

En coopération avec le groupe de travail Qualité (GTQ) de la FMH\*, le département Données, démographie et qualité (DDQ) élabore des documents de base sur divers thèmes ayant trait à la qualité, lesquels font l'objet d'une publication dans le Bulletin des médecins suisses. La FMH s'appuie sur les documents élaborés pour

prendre position et faire connaître son point de vue au public au moyen du document intitulé «L'avis de la FMH». Les pages qui suivent présentent le document de base ainsi que l'avis de la FMH sur le thème «Bien-être du médecin et qualité du traitement».

Document de base de la DDQ

# Le bien-être du médecin influe sur la qualité du traitement

Stefanie Hostettler,  
Martina Hersperger,  
Daniel Herren

## Résumé

En dépit d'une charge de travail généralement importante, les médecins sont en majorité satisfaits de leur situation professionnelle. Chez certains d'entre eux, cette lourde charge de travail conduit cependant à un état d'épuisement chronique et à un burn-out ou à un bien-être diminué. Or ce dernier est susceptible d'avoir des conséquences négatives sur la qualité du traitement médical et de mettre en danger la sécurité du patient. Le présent article aborde les facteurs d'influence et les causes menant à un bien-être diminué chez les médecins ainsi que ses effets sur la qualité du traitement. On pourra s'appuyer sur les conclusions dégagées pour prendre des mesures de prévention ciblées, de manière à ce qu'à l'avenir, des médecins en bonne santé puissent continuer à assurer à leur tour le bien-être de la population.

## Introduction

La prise en charge médicale de la Suisse fait partie des meilleures au monde. Nous devons ceci entre autres au travail de haute qualité et à l'engagement des médecins. Il est indéniable que les médecins contribuent de manière significative au bien-être et à la santé de la population et exercent donc une profession lourde de responsabilités. De nombreux médecins se tournent vers cette profession par vocation, se distinguent par une forte identification avec leur métier et font en général preuve d'un engagement professionnel supérieur à la moyenne. En général, les praticiens acceptent cette lourde charge de travail parce que leur profession leur offre entre autres un environnement de travail intéressant, une sécurité financière ainsi que la possibilité d'aider des gens. Cependant, les médecins se retrouvent de plus en plus souvent confrontés à des attentes élevées de la part des patients mais aussi à un alourdissement de la charge administrative. Les longues heures de

travail, la pression et le manque de temps font également partie du quotidien professionnel du médecin. En dépit de cela, la plupart des médecins parviennent à conserver leur vie durant l'enthousiasme et l'énergie qui les animent vis-à-vis de leur métier: si c'était à refaire, ils choisiraient sans hésiter encore une fois cette profession. Il existe pourtant des médecins chroniquement stressés, qui du fait de leur lourde charge de travail courent le danger de franchir la limite de la surcharge [1, 2]. A long terme, ceci risque de se traduire par une perte d'énergie, de l'irritabilité et un épuisement. Le seuil de la surcharge varie d'un individu à l'autre et est aussi largement influencé par des facteurs personnels comme par exemple un sens exacerbé des responsabilités, le perfectionnisme ou le désir d'être reconnu [3].

Les médecins fatigués et épuisés ont une propension plus grande à commettre des erreurs. Ce n'est pas anodin: les séquelles d'erreurs médicales constituent la huitième cause de décès par ordre de fréquence: aux Etats-Unis, chaque année, entre 44 000 et 98 000 décès évitables sont imputables à ce phénomène [4, 5]. On est en droit de supposer qu'un grand nombre d'erreurs ne sont pas recensées, leurs auteurs préférant garder le silence par peur de conséquences pénales ou de crainte de perdre leur réputation [1, 6]. Afin de protéger le public de dommages et de promouvoir une prise en charge de haute qualité, il est important d'identifier les causes des erreurs et de prendre les mesures qui s'imposent. Dans ce contexte, nous chercherons à répondre à la question de savoir dans quelle mesure le bien-être du médecin influe sur la qualité du traitement ou sur la propension à l'erreur – un aspect jusqu'ici rarement pris en compte.

## Etat de santé, utilisation abusive de substances et suicide chez les médecins

Dans l'ensemble, la santé physique des médecins ne se distingue pas de celle du reste de la population. De nombreuses études montrent que les médecins pré-

\* Membres du GTQ-FMH (par ordre alphabétique): Hélène Beutler, Karl Hampl, Catherine Heim, Daniel Herren, Martina Hersperger, Stefanie Hostettler, Esther Kraft, Monika Loy, Francesca Mainieri, Varja Nikolic, Hans-Anton Vogel, Jürg von Below, Adrian Wirthner.

Correspondance:  
FMH, département DDQ  
Elfenstrasse 18  
CH-3000 Berne 15  
Tél. 031 359 11 11  
Fax 031 359 11 12  
ddq[at]fmh.ch



Les praticiens acceptent une lourde charge de travail parce que leur profession leur offre entre autres un environnement de travail intéressant, une sécurité financière ainsi que la possibilité d'aider des gens.

sentent des risques plus élevés vis-à-vis des maladies psychiques et que le burn-out ou épuisement professionnel est très répandu parmi eux [7-9]. Les symptômes et les effets du burn-out sont entre autres une fatigue chronique, l'épuisement, la perte de concentration, les humeurs dépressives et le sentiment de tension intérieure. Parmi les symptômes concomitants se manifestant fréquemment dès le stade précoce de la maladie [10], on trouve la peur de commettre des erreurs, de passer à côté de quelque chose ou de se ridiculiser face à ses collègues. Les causes complexes du burn-out comprennent entre autres le surmenage, une haute exposition chronique au stress, le manque de confiance en soi, l'accumula-

voir résister à des longues journées de travail et non pour atteindre des états d'enivrement [13]. Par peur des conséquences professionnelles et de la perte de son image, la dépendance est souvent minimisée et niée. Pour ce qui est de la consommation d'alcool, les résultats disponibles sont contradictoires: certaines études constatent une consommation d'alcool plus élevée chez les médecins [13], dans d'autres, elle est comparable à celle de couches sociales similaires [14]. Comme pour l'ensemble de la population, les médecins ayant eu une enfance instable présentent à l'âge adulte une propension plus élevée à la consommation abusive d'alcool, de drogues ou de médicaments [2].

Le suicide est la cause la plus fréquente de mort prématurée chez les médecins et la deuxième cause de décès chez les étudiants en médecine [10]. Les médecins sont ainsi 2,45 fois plus menacés par le suicide que l'ensemble de la population [15]. Il est frappant de constater que le suicide est plus fréquent chez les médecins de campagne et les psychiatres que chez les médecins de ville et les autres spécialistes. Les facteurs de risque pour le suicide tels que les maladies psychiques et l'utilisation abusive de substances peuvent être répandus chez les médecins et ne sont pas sans conséquences pour le travail du médecin [16-18]. En effet, les médecins qui ne vont pas bien travaillent avec moins de conviction et de satisfaction, sont moins productifs et sont moins à l'écoute des patients, ce qui se ressent au bout du compte sur la qualité du traitement [2, 18, 19].

#### **Bien-être du médecin et qualité du traitement**

La notion de qualité du traitement englobe une multitude d'aspects et de critères: on la mesure par

### **Les principales causes de stress: volume de travail important, manque de sommeil, incertitude au niveau du diagnostic et exigence d'avoir en permanence des connaissances à jour.**

tion des erreurs, un grand volume de travail, le manque de sommeil et la charge émotionnelle [7]. Contrairement à leurs collègues masculins, les femmes médecins sont souvent plus mises au défi de concilier vie professionnelle et vie familiale, ce qui peut considérablement affecter leur santé [2, 11].

Par rapport au reste de la population, l'utilisation abusive de médicaments et de drogues est plus répandue parmi les médecins, sachant que, notamment, la plus grande accessibilité et la possibilité d'auto-prescription est un facteur-clé dans le cas des médicaments [12]. Les médicaments et les drogues sont en premier lieu consommés pour soulager les douleurs et à titre de stimulants dans le but de pou-

exemple à la satisfaction du patient, aux erreurs ou au professionnalisme du comportement.

Un bien-être diminué chez le médecin peut aussi bien mener à une détérioration de la communication entre patient et praticien qu'à du stress et à une pression. Ceci a pour conséquence que toutes les possibilités de traitement ne sont pas épuisées et que des tests importants sont oubliés, ce qui se solde au final par une qualité de traitement sous-optimale [20-22]. Pour prendre un exemple, 44% des 1311 médecins interrogés pratiquant des interventions chirurgicales dans 489 hôpitaux ont indiqué que la qualité de la prise en charge des patients était affectée par la surcharge de travail [23]. Il est prouvé que

le burn-out entraîne une propension à l'erreur, par exemple lors de la prescription de médicaments [2, 7, 24, 25].

Des enquêtes effectuées sur plusieurs mois auprès de médecins sur la qualité de vie, le burn-out, la dépression et les erreurs ont mis en évidence que la fréquence des erreurs était négativement corrélée à la qualité de vie et positivement au burn-out et à la dépression [4, 26, 27]. Conjugués à une basse qualité de vie, ces symptômes augmentent en même temps le risque de commettre des erreurs dans le futur [26]. A ceci s'ajoute que de cette manière, la charge psychologique (par ex. le manque de confiance en soi, l'angoisse, la crainte de l'échec) favorise la survenue d'erreurs supplémentaires [4], ce qui finit par devenir un cercle vicieux [28].

Conséquence du grand volume de travail et des multiples charges, presque tous les médecins se battent au cours de leur carrière contre le manque de sommeil et la fatigue, qui génèrent des erreurs, des déficits d'attention et une baisse de la performance [1, 21, 29–31]. L'état de conscience et la performance du médecin au bout d'un service de 24 heures consécutives sont comparables à l'état d'ébriété; par ailleurs, après une longue journée de travail, le danger de provoquer un accident de la route augmente. Le repos et une quantité suffisante de sommeil sont ainsi des facteurs importants pour ce qui est de la sécurité des patients et de la qualité du traitement [31–33].

A l'inverse, d'autres études montrent qu'une grande charge de travail n'a pas en soi de conséquences négatives sur la sécurité du patient: après la réduction de la limitation du temps de travail pour les médecins, le taux de complications et de mortalité des patients opérés n'en a pas baissé pour autant [34, 35].

### La situation en Suisse

De nombreuses études portant sur la santé des médecins et la qualité du traitement médical proviennent des pays anglo-saxons, où les conditions de travail ne peuvent pas toujours être comparées à celles qui sont les nôtres en Suisse. En 2005, la Suisse a institué une limitation du temps de travail des médecins-assistants et des médecins-chefs qui impose une durée de travail hebdomadaire de 50 heures pour les médecins-assistants et de 46 heures pour les médecins-chefs. Il est néanmoins permis de supposer que ces limites sont fréquemment dépassées et que les heures supplémentaires ne sont pas déclarées – la pression exercée par le temps et le stress sur les médecins s'en trouve même peut-être accrue.

Préalablement à l'introduction du nouveau financement hospitalier, les médecins hospitaliers et les médecins indépendants suisses ont été interrogés sur leur satisfaction au travail. En dépit de cette forte pression du temps et de la performance, cette auto-évaluation s'est avérée majoritairement positive.

Pourtant, les personnes interrogées ont indiqué souffrir, outre de stress, au moins de temps à autre de problèmes relationnels (29% des médecins hospitaliers, 28% des médecins exerçant en cabinet ambulatoire) et de burn-out (22% des médecins hospitaliers, 25% des médecins exerçant en cabinet ambulatoire) [36]. De plus, la bureaucratisation croissante de la profession semble peser aux praticiens.

Un sondage sur l'état de santé des médecins de famille suisses a montré qu'un tiers des médecins de premier recours présentaient des signes de burn-out [37] et que chez 44% des personnes interrogées, le stress professionnel était fort ou très fort [14]. Les principales causes de stress ont été identifiées: volume de travail important, manque de sommeil, incertitude au niveau du diagnostic et exigence d'avoir en permanence des connaissances à jour. Deux tiers des médecins sont aussi d'avis que leur vie privée est affectée. Leur consommation de médicaments relativement importante est préoccupante: 65% des médecins de famille ont déclaré avoir pris des médicaments au cours des sept derniers jours (34% des antalgiques, 13% des antihypertenseurs, 9% de benzodiazépine, 7% des antidépresseurs) [14].

Un passage en revue de la littérature traitant du bien-être des médecins suisses fait ressortir sans ambiguïté que d'une part la baisse de la considération dont jouit la profession de médecin et d'autre part la progression de la limitation de l'autonomie font empirer le stress et affectent le bien-être [13]. Les auteurs insistent sur le fait que le bien-être des médecins suisses devrait avoir une plus grande importance, sachant que parmi d'autres facteurs, la qualité de la prise en charge médicale en dépend.

De fait, une étude suisse [38] sur les effets du bien-être des médecins a montré qu'une lourde charge de travail et un profond épuisement émotionnel débouchaient sur une multiplication des phénomènes d'aversion envers les patients chez les médecins-assistants et les médecins-chefs. Or ceci est d'autant plus gênant que la profession de médecin est caractérisée par un grand nombre de contacts avec les patients et que les médecins ont parfois parmi d'autres facteurs affaire à des caractères difficiles parmi leurs patients.

### Mesures de prévention

Les médecins se voient rarement comme des patients et hésitent à demander de l'aide, car ceci risquerait d'être perçu comme un signe de faiblesse et d'incompétence. Il est donc d'autant plus important de soutenir les mesures de prévention par le biais de diverses sources et organisations proches de médecins. En effet, celles-ci sont les plus à même d'inciter les médecins à adopter un style de vie sain, à faire plus de pauses pour récupérer et au besoin à réduire leur volume de travail et à mener une vie sociale en dehors du cabinet et de l'hôpital [19]. Il serait souhaitable que les médecins sachent mieux percevoir

leur épuisement et être plus à l'écoute de leurs propres besoins.

A l'avenir, il faudra promouvoir davantage les mesures ciblées destinées à garantir la qualité médicale telles que les cercles de qualité, les supervisions ou les discussions de cas. La participation à un système anonyme de déclaration des erreurs tel que le CIRS (Critical Incident Reporting System) encourage la prise de conscience des erreurs et offre l'occasion d'en tirer des enseignements. Le projet «A la fois auteur et victime» de la Fondation pour la Sécurité des Patients réalise des formations à l'intention des médecins-cadres visant à exploiter de façon constructive les erreurs au sein des organisations de santé.

## Une lourde charge de travail et l'épuisement émotionnel débouchent sur des aversions envers les patients.

Dans les situations difficiles, les médecins bénéficient en Suisse de l'aide de ReMed, un réseau de soutien pour les médecins. Celui-ci a pour objectif de contribuer à la qualité de la prise en charge médicale avec des médecins en bonne santé [39]. Depuis 2008, des médecins qualifiés ont pu aider des collègues surchargés de travail, souffrant de dépression ou affectés par la mort de patients. Aux médecins se trouvant dans des situations de vie difficiles, le réseau offre mentorat, intervention de crise, conseil, coaching, thérapie et évaluations; les mesures de soutien sont adaptées à la situation de ceux qui viennent chercher de l'aide.

### Conclusion

Bien que les facteurs qui déterminent le bien-être du médecin soient nombreux et divers, ce bien-être influe de façon déterminante sur la qualité du traitement. Des médecins en bonne santé et satisfaits sont plus performants, sont moins souvent absents et commettent moins d'erreurs: outre une augmentation de la sécurité des patients, ceci a aussi une utilité socioéconomique. Des mesures de soutien ciblées doivent être élaborées en étroite collaboration avec les sociétés de discipline, afin de mieux prendre en compte les charges spécifiques à la spécialité professionnelle. Par ailleurs, il faudrait créer au sein du système politique suisse les conditions nécessaires à des réformes, afin de pouvoir relever les défis qui ne manqueront pas de se poser au système de santé tels que le manque de main-d'œuvre spécialisée et de médecins.

On doit partir du principe qu'à l'avenir, la charge de travail des médecins sera appelée à augmenter du fait de la rareté des ressources financières et des ressources en personnel, qui s'assortit d'économies de

personnel et de moyens. Par ailleurs, l'évolution sociale mène à un accroissement du vieillissement et à une hausse du nombre de patients gravement malades, ce qui est de nature à constituer une charge émotionnelle et temporelle supplémentaire pour certains groupes de médecins.

Jusqu'ici, seules quelques rares études scientifiques se sont penchées sur les liens entre bien-être du médecin et qualité du traitement médical en Suisse. Pour avoir une recherche ciblée et durable dans ce domaine, nous avons besoin d'un instrument qui prenne en compte ces deux aspects et permette de réaliser un état des lieux reflétant la réglementation actuelle (par ex. la limitation du temps de travail).

Mais nombre de questions ayant trait de près ou de loin au bien-être du médecin et à la qualité du traitement n'ont pas encore trouvé de réponse. Il serait notamment important de savoir s'il existe des différences entre le secteur ambulatoire et stationnaire, mais aussi d'identifier les spécialités médicales pour lesquelles le bien-être du médecin a une influence mesurable sur la qualité du traitement.

Une fois ces nouvelles conclusions élaborées, il sera possible de prendre des mesures de prévention ciblées, de manière à ce qu'à l'avenir, des médecins en bonne santé puissent continuer à veiller au bien-être de la population.

### Références

- Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet* 2009;374:1714-21.
- Spickard A, Gabbe SG, Christensen JF. Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA*. 2002;288:1447-50.
- Schütz E. Burn-Out Syndrom: Die drei grossen «C». *Österreichisches Ärzteblatt*. 2008;12:22-4.
- Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D, et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg*. 2010;251:995-1000.
- Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ* 2000;320:745-9.
- O'Neil E. Leading to well-being: the 5 key elements of healthy leadership. *West J Med*. 2001;174:34-6.
- Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*. 2002;136:358-67.
- Remen RN. Recapturing the soul of medicine: physicians need to reclaim meaning in their working lives. *West J Med*. 2001;174:4-5.
- Deckard G, Meterko M, Field D. Physician burnout: an examination of personal, professional, and organizational relationships. *Med Care*. 1994;32:745-54.
- Bergner TMH, *Burnout bei Ärzten*. Stuttgart: Schattauer Verlag; 2006.
- Robinson GE. Stresses on women physicians: consequences and coping techniques. *Depress Anxiety*. 2003;17:180-9.



- 12 Gundersen L. Physician burnout. *Ann Intern Med.* 2001;135:145–8.
- 13 Kursner D, Danuser B. Arbeitsmedizin: Die Arbeitsmedizin nimmt die psychische Gesundheit der Schweizer Ärztinnen und Ärzte unter die Lupe. *Bull Méd Suisses.* 2007;7:7–8.
- 14 Bovier P, Bouvier Gallacchi M, Goehring C, Kunzi B. Wie gesund sind die Hausärzte in der Schweiz? *Primary Care.* 2005;5:222–8.
- 15 Stack S. Suicide risk among physicians: a multivariate analysis. *Arch Suicide Res.* 2004;8:287–92.
- 16 Dyrbye LN, Massie FS, Eacker A, Harper W, Power D, Durning SJ, et al. Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. *JAMA.* 2010;304:1173–80.
- 17 Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull AGregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet.* 1996;347:724–8.
- 18 Parker PA, Kulik JA. Burnout, self- and supervisor-rated job performance, and absenteeism among nurses. *J Behav Med.* 1995;18:581–99.
- 19 Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *J Gen Intern Med.* 2000;15:122–8.
- 20 West CP, Shanafelt TD, Kolars JC. Quality of life, burnout, educational debt, and medical knowledge among internal medicine residents. *JAMA.* 2011;306:952–60.
- 21 Firth-Cozens J, Greenhalgh J. Doctor's perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Soc Sci Med.* 1997;44:1017–22.
- 22 Levin S, Aronsky D, Hemphill R, Han J, Slagle J, France DJ. Shifting toward balance: measuring the distribution of workload among emergency physician teams. *Ann Emerg Med.* 2007;50:419–23.
- 23 Knesebeck O, Klein J, Grosse K, Blum K, Siegrist J. Psychosoziale Arbeitsbelastung bei chirurgisch tätigen Krankenhausärzten. *Deutsches Ärzteblatt.* 2010;107:248–53.
- 24 Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ.* 2008;336:488–91.
- 25 Chopra SS, Sotile WM, Sotile MO. Physician burnout. *JAMA.* 2004;291:633.
- 26 West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA.* 2009;302:1294–300.
- 27 West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA.* 2006;296:1071–8.
- 28 Schwappach DL, Boluarte TA. The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organisational accountability. *Swiss Med Wkly.* 2009;139:9–15.
- 29 Lockley SW, Cronin JW, Evans EE, Cade BE, Lee CJ, Landrigan CP, et al. Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. *N Engl J Med.* 2004;351:1829–37.
- 30 Barger LK, Ayas NT, Cade BE, Cronin JW, Rosner B, Speizer FE, et al. Impact of extended-duration shifts on medical errors, adverse events, and attentional failures. *PLoS Med.* 2006;3:e487.
- 31 Weinger MB, Ancoli-Israel S. Sleep deprivation and clinical performance. *JAMA.* 2002;287:955–7.
- 32 Gaba DM, Howard SK. Patient safety: fatigue among clinicians and the safety of patients. *N Engl J Med.* 2002;347:1249–55.
- 33 Gottlieb DJ, Parenti CM, Peterson CA, Lofgren RP. Effect of a change in house staff work schedule on resource utilization and patient care. *Arch Intern Med.* 1991;151:2065–70.
- 34 Kaderli R, Businger A, Oesch A, Stefenelli U, Laffer U. Morbidity in surgery: impact of the 50-hour work-week limitation in Switzerland. *Swiss Med Wkly.* 2012;142:0, doi: 10.4414/smw.2012.13506.
- 35 Poulouse BK, Ray WA, Arbogast PG, Needleman J, Buerhaus PI, Griffin MR, et al. Resident work hour limits and patient safety. *Ann Surg.* 2005;241:847–56.
- 36 [www.fmh.ch/tarife/begleitforschung.html](http://www.fmh.ch/tarife/begleitforschung.html). 2011.
- 37 Goehring C, Bouvier Gallacchi M, Kunzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly.* 2005;135:101–8.
- 38 Biaggi P, Peter S, Ulich E. Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents – what can be done? *Swiss Med Wkly.* 2003;133:339–46.
- 39 Peltenburg M, Hersperger M, Stucki I, Tschan W. Projet ReMed: par qui le réseau de soutien est-il sollicité? *Bull Méd Suisses.* 2008;89:2153–5.