

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<sup>a</sup>, Tobias Spiller<sup>a</sup>, Mary Princip<sup>a</sup>, Roland von Känel<sup>a</sup>

<sup>a</sup> 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),<sup>1</sup> 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 modéré<sup>2</sup> (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  $\geq 27$  sur l'échelle de l'épuisement émotionnel, soit  $\geq 10$  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 travail<sup>3</sup> [20, 29, 31, 41-43], la quantité de tâches administratives ou d'autres tâches non enrichissantes et gratifiantes<sup>4</sup> [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

<sup>3</sup> 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].

<sup>4</sup> 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 <sup>1</sup> /Étude	Instrument <sup>2</sup>	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 <sup>1a</sup>	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.

<sup>1</sup> 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.

<sup>1a</sup> 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 <sup>1</sup> / Étude	Échantillon	Indicateurs <sup>2</sup>	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 Buddeberg-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 Buddeberg-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 Buddeberg-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)	Satisfaction avec le planning de travail – En termes de vie privée – En termes de bien-être	– 36% (pas satisfaits) – 54% (pas satisfaits) 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.
		Caractéristiques du travail – Heures supplémentaires – Compensation des heures supplémentaires – Pauses – Temps de repos – Influence sur le planning de travail	– 63% (souvent ou toujours) – 53% (compensation impossible)  – 28% (rarement ou jamais) – 38% (parfois à jamais respectés) – 73% (un peu ou pas d'influence) 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).
		– Qualités de direction des supérieurs	– 24,4% (mauvaises à très mauvaises) Fréquence comparable à celle des professionnels de la santé non-médecins
2018 Zumbrunn et al. [29]	450 médecins-assistants en médecine interne (d/f)	Santé psychique – Pensées suicidaires – Problèmes émotionnels – Émotions négatives – Surmenage / surcharge	– 4% – 57% – 30% – 42%
		Souhait de carrière – Médecine par vocation – Choisirait à nouveau cette profession – Désir de quitter la pratique clinique	– 17% plutôt pas ou pas du tout – 21% plutôt pas ou pas du tout  – 34% parfois à absolument
		Satisfaction professionnelle – Autonomie – Revenus – Travail en général – Tâches enrichissantes/gratifiantes (en anglais «rewarding»)	– 38% sont insatisfaits. – 9% sont (très) insatisfaits. – 9% sont (très) insatisfaits. – 52% indiquent moins de 2,5 h/jour.
2019 Lindemann et al. [21]	– 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)	– Stress – Pas assez de temps pour la vie privée – Pensée de quitter le travail	– 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)
		Situation pesante en raison de – Tâches administratives – Longues heures de travail – Volume de travail élevé – Exigences professionnelles – Patients complexes – Conflits entre vie professionnelle et vie privée	– 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)	– Satisfaction professionnelle – Stress	– 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 <sup>1</sup> / Étude	Échantillon	Indicateurs de bien-être	Prédicteurs <sup>2</sup>
2000/01 Biaggi et al. [43]	80 médecins du Centre hospitalier Bienne (pas d'indication sur la langue)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Épuisement émotionnel</li> <li>– Aversion envers les clients</li> </ul>	Facteurs de stress <ul style="list-style-type: none"> <li>– Surcharge due au volume de travail</li> <li>– Intensité du travail</li> <li>– Absence du travail pendant une durée inadéquate</li> </ul> Ressources <ul style="list-style-type: none"> <li>– Possibilité d'avoir son mot à dire</li> <li>– Autonomie</li> <li>– Soutien social des supérieurs hiérarchiques</li> <li>– Soutien social des collègues</li> <li>– Supérieurs soucieux du bien-être des collaborateurs</li> </ul> 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.
2002 Goehring et al. [41]	1755 médecins de premier recours (d/f/i)	Burnout (MBI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Volume de travail (y compris heures de travail par semaine)</li> <li>– Difficulté à trouver un équilibre entre vie professionnelle et vie privée</li> <li>– Incertitudes concernant les soins médicaux</li> <li>– Autres (travail administratif, etc.)</li> </ul>
2002 Bovier et al. [30]	1732 médecins de premier recours (sous-échantillon de [41]; d/f/i)	Santé psychique (SF-12)  Burnout (MBI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Satisfaction liée au travail</li> <li>– Burnout</li> <li>– Satisfaction liée au travail</li> </ul>
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"> <li>– Plus de 50 heures de travail par semaine</li> </ul>
2005 Businger et al. [42]	405 chirurgiens (pas d'indication sur la langue)	Burnout (MBI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Volume de travail élevé (y compris heures de travail)</li> <li>– Mauvaises interactions avec le personnel soignant</li> <li>– Interruptions / dérangements par le téléphone</li> <li>– Tâches administratives</li> </ul>
2007 Knecht et al. [27]	543 médecins-assistants en 6 <sup>e</sup> 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"> <li>– 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).</li> </ul>
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"> <li>– Regrets concernant le traitement de patients (par ex. traitement qui n'est pas cohérent avec l'attitude personnelle ou les connaissances cliniques)</li> <li>– Utilisation de stratégies de coping adaptatives pour faire face aux regrets liés au traitement des patients</li> </ul>
2015/16 Hämmig [18]	235 médecins de 6 hôpitaux et cliniques de rééducation de Suisse alémanique (d)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Burnout (CBI)</li> <li>– Pensée de quitter le travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 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)</li> <li>– 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)</li> </ul>
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"> <li>– Stress</li> <li>– Satisfaction professionnelle</li> <li>– Intention de quitter la profession</li> <li>– Santé (entre autres burnout)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Le conflit entre vie professionnelle et vie privée était lié aux quatre variables cibles, ainsi qu'à d'autres facteurs selon la variable cible.</li> <li>– Le conflit entre vie professionnelle et vie privée était le plus élevé chez les médecins par rapport aux professionnels de la santé non-médecins.</li> <li>– (Les variables cibles ont été mesurées principalement à l'aide du COPSOQ.)</li> </ul>
2018 Zumbrunn et al. [29]	450 médecins-assistants en médecine interne (d/f)	Bien-être (PWBI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pour chaque heure de travail supplémentaire par semaine, le bien-être diminue de 4%.</li> <li>– 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.</li> </ul>
2019 Lindemann et al. [21]	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 288 médecins-assistants souhaitant devenir médecins de famille (d/f)</li> <li>– 196 médecins de famille dans leurs 5 premières années de pratique (d/f)</li> </ul>	– Bien-être réduit (WEMWBS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pas assez de temps pour la vie privée (attention: calcul basé sur un échantillon qui incluait en plus 46 étudiants en médecine)</li> </ul>

**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

Annonce

POTASSIUM HAUSMANN®  
**ION**  
L'ION POSITIF PUISSANT  
en cas d'hypokaliémie

- Pour une substitution efficace en cas de déficit potassique<sup>1,2</sup>
- Seule substitution de potassium par voie orale pour l'adulte à être prise en charge par les caisses-maladie<sup>1,2,3</sup>
- Deux formes galéniques adaptées à la situation métabolique<sup>1,2</sup>

Plus «d'énergie»  
pour les  
choses importantes  
de la vie!

#### Références

1) Information professionnelle Potassium Hausmann® comprimés effervescents sous [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch) 2) Information professionnelle KCl Retard Hausmann® comprimés retard sous [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch) 3) [www.spezialtaetenliste.ch](http://www.spezialtaetenliste.ch) Nous mettons à disposition toutes les références sur demande.

**KCl retard Hausmann®, comprimé retard.** C: préparation potassique acidifiante. Comprimé retard 745,5 mg de chlorure de potassium correspondant à 10 mmol de potassium resp. 391 mg de potassium. I: substitution de potassium en cas de déficit potassique avec tendance à l'alcalose ou avec une alcalose métabolique hypochlorémique concomitante, p. ex. lors d'abus de laxatifs; déficience potassique consécutive au traitement salidiurétique ou abus (œdème, hypertension, cirrhose hépatique ou autres atteintes hépatiques), particulièrement chez les patients sous médication digitale. PO: doses journalières > 30 mmol en 2-4 prises. Entretien: adultes: 40-80 mmol/j; max. 150 mmol/j. Traitement: adultes: 70-100 mmol/j; max. 150 mmol/j. Prévention: adultes: 30-50 mmol/j; max. 150 mmol/j. Comprimés retard à prendre après les repas, sans les croquer, avec beaucoup de liquide. Aucune donnée n'est disponible pour les enfants. CI: hyperkaliémie, insuffisance rénale, oligurie, hypoadostéronisme, déshydratation sévère, ulcères gastro-duodénaux, brûlures profondes, en association aux diurétiques d'épargne potassique, transit gastro-intestinal ralenti ou inhibé, en association aux anticholinergiques. PR: avec les patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Les préparations potassiques peuvent potentialiser les symptômes de la maladie de Thomsen. Avant le traitement au potassium la diurèse doit être assurée. Lors de coma diabétique, le potassium ne doit être administré qu'après s'être assuré d'un traitement initial de la déshydratation, c'est-à-dire après reprise de la diurèse. EI: les affections gastro-intestinales sont rares. Une hyperkaliémie peut apparaître chez les patients dont l'élimination rénale ou la distribution du potassium dans l'organisme est perturbée. IA: avec les médicaments pouvant engendrer une hyperkaliémie par rétention potassique (spironolactone, triamterène, amiloride, canrénone), inhibiteurs ACE, glycosides digitaliques, anticholinergiques. Gross/All: une thérapie potassique peut être prescrite pendant la grossesse. Les concentrations plasmatiques de la mère doivent rester sous surveillance. Lorsque la kaliémie de la mère est normale, l'allaitement est autorisé. Liste B. Informations détaillées: [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch). Titulaire de l'autorisation: Doetsch Grether SA, 4051 Bâle. Mise à jour de l'information: décembre 2021.

**Potassium Hausmann® comprimés effervescents.** C: préparation potassique alcalinisante. Comprimé effervescent: 1685,9 mg de citrate de potassium et 1444 mg d'hydrogencarbonate de potassium correspondant à 30 mmol de potassium resp. 1172,9 mg de potassium. I: substitution de potassium en cas de déficit potassique avec tendance à l'acidose ou avec une acidose métabolique déclarée concomitante. PO: doses journalières > 30 mmol en 2-4 prises. Entretien: adultes: 40-80 mmol/j; max. 150 mmol/j. Traitement: adultes: 70-100 mmol/j; max. 150 mmol/j. Prévention: adultes: 30-50 mmol/j; max. 150 mmol/j. Dissoudre les comprimés effervescents dans 1-2 dl d'eau, à avaler lentement, lors des repas. Aucune donnée n'est disponible pour les enfants. CI: hyperkaliémie, insuffisance rénale, oligurie, hypoadostéronisme, déshydratation sévère, ulcères gastro-duodénaux, brûlures profondes, en association aux diurétiques d'épargne potassique. PR: avec les patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Les préparations potassiques peuvent potentialiser les symptômes de la maladie de Thomsen. Avant le traitement au potassium la diurèse doit être assurée. Lors de coma diabétique, le potassium ne doit être administré qu'après s'être assuré d'un traitement initial de la déshydratation, c'est-à-dire après reprise de la diurèse. EI: les affections gastro-intestinales sont rares. Une hyperkaliémie peut apparaître chez les patients dont l'élimination rénale ou la distribution du potassium dans l'organisme est perturbée. IA: avec les médicaments pouvant engendrer une hyperkaliémie par rétention potassique (spironolactone, triamterène, amiloride, canrénone), inhibiteurs ACE, glycosides digitaliques. Gross/All: une thérapie potassique peut être prescrite pendant la grossesse. Les concentrations plasmatiques de la mère doivent rester sous surveillance. Lorsque la kaliémie de la mère est normale, l'allaitement est autorisé. Liste B. Informations détaillées: [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch). Titulaire de l'autorisation: Doetsch Grether SA, 4051 Bâle. Mise à jour de l'information: décembre 2021.

DG  
DOETSCH GRETHER  
PHARMA · OTC · CONSUMER CARE

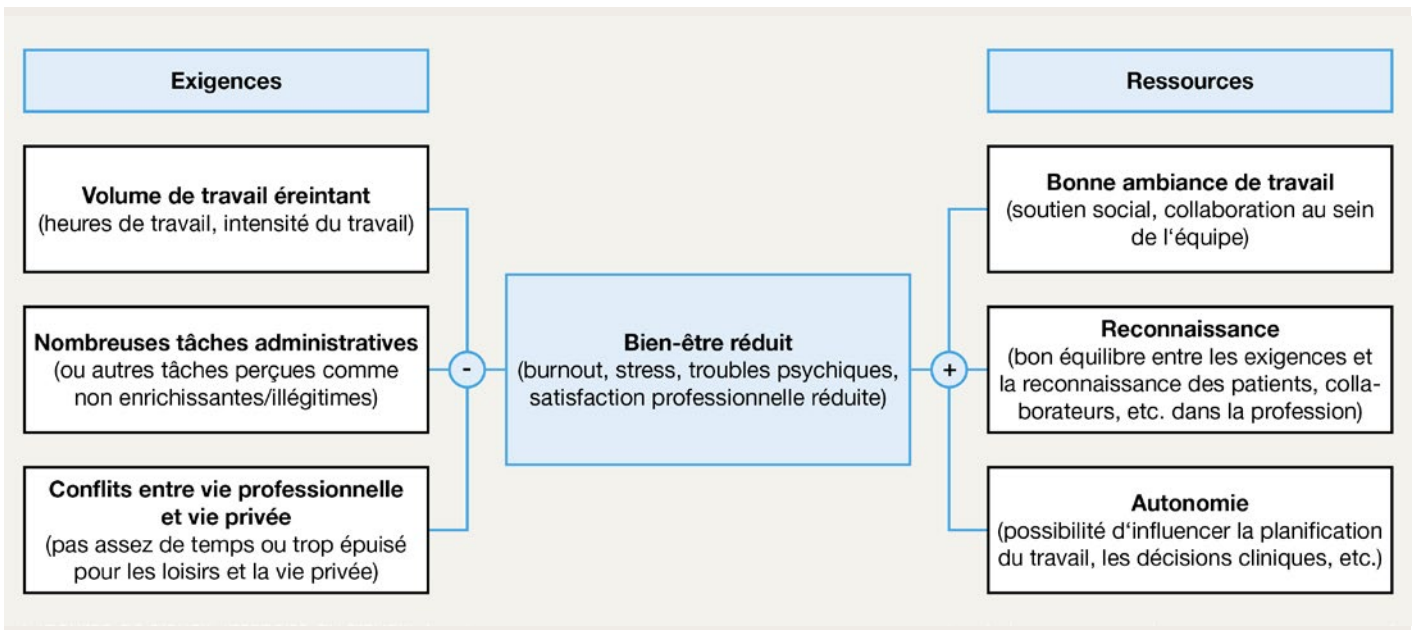


Figure 1: Exigences et ressources professionnelles présentées selon le modèle Job-Demands-Resources [55].

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]jusz.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>