

Selfcare des médecins ou les cordonniers de Montaigne

Dre CHRISTINE COHIDON^a, LIV MAHLER^b, Pre BARBARA BROERS^c, Dr THIERRY FAVROD-COUNE^c, MOHAMED AMIR MOUSSA^b et Dr PAUL SEBO^b

Rev Med Suisse 2022; 18: 940-2 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.781.940

Une récente enquête menée en Suisse romande a montré qu'environ la moitié seulement des médecins de premier recours (MPR) romands avaient un médecin traitant. De plus, 37% des MPR ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin pour un problème de santé durant l'année écoulée. Enfin, ils étaient aussi 29% à avoir choisi de continuer à travailler tout en étant malades. La littérature évoque divers facteurs pouvant expliquer ou du moins contribuer à ces comportements, qu'il s'agisse de facteurs systémiques (principalement la charge de travail) ou individuels (dénier, peur du jugement de la société et des pairs ou culture de la toute-puissance). Des voies d'amélioration, pour traiter cette problématique souvent méconnue, sont non seulement possibles, mais certainement nécessaires pour le bien de nos médecins et la qualité des soins délivrés aux patients.

Physician selfcare or the cobblers of Montaigne

A recent survey conducted in the French-speaking part of Switzerland ("Romandie") showed that only about half of the primary care physicians (PCP) in Romandie had a personal doctor. Moreover, 37% of the PCP declared they had foregone consulting a doctor for a health problem or a check-up during the past year. Finally, 29% of them had chosen to continue working despite being ill. The literature describes multiple origins for these behaviors, both systemic (especially workload) and individual (denial, fear of social and peer judgment, culture of invincibility...). There is room for improvement for this still too often overlooked problem, in order to enhance the PCP's health (or well-being), and consequently the quality of care.

INTRODUCTION

Si la mission première d'un système sanitaire est d'améliorer la santé de la population dont il a la charge, il doit aussi pour ce faire maintenir les acteurs du système de soins en bonne santé.^{1,2} Au-delà d'un objectif de santé au travail partagé par tous les secteurs d'activité, la question se pose de manière particulièrement urgente dans un secteur annonçant une pénurie de professionnels comme c'est le cas en médecine de premier recours en Suisse. Pour autant, offrir des services de soins de qualité ne suffit pas, il faut aussi que la population cible y adhère. Dans le cas des médecins de premier recours (MPR), la tâche est ardue. Le médecin ne semble en effet pas un « très bon patient ».

ILLUSTRATION PAR DE RÉCENTES DONNÉES SUISSES

En 2019, une enquête menée à l'initiative d'une équipe du Service de médecine de premier recours des HUG et de l'Institut universitaire de médecine de famille et de l'enfance (IuMFE) de l'Université de Genève, en collaboration avec le Département de médecine de famille d'Unisanté à Lausanne, s'est intéressée à la santé des médecins de premier recours (MPR) romands. Un échantillon aléatoire de 500 MPR a répondu à cette enquête, dont le but était d'évaluer leur santé physique et psychique ainsi que d'explorer leurs comportements de santé.³⁻⁵

Globalement, la perception que les MPR avaient de leur propre santé était très positive puisque 94% d'entre eux estimaient avoir une bonne ou une excellente santé. Pour autant, un grand nombre de participants ont déclaré prendre régulièrement des médicaments (c'est-à-dire au moins une fois par semaine). À titre d'exemple, 23% des médecins rapportaient prendre régulièrement un antalgique et 14% un médicament psychotrope. Même si la comparaison avec la population générale présente certaines limites, il est à relever que la proportion d'individus prenant régulièrement des psychotropes en Suisse se situerait autour de 7%. Les détails concernant ces résultats sont disponibles dans l'article de Sebo et coll.⁵ Par ailleurs, l'enquête a montré que, à part une consommation de tabac faible, une partie non négligeable des MPR n'adhéraient pas aux recommandations usuelles de consommation d'alcool, d'activité physique et d'heures de sommeil.⁴

En outre, l'étude a montré que moins de la moitié de ces médecins (47%) avaient un médecin traitant, et que, parmi ceux ou celles qui en avaient un, ils n'étaient que 50% à l'avoir consulté au moins une fois durant l'année précédant l'étude.

De plus, 37% des MPR ont déclaré avoir renoncé à consulter leur médecin traitant ou un spécialiste pour un problème de santé ou un bilan au cours de l'année écoulée (**tableau 1**). À noter que la fréquence du renoncement aux soins était légèrement plus élevée chez les femmes (38 vs 35%) et moins rapportée parmi les plus âgés (< 64 ans: 39% vs > 64 ans: 24%). Le premier motif explicatif avancé par les MPR au renoncement aux soins était de loin la surcharge de travail et par conséquent le manque de temps (69% des MPR).

Un autre comportement potentiellement associé à la négligence vis-à-vis de sa santé est le fait de continuer à travailler tout en étant malade, comportement classiquement nommé *présentéisme*. Celui-ci a été rapporté au cours de l'année écoulée par 29% des MPR. Comme pour le renoncement aux soins, le

^aCentre universitaire de médecine générale et santé publique, Département de médecine de famille, 1011 Lausanne, ^bInstitut de médecine de famille et de l'enfance, Faculté de médecine, 1211 Genève 4, ^cService de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14
christine.cohidon@unisante.ch | liv-laleh.mahler@etu.unige.ch
barbara.broers@unige.ch | thierry.favrod-coune@hcuge.ch
mohamed.moussa@unige.ch | paulsebo@hotmail.com

TABLEAU 1

Renoncement aux soins et présentéisme chez les MPR

Le tableau indique les pourcentages et les raisons de renoncement aux soins et de présentéisme au cours de l'année écoulée chez les médecins de premier recours en Suisse romande (n = 497).

	Renoncement aux soins (%)	Renoncement à s'arrêter (%)
Échantillon complet	36,8	29,1
• Hommes	35,1	24,8
• Femmes	38,1	33,1
• < 45 ans	38,9	34,5
• 45-54 ans	39,0	27,4
• 55-64 ans	38,3	32,6
• > 64 ans	24,3	14,9
Motifs de renoncement aux soins		
• Trop occupé	68,9	
• M'en suis chargé moi-même	28,8	
• Finalement non nécessaire	21,5	
Motifs de présentéisme		
• Ne pas laisser mes patients		66,9
• Éviter des pertes financières		53,1
• Travail possible malgré le problème		53,8

présentéisme était plus fréquent chez les femmes et les plus de 64 ans ont rapporté beaucoup moins souvent ce type de comportement (15 vs 34% chez les moins de 45 ans). Le premier motif évoqué par les MPR concernait le souci de ne pas abandonner leurs patients (67% des MPR). Pour autant, la crainte de la perte financière liée à l'arrêt-maladie était aussi très présente (53% des MPR) (**tableau 1**).

QUE DIT LA LITTÉRATURE?^{6,7}

La situation des MPR en Suisse romande telle que décrite dans cette étude se retrouve largement dans la littérature. En 1997, en Grande-Bretagne, la Société royale de médecine attirait l'attention sur la santé des médecins en rapportant les propos de l'un d'entre eux: «La maladie ne nous appartient pas. Elle leur appartient à eux, les patients. [...]. Nous devrions avoir [aussi] la permission d'être malades et de reconnaître que nous ne sommes pas surhumains».⁸

Plusieurs aspects concernant la santé des médecins (pas uniquement des MPR) ont été explorés via des revues de littérature ou des études d'envergure. Les données issues de ces études ont montré que les médecins étaient nombreux à ne pas avoir de médecin traitant. Ainsi, une revue de littérature réalisée en 2011 par Montgomery rapportait qu'environ la moitié des médecins seulement avaient un médecin traitant.⁹ Cette proportion est cependant à mettre en lien avec l'existence ou non d'un système de «gate-keeping» (obligation d'avoir un médecin référent) dans le pays. De plus, lorsque les médecins ont un médecin traitant, il s'agit souvent d'un proche (membre de la famille ou collègue), ce qui n'est pas sans soulever des inquiétudes légitimes concernant une prise en charge optimale.⁹ Par ailleurs, les médecins semblent pratiquer largement l'automédication. La revue de littérature de Montgomery rapportait que 61% des médecins y avaient recours. Chez les médecins généralistes, cette fréquence pouvait monter jusque plus de 80%.⁹

Les études sont en revanche moins nombreuses concernant les comportements de santé délétères, tels que le renoncement aux soins ou le présentéisme. Elles ont le plus souvent ciblé les problèmes psychiques tels que les dépressions ou le burnout. Ces affections, qui peuvent être fréquentes chez les médecins, rendent le recours aux soins et les arrêts de travail particulièrement délicats à la lumière des motifs individuels de renoncement aux soins expliqués ci-après.¹⁰

Pourquoi les médecins adoptent-ils ces comportements de santé délétères?

Des facteurs à la fois systémiques (ou organisationnels) et individuels ont été évoqués dans la littérature.⁶ Concernant les facteurs systémiques, le manque de temps est très souvent mis en avant pour justifier le comportement de non-recours aux soins.¹⁰ Néanmoins, on peut se demander si ce motif ne vient pas en partie masquer d'autres facteurs individuels.⁶⁻¹⁰

Par exemple, il existe probablement des attentes de la part des patients et de la société en général vis-à-vis des médecins qui se doivent d'être en bonne santé et non un fardeau pour la communauté. Cette pression de la société résonne aussi parfois avec l'image que le médecin peut avoir de lui-même, comme celle d'un «surhomme». Pour certains d'entre eux, les raisons qui ont conduit au choix de cette profession, souvent vécue comme une vocation «au service des autres», contribuent aussi à expliquer ces comportements. Dans notre étude, deux tiers des MPR ont déclaré renoncer à s'arrêter de travailler pour ne pas «abandonner leurs patients».

Certains anthropologues mettent aussi en avant le comportement (nommé *medical self*) qui consiste à se considérer avant tout comme un médecin, même dans le cas où le médecin est aussi un patient. Ce comportement se traduirait par l'utilisation automatique de ses connaissances et de son expérience médicale à l'analyse de ses propres symptômes, ce qui pourrait conduire à un déni et à un retard dans le diagnostic et le traitement. Le *medical self* apparaîtrait en fin d'assistantat ou d'internat, et s'oppose à l'attitude des étudiants en médecine qui peuvent être dans l'excès inverse, souffrant de pensées intrusives de maladies graves qu'ils découvrent au cours de leur formation.¹¹

Finalement, certaines peurs, pouvant aussi être à l'origine de ces comportements, méritent d'être prises en considération.⁶ Par exemple, celle de confier sa santé à un autre professionnel alors qu'on est soi-même un «spécialiste de la question», pouvant passer pour de l'incompétence, ou du regard des pairs en avouant ce qui peut être considéré comme une faiblesse ou une vulnérabilité, ou enfin de souffrir d'une maladie grave, compte tenu des connaissances que l'on a de telle ou telle maladie. On préfère parfois repousser le moment de parler de sa maladie pour finir par ne pas en parler du tout. Enfin, les motifs financiers (peur de la perte de revenu), dans une médecine libérale comme en Suisse, ne doivent pas être négligés.⁶ Dans notre étude, cette raison a été évoquée par la moitié des médecins.

CONCLUSION – COMMENT MIEUX FAIRE?

Ce bref panorama couplé à des données issues d'une étude menée auprès de MPR pratiquant en Suisse romande met en

lumière l'ampleur d'un phénomène encore peu connu: les MPR négligent souvent leur propre santé. Alors, comment changer ces comportements et améliorer leur prise en charge?

Pour ce qui est du manque de temps, un des facteurs systémiques principaux, il risque encore de s'accroître à l'avenir pour les MPR, un renforcement des soins primaires ayant été décidé par les pouvoirs publics dans un grand nombre de pays occidentaux. Si des modèles alternatifs d'organisation de soins impliquant un fonctionnement en équipes (y compris pluridisciplinaires) n'accompagnent pas cette politique de santé, la situation risque encore de se détériorer pour les MPR.

Il semble également plus que nécessaire de sortir de cette «toute-puissance» du médecin,⁸ en partie basée sur un médecin omniscient et omnipotent. Pour ce faire, les études de médecine sont probablement un moment privilégié,¹² comme pourrait l'être l'encouragement à des temps partiels. Enfin, pour surmonter en partie les barrières systémiques et

individuelles au recours aux soins parmi ces professionnels, certains auteurs proposent la création de services de santé spécifiques pour les médecins.^{13,14} Une évaluation rigoureuse de l'utilité de ces services serait encore cependant nécessaire.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Moins de la moitié des médecins de premier recours (MPR) de Suisse romande (47%) ont un médecin traitant
- Lors de l'année écoulée, 29% des MPR de Suisse romande ont renoncé à s'arrêter de travailler alors qu'ils étaient malades
- L'origine du renoncement aux soins chez les MPR est à la fois systémique et individuelle

1 Bodenheimer T, Sinsky C. From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *Ann Fam Med* 2014;12:573-6. DOI: 10.1370/afm.1713.

2 *Epperson WJ, Childs SF, Wilhoit G. Provider Burnout and Patient Engagement: The Quadruple and Quintuple Aims. *J Med Pract Manage* 2016;31:359-63.

3 **Cohidon C, Mahler L, Broers B, et al. Primary Care Physicians' Personal and Professional Attributes Associated With Forgoing Own Care and Presenteeism: A Cross Sectional Study. *Int J Public Health* 2021;66:1604442. DOI: 10.3389/ijph.2021.1604442.

4 *Mahler L, Sebo P, Favrod-Coune T, et al. The Prevalence of Five Lifestyle Risk

Factors in Primary Care Physicians: A Cross-Sectional Study in Switzerland. *Pre Med Rep* 2022;26:101740. DOI: 10.1016/j.pmedr.2022.101740.

5 *Sebo P, Favrod-Coune T, Mahler L, et al. A Cross-Sectional Study of the Health Status of Swiss Primary Care Physicians. *Sci Rep* 2021;11:23459. DOI: 10.1038/s41598-021-02952-2.

6 **Kay M, Mitchell G, Clavarino A, et al. Doctors As Patients: A Systematic Review of Doctors' Health Access and the Barriers They Experience. *Br J Gen Pract* 2008;58:501-8. DOI: 10.3399/bjgp08X319486.

7 **Morishita M, Iida J, Nishigori H. Doctors' Experience of Becoming Patients and Its Influence on Their Medical Practice: A Literature Review. *Explore*

(NY) 2020;16:145-51. DOI: 10.1016/j.explore.2019.10.007.

8 McKeivitt C, Morgan M. Illness Doesn't Belong to Us. *J R Soc Med* 1997;90:491-5. DOI: 10.1177/014107689709000907.

9 Montgomery AJ, Bradley C, Rochfort A, et al. A Review of Self-Medication in Physicians and Medical Students. *Occup Med (Lond)* 2011;61:490-7. DOI: 10.1093/occmed/kqr098.

10 *Clough BA, March S, Leane S, et al. What Prevents Doctors from Seeking Help for Stress and Burnout? A Mixed-Methods Investigation Among Metropolitan and Regional-Based Australian Doctors. *J Clin Psychol* 2019;75:418-32. DOI: 10.1002/jclp.22707.

11 Wilson IB. When Doctors Become Patients. *J Clin Invest* 2008;118:1588-8.

DOI: 10.1172/JCI35627.

12 *Balme E, Gerada C, Page L. Doctors Need to Be Supported, Not Trained in Resilience. *BMJ* 2015;351:h4709. DOI: 10.1136/bmj.h4709.

13 Garelick A. Doctors' Health: Stigma and the Professional Discomfort in Seeking Help. *Psychiatrist* 2012;36:81-4. DOI: 10.1192/pb.bp.111.037903

14 Domesey-Klenske A, Rosenbaum M. When Doctor Becomes Patient: Challenges and Strategies in Caring for Physician-Patients. *Fam Med* 2012;44:471-7.

* à lire

** à lire absolument