

Éric Galam

Département
de Médecine
Générale. Université
Paris Diderot.
Coordonnateur
de l'Association
d'Aide
aux Professionnels
de Santé & Médecins
Libéraux (AAPML)
egalam
@hotmail.com

Mots clés : rôle

médical ; syndrome
d'épuisement
professionnel
[physician's role;
burnout, professional]

Malgré leurs aspirations scientifiques, les pratiques médicales sont multiples et leur mise en œuvre souvent, voire toujours dépendantes de l'époque et du contexte et spécifiques à chaque patient et à chaque soignant. Elles sont encadrées par la Loi qui en précise contenus et dispositifs. Pourtant elles s'inscrivent également dans des problématiques anthropologiques et philosophiques : Qu'est-ce que soigner ? Qu'est-ce qu'être malade ? Que peut-on obtenir de la collectivité et des soignants ? Quelles contraintes imposer aux patients avérés ou potentiels et aux soignants pour préserver les intérêts de leurs patients et, ceux, pas toujours avouables mais toujours très complexes, de la collectivité ?

Soigner les soignants

La formation implicite des médecins et leurs fragilités

Comment « formater » les soignants pour qu'ils soient compétents, efficaces et efficaces, pour qu'ils puissent s'approcher des êtres souffrants et des corps dénudés tout en gardant la juste distance et en préservant les secrets qui leur sont confiés et dont le Serment d'Hippocrate leur rappelle sans ambiguïté le caractère contraignant ? Et pour qu'ils soient loyaux vis-à-vis de leurs confrères et de leurs institutions, et légitimes vis-à-vis de la collectivité ?

Devenir médecin

Comment devient-on médecin ? Par quelles étapes passe-t-on pour transformer un profane en un membre de cette confrérie à la fois crainte et admirée ? Être motivé bien sûr, mais aussi intelligent, travailleur, persévérant, résistant... Réussir le concours, certes, mais aussi, assumer la salle de dissection et le bloc opératoire, la vue du sang, celle de la souffrance et de la maladie, celle de l'intrusion des outils médicaux dans les corps, la rencontre avec de vrais patients, pas toujours « bien traités » et en tout cas, ô combien plus complexes que ceux dont on parle dans les livres (voir page 410). Qu'en est-il de la prise de responsabilité avec ses nombreuses hésitations et igno- rances, ses possibles conséquences pour les pa- tients, alors que l'on démarre son internat et que l'on n'est pas toujours aussi supervisé qu'on le devrait ? Quid des échecs, des erreurs, des riva- lités, des conflits, des soumissions et des

révoltes plus ou moins affirmées face à la hiérar- chie, de la honte malgré le stéthoscope autour du cou et la blouse trop blanche, des nuits sans sommeil, de l'indignité après la fierté... Les der- niers mots du Serment d'Hippocrate n'affirment- ils pas : « *Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et mé- prisé(e) si j'y manque.* »

Une malédiction ?

D'ailleurs, dans le film éponyme (2014), au jeune interne qui lui parle de son futur métier, son aîné ne répond-il pas : « *ce n'est pas un métier, c'est une malédiction* ». Et cette phrase vient comme en écho à la seule phrase théorique du *best-seller* de Martin Winckler [1] : « *La médecine est une maladie qui frappe tous les médecins de manière inégale. Certains en tirent des bénéfices dura- bles. D'autres décident un jour de rendre leur blouse parce que c'est la seule possibilité de gué- rir – au prix de quelques cicatrices. Qu'on le veuille ou non, on est toujours médecin mais on n'est pas obligé de le faire payer aux autres et on n'est pas non plus obligé d'en crever.* »

Il faut aussi évoquer le devenir médecin par rap- port à sa propre famille et à ses proches, Comment se positionner lorsqu'ils sont mala- des ? Lorsqu'on n'est pas satisfait de la façon dont ils sont soignés ? Et lorsqu'on est soi-même malade ? (voir page 398) On se soigne sans rien

dire à personne ? On a recours aux collègues sans leur dire qu'on est soi-même médecin ? On fait ce qu'ils nous disent, un peu, beaucoup ou pas du tout ? Être malade, est en quelque sorte une défaillance par rapport à l'image du soignant, presque une transgression : comment assumer ses propres inquiétudes de malade ou d'hypochondrie presque obligée de l'étudiant qui, comme le disait un humoriste français, était soumis à l'adage : « *Ce que tu lis, tu l'as.* »

Un curriculum implicite

Par-delà la très moderne éthique, ces pratiques sont confrontées à des enjeux et des questionnements qui nécessitent d'interroger nombre de règles implicites, tellement « évidentes » que non seulement on n'en parle pas mais aussi, et c'est justement l'une de ces règles, qu'il vaut mieux les taire. Ce *hidden curriculum* n'est pas « caché » de manière active et pourtant, son évolution est vécue comme dérangeante. Ne nous rappelle-t-elle pas que la médecine est fragile, incertaine, imparfaite, humaine en quelque sorte ? Ces règles implicites ne s'exercent pas uniquement pour la formation des médecins : elles se prolongent largement chez les professionnels expérimentés qui les renforcent en retour. De quoi s'agit-il ?

Pour Lempp [2], le *hidden curriculum* comporte six registres : la perte d'idéalisme, les changements des critères d'intégrité morale, la neutralisation émotionnelle, l'acceptation de la hiérarchie, l'adoption d'une identité professionnelle ritualisée et l'apprentissage des aspects moins formels de ce qu'est un bon médecin. Comme on le pressent, il s'agit du rapport à soi-même par rapport à la médecine (sauver des vies ou gagner la sienne ?) et par rapport aux valeurs. À l'instar de l'EBM, ne parle-t-on pas de VBM : *Values Based Medicine* [3] médecine fondée sur les valeurs c'est-à-dire la conscience de ce qui est important et l'investissement pour le mettre en œuvre et/ou le préserver ou encore la nécessité d'y renoncer ?

Des périodes de fragilité

Comment articuler son idéal d'avant, ses réalités d'aujourd'hui et ses désirs pour demain ? Les



périodes de transition sont des zones de fragilité où les valeurs et attentes des étudiants sont confrontées à celles de leur environnement de formation. Ce processus peut être source de satisfactions, mais aussi de souffrances, d'autant que la socialisation des médecins s'accompagne de ce qu'il faut bien appeler un contrôle social marqué de normes et de contraintes.

Comment assumer la souffrance, la mort, la nudité, les demandes légitimes ou pas, l'impuissance, les tentations ? Comment se positionner face aux maladies, aux malades, aux autres soignants, aux nécessités de se soumettre aux besoins du dispositif de soin, aux injonctions ou, au contraire, aux défaillances de la hiérarchie et des enseignants, au travail parfois acharné ? Comment assumer ses incompétences, ses doutes, ses fragilités, ses contradictions ou autres dilemmes éthiques ?

La mise à distance de l'émotion est, elle aussi, en quelque sorte nécessaire puisqu'elle est la condition du soin. Pourtant, elle est tellement efficace qu'on finit par oublier qu'elle imprègne les pratiques et qu'on tombe de haut quand elle surgit brusquement ou insidieusement. La hiérarchie, quant à elle, est apprise sur le terrain ne serait-ce que par la fierté ressentie à mesure de la montée d'une année sur l'autre, d'un semestre à l'autre mais aussi, à l'opposé, par les reliquats du mandarinat et des jeux de pouvoir entre médecins de différents niveaux et entre les médecins et les autres soignants. Elle vient à la fois contrebalancer et renforcer la solidarité des « générations » et des situations. Enfin les rituels, d'une part et les pratiques informelles, d'autre part, viennent elles aussi renforcer ce processus d'acculturation. Au fond, il s'agit là d'un apprentissage culturel [4] qui se fonde sur le rapport à la profession, aux patients mais aussi à la

médecine et à soi-même : il faut avoir la vocation, être investi mais non impliqué et surmonter les difficultés. En particulier, on doit tout savoir et si on ne fait pas ce qui est censé être bien selon les référentiels et autres leaders d'opinion, on peut avoir le sentiment d'exercer de manière quelque peu « clandestine » comme ça a longtemps été le cas pour les généralistes fustigés et dévalorisés parce qu'ils ne faisaient pas comme les hyper-spécialistes hospitaliers. Bien sûr, on ne se trompe pas, et si ça arrive, c'est qu'on est incompetent et on s'en débrouille tout seul. Comme le souligne Mizrahi [5], cette règle est auto-entretenu par les interactions entre les groupes et les individus.

L'implication et l'imperfection

La gestion de l'implication et celle de l'imperfection sont ainsi deux des critères fondamentaux de ce parcours qui transforme une personne en médecin. Pour un médecin, y être confronté est une preuve de fragilité, voire de transgression aux conséquences redoutables pour la sécurité des patients, la qualité des soins et, encore plus important, sa propre santé, et même sa vie puisque les taux de suicide chez les médecins sont 2 fois plus élevés que dans la population générale (voir page 391).

Ainsi le médecin malade (et oui, ça arrive !) ou en *burn-out*, malade de la médecine, comme le médecin, dysfonctionnel ou pas, impliqué dans une erreur médicale, même s'il a le courage de l'annoncer aux patients concernés (voir page 414), subissent les uns et les autres la double peine

qui leur impose de se cacher plutôt que de demander l'aide à laquelle ils ont droit comme tout un chacun. Ils sont ainsi non seulement « *secondes victimes* » [6] mais également « *doubles victimes* » [7].

Pourtant, comme le dit Christensen [8], « *l'abord des deuxièmes victimes s'apparente à un voyage dans les bas-fonds de la médecine habitées de honte, de peur et d'isolement mais qui permettra cependant, en sortant la médecine du fardeau de la perfection, de l'aider à être plus humble, plus humaine, plus éclairée et plus puissante dans son potentiel de soin* ».

J'apporterai mon aide à mes confrères

C'est pour les aider à sortir de l'ombre et du déni que nous vous proposons ce numéro. Il prolonge nombre de textes déjà parus dans ces colonnes [9] et s'inscrit dans le cadre des sept clés que sont : l'analyse, la pratique réflexive, le travail en groupes, les signalements, l'accompagnement des personnes (voir page 427), l'articulation et la transmission [7] (voir page 418).

Il se donne aussi pour but de mettre en acte l'avant-dernière phrase du serment d'Hippocrate : « *J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.* »

Soigner les médecins et en prendre soin. Nous le méritons bien.

Liens d'intérêts : l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

Références :

1. Winckler M. La maladie de Sachs. Paris: POL; 1998.
2. Lempp H. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *BMJ*. 2004;329:770-3.
3. Petrova M, Dale J, Fulford BK. Values-based practice in primary care: easing the tensions between individual values, ethical principles and best evidence. *Br J Gen Pract*. 2006;56(530):703-9.
4. Galam E. Becoming doctor: Highlight the hidden curriculum. Medical error as an example. *Presse Med*. 2014;43:358-62.
5. Mizrahi T. Managing medical mistakes: ideology, insularity and accountability among internists-in-training. *Soc Sci Med*. 1984;19:135-46.
6. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*. 2000;320(7237):726-7.
7. Galam E. L'erreur médicale, le burn-out et le soignant. Paris: Springer; 2012.
8. Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on Physicians. *J Gen Intern Med*. 1992;7:424-31.
9. Galam E. Soigner les médecins malades Première partie : un patient (pas tout à fait) comme les autres. *Médecine*. 2013;9(9):420-3.
10. Galam E. Soigner les médecins malades – Seconde partie : quels médecins soignants ? *Médecine*. 2013;9(10):471-4.
11. Galam E. Erreur médicale : De la seconde victime au premier acteur. *Médecine*. 2012;8(7):371-22.
12. Galam E. Burn-out des médecins libéraux – 4^e partie : un problème individuel, professionnel et collectif. *Médecine*. 2008;4(2):83-5.