

La souffrance du médecin

Lawrence Cuvelier, médecin généraliste à la maison médicale de l'enseignement

Il est difficile pour celui qui passe son temps à soulager la douleur d'écouter la sienne propre ; pour celui qui doit tendre l'oreille aux plaintes, de devenir lui-même l'objet de compassion ; de consolateur, devenir consolé.

Mots clefs : médecine générale, santé mentale, relation soignant/soigné.

Difficile d'écouter son mal-être, d'une part parce qu'on est de l'autre côté du miroir, dans la peau de celui qui domine, et d'autre part parce qu'ayant en permanence à l'esprit les douleurs des patients, on trouve indécent de se plaindre, de faire le délicat, le douillet. Pourtant, nous exerçons une profession à risques aussi bien à Bruxelles qu'aux Etats-Unis - d'après un éditorial très documenté du *New England Journal of Medicine* - et au sein de laquelle le risque de suicide est doublé, dans le meilleur des cas. Une série de risques spécifiques est liée à notre profession, induite tant par une conduite périlleuse (alcool, médicaments) que par une mauvaise

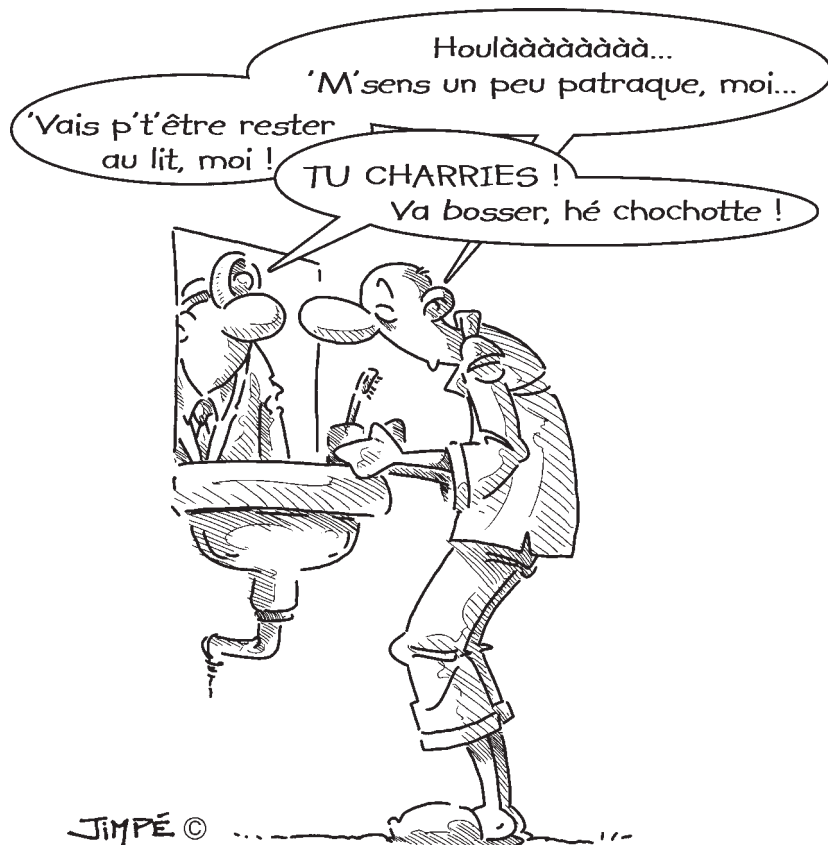
gestion globale, exacerbée par certaines situations particulières (par exemple, tout assumer dans le cas d'une femme médecin seule ou séparée).

On peut se demander jusqu'à quel point notre profession nous expose à des risques sociaux et affectifs relativement sérieux... Le métier prend souvent la place d'une maîtresse exigeante qui fini par ne plus tolérer de rivale. Pauvres cordonniers mal chaussés que nous sommes.

Le choix de devenir médecin est le fruit d'une réflexion développée au cours de notre formation. De cette réflexion se dégagent bien souvent une ou deux idées-forces, celles-là même qu'on exprime en réponse à la sempiternelle question qu'on nous pose : « pourquoi la médecine ? ». Si aujourd'hui, il nous arrive de sourire à ces idées que nous défendions avec fougue dans nos vertes années, elles font pourtant toujours bien partie de notre inconscient et restent solidement enracinées en nous. Ce qui est paradoxal, c'est que ces idées suivent également l'évolution de la médecine. Elles sont toutes constitutives de notre idéal médical mais deviennent toxiques si elles sont trop exclusives. Passons en revue ces idées sous l'éclairage de l'évolution de la médecine.

Le médiateur

Le profil du médecin d'antan se retrouvait couramment dans l'idéal soignant-consolateur, avec une forte connotation maternante. A lui, la création d'un univers magique où se retrouvent pêle-mêle remèdes de grand-mère, culture du secret, et sens



• La souffrance du médecin • (suite) • • • • • • • • •

de la communication surtout au niveau affectif. Univers analogique où tout trouve sa place et où tout est en relation. Tout s'explique et la guérison se place le plus souvent dans un équilibre contrarié. C'est un monde fait de cohérence qui forme une vraie cosmogonie. Des forces - des dieux ? - ont la maîtrise de notre destin, et le thérapeute est médiateur.

La médiation de la souffrance trouve très bien sa place dans la médecine palliative.

•••• Le dévoué

Prend alors place une attitude beaucoup plus masculine, qu'on pourrait qualifier de *religieuse*. Dans notre civilisation occidentale, elle a prévalu essentiellement jusqu'au XII^{ème} siècle. Perpétuée par les ordres religieux, elle se base sur un mélange d'empirisme et de phytothérapie. Elle se caractérise par un dévouement très important. Le métier de soignant est une sanctification pour le thérapeute ; il porte, comme le Christ, la souffrance du monde. Ce n'est pas uniquement un privilège de notre profession ; il suffit de relire Hippocrate pour voir combien le dévouement et l'abnégation ont été une structure autoporteuse, un impératif moral catégorique.

Aujourd'hui, il s'agit évidemment de toute l'importance de la vocation, valeur ambiguë qui nous torture bien souvent, nous et notre entourage. On peut parler aussi de *l'ars medica*.

•••• Le scientifique

La troisième période s'articule avec la percée de la science et est beaucoup plus présente à notre esprit. Face aux

dérives intellectuelles qui font de la médecine un lieu stérile de joute oratoire apparaît une volonté *d'objectivation*. La médecine passe du qualitatif au mesurable. La relation médecin-malade se veut objective, les relations sont professionnelles, l'anonymisation devient une règle éthique. A remarquer que cette période se marque aussi par un grand désintéressement de la part de *l'éminent* médecin, au-dessus des contingences matérielles. Son prestige et sa compétence sont largement suffisants pour faire tourner le service.

•••• Le rentable

Viennent les années d'après guerre. Forts des succès scientifiques de la précédente période, les soignants vont s'attacher à exploiter les découvertes qui s'enchaînent. Et les coûts explosent. La médecine, d'art libéral, plonge dans le *libéralisme*. Il devient indispensable d'être rentable, efficient. Le patient devient un client qui doit être satisfait. Les appareils sont des outils de marketing ; le patient assimile le sérieux du médecin au nombre de tests qu'on lui fait subir. L'hôpital doit présenter une image jeune, dynamique, *pepsodent*. Les maladies longues et incurables sont souvent gommées ou ignorées du langage médical.

•••• Le coach

A cette confortable hégémonie médicale succèdent les années de remises en question qui replacent le patient au centre du problème. On revient à des idées plus globalisantes, à des régimes plutôt que des produits, par exemple.

On nommerait cette période celle de *l'autonomisation du patient*. Elle n'est pas forcément en opposition avec la période précédente. Simplement, ce n'est plus le patient qui est interchangeable, c'est le médecin qui devient anonyme. Le médecin s'épanouit dans la satisfaction du patient, non pas dans le concept du consommateur content ; dans l'idée que grâce à lui, le patient trouve en lui-même les forces pour guérir.

On oppose souvent le concept d'autonomie à celui de dépendance, ce qui n'est pas exact. Le contraire de l'autonomie est l'hétéronomie, c'est-à-dire qu'en l'autre (le médecin, le médicament, la solidarité du voisin) se trouve peut-être aussi un peu de guérison.

On pourrait dire encore bien des choses sur la souffrance du soignant. Mais il reste que le principe de ces idées-forces est qu'elles doivent s'harmoniser et que si l'on ne fonctionne qu'avec une seule d'entre elles on risque l'asphyxie.

Certes, la vision du patient-roi et du médecin toujours prêt à donner, simple technicien avec obligation de résultat, fait fuir beaucoup d'entre nous. Mais on ne peut plus se satisfaire de la relation paternaliste d'il y a moins de trente ans où des patients atteints de cancers pulmonaires mouraient d'une mauvaise bronchite.

Par ailleurs, les médecins-machines qui, au nom de la science ou de la vocation, massacrent leur vie familiale, constituent-ils vraiment l'avenir de la profession ?

Finalement chaque idée-phare présente des forces et des lacunes, mais on ne peut pas se contenter d'un seul axe pour définir son orientation.