

Sa phase conceptuelle terminée, le projet ReMed est entré ce printemps dans sa phase pilote. Le rapport ci-après présente les résultats de l'étude de faisabilité qui a été effectuée dans ce contexte et met un terme au mandat confié à l'Institut de psychologie de l'Université de Zurich dans le cadre de ReMed. Nous remercions vivement toutes celles et ceux qui

ont apporté leur contribution à la réalisation de cette étude. Dans une prochaine édition, nous évoquerons le projet pilote qui se fondera sur les résultats obtenus et sera lancé dans deux cantons pilotes.

*Comité de direction ReMed*

## Projet ReMed

# Résultats de l'étude de faisabilité concernant un réseau d'assistance pour les médecins

Roger Keller<sup>a</sup>,  
Michael Peltenburg<sup>b</sup>,  
Martina Hersperger<sup>c</sup>,  
Rainer Hornung<sup>a</sup>

a Institut de psychologie,  
Département de psychologie  
sociale et de la santé,  
Université de Zurich

b Directeur du projet ReMed,  
groupe de travail Qualité  
(GTQ FMH), EHAM Université  
de Zurich

c Fédération des médecins suisses  
FMH, département Données,  
démographie et qualité (DDQ)

### Conflits d'intérêts potentiels

Les auteurs de l'Institut de psychologie de l'Université de Zurich sont totalement indépendants sur le plan politique. L'étude de faisabilité a été financée par la FMH.

Correspondance:  
Prof. Rainer Hornung /  
Roger Keller, lic. ès lettres  
Université de Zurich  
Institut de psychologie, Département  
de psychologie sociale et de la santé  
Binzmühlestrasse 14/14  
CH-8050 Zurich  
Tél. 044 635 72 50  
Fax 044 635 72 59

rainer.hornung@psychologie.unizh.ch  
www.psychologie.unizh.ch/sozges

### Situation initiale

Les médecins travaillent de toutes leurs forces au maintien et au rétablissement de la santé de leurs patients. Ils peuvent toutefois être confrontés à leurs limites en raison d'exigences professionnelles élevées, d'un temps de travail long et irrégulier, de charges administratives importantes et des attentes accrues des patients [1–5]. De nombreuses études faites dans différents pays montrent que ces conditions de travail soumettent le corps médical à des risques de santé: stress, épuisement professionnel, abus de substances, dépression et suicide comme ultime conséquence [6]. Dans une étude menée en Suisse par Goehring et al., 19% des médecins interrogés ont mentionné par exemple un épuisement émotionnel important, 22% un degré élevé de dépersonnalisation et 16% ont reconnu une légère baisse de leurs capacités personnelles [1]. De par leur environnement de travail, les médecins sont exposés à un risque élevé de développer des problèmes de dépendance [2, 7]. De surcroît, le taux de suicide est bien plus élevé parmi eux qu'au sein de la population dans son ensemble [8–10].

Les médecins demandent rarement de l'aide et, de ce fait, posent souvent leurs propres diagnostics pour se soigner eux-mêmes [1, 11]. En outre, les difficultés d'ordre professionnel et personnel que peuvent connaître les médecins deviennent visibles souvent très tard et ils n'en sont pas conscients pendant fort longtemps [12].

Les problèmes susmentionnés peuvent avoir des effets négatifs sur la capacité des médecins à fonctionner et à accomplir leurs tâches ainsi que sur leurs compétences sociales, ce qui constitue un risque pour les patients [2, 7, 13–15].

Au printemps 2005, la FMH a formé un groupe de travail Qualité (GTQ-FMH) et publié des lignes directrices sur la qualité médicale [16].

Dans ce document, les médecins expriment clairement leur volonté d'attester et de contrôler eux-mêmes leurs capacités à fournir des prestations de qualité, de prendre des mesures d'encouragement et de procéder à des évaluations. La FMH a également présenté en 2005 au Conseil national et au Conseil des Etats un projet visant à créer un réseau de gestion de la qualité destiné aux médecins; les parlementaires se sont montrés vivement intéressés [17].

### Résumé

Les médecins exercent une profession à responsabilité et doivent faire face à de nombreux défis et à des exigences élevées. A l'instar de ce qui se passe dans d'autres corps de métier, certains d'entre eux peuvent être confrontés à des problèmes d'ordre professionnel et personnel, comme l'épuisement, un abus de substances ou une dépression. Soucieuse de garantir à la population des soins médicaux de haute qualité et sûrs, la FMH a développé le projet ReMed destiné à accueillir et à soutenir les médecins se trouvant en situation de crise. Le présent article donne des informations sur l'étude de faisabilité qui, sur mandat, a été réalisée au sujet de ce projet.

Les résultats montrent que le projet prévu est réalisable et qu'il peut passer à la phase pilote. Le besoin d'un réseau d'assistance est clairement avéré. En outre, les résultats obtenus indiquent comment concevoir cette offre d'assistance et quels points importants sont à prendre en considération pour réussir la mise en œuvre d'un projet pilote.

### Le projet ReMed

Le projet Rete Medicorum (ReMed) de la FMH a pour objectif de garantir des soins médicaux de qualité élevée, prodigués par des médecins bien formés, intègres, en bonne santé et satisfaits de leur profession [18, 19].

L'idée est de conseiller et soutenir les médecins en situation de crise. De cette manière, le projet ReMed contribuera à la promotion de la qualité médicale et à la sécurité des patients.

Chaque médecin devrait pouvoir bénéficier de prestations lui permettant d'assurer la qualité de son propre travail et, le cas échéant, de l'améliorer. Selon le concept prévu, l'offre du projet ReMed comprendra trois éléments: le mentorat, le coaching et l'évaluation.

#### Mentorat

Le mentorat représente l'offre d'assistance la plus élémentaire. Pour les médecins intéressés, le seuil d'inhibition à surmonter pour obtenir le soutien professionnel désiré devrait être aussi bas que possible.

Il revient au médecin concerné de prendre l'initiative. En outre, toutes les demandes et démarches accompagnatrices sont strictement confidentielles et aucun contrôle externe n'est effectué quant aux objectifs.

#### Coaching/conseil

Le conseil et le coaching sont offerts sur le plan régional et intégrés dans les offres de soutien, de formation continue et de discussion déjà en place (cercles de qualité, entre autres). Les structures locales peuvent, si le médecin concerné le désire, organiser une intervention ou l'offrir elles-mêmes. ReMed proposera aussi des offres suprarégionales aux médecins qui désirent un conseil indépendant des structures régionales.

En règle générale, c'est ReMed qui prend l'initiative. Pour autant que le médecin concerné soit d'accord, une vérification externe de l'atteinte des objectifs a lieu une fois l'intervention terminée.

#### Evaluation

En cas de doutes justifiés quant à la capacité d'un médecin à fonctionner et à accomplir ses tâches, ReMed procède à une évaluation ciblée. ReMed peut ensuite offrir une intervention individuelle par des collègues de la discipline concernée ou par des spécialistes.

L'initiative revient à ReMed. Des exigences minimales sont formulées, lesquelles font l'objet d'une vérification externe une fois l'évaluation terminée.

### Contrôle des résultats

Au cas où des objectifs ont été négociés entre le médecin concerné et son accompagnant, une instance indépendante de ReMed contrôle les objectifs dans le cadre de l'évaluation et parfois aussi du coaching lorsque l'intervention est terminée. Si la réintégration se solde par un échec ou que le médecin refuse de collaborer, un avis est transmis au service concerné qui prend les mesures nécessaires.

### Mise en place de ReMed

Il est prévu d'instituer ReMed en trois étapes: phase de conception, phase pilote et programme. Le projet est évalué de façon continue au cours des trois phases par une instance tierce et adapté en conséquence.

La phase de conception a pour objectif de créer les conditions qui permettront à ReMed, lors de la phase pilote, de commencer son activité opérationnelle en bénéficiant du plus grand impact possible et d'un taux d'acceptation élevé tout en mobilisant des ressources réalistes. La présente étude de faisabilité a été commandée afin de déterminer les souhaits, attentes et possibilités de coopération des partenaires potentiels et d'améliorer l'acceptation du projet.

### L'étude de faisabilité

La FMH a chargé le Département de psychologie sociale et de la santé de l'Institut de psychologie de l'Université de Zurich d'examiner la faisabilité du projet ReMed. L'étude de faisabilité a duré de mai 2006 à février 2007.

### Objectifs et questions

L'étude de faisabilité du projet ReMed devait notamment déterminer si le besoin d'un réseau d'assistance pour médecins était réel. Dans l'affirmative, elle devait livrer des recommandations sur la manière de concevoir une offre pouvant être réalisée et acceptée par une grande partie du corps médical.

L'étude de faisabilité servira de base à la prise de décision pour le lancement d'un projet pilote.

### Approche méthodologique et stratégie de recherche

Pour tenir compte des nombreuses facettes du projet, il a fallu adopter différentes approches méthodologiques. L'équipe de recherche a adopté le système de la triangulation consistant à utiliser différentes sources d'information (triangulation des données) et différentes procédures (triangulation des méthodes: qualitative – quantitative, ouverte – standardisée) [20, 21]. De cette

façon, l'équipe de recherche a pu examiner les questions posées sous différents angles et leur donner des réponses approfondies.

Une valeur élevée a été accordée à l'aspect qualitatif des réponses fournies. On a donc choisi une approche essentiellement inductive et non pas fondée sur des hypothèses selon la méthode habituelle. Ce choix était nécessaire car il s'agit d'un objet de recherche nouveau et complexe, au sujet duquel on dispose de peu de connaissances fondées. En outre, les questions ont été conçues de la manière la moins standardisée possible afin de permettre aux personnes interrogées de formuler toutes leurs demandes et attentes mais aussi leurs craintes. Comme l'objectif principal était d'obtenir un éventail complet des opinions du corps médical, la pondération quantitative des réponses par rapport à l'ensemble du collectif interrogé ne se trouvait pas au premier plan.

Les participants à l'enquête ont été sélectionnés sur la base d'une procédure d'échantillonnage théorique (theoretical sampling), à savoir la stratégie consistant à déterminer l'échantillon à examiner de manière échelonnée, en fonction des données acquises au préalable et des analyses qui en ont été faites [22]. La saisie des données est close lorsque l'échantillon est «saturé», c'est-à-dire lorsque toute saisie supplémentaire n'apporte plus aucun élément nouveau.

### Design de recherche

Les travaux ont débuté par l'analyse des documents existants relatifs au projet, la recherche d'ouvrages de référence au moyen des banques de données PubMed et PsycINFO et l'exploration des sites internet de sociétés de discipline médicale.

Le relevé principal de données a été réalisé dans le cadre d'une enquête en ligne entièrement anonymisée, réalisée auprès de tous les membres de la FMH possédant une adresse de messagerie électronique (soit 19 420 parmi les 32 464 membres, état: décembre 2005). De surcroît, une lettre personnelle a été envoyée à 346 médecins exerçant une charge (membres de comité de sociétés cantonales de médecine et de sociétés de discipline médicale, médecins cantonaux et médecins-conseils) avec la FMH pour expéditeur. Ce courrier contenait la version papier du questionnaire en ligne.

Du plus, des groupes professionnels étroitement liés à la fourniture de prestations médicales ont été inclus dans l'enquête. C'est ainsi qu'un questionnaire sous forme papier a également été envoyé à sept représentants choisis d'organisations de patients, de l'Association suisse des

assistantes médicales (ASAM) et de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI).

Pour approfondir les résultats des enquêtes écrites, l'équipe de recherche a d'une part dialogué avec deux groupes de réflexion («focus groups»). Elle a d'autre part mené sept entretiens personnels: cinq entrevues avec des médecins recrutés dans le cadre de l'enquête en ligne (et qui avaient accepté de lever leur anonymat à la fin de questionnaire), une avec un représentant de santé suisse et une autre avec le responsable du projet ReMed. De surcroît, elle a inclus dans les résultats les éléments obtenus lors d'un atelier tenu par la direction du projet ReMed [23] ainsi que de nombreuses informations figurant dans divers courriels reçus au cours de l'étude de faisabilité.

Pour les questions éthiques, l'équipe de recherche s'est appuyée sur les 27 standards de la Société suisse d'évaluation (SEVAL) et sur les quelque 50 standards de la Société suisse de psychologie (SSP) (directives éthiques pour psychologues).

### Composition de l'échantillon de l'enquête en ligne

Comme mentionné, les responsables de l'étude ont contacté 19 420 membres de la FMH par courriel pour leur demander de participer à l'enquête en ligne. En outre, ils ont envoyé une lettre personnelle à 346 médecins exerçant une charge au sein du corps médical.

Au total, 3817 personnes ont ouvert une session pour participer à l'enquête, 2865 personnes ont entièrement répondu aux questions (y c. les 49 personnes ayant rempli le questionnaire sur papier), ce qui correspond à un retour de 14,8%. Si l'on considère séparément les médecins exerçant une charge, le taux de retour est nettement plus élevé: médecins cantonaux (42%), membres de comité des sociétés cantonales (76%), sociétés de discipline médicale (60%) et médecins-conseils (87%).

### Evaluation du taux de retour et représentativité

L'importante question de la représentativité n'était pas le critère central de l'étude. La comparaison entre l'ensemble des membres de la FMH et l'échantillon des personnes sondées, portant sur les paramètres connus de la région linguistique, du sexe et de l'âge, montre toutefois que l'on a obtenu une assez bonne image de l'ensemble du corps médical. Compte tenu de la diversité des feedbacks reçus dans le cadre de l'enquête en ligne (de très critique à très élogieux),

on peut en outre estimer que les réponses ne sont pas biaisées (dans le sens d'une approbation ou d'un rejet unilatéraux du projet ReMed) mais qu'elles sont nuancées.

## Résultats

### Nécessité d'une offre d'assistance

La nécessité d'une offre d'assistance peut être constatée sur plusieurs plans. Selon les ouvrages de référence publiés sur le sujet, il s'avère que les médecins sont eux aussi soumis à des risques de santé tels que l'épuisement professionnel, l'abus de substances et le suicide comme ultime conséquence. Ces difficultés peuvent avoir une incidence négative sur la capacité du médecin à fonctionner et à accomplir ses tâches ainsi que sur ses compétences sociales, ce qui constitue un risque pour les patients. Les causes de surmenage mentionnées sont les exigences professionnelles élevées, les horaires longs et irréguliers, l'importante charge de travail et les hautes exigences personnelles que le médecin place dans son travail. En outre, le problème est renforcé par le fait que les médecins ont souvent des difficultés à demander de l'aide.

Ces résultats ont été confirmés par l'étude de faisabilité. En Suisse, les exigences envers le corps médical ont augmenté, et pas seulement en ce qui concerne les tâches administratives. Les patients deviennent aussi plus exigeants, car les articles parus dans les médias, les émissions télévisées et autres sont fréquemment source d'attentes exagérées. Cette attitude accroît encore la pression exercée sur les médecins, de sorte que certains d'entre eux peuvent se sentir dépassés. Vu cette évolution, une offre d'assistance est jugée nécessaire, voire très nécessaire par les médecins suisses. En effet, quatre participants sur cinq à notre sondage en ligne connaissent au moins un ou une collègue ayant déjà souffert d'une situation professionnelle et personnelle difficile, tel que niveau de stress élevé ou épuisement professionnel.

La nécessité d'un soutien et d'offres d'assistance est donc clairement mise en évidence par les résultats de l'étude de faisabilité, mais cela ne signifie toutefois pas encore qu'il faille mettre sur pied un nouveau projet tel que ReMed. En effet, si d'autres organismes ou offres de ce type existaient déjà, l'envoi d'une information sur ce sujet à tous les membres de la FMH serait suffisant.

Une recherche sur l'existence ou non de telles offres d'assistance a montré que différents pays se sont penchés sur la question et sont en train de mettre sur pied des réseaux de soutien pour

des médecins qui se trouvent dans des situations personnelles et professionnelles difficiles. En Suisse en revanche, il n'a pas été possible de trouver des offres de grande envergure et bien coordonnées, même s'il existe des ébauches de solutions visant des structures de ce type. Ces solutions sont cependant peu connues et ne répondent pas aux exigences d'un réseau d'assistance complet et étendu. Les résultats de l'enquête en ligne ont montré qu'en cas de nécessité, les personnes concernées s'adressent, la plupart du temps, à des membres de leur famille ou à des confrères. Les groupes Balint, les supervisions et les offres psychothérapeutiques ont également été mentionnés à plusieurs reprises. En revanche, aucune offre destinée spécifiquement aux médecins n'a été mentionnée.

Comme indiqué plus haut, 80% des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête en ligne ont dit connaître quelqu'un ayant déjà souffert de problèmes professionnels et personnels. Ceux-ci n'avaient été complètement résolus que dans un cas sur cinq. Outre les raisons inhérentes à la personnalité du médecin concerné, les réponses indiquent souvent qu'il n'y avait aucune offre d'assistance appropriée à disposition.

On peut donc constater, d'une part, que les médecins ne connaissent aucune offre d'assistance spécifique pour une situation de crise. Ils ne savent pas où ils peuvent s'adresser en cas de besoin. D'autre part, il apparaît clairement que les médecins qui travaillent avec un collègue confronté à des problèmes professionnels et personnels, ou qui connaissent un cas concret de ce genre, ne savent pas où s'adresser pour recevoir des conseils sur la meilleure façon d'agir dans une telle situation.

### Conception de l'offre d'assistance

La question qui se pose donc est celle de savoir comment concevoir une telle offre d'assistance.

Les différentes enquêtes réalisées montrent clairement que les médecins souhaitent une offre qui leur soit propre et qui soit axée sur la spécificité de leur profession. Les patients, mais aussi le personnel soignant et les assistantes médicales, ont leur propre centre d'assistance auquel ils peuvent s'adresser. Il est en outre suggéré que cette offre pourrait éventuellement être élargie aux membres de la famille car ceux-ci identifient souvent très rapidement les problèmes du médecin qu'ils côtoient tout en devant assister, impuissants, à cette situation.

En outre, il est nécessaire que les médecins disposent d'un endroit où ils se sentent en confiance. Ils ont besoin d'un point de contact

pour exposer leurs problèmes personnels, un lieu où ils puissent se rendre sans crainte: un centre d'accueil axé sur l'assistance et le conseil et non sur le contrôle. En outre, le réseau d'assistance devrait avoir les caractéristiques suivantes: transparence quant aux conséquences possibles d'une demande d'assistance, traitement rapide des questions, garantie de l'anonymat et possibilité de contact en dehors des heures de travail, c'est-à-dire au moment où les problèmes sont aigus.

Afin d'éviter que le projet ne soit perçu comme un organe de contrôle, il est nécessaire de séparer clairement les trois offres prévues: mentorat/coaching (relation de confiance) et évaluation (conditions posées aux médecins).

Pour permettre la création d'un tel «lieu de confiance», il convient enfin de disposer d'une entité opérationnellement indépendante et gérée par le corps médical. Ceci est important pour deux raisons: premièrement, si l'on entend recueillir l'adhésion des médecins à l'offre proposée, aucun acteur non médical ne devrait pouvoir intervenir dans les affaires courantes concernées. Deuxièmement, il est essentiel de pouvoir se concentrer sur les problèmes des médecins. Il s'agit de mettre l'accent sur les aspects essentiels de l'activité médicale, sur le travail du médecin avec ses patients et sur l'interaction médecin-patient, en empêchant toute interférence avec des thèmes actuels, tels que les discussions tarifaires par exemple. En se concentrant sur la situation personnelle et professionnelle du médecin concerné, on parviendra plus rapidement à des solutions.

### Résumé des conclusions

La nécessité d'un réseau d'assistance semble claire au vu des résultats obtenus. En outre, l'enquête effectuée montre aussi comment configurer les offres de soutien. Le projet ReMed est réalisable et l'on peut passer à la phase pilote. Afin que les chances de réalisation soient élevées, il faudra, lors de la phase pilote, tenir compte des points suivants qui sont importants pour la mise en œuvre du projet.

### Prévoir du temps pour le projet pilote

Le moment semble être mûr pour ce type de projet, raison pour laquelle il devrait être mis en œuvre le plus rapidement possible. Son application nécessitera toutefois du temps, et ce pour trois raisons différentes: premièrement, il s'agit de créer un «lieu où règne la confiance». Il est nécessaire d'apporter la preuve qu'un soutien discret et efficace est possible en cas de problèmes professionnels et personnels. Deuxièmement, il est important que les médecins prennent

conscience qu'eux aussi peuvent avoir des problèmes et tomber malades. Une telle prise de conscience n'existait guère au moment de l'enquête et il arrive en outre fréquemment que les problèmes professionnels et personnels soient minimisés. Troisièmement, le corps médical est en profonde évolution et l'image qu'il a de lui-même doit être redéfini en fonction des nouvelles attentes qu'on place en lui. Dans d'autres groupes professionnels (p.ex. le personnel soignant, les enseignants, les pilotes), il a été démontré que de tels changements sont accompagnés de phases très agitées; autrement dit, il ne faut pas s'attendre à trouver facilement des solutions simples et consensuelles.

### Organisme responsable et financement du projet

Dans un premier temps, la FMH devrait être le seul organisme responsable. En effet, le «lieu de confiance» mentionné à plusieurs reprises ne pourra être créé que si aucun autre organisme du domaine non médical n'a son mot à dire durant la phase initiale. Le financement devra par ailleurs être assuré à plus long terme.

### Comité consultatif

Afin de garantir le succès du projet, il est nécessaire de le doter d'un comité consultatif. Celui-ci sera composé d'acteurs externes, soit de représentants des organisations de patients, de la politique de santé ou des assureurs. Le comité consultatif aura deux fonctions essentielles: tout d'abord, il informera l'organe directeur du projet des souhaits des partenaires externes et recevra de la part de ce dernier des informations à jour, ce qui favorisera la compréhension mutuelle.

Quant à la deuxième fonction, elle se rapporte au point abordé ci-après, à savoir la communication du projet. Un comité consultatif composé de tous les acteurs externes ayant un lien direct avec la fourniture de prestations médicales pourra contribuer à ce que les médias parlent du projet de manière appropriée.

### Communication du projet

Un autre élément central en vue de la réussite du projet pilote concerne la communication. Il est important de faire passer un message positif du type «ReMed est une offre qui s'adresse à des médecins modernes faisant usage du mentorat et au coaching». ReMed est un filet de sécurité destiné aux médecins se trouvant dans des situations personnelles et professionnelles difficiles, mais il ne s'agit pas d'un projet permettant d'identifier les médecins que l'on soupçonne avoir des difficultés à accomplir leur tâche.



Les possibilités et les limites du projet doivent être clairement communiquées dès le départ afin d'éviter des attentes irréalistes. Ce point est particulièrement important lorsque les médias rapportent des incidents critiques, ce qui pourrait avoir rapidement des répercussions sur ReMed avec des réflexions du type «Comment cela a-t-il pu se produire et que fait ReMed?».

#### **Coordination nationale et activités opérationnelles dans les différentes régions**

Au vu des résultats obtenus, l'équipe de recherche partage l'avis de la direction du projet, à savoir qu'une coordination sur le plan national est nécessaire et que les activités opérationnelles devraient se dérouler dans les différentes régions. En effet, les structures en place sont très diverses suivant les régions, de sorte qu'une réaction appropriée ne peut avoir lieu que sur le plan régional. En outre, l'enquête effectuée en ligne montre que les médecins souhaiteraient, en cas de besoin, pouvoir profiter d'une offre dans leur région, si possible 24 heures sur 24.

Une activité opérationnelle au niveau des régions signifie toutefois également qu'il peut y avoir, dans certaines circonstances, de nombreux recoupements entre les activités ReMed et les structures existantes. C'est pourquoi il est impératif, avant la mise en œuvre, de clarifier précisément ces différents recoupements avec tous les protagonistes concernés du canton pilote (p.ex. médecin cantonal, société cantonale de médecine ou organes de médiation existants).

Un centre de coordination nationale fonctionnant en parallèle aura l'avantage de permettre d'aborder des questions générales sans qu'il y ait de pression à agir immédiatement. En outre, les échanges entre la FMH et le comité consultatif se feront indépendamment des activités dans les différentes régions. Si une prestation spécifique n'existe pas dans une certaine région, l'organisme central pourra par ailleurs recommander une autre prestation appropriée.

#### **Dans quel canton le projet pilote sera-t-il mis en œuvre?**

Cette question n'a pas pu être entièrement clarifiée dans le cadre de l'étude de faisabilité. Les résultats montrent que la sensibilité aux difficultés personnelles et professionnelles est au moins

aussi élevée en Suisse romande qu'en Suisse alémanique. Eu égard au besoin d'assistance tel qu'il est perçu par les membres de la FMH, l'on constate qu'un besoin nettement plus important a été exprimé en Suisse romande.

Idéalement, le projet pourrait être lancé simultanément dans un canton alémanique et dans un canton romand. Mais en fin de compte, la décision dépendra des ressources disponibles. Néanmoins, il s'agit d'opter pour un canton bénéficiant de structures claires afin de pouvoir mieux cerner les conditions dans lesquelles le projet ReMed s'appliquera. Cela permettra ensuite d'augmenter les chances que le projet réussisse également dans des structures plus complexes.

#### **Prévention des problèmes professionnels et personnels**

Il s'agit de discuter si et comment le projet ReMed peut être appliqué également à la prévention primaire des problèmes professionnels et personnels. ReMed est conçu comme une offre de prévention secondaire, mais il se pourrait fort bien qu'il soit possible, à des fins de formation, de transférer le savoir-faire acquis sur des objectifs de prévention primaire.

#### **Remarques finales**

La structure définitive du projet ne pourra être fixée qu'en collaboration avec les protagonistes concernés dans le canton pilote. En outre, il est important que l'application du projet pilote soit assistée par une équipe d'évaluation, afin de pouvoir vérifier en permanence s'il se développe bien dans la direction fixée et de pouvoir prendre à temps d'éventuelles mesures correctives.

#### **Remerciements**

Nous remercions tous les médecins qui ont participé à l'enquête en ligne de l'été 2006 ou qui nous ont, sous une forme ou une autre, donné leur avis sur le projet ReMed.

Nous remercions aussi particulièrement toutes les personnes qui se sont penchées de manière plus approfondie sur le sujet, que ce soit dans le cadre de groupes de réflexion ou par le biais d'entretiens individuels, et dont l'avis sur le projet nous a permis d'aboutir à une appréciation globale de la situation.

## Références

- 1 Goehring C, Bouvier GM, Künzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross sectional survey. *Swiss Med Wkly*. 2005; 135(7/8):101-8.
- 2 Strang J, Wilks M, Wells B, Marshall J. Missed problems and missed opportunities for addicted doctors. *BMJ*. 1998;316:405-6.
- 3 Linzer M, Visser MR, Oort FJ, Smets EM, McMurray JE, de Haes HC. Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands. *Am J Med*. 2001;111(2):170-5.
- 4 Viciano A. Guter Arzt, kranker Arzt. [www.zeit.de/2007/05/M-Aerztegesundheit](http://www.zeit.de/2007/05/M-Aerztegesundheit).
- 5 Loevenich A, Schmidt R, Schifferdecker M. Ärzte als Patienten – zur Problematik des psychisch kranken Arztes. *Fortschr Neurol Psychiat*. 1996; 64:344-52.
- 6 Kursner D, Danuser B. La santé psychique des médecins suisses sous la loupe des médecins du travail. *Forum Med Suisse*. 2007;7(1):7-8.
- 7 Fowlie DG. The misuse of alcohol and other drugs by doctors: a UK report and one region's response. *Alcohol & Alcoholism*. 1999;34(5):666-71.
- 8 Hem E, Groenvold NT, Aasland OG, Ekeberg O. The prevalence of suicidal ideation and suicidal attempts among Norwegian physicians. Results from a cross-sectional survey of a nationwide sample. *Eur Psychiatry*. 2000;15(3):183-9.
- 9 Lindeman S, Laara E, Hakko H, Lonnqvist J. A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *Br J Psych*. 1996;168:274-9.
- 10 Schernhammer ES. Taking their own lives – the high rate of physician suicide. *N Engl J Med*. 2005; 352(24):2473-6.
- 11 Schneider M, Bouvier Gallacchi M, Goehring C, Künzi B, Bovier PA. Personal use of medical care and drugs among Swiss primary care physicians. *Swiss Med Wkly*. 2007;137:121-6.
- 12 Löwer C. Der Schluck vor der OP. [http://zeus.zeit.de/text/2003/32/M-Sucht\\_8arzte](http://zeus.zeit.de/text/2003/32/M-Sucht_8arzte).
- 13 Brooke D. Why do some doctors become addicted? *Addiction*. 1996;91(3):317-9.
- 14 Cami J, Farre M. Drug addiction. *N Engl J Med*. 2003;349(10):975-86.
- 15 Fowlie DG. Doctors' drinking and fitness to practise. *Alcohol & Alcoholism*. 2005;40 (6):483-4.
- 16 Peltenburg M, Kernen H, Schneider P, von Below GC, Waldis G, Vogel HA, Roches J-C, Schoop W. La qualité: une interaction de toutes les forces en présence dans le domaine médical. *Bull Méd Suisses*. 2005;86(20):1216-20.
- 17 Guisan Y. FMH et Parlement: une nouvelle image? *Bull Méd Suisses*. 2005;86(26):1551.
- 18 Peltenburg M. Rete Medicorum – ReMed. Ein Arbeitspapier der AGQ-FMH. *Hinwil: Fédération des médecins suisses FMH*; 2006.
- 19 Hersperger M, Peltenburg M. ReMed: un réseau d'assistance pour les membres de la FMH. *Bull Méd Suisses*. 2006;87(25):1159-60.
- 20 Denzin NK. On the Ethics and Politics of Sociology. In: Denzin NK, editor. *The Research Act: a Theoretical Introduction to Sociological Methods*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1989. p. 248-68.
- 21 Klöti U, Widmer T. Untersuchungsdesigns. In: Bussmann W, Klöti U, Knöpfel P, Herausgeber. *Einführung in die Politikevaluation*. Basel: Helbing & Lichtenhahn; 1997. p. 185-213.
- 22 Flick U. *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendungen in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 1995.
- 23 Hersperger M, Kraft E. Projet ReMed: Profiter de l'expérience des enseignants et des pilotes d'avion. *Bull Méd Suisses*. 2006;87(51/52):2209-10.