – En termes de temps – En termes de contraintes Santé – Santé auto-évaluée – Problèmes de sommeil sévères	– 46,8% – 47,8% – 16,6% (moyenne à très basse) – 9,6%
2007 Hämmig et al. [17]	53 médecins de l'Hôpital cantonal de Winterthur (d) (échantillon incluant d'autres professionnels de la santé)	– Effort-Reward-Imbalance – Work-Life-Imbalance – Sentiment de stress	– 62,7% (modéré), 21,6% (élevé) – 47,2% (modéré), 37,7% (élevé) – 20,8% (souvent / très souvent) Les médecins présentaient un plus grand déséquilibre entre vie professionnelle et vie privée (Work-Life-Imbalance) que les professionnels de la santé non-médecins.
2015/16 Hämmig [18]	235 médecins de 6 hôpitaux et cliniques de rééducation de Suisse alémanique (d) (échantillon incluant d'autres professionnels de la santé)	– Heures supplémentaires – Stress émotionnel lié au travail – Stress mental lié au travail (ne pas pouvoir se déconnecter après le travail) – Effort-Reward-Imbalance – Work-Life-Imbalance – Pensée de quitter le travail	– 24,8% (3–5 h), 33,5% (6+ h) – 64,6% (élevé), 5,8% (très élevé) – 34,6% (élevé), 11,8% (très élevé) – 53,7% (élevé), 11,2% (très élevé) – 45,2% (élevé), 23,2% (très élevé) – 31,0% (plusieurs fois par an), 14,2% (plusieurs fois par mois à quotidiennement) Les médecins font plus d'heures supplémentaires (33,5% vs. 2,7% avec 6+ h) et subissent plus de stress professionnel émotionnel (70,4% vs. 59,3%) et mental (46,4% vs. 30,1%) que les professionnels de la santé non-médecins (avant tout personnel soignant). Ils présentent également un plus grand déséquilibre entre vie professionnelle et vie privée (Work-Life-Imbalance) (68,4% vs. 33,8%).
2015/16 Siebenhüner et al. [31]	222 médecins de trois hôpitaux et de deux cliniques de rééducation (d) (échantillon incluant d'autres professionnels de la santé)	Satisfaction vis-à-vis de – Travail – Vie – Santé Caractéristiques du travail – Heures supplémentaires – Pression du temps – Faible autonomie – Mauvaise ambiance au travail – Stress général	– 10,5 (faible), 59,4 (moyenne), 30,1 (élevée) – 8,1 (faible), 63,1 (moyenne), 28,8 (élevée) – 13,1 (faible), 57,7 (moyenne), 29,3 (élevée) – 32,4% (6+h) – 85,9% – 13,1% – 6,9% – 18,6% (élevé ou très élevé) Les comparaisons entre les médecins et les professionnels de la santé non-médecins étaient mitigées: les médecins faisaient par exemple plus souvent état d'heures supplémentaires et de pression du temps, mais moins souvent d'une faible autonomie. La satisfaction de vie était similaire.

Tableau 2: Indicateurs de stress chez les médecins suisses (suite).

2017/18 Peter et al. [28]	299 médecins d'hôpitaux de soins aigus et de cliniques de rééducation (d/f/i) (échantillon incluant d'autres professionnels de la santé)	<p>Satisfaction avec le planning de travail</p> <ul style="list-style-type: none"> – En termes de vie privée – En termes de bien-être <p>Caractéristiques du travail</p> <ul style="list-style-type: none"> – Heures supplémentaires – Compensation des heures supplémentaires – Pausas – Temps de repos – Influence sur le planning de travail <p>Qualités de direction des supérieurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> – 36% (pas satisfaits) – 54% (pas satisfaits) <p>Par rapport aux professionnels de la santé non-médecins, la fréquence de ces deux facteurs est nettement plus élevée chez les médecins. De même, les médecins font état du conflit entre vie professionnelle et vie privée le plus grave parmi les professionnels de la santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> – 63% (souvent ou toujours) – 53% (compensation impossible) – 28% (rarement ou jamais) – 38% (parfois à jamais respectés) – 73% (un peu ou pas d'influence) <p>À l'exception de l'influence sur le planning de travail, les fréquences sont jusqu'à plus de deux fois plus élevées chez les médecins que chez les professionnels de la santé non-médecins (avant tout personnel soignant).</p> <ul style="list-style-type: none"> – 24,4% (mauvaises à très mauvaises) <p>Fréquence comparable à celle des professionnels de la santé non-médecins</p>
2018 Zumbrunn et al. [29]	450 médecins-assistants en médecine interne (d/f)	<p>Santé psychique</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pensées suicidaires – Problèmes émotionnels – Émotions négatives – Surmenage / surcharge <p>Souhait de carrière</p> <ul style="list-style-type: none"> – Médecine par vocation – Choisirait à nouveau cette profession – Désir de quitter la pratique clinique <p>Satisfaction professionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> – Autonomie – Revenus – Travail en général – Tâches enrichissantes/gratifiantes (en anglais «rewarding») 	<ul style="list-style-type: none"> – 4% – 57% – 30% – 42% – 17% plutôt pas ou pas du tout – 21% plutôt pas ou pas du tout – 34% parfois à absolument – 38% sont insatisfaits. – 9% sont (très) insatisfaits. – 9% sont (très) insatisfaits. – 52% indiquent moins de 2,5 h/jour.
2019 Lindemann et al. [21]	<ul style="list-style-type: none"> – 288 médecins-assistants (MA) souhaitant devenir médecins de famille (d/f) – 196 médecins de famille (MdF) dans leurs 5 premières années de pratique (d/f) 	<p>Stress</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pas assez de temps pour la vie privée – Pensée de quitter le travail <p>Situation pesante en raison de</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tâches administratives – Longues heures de travail – Volume de travail élevé – Exigences professionnelles – Patients complexes – Conflits entre vie professionnelle et vie privée 	<ul style="list-style-type: none"> – 50,0% (MA), 49,0% (MdF) (élevé/très élevé) – 56,1% (MA), 34,2% (MdF) (souvent/très souvent) – 10,5% (MA), 6,1% (MdF) (souvent/très souvent) – 65% (MA), 52% (MdF) – 63% (MA), 37% (MdF) – 58% (MA), 44% (MdF) – 54% (MA), 46% (MdF) – 50% (MA), 37% (MdF) – 49% (MA), 30% (MdF)
2020 Sebo et al. [24]	503 médecins de premier recours (f)	Dépression et/ou anxiété	20,7% (Les personnes interrogées devaient indiquer, à partir d'une liste de contrôle, les maladies dont elles souffraient)
2020 Glättli et al. [32]	2 037 médecins de famille et de l'enfance (d/f/i)	<p>Satisfaction professionnelle</p> <p>Stress</p>	<ul style="list-style-type: none"> – 68% (assez à extrêmement) – 23% (élevé ou très élevé)

1 Il s'agit de l'année de collecte des données et non de celle de la publication. 2 Toutes les données sont basées sur les auto-évaluations des personnes interrogées et non sur l'évaluation clinique par d'autres professionnels ou sur d'autres mesures objectives. Remarque: La liste des indicateurs n'est pas exhaustive. D'autres indicateurs ainsi que les détails de la méthode de collecte peuvent être consultés dans les études respectives. Abréviations: d: germanophone; f: francophone; i: italophone.

vie privée et de la reconnaissance [50], les résultats proviennent exclusivement d'études transversales, raison pour laquelle un lien de cause à effet ne peut être supposé. Dans des études longitudinales, des traits de personnalité (par ex. un investissement professionnel excessif) ont également permis de prédire entre autres l'anxiété, la dépression et le stress [26, 34]. Tous ces facteurs se retrouvent égale-

ment dans des études internationales [3], en partie (temps de travail, équilibre entre vie professionnelle et vie privée, ambiance au travail) avec des preuves issues d'études longitudinales [44, 51–54].

COVID-19: Qu'est-ce qui a changé?

La fréquence des symptômes anxieux et dépressifs cliniquement pertinents avant et

pendant la pandémie de SARS-CoV-2 semble globalement comparable (20–30%, tab. S5 (voir annexe en ligne)) [56, 57]. Étant donné que les conditions de travail et de vie des médecins étaient très différentes pendant la pandémie (par ex. certains ont travaillé beaucoup plus qu'avant, d'autres moins [56, 58]), il est néanmoins possible qu'une partie non négligeable d'entre eux se soit sentie plus mal sur le

Tableau 3: Facteurs associés à une réduction du bien-être chez les médecins suisses – preuves issues d'études transversales.

Année ¹ / Étude	Échantillon	Indicateurs de bien-être	Prédicteurs ²
2000/01 Biaggi et al. [43]	80 médecins du Centre hospitalier Bienne (pas d'indication sur la langue)	<ul style="list-style-type: none"> – Épuisement émotionnel – Aversion envers les clients 	<p>Facteurs de stress</p> <ul style="list-style-type: none"> – Surcharge due au volume de travail – Intensité du travail – Absence du travail pendant une durée inadéquate <p>Ressources</p> <ul style="list-style-type: none"> – Possibilité d'avoir son mot à dire – Autonomie – Soutien social des supérieurs hiérarchiques – Soutien social des collègues – Supérieurs soucieux du bien-être des collaborateurs <p>Tous les facteurs de stress et les ressources sont liés aux deux variables cibles, sauf l'autonomie (uniquement avec l'épuisement émotionnel). Aucun lien significatif n'a été trouvé avec le nombre d'heures de travail.</p>
2002 Goehring et al. [41]	1755 médecins de premier recours (d/f/i)	Burnout (MBI)	<ul style="list-style-type: none"> – Volume de travail (y compris heures de travail par semaine) – Difficulté à trouver un équilibre entre vie professionnelle et vie privée – Incertitudes concernant les soins médicaux – Autres (travail administratif, etc.)
2002 Bovier et al. [30]	1732 médecins de premier recours (sous-échantillon de [41]; d/f/i)	<p>Santé psychique (SF-12)</p> <p>Burnout (MBI)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Satisfaction liée au travail – Burnout – Satisfaction liée au travail
2002-07 Arigoni et al. [20]	2735 médecins (échantillons groupés de (41), (25), (20), d/f/i)	Burnout (MBI)	<ul style="list-style-type: none"> – Plus de 50 heures de travail par semaine
2005 Businger et al. [42]	405 chirurgiens (pas d'indication sur la langue)	Burnout (MBI)	<ul style="list-style-type: none"> – Volume de travail élevé (y compris heures de travail) – Mauvaises interactions avec le personnel soignant – Interruptions / dérangements par le téléphone – Tâches administratives
2007 Knecht et al. [27]	543 médecins-assistants en 6 ^e année après la fin de leurs études de médecine à Zurich, Berne ou Bâle (d); étude SwissMedCareer	Santé auto-évaluée	<ul style="list-style-type: none"> – La santé auto-évaluée était liée à un conflit élevé entre vie professionnelle et vie privée (à la fois en termes de temps et de contraintes).
2011/14 Cullati et al. [69]	309 médecins des Hôpitaux universitaires de Genève (2011, f) ainsi que de l'Hôpital municipal Triemli et de l'Hôpital de district d'Affoltern am Albis (2014, d)	Santé (auto-évaluée)	<ul style="list-style-type: none"> – Regrets concernant le traitement de patients (par ex. traitement qui n'est pas cohérent avec l'attitude personnelle ou les connaissances cliniques) – Utilisation de stratégies de coping adaptatives pour faire face aux regrets liés au traitement des patients
2015/16 Hämmig [18]	235 médecins de 6 hôpitaux et cliniques de rééducation de Suisse alémanique (d)	<ul style="list-style-type: none"> – Burnout (CBI) – Pensée de quitter le travail 	<ul style="list-style-type: none"> – Prédicteur principal: Work-Life-Imbalance (explique avec les facteurs de stress au travail et l'Effort-Reward-Imbalance 43,3% de la variance du burnout) – Prédicteur principal: Effort-Reward-Imbalance (explique avec les facteurs de stress au travail et le Work-Life-Imbalance 22,1% de la variance du burnout)
2015/16 Häusler et al. [49]	231 médecins de 6 hôpitaux et cliniques de rééducation de Suisse alémanique (sous-échantillon de [18], d)	Burnout (CBI)	Conflit entre vie professionnelle et vie privée
2017/18 Peter et al. [40]	299 médecins d'hôpitaux de soins aigus et de cliniques de rééducation (d/f/i)	<ul style="list-style-type: none"> – Stress – Satisfaction professionnelle – Intention de quitter la profession – Santé (entre autres burnout) 	<ul style="list-style-type: none"> – Le conflit entre vie professionnelle et vie privée était lié aux quatre variables cibles, ainsi qu'à d'autres facteurs selon la variable cible. <p>Le conflit entre vie professionnelle et vie privée était le plus élevé chez les médecins par rapport aux professionnels de la santé non-médecins. (Les variables cibles ont été mesurées principalement à l'aide du COPSOQ.)</p>
2018 Zumbrunn et al. [29]	450 médecins-assistants en médecine interne (d/f)	Bien-être (PWBI)	<ul style="list-style-type: none"> – Pour chaque heure de travail supplémentaire par semaine, le bien-être diminue de 4%. – Les personnes interrogées qui effectuent des tâches enrichissantes/gratifiantes (en anglais «rewarding») pendant moins de 2,5 heures par jour ont un risque 4 fois plus élevé d'avoir un bien-être réduit.
2019 Lindemann et al. [21]	<ul style="list-style-type: none"> – 288 médecins-assistants souhaitant devenir médecins de famille (d/f) – 196 médecins de famille dans leurs 5 premières années de pratique (d/f) 	– Bien-être réduit (WEMWBS)	<ul style="list-style-type: none"> – Pas assez de temps pour la vie privée (attention: calcul basé sur un échantillon qui incluait en plus 46 étudiants en médecine)

Tableau 3: Facteurs associés à une réduction du bien-être chez les médecins suisses – preuves issues d'études transversales (suite).

2020 Glättli et al. [32]	260 médecins de famille et de l'enfance âgés de ≤40 ans (d/f/i)	– Stress – Satisfaction professionnelle	– Satisfaction professionnelle, nombre d'heures de travail administratif – Stress
2020 Sieben-hüner et al. [31]	222 médecins de trois hôpitaux et de deux cliniques de rééducation (d)	– Stress Satisfaction – Travail – Vie – Santé	– Pression du temps, ambiance de travail Les heures supplémentaires et l'autonomie ne constituaient pas des prédicteurs significatifs – Stress, autonomie, ambiance de travail, sentiment de contrôle – Stress, sentiment de contrôle – Stress, sentiment de contrôle (Les variables cibles ont été mesurées à l'aide de questions à un seul item.)

1 Il s'agit de l'année de collecte des données et non de celle de la publication. 2 Toutes les données sont basées sur les auto-évaluations des personnes interrogées et non sur l'évaluation clinique par d'autres professionnels. Remarque: La liste des indicateurs n'est pas exhaustive. D'autres indicateurs ainsi que les détails de la méthode de collecte peuvent être consultés dans les études respectives. Abréviations: CBI: Copenhagen Burnout Inventory; COPSOQ: Copenhagen Psychosocial Questionnaire; MBI: Maslach Burnout Inventory; PWBI: Physician Well-Being Index; SF-12: Short Form 12 Health Survey; WEMWBS: Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale. d: germanophone; f: francophone; i: italophone.

plan psychique [59]. Contrairement à la situation avant la pandémie, les infirmières et infirmiers ont présenté des taux d'anxiété, de dépression et de burnout plus élevés que les médecins pendant la pandémie [56].

Résumé et évaluation critique des connaissances disponibles

Il est difficile de se prononcer sur les indicateurs de stress au sein du corps médical en raison de l'hétérogénéité des méthodes et des échantillons, tant en Suisse qu'au niveau inter-

national. À cela s'ajoute la faible généralisation des échantillons en raison de l'ancienneté des données, de leur taille ou de leur représentativité insuffisantes, ainsi que de leur limitation à certaines spécialités et à certains hôpitaux (ce qui est problématique en raison des conditions

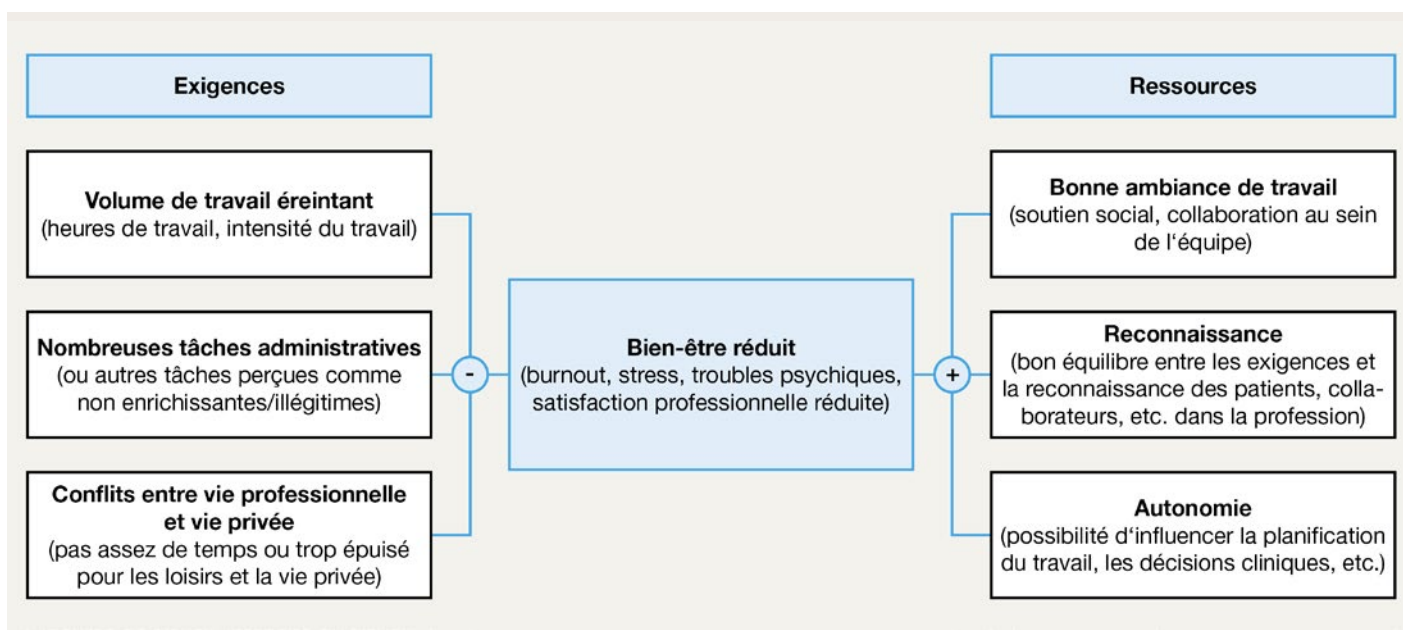


Figure 1: Exigences et ressources professionnelles présentées selon le modèle Job-Demands-Resources [55].

de travail différentes entre les hôpitaux et les spécialités [60, 61] et compte tenu de l'évolution de la pratique clinique [62]).

Avec la prudence qui s'impose, on peut déduire des études que 30–40% des médecins suisses présentent des valeurs de burnout modérées à élevées et que 20–30% pourraient souffrir de symptômes anxieux ou dépressifs. En outre, la majorité des médecins font état de conflits entre vie professionnelle et vie privée. En revanche, il semble certain que différents indicateurs de stress sont plus élevés chez les médecins que dans des échantillons de comparaison représentatifs normatifs de la population. Il existe également des éléments indiquant que les médecins sont probablement plus touchés par le stress au travail et ses conséquences que le personnel de santé non médical, y compris le personnel infirmier.

Les conflits entre vie professionnelle et vie privée ainsi que le temps de travail élevé présentent un lien relativement solide avec la réduction du bien-être, et l'on peut supposer, en se basant principalement sur les recherches internationales, que ces deux facteurs sont coresponsables de la réduction du bien-être.

La voie vers l'avenir

Même si le terme d'«épidémie de burnout» semble quelque peu exagéré, il indique néanmoins que les médecins sont soumis à un stress psychique excessif au niveau international et en Suisse également. En raison des graves conséquences de ce stress pour les personnes concernées, pour les patientes et patients et pour le système de santé, la US National Academy of Medicine a par exemple

créé un comité d'experts contre le burnout chez les médecins [3]. Ce comité a considéré que le stress élevé était un problème de système et non un problème de médecins individuels, raison pour laquelle des solutions sont recherchées en premier lieu au niveau de l'organisation (par ex. d'un hôpital) [3, 63].

Les recherches menées en Suisse vont dans le même sens: les principaux problèmes semblent résider, entre autres, dans le volume de travail élevé et, par conséquent, dans la mauvaise conciliation de la profession de médecin avec la vie privée. Dans une enquête représentative menée par la FMH et l'ASMAC sur l'abandon de la profession, la plupart des personnes interrogées ont indiqué avoir quitté la profession de médecin précisément pour ces raisons [64]. La solution évidente consiste donc à augmenter l'attractivité de la profession de médecin par des mesures telles que la création de conditions de travail modernes et une meilleure conciliation de la vie professionnelle et de la vie privée, conformément à la prise de position de la FMH [65].

Correspondance

Sonja Weilenmann
Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik,
Universitätsspital Zürich
Haldenbachstrasse 18
CH-8091 Zürich
sonja.weilenmann[at]usz.ch



Références

La bibliographie complète se trouve dans la version en ligne de l'article à l'adresse <https://doi.org/10.4414/phc-f.2023.10667>

Autogestion pour les médecins

L'anatomie du temps

Une charge de travail élevée, une contrainte temporelle, la croissance exponentielle des connaissances dans le domaine médical et la confrontation permanente à des situations existentielles marquent le quotidien professionnel des médecins. Cette complexité peut – parallèlement aux défis de la vie privée – rapidement aboutir à un sentiment de dépassement, de dépendance et d'ingérence. Comment y remédier?

Alexander Ghanem

Asklepios Klinik Nord – Heidberg, Hamburg

Le stress, les symptômes de burn-out et de dépression ou encore la suicidalité ont été objectivés à raison de 90%, 27% et 11% dans une étude actuelle d'Allemagne réalisée auprès de jeunes cliniciens [1]. Les cofacteurs de ces statistiques alarmantes sont un souci d'exigence prononcé pour une baisse simultanée de l'attention à l'égard de sa propre santé. Les chiffres, données et faits actuels concernant l'urgente nécessité de changements sont éloquentes: comme le montre une récente enquête représentative menée par le Marburger Bund, 40% des médecins ne souhaitent plus exercer cette profession. Les raisons sont tout aussi variées que compréhensibles:

- heures supplémentaires, travail de nuit, travail en équipe;
- stress émotionnel;
- contrainte temporelle;
- manque de temps pour les patientes et patients / sa propre famille / soi-même;
- peur des erreurs médicales / de la lourde responsabilité;
- bureaucratie.

Plus de rôles, plus de stress

Le dénominateur commun repose sur la pénurie de ressources parmi les prestataires de soins et les organismes payeurs: les directions manquent de personnel, le personnel manque d'énergie et de motivation, et les organismes payeurs exigent plus d'économicité, de qualité et d'attention portée aux patients. De ce *statu quo* découle la nécessité désormais urgente de renouveau – tout comme la nécessité d'épanouissement personnel, d'individualisation et de flexibilité. Ce changement de paradigme requiert la prise de responsabilité inconditionnelle, en particulier la responsabilité individuelle. Et celle-ci peut commencer petit: par l'autogestion des médecins.

L'influence de nos rôles sociaux (représentante des médecins-assistants, assistante de formation postgraduée, fille, mère, épouse, représentante des parents d'élèves, judoka, etc.) sur la complexité de notre vie peut être visualisée: chaque point correspond à un rôle et chaque ligne représente leur interdépendance. Lorsque nous tentons de maîtriser 4 rôles, d'en gérer 8 ou de jongler entre 12, nous devons penser que cela implique 6, 25 et 66 interactions voire potentiels conflits d'intérêts.

Comme le nombre de rôles augmente de manière linéaire, leurs interactions démontrent la force de la croissance exponentielle! Avec chaque nouveau rôle dans votre planning chargé, les interactions et conflits sont de plus en plus difficiles à éviter. Pour les cliniciens, la complexité est accentuée par les longues heures de travail, le travail le week-end, le service de garde, le manque de sommeil et la confrontation à de potentiels troubles somatiques. À cela s'ajoutent des déficits structurels, notamment la redondance et les heures supplémentaires en raison de brèches numériques. De même, les médecins assurent souvent des heures supplémentaires ou des activités non médicales, car le personnel fait défaut. Il existe par ailleurs des disparités culturelles qui reposent sur des conflits générationnels classiques. La plupart des déficits structurels et culturels ont pour conséquence que les médecins ressentent une efficacité individuelle insuffisante.

Exemples de paradigmes organisationnels classiques dans les cliniques:

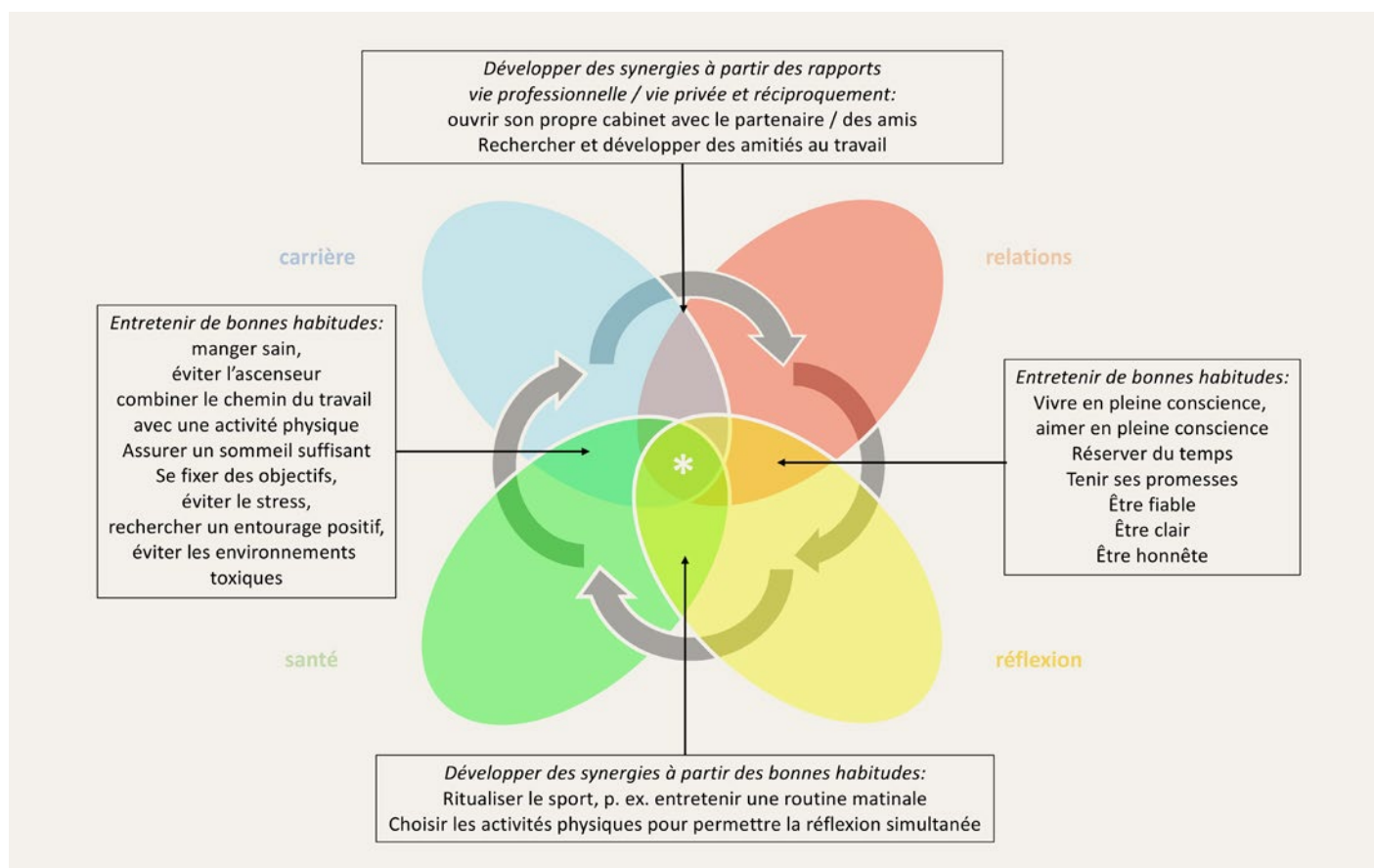
- La journée de travail commence par une réunion de service à 8h.
- La pause-déjeuner doit être organisée de manière autonome par les collaborateurs et collaboratrices.
- La visite des patients suit les numéros de chambres.

Ces trois paradigmes sont dus à des habitudes, rituels et systèmes traditionnels, et font ainsi partie de la socialisation médicale. L'organisation individuelle d'une pause-déjeuner est difficilement réalisable pour les collègues novices à la clinique, en particulier lorsque les personnes expérimentées ne s'accordent elles-mêmes pas de pause le midi.

Changement de paradigme

Il existe pourtant des alternatives qui visent à se rapprocher d'un quotidien professionnel idéal, car autodéterminé et efficace sur le plan individuel. Aussi cela présente-t-il des avantages de tenir la première réunion de service non pas classiquement à 8h, mais à 12h30. L'objectif principal de la première réunion de la journée est de synchroniser l'état d'information des groupes professionnels. Les médecins et les soignants s'entretiennent avec les responsables de service et personnes chargées des cas. Cette réunion peut aussi être virtuelle. Sur écran, les individus impliqués dans le système d'information peuvent discuter des patientes et patients admis, des procédures cliniques et des décharges prévues. Les formations continues, durées de séjour et cas problématiques trouvent aussi leur place dans ce forum et épargnent des rendez-vous séparés.

Contrairement à la réunion de 8h, tous les patients et patientes ont été visités le midi, les examens préliminaires organisés et confirmés, idéalement des concepts ont été élaborés et programmés. Il s'agit de conditions essentielles pour l'évaluation et la prise de décision. Un autre avantage de cet horaire: il permet d'avoir une pause-déjeuner collective et fixe, garantissant une reprise ponctuelle du travail dans les services. Les rendez-vous disséminés et la reprise retardée du travail représentent un obstacle à l'organisation d'une pause de midi. Mais



Les domaines de la vie: ces domaines ne doivent pas être strictement séparés les uns des autres; nombre d'entre eux agissent en synergie.

si tout le monde s'accorde à ce que les activités des services reprennent à 13h30 précise, une pause-déjeuner collective permet de se régénérer et de favoriser l'esprit de communauté.

Une deuxième réunion à 16h prépare les visites et le diagnostic fonctionnel du lendemain (réunion de planning de service). Après que les collaboratrices et collaborateurs ont vu toutes les nouvelles admissions durant la deuxième moitié de la journée et clos les documentations, le lendemain peut être préparé. Il est judicieux de classer les patientes et patients, en coopération avec le personnel soignant, en trois catégories de feu de décharge:

- Catégorie «rouge»: patiente / patient déchargé-e le lendemain.
- Catégorie «jaune»: patiente / patient sera probablement déchargé-e, résultats / examens en cours.
- Catégorie «verte»: patiente / patient ne sera pas déchargé-e le lendemain.

Ainsi, toutes les personnes traitantes sont préparées au lendemain: les médecins closent à temps la documentation des patientes et patients qui seront sûrement ou potentiellement déchargés, les examens en cours des patientes et patients de la catégorie «jaune» sont annoncés comme «prévus tôt» de sorte qu'ils puissent être appelés entre 8 et 9h dans les services spé-

cialisés. Le personnel traitant peut décider de la décharge en début de matinée. Même le dimanche, le médecin de garde doit planifier ces patientes et patients en priorité.

Un planning de service minutieusement préparé et accessible au public assure un début de matinée sans heurt. Les prises de sang et les visites matinales peuvent avoir lieu d'une traite sans être interrompues par des questions. Les patientes et patients de la catégorie «rouge» peuvent être visités en premier et déchargés tôt avec la lettre préparée la veille par le ou la médecin. Ces lits sont disponibles plus tôt et la procédure d'admission de nouveaux patients et patientes n'est pas inutilement retardée. Le personnel soignant, les médecins de garde et les nouveaux patients et patientes en seront reconnaissants. De plus, les médecins peuvent quitter l'unité ou finir l'examen d'admission à temps, sans devoir attendre la préparation des lits, le nettoyage de la chambre, le service de transport ou les nouvelles admissions. Si, dans ce contexte, ils venaient à regretter la flexibilité et la spontanéité, ils peuvent avoir l'assurance qu'une structure quotidienne fixe permet de mieux compenser les événements inattendus et les urgences. Le travail pendant une journée idéale à l'unité doit finalement être la base d'une plus grande efficacité individuelle – sur le plan professionnel comme privé.

Priorité(s)

Une méthode de travail individuellement efficace repose généralement sur trois principes: priorité, domaines de la vie et synergie.

Il est intéressant de constater l'utilisation du terme priorité au singulier jusqu'au 19e siècle. En y regardant de plus près, le pluriel n'a pas de sens puisqu'en fait, un seul thème peut être traité de manière privilégiée en même temps. Nos tâches et objectifs peuvent être priorisés selon trois dimensions: urgence (axe x), importance (axe y) et signification (axe z).

1. Ce qui est urgent – est rarement important et reflète souvent les objectifs d'autrui; notre boîte postale en est un exemple. Un quotidien structuré peut contrôler ce qui est urgent.
2. Ce qui est important – est rarement urgent et est donc volontiers reporté à plus tard. Le rendez-vous personnel de prévention en est un exemple.
3. Ce qui est significatif – est important maintenant et le sera de plus en plus avec l'âge. Le développement et l'entretien de relations personnelles profondes en sont un exemple classique.

Cela est exactement l'inverse de ce que l'on croit: ce qui est significatif devrait toujours avoir la priorité – avant même ce qui est im-

portant et, surtout, ce qui est urgent. Nous ne devrions en soi accorder aucune priorité à ce qui est urgent. Mais plutôt nous demander comment les urgences imprévues sont survenues et adapter les conditions préalables. Il convient de remettre en question et restructurer les processus, habitudes et automatismes sous-jacents.

Notre priorité se retrouve principalement dans quatre domaines de la vie: performance, relation, santé et réflexion. Nous promouvons par exemple notre santé à travers des comportements sains relatifs à l'alimentation, l'activité physique et le sommeil. Tout comportement sain doit être proactif, constant et discipliné. Les objectifs et le statu quo de la réalisation des objectifs doivent être contrôlés régulièrement. Des «rendez-vous avec soi-même» planifiés tôt constituent une méthode très efficace à cet effet. Imaginez un monde dans lequel vous vous rendez demain au travail à vélo pour réaliser un objectif rempli de sens dans un environnement empreint d'estime et de confiance. Les quatre domaines de la vie se recoupent désormais considérablement et renforcent la valeur de chacun d'entre eux. Cette valorisation repose sur une synergie. La synergie des quatre domaines de la vie recèle ainsi un potentiel quasiment infini pour nos ressources.

Et maintenant?

Nous ne devrions pas attendre plus longtemps des changements dans notre vie professionnelle. Personne ne nous les servira sur un plateau d'argent. Nous devons façonner nous-mêmes notre monde professionnel idéal. Pour cela, une méthode de travail personnelle efficace est indispensable. Quels sont les objectifs que je souhaite impérativement poursuivre? Quels sont ceux dont je ne veux certainement pas? Une utilisation constante et disciplinée des trois principes concordant avec l'anatomie du temps priorité, domaines de la vie et synergie peut être très efficace à long terme et aider à atteindre ses propres objectifs – avec plaisir et en toute détente. Je souhaite terminer par un proverbe arabe qui résume le motif sous-jacent des principes d'anatomie du temps:

Si tu veux changer ta vie, change ta ville!
Si tu veux changer ta ville, change ta rue!
Si tu veux changer ta rue, change ta maison!
Si tu veux changer ta maison, change toi-même!

Plus d'informations sur ce thème sur:
www.anatomiederzeit.de

Référence

1 Afshar K, Laskowski NM, Schleef T, Steffens S.
Arztberuf: Selbstfürsorge schon im Studium. Dtsch
Arztebl 2020 Dec 4;117(49):A-2405/B-2030.

Entrevue avec Jeanne Moor

«Pour accroître le bien-être, il est important d'en parler»

L'entrevue a été menée par Matthias Widmer.
Managing Editor Primary and Hospital Care

Madame Moor, comment allez-vous aujourd'hui?

Bien, merci. Je suis très heureuse et reconnaissante car je suis devenue mère pour la troisième fois en décembre. Je me sens actuellement encore souvent fatiguée et un peu inerte en raison du manque de sommeil et de l'allaitement fréquent, mais j'essaie en même temps – avec l'aide de mon mari – d'aménager un nouveau quotidien à cinq et avec nos deux projets postdoctoraux ici en Suède.

Comment avez-vous réussi à concilier vie professionnelle et famille?

J'essaie toujours d'être consciente de moi-même et mes objectifs et de réaliser ainsi mes rêves. Je tente de me concentrer sur l'essentiel, de rester ferme sur ce qui m'importe et d'être présente dans ce que je fais.

Un bon partenariat est aussi indispensable. Depuis que nous avons des enfants, mon mari et moi travaillons généralement à 80% et nous répartissons les tâches ménagères et l'encadrement des enfants.

À quels facteurs de stress êtes-vous exposées dans votre quotidien professionnel?

L'une des raisons pour lesquelles j'ai choisi les études de médecine est le contact authentique avec les personnes car souvent, le masque tombe en quelque sorte lorsque quelqu'un est malade. Je trouve passionnant de m'occuper d'autant de personnes et d'accomplir différentes tâches en peu de temps, mais cela est parfois aussi très sollicitant.

Au quotidien hospitalier, le déroulement de la journée est fortement caractérisé par des

facteurs externes (tels que les rapports ou la collaboration interdisciplinaire). Cela limite la marge de manœuvre pour une organisation efficace selon ses propres préférences.

En tant que médecin, vous vous occupez du bien-être de vos patientes et patients.

Que faites-vous pour votre propre santé?

Pour compenser mon travail plutôt cognitif et mon rôle de médecin et mère, dans lequel je réponds souvent aux besoins d'autrui, je prends le temps de faire du sport cinq fois par semaine: je préfère le jogging, le «high intensity interval training» (HIIT) ou le Spinning*. Par ailleurs, je tiens à avoir au moins 8 heures de sommeil et une alimentation saine. Je m'offre aussi régulièrement des massages et, de temps en temps, une journée de repos complet, durant laquelle je fais la grasse matinée et paresse.

Le Tages-Anzeiger a récemment rapporté une nouvelle étude comparative internationale selon laquelle les médecins de famille suisses affichaient une satisfaction supérieure à la moyenne concernant leur équilibre entre vie privée et vie professionnelle, mais souffraient de la charge administrative [1]. Dans quelle mesure ces résultats se recoupent-ils avec vos expériences personnelles?

Le titre de l'article du Tages-Anzeiger «Les médecins de famille suisses ont le meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle» est trompeur et ne se recoupe ni avec la littérature sur le thème «Work-Life-Balance» des médecins suisses, ni avec mes expériences personnelles. Premièrement, l'étude citée n'a pas pris en compte la part du corps médical

présentant le plus mauvais équilibre entre vie privée et vie professionnelle, à savoir les médecins assistant-es [2]. Deuxièmement, une tendance négative en termes de satisfaction est à noter dans tous les pays examinés, ce qui souligne un besoin d'action. Troisièmement, une situation encore plus déplorable dans d'autres pays ne signifie pas que la situation suisse puisse être laissée telle quelle.

La charge administrative excessivement croissante des médecins en Suisse [3–5] est en revanche bien mise en avant.

Vous avez reçu en 2021 une récompense de la SGAIM Foundation pour votre enquête sur la santé mentale du personnel de médecine interne générale [6]. Quels défis particuliers caractérisent cette spécialité et dans quelle mesure les médecins généralistes sont concernés?

La littérature comme l'enquête ont mis en évidence les défis suivants: peu d'heures de la journée consacrées à un travail épanouissant et une charge administrative élevée, beaucoup d'heures de travail et une insatisfaction concernant l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Chez les médecins généralistes, ces deux derniers facteurs peuvent justement rendre plus difficiles la compatibilité entre famille et travail ainsi que la poursuite d'objectifs professionnels.



Jeanne Moor
Medicinska Njursjukdomar, CLINTEC,
Karolinska, Institutet, Stockholm
Inselspital Universitätsspital Bern

Avez-vous vous-même souffert d'un burn-out ou connaissez-vous une personne concernée? Si oui, quelles sont, à votre avis, la ou les causes et comment vous ou cette personne vous en êtes remises? Si non, comment géreriez-vous une telle situation?

Je n'ai moi-même heureusement pas été touchée jusqu'à présent, mais je connais des collègues qui ont eu un burn-out ou l'ont frôlé. Les causes étaient généralement une lourde charge de travail ainsi qu'une tendance au surengagement («overcommitment»): les personnes concernées travaillent de manière très précise et font preuve d'une grande empathie pour les patientes et patients, sans tenir compte de leurs propres ressources. Selon mon expérience, il est essentiel de parler ouvertement du problème pour en prendre conscience et pouvoir le traiter. Sur la voie de la guérison, il s'est avéré utile de réduire le temps de travail (parfois en changeant de poste), d'avoir recours à une aide psychologique ou un congé maladie. Chez les jeunes collègues en particulier, une amélioration de l'organisation du travail peut être très efficace. C'est pourquoi nous avons, à l'Université de Berne, lancé dans le cursus de formation médicale un séminaire sur le thème «Quotidien professionnel des médecins assistant-es» qui traite notamment des thèmes de l'organisation du travail et du burn-out.

Pour prévenir un burn-out, l'identification précoce des symptômes correspondants est essentielle, mais aussi des symptômes moins connus tels que le cynisme et l'indifférence mentionnés dans la définition du burn-out de la CIM11.

Quels exigences ont les femmes qui se lancent dans la profession de médecin? Comment estimez-vous leur disposition à parler de leurs besoins en matière de santé et à demander de l'aide lorsqu'elles atteignent leur limites?

Il est ressorti de notre enquête que les étudiantes considéraient la compatibilité entre famille et travail comme un problème central. Une grande partie des internistes généralistes et des étudiantes en médecine ont repoussé leur désir d'enfant. La discrimination fondée sur le sexe est un autre thème qui préoccupait les femmes d'après le sondage.

J'estime la disposition des femmes médecins à parler de leurs besoins de santé et demander de l'aide comme étant plutôt faible. Les médecins ont rarement recours à une aide médicale [7], et les femmes en particulier ne veulent souvent pas apparaître «négatives», ni représenter un fardeau pour les autres.

Dans votre contribution au dernier numéro de PHC, vous avez attiré l'attention sur l'importance de mentors de qualité pour la promotion de carrière des femmes en médecine [8]. Que peuvent faire les médecins pour décharger leurs jeunes consœurs et accroître leur bien-être?

Une possibilité pour décharger les jeunes consœurs consiste à ne pas juger négatifs les attributs féminins tels que la «timidité», ni les discriminer. Lorsque la grossesse ou la maternité ne sont pas perçues comme un obstacle à la carrière ou un élément perturbateur pour l'entreprise, les collègues concernées peuvent davantage rester dans la profession et poursuivre leurs projets de carrière. Un climat de travail exempt de stéréotypes peut aider à s'ouvrir aux différences biologiques, mais aussi socioculturelles de la femme dans la médecine plutôt dominée par les hommes. Des conditions-cadres qui garantissent le respect de la durée maximale de travail pendant la grossesse et l'allaitement constituent un autre prérequis pour ne pas accabler davantage les consœurs. Cela n'était malheureusement pas toujours le cas d'après notre enquête.

Pour accroître le bien-être, il est important d'en parler. La simple question «Comment vas-tu?» peut déjà être utile. De plus, les thèmes comme son propre bien-être, l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée ou les sentiments négatifs (p. ex. les incertitudes ou sentiment d'insuffisance au travail) ne doivent pas être tabous.

Que conseilleriez-vous à une jeune femme qui se trouve au début de ses études de médecine; à une jeune médecin assistante ou cheffe de clinique; à une médecin au milieu de sa vie professionnelle autour de 50 ans? Et quel conseil donneriez-vous aux hommes dans ces différentes situations de vie?

Je conseille à une étudiante en médecine de prendre conscience le plus tôt possible de ses propres besoins (en particulier ceux concernant une famille), valeurs et objectifs personnels, tout en restant flexible au cas où de nouveaux ou autres objectifs se profileraient avec le temps. En décidant soi-même de son propre parcours, on peut déjà atteindre une certaine satisfaction fondamentale qui protège en quelque sorte d'un burn-out. Concrètement, je recommanderais de s'imaginer le plus en détail possible comment elle souhaite vivre dans 10 ans, sans se limiter dès le début avec des questions de faisabilité.

Je conseillerais à une jeune médecin assistante ou cheffe de clinique de se poser les questions suivantes: Se trouve-t-elle là où elle

le souhaite? Veut-elle continuer à travailler ainsi à long terme ou s'épuise-t-elle? Souhaite-t-elle changer le parcours emprunté jusqu'à présent, aspire-t-elle à une autre formation ou une carrière académique? A-t-elle les bons mentors pour l'aider dans ces décisions?

Une médecin âgée de 50 ans a déjà beaucoup vécu et ne semble pas avoir besoin de conseils. Il est certes probable qu'elle fasse preuve d'un grand sens du devoir à l'égard de ses patientes et patients, mais quel est son sens du devoir vis-à-vis d'elle-même? Souhaite-t-elle faire autre chose avant la retraite? Cela signifie-t-il prendre un congé sabbatique, changer de poste, viser une formation complémentaire ou une autre position? Ou veut-elle plus de temps pour soi?

Globalement, je conseillerais aux hommes de se poser les mêmes questions. Du fait d'éventuelles attentes stéréotypiques (p. ex. travailler à un fort taux d'occupation), il peut aussi être difficile pour les hommes de s'engager pour leur bien-être. Il est donc également important qu'ils prennent conscience de leurs réels besoins.

Références

- 1 Renz F. Schweizer Hausärztinnen und -ärzte haben die beste Work-Life-Balance. Tages-Anzeiger [Internet]. 2023 Feb 14 [cited 2023 Mar 6];[about 4 p.]
- 2 Lindemann F, Rozsnyai Z, Zumbund B, Laukenmann J, Kronenberg R, Streit S. Assessing the mental well-being of next generation general practitioners: a cross-sectional survey. BJGP Open. 2019 Oct 15;3(4):bjgpopen19X101671.
- 3 Wenger N, Méan M, Castioni J, Marques-Vidal P, Waeber G, Garnier A. Allocation of Internal Medicine Resident Time in a Swiss Hospital: A Time and Motion Study of Day and Evening Shifts. Ann Intern Med. 2017 Apr 18;166(8):579–586.
- 4 Frey SM, Méan M, Garnier A, Castioni J, Wenger N, Egloff M, et al. Inter-hospital comparison of working time allocation among internal medicine residents using time-motion observations: an innovative benchmarking tool. BMJ Open. 2020 Feb 16;10(2):e033021.
- 5 Zumbund B, Stalder O, Limacher A, Ballmer PE, Bassetti S, Battegay E, et al. The well-being of Swiss general internal medicine residents. Swiss Med Wkly. 2020 Jun 18;150(2324):w20255.
- 6 Muntwyler L. Die grösste medizinische Fachgesellschaft fördert Forschung mit wissenschaftlichen Preisen. Prim Hosp Care Allg Inn Med. 2021;21(12):390–1.
- 7 Montgomery AJ, Bradley C, Rochfort A, Panagopolou E. A review of self-medication in physicians and medical students. Occup Med (Lond). 2011 Oct;61(7):490–7.
- 8 Moor J. Frauen und Karriere in der Medizin. Prim Hosp Care Allg Inn Med. 2022;22(7):215–6.



© Sellen | Dreamstime.com

Une constellation pas si simple

Au secours, ma patiente est (aussi) médecin!

Je jette un œil dans mon agenda de consultations. Un léger sentiment de malaise m'enveloppe lorsque j'aperçois le nom de Madame M. pour cet après-midi. En effet, Madame M. Est. Une. Collègue. Une collègue de travail.

Alexandra Rölin Odermatt
Rédactrice Primary and Hospital Care

Traiter d'autres médecins est souvent lié à des interrogations et incertitudes. Sera-t-elle d'accord avec mon évaluation et satisfaite de mon traitement? Connaît-elle les faits concernant le problème en question mieux que moi? S'attend-elle à une sorte de service VIP, quoi que cela signifie concrètement pour elle? Pourrai-je l'accepter si elle sait déjà elle-même précisément ce qu'elle a et ce dont elle a besoin – et si cela ne correspond éventuellement pas à mon hypothèse? Ou sou-

haite-t-elle mettre de côté son propre rôle professionnel et pouvoir simplement être une patiente? Serai-je à mon tour capable de la voir comme une patiente «normale», avec son lot d'inquiétudes et de problèmes, sans supposer plus connaissances et de souveraineté qu'elle n'en apporte vraiment? Et comment devons et pouvons-nous réagir si nous ne parvenons pas à tout cela d'une quelconque façon?

Un caléidoscope de souvenirs, personnes et anecdotes se bouscule dans ma tête. Des si-

tuations dans lesquelles nous avons réussi à tirer profit de cette constellation pas si simple de relation thérapeutique, mais aussi des situations où les attentes et besoins respectifs n'étaient pas compatibles et ont entraîné mécontentement ou frustration pour une ou les deux parties.

Il me vient notamment à l'esprit une collègue près de dix ans mon aînée, une spécialiste et femme forte fascinante. Elle se traite certes souvent elle-même ou puise directement

dans son vaste réseau pour certaines problématiques, mais revient fidèlement me voir en tant que sa médecin de famille. Et je sens que, malgré toute son expérience, ses connaissances et ses relations, elle apprécie mon point de vue et mon évaluation médicale et leur fait confiance.

En revanche, j'avais apparemment amèrement déçu un jeune collègue allemand médecin assistant qui m'était par ailleurs inconnu. Après une consultation téléphonique détaillée et une recommandation écrite à un spécialiste, je lui ai envoyé une facture comme je l'aurais fait pour n'importe quel autre patient. Il a immédiatement contesté et réclamé celle-ci, déclarant que j'aurais failli à sa «vision romantique» selon laquelle nous assurerions ce service gratuitement pour les collègues de travail.

Je suis au contraire très reconnaissante de ma relation avec une patiente médecin de famille, plus jeune que moi de quelques années. Reconnaisante de tenir jusqu'à présent les rênes et la traiter «seulement» comme une patiente. Elle m'avait confié à quel point elle s'était sentie perdue et dépassée lors d'une consultation spécialisée au centre hospitalier, car elle avait lu entre chaque ligne qu'il n'était pas vraiment nécessaire de lui fournir des explications plus précises puisqu'en tant que médecin, elle savait déjà tout elle-même et n'avait sûrement aucune question ni incertitude.

Je me souviens aussi d'une collègue médecin décédée d'une tumeur métastasée. Je considérais ma relation avec elle comme très ouverte et empreinte de confiance, même dans les moments difficiles. En revanche, son mari – lui aussi médecin – semblait ne pas apprécier particulièrement mon engagement de médecin de famille et venait sans cesse perturber mon plan thérapeutique en faisant inopinément appel à des spécialistes jusqu'alors non impliqués. Je ne sais toujours pas si cela peut être interprété comme le signe de son impuissance et son sentiment d'être dépassé ou comme l'expression de son mépris général pour le travail de médecine de famille.

En réalité, cette constellation «médecin de famille traité-e par un ou une autre médecin» n'est pas si rare: il existe en Suisse plus de 38 000 praticiennes et praticiens, dont près de 6000 exercent au cabinet de médecine générale ou médecine interne générale – chaque prestataire de soins de premier recours compte ainsi en moyenne 6 à 7 médecins parmi sa patientèle. Les médecins à la retraite ainsi que les étudiantes et étudiants en médecine ne sont pas inclus dans ce calcul. Tous peuvent tomber malade, de manière aiguë ou chronique, physique ou psychique. Ils finissent tous par vieillir et devenir fragiles. Ils ont alors besoin d'une

personne assurant leur accompagnement médical. Dans la mesure où ils parviennent à se décider à faire appel à elle. En effet, nombre d'entre nous ont du mal à demander de l'aide, même médicale. À passer du rôle de personne aidante forte à celui de malade indulgent. À admettre qu'en raison de notre propre désarroi émotionnel, de nos propres craintes et incertitudes, nous ne pouvons plus prendre de décisions objectives. Manquer de recul, devoir abandonner le contrôle et perdre ainsi une part d'autonomie. Faire confiance et lâcher prise dans un domaine dont nous pensons devoir tout connaître, juger et maîtriser.

Un coup d'œil dans la littérature montre que cela est un thème nécessitant recherche et action. Que les médecins reçoivent souvent un traitement médical insuffisant ou inadéquat. Qu'ils présentent un comportement d'évitement de la maladie et ont fréquemment recours à une automédication inappropriée. Qu'ils n'ont souvent eux-mêmes pas de médecin de famille [1, 2].

Ce revers de la médaille, je le connais trop bien. Je me suis moi-même débrouillée des années sans médecin de famille. J'étais habituellement en bonne santé et, dans le cas contraire, j'avais une idée claire de ce dont j'avais besoin ou toujours quelqu'un à qui demander conseil à portée de main. En tant que médecin, je devais de toute façon fonctionner et ne pas être malade, comme me le murmuraient sans cesse le biotope médical et mes propres fantasmes de toute-puissance. Les fréquents déménagements durant mon assistantat constituaient en outre une bonne excuse justifiant pourquoi je ne disposais pas et n'avais pas besoin d'une personne médicale de confiance. Quelques années plus tard, j'ai appris à mes dépens à quel point une telle personne pouvait être utile et importante. Je n'étais même pas vraiment malade. Pourtant, la confiance en ma gynécologue et le fait de savoir qu'elle me connaissait bien me tenaient à cœur, et où se trouvaient mes limites, tout cela est soudain devenu infiniment important lorsque je me suis laissé conseiller et traiter en raison d'un désir inassouvi d'enfant. Je n'ai remarqué à quel point cela était essentiel que lorsqu'elle est partie en vacances et que sa remplaçante – une personne tout à fait gentille et sympathique – a remis en question des décisions que nous avions préalablement débattues et prises en commun à l'issue d'intenses discussions. Ce que j'ai ressenti comme très pénible dans mon état émotionnel de l'époque.

Cette expérience et mon intention d'imiter mon mari (lui n'est pas médecin), qui est assuré depuis des années dans un modèle de médecin de famille, m'ont finalement incitée à me trouver aussi une ou un médecin de famille il y a quelques années. Cela n'a toutefois pas été

chose facile. Comment choisir une ou une médecin de famille pour moi-même? Comment trouver une personne que je connais suffisamment bien pour pouvoir juger si je peux lui faire confiance, mais que je ne connais pas si bien qu'elle me soit trop proche. Quelqu'un qui connaisse presque forcément mon côté professionnel, mais me permette aussi d'en dévoiler un autre – faible et ayant besoin d'aide ou peut-être dépassé par des décisions banales. Sans pour autant devoir avoir honte. Ni me sentir trop têtue lorsque je ne veux pas avoir recours à certaines bénédictions de la médecine moderne. J'ai entre-temps choisi quelqu'un, dont je n'ai heureusement pas encore eu souvent besoin. À ces quelques occasions, j'étais malgré tout reconnaissante de cette perspective extérieure, même s'il ne s'agissait que de bagatelles médicales. Je me demande parfois si ce collègue se fait les mêmes réflexions lorsqu'il voit mon nom apparaître dans son agenda que moi lorsque je découvre celui de Madame M. Mais je suis généralement reconnaissante qu'il me traite dans ces moments principalement comme une patiente, bien qu'il me connaisse en tant que collègue. Et je considère cela parfaitement normal qu'il m'envoie une facture comme il le ferait pour toute autre patiente. Ainsi, je suis sûre de pouvoir compter sur lui si le destin venait à me confronter à de sérieux défis de santé. Seulement voilà, en raison de son âge, il partira à la retraite dans les prochaines années et je devrai à nouveau faire face au choix douloureux d'une ou d'un médecin de famille. Aurais-je dû opter pour une consœur ou un confrère plus jeune?

Correspondance

alexandra.roellin[at]hin.ch

Références

- 1 Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. *Br J Gen Pract.* 2008 Jul;58(552):501–8.
- 2 Schulz S, Hecker F, Sauerbrey U, Wolf F. Illness behaviour and influencing aspects of general practitioners in Germany and their use of the health care system: a qualitative study. *BMJ Open.* 2022 Sep;12(9):e051404.



Max
Spring