

Le médecin, sa clinique et l'institution : s'adapter ou se situer ?

Pr FRIEDRICH STIEFEL^a, Dr LAURENT MICHAUD^a, Dr MICHAEL SARAGA^a et Dre CÉLINE BOURQUIN^a

Rev Med Suisse 2021; 17: 289-92

Le contexte du médecin, «ce qui entoure» la rencontre clinique et, plus globalement, sa pratique, produit des effets sur lui, par exemple en orientant, déterminant et modelant ses opinions, ses discours et sa conduite. Ces effets peuvent se révéler délétères et atteindre les médecins dans leur santé physique et psychique. De nombreuses interventions et formations sont aujourd'hui ciblées sur ces effets et proposées dans et hors institution. La question que nous posons dans cet article est de savoir si les médecins doivent apprendre à s'adapter à leur contexte ou, plutôt, à s'y situer. Cela nous amène à traiter du processus de réflexivité et des formations à la réflexivité.

Physicians, their practice, and the institution: to adapt or to situate oneself?

The context of the clinical encounter, and more generally of the practice of medicine, has effects on physicians. For example, it shapes their opinions, discourses, and ultimately their behaviors. The context may also directly impact physicians, sometimes affecting their physical and mental health. Numerous interventions, provided within and outside the institution, are targeting these effects. The question we raise in this article is: should physicians adapt to, or should they rather situate themselves within, their context. This question leads us to discuss reflexivity and reflexivity training.

INTRODUCTION

Le premier de notre duo d'articles (Michaud et coll.) traite en particulier de la manière dont les médecins peuvent être affectés par la rencontre clinique, à partir de l'exemple du patient suicidaire. Nous y montrons l'importance de la psyché du médecin dans les soins. Reconnaître cette importance ne constitue pas une «surpsychologisation» de la pratique médicale, c'est véritablement une condition pour une bonne clinique.

Les «effets» de la relation médecin-patient sont objets d'enseignement, de recherche et d'interventions: ils sont, par exemple, au cœur des supervisions ou des groupes Balint qui ont trouvé leur place, ou pour le moins une certaine place, dans le paysage médical. Mais qu'en est-il des effets sur les médecins de ce qui entoure, pour ainsi dire, la rencontre clinique? On pense notamment à l'environnement de travail, aux injonctions institutionnelles et aux discours dominants sur la médecine. Nous proposons dans ce second article

d'aborder ces effets relatifs au contexte et les manières dont ils sont actuellement traités par et au sein de l'institution.

LE MÉDECIN ET LE DISPOSITIF MÉDICAL

Agamben définit le dispositif comme «[...] tout ce qui a, d'une manière ou d'une autre, la capacité de capturer, d'orienter, de déterminer, d'intercepter, de modeler, de contrôler et d'assurer les gestes, les conduites, les opinions et les discours des êtres vivants».¹ Le médecin se trouve bon gré mal gré «embarqué» dans le dispositif de la médecine contemporaine, ses évolutions et les enjeux associés. Agissent sur lui les règles déontologiques encadrant la pratique de la médecine, les directives administratives, les exigences des assureurs, les recommandations des sociétés savantes et des associations professionnelles, les lois et repères éthiques, ou encore les discours sur la médecine qui circulent au sein de la société et dans les institutions de soins. C'est à ces discours que nous allons d'abord nous intéresser.

En temps extraordinaire – dont nous faisons aujourd'hui l'expérience – comme en temps ordinaire, la médecine est objet de discours publics et médiatiques. Pas un jour ne passe sans qu'un sujet «médical» ne soit traité dans les journaux. Ces discours sont marqués par l'ambivalence, nous l'observons aussi dans certaines de nos études.² On loue d'un côté avec enthousiasme une médecine porteuse de promesses infinies, high-tech et performante. On déplore de l'autre les coûts de la médecine, on s'inquiète de sa puissance et de la vulnérabilité du patient qui s'y trouve livré et on traque les erreurs. Le médecin, lui, vit sa pratique différemment, de façon plus nuancée, moins clivée. Son quotidien n'est pas fait d'incroyables succès, il ne se vit pas comme héros. Il tente de faire son travail avec prudence et conscience, ce qui lui vaut la confiance de la grande majorité de ses patients. Ce décalage entre discours et vécu n'est pas si facile à ignorer. De fait, les discours s'insinuent dans la rencontre avec le patient, ils amènent à une distribution inégale du prestige accordé aux différents médecins spécialistes, ils influencent les salaires de ceux-ci et colorent les relations interprofessionnelles. Ils peuvent créer de l'angoisse, on pense notamment à la judiciarisation de la médecine et à la gestion de conflits qui, même lorsqu'elle prend la forme d'une médiation entre patients et professionnels, peut être vécue douloureusement.³ Ils peuvent enfin être source de colère, par exemple, quand les attentes des patients ou des proches apparaissent démesurées.

La technicisation de la pratique médicale, l'informatisation, le *multitasking*, l'accélération du rythme de travail et des changements organisationnels et la pénurie d'espace dans les

^aService de psychiatrie de liaison, Département de psychiatrie, CHUV, 1011 Lausanne
frederic.stiefel@chuv.ch | laurent.michaud@chuv.ch
michael.saraga@chuv.ch | celine.bourquin@chuv.ch

hôpitaux comptent aussi parmi les éléments du dispositif qui agissent ensemble ou séparément sur le médecin. Difficile à encore d'ignorer leurs effets. Prenons l'exemple de l'informatisation: ses bénéfices sont nombreux, que ce soit pour l'administration ou pour le patient, pour répondre aux exigences de documentation ou pour échanger rapidement des données. Ses inconvénients sont importants également. Le système informatique s'interpose entre le médecin et son patient, absorbe l'attention et ralentit la clinique. Un autre effet encore peut être illustré par l'évolution de la lettre de sortie qui montre comment un document médical peut perdre sa valeur d'outil de contrôle de qualité et de moyen pédagogique. Déjà en partie construit durant le séjour par le dossier informatisé, le contenu de la lettre de sortie s'est clairement appauvri. Ceux qui la cosignent paraissent en outre plus préoccupés de respecter les délais d'envoi imposés pour des raisons administratives et financières que de stimuler la réflexion critique des médecins assistants en train d'apprendre le métier.

DES RÉPONSES INSTITUTIONNELLES AU PROBLÈME DE LA SANTÉ DES MÉDECINS

Il est un point où le dispositif, «ce qui entoure» le médecin et sa pratique, apparaît susceptible de rendre celui-ci malade. La littérature abondante sur le sujet de la santé physique et psychique des médecins en est une indication. Sur le plan psychique, de nombreuses études ont montré une prévalence élevée des états dépressifs, de l'épuisement et des abus de substances.⁴

Les propositions d'interventions collectives pour contre-carrer ces effets délétères sont nombreuses, à l'instar par exemple du réseau de soutien ReMed ou du cycle de manifestations *Prevention for Doctors*. Les offres de formation au sein des institutions couvrent souvent des domaines allant de la prévention du *mobbing* et du harcèlement sexuel à la méditation. Des initiatives visent également les étudiants en médecine, qui se voient proposer des sessions de *mindfulness* afin de prévenir ou gérer leur stress. Autre signe de cette attention, le développement au sein des hôpitaux de critères de qualité pour prétendre au label *Friendly Work Space*. L'intention de ces interventions est bonne, assurément, mais on peut se demander si elles visent à soutenir les médecins et étudiants ou si elles tentent de les adapter à un contexte qui paraît en l'occurrence ne pas pouvoir être pensé, interrogé et même critiqué. L'adaptation à outrance doit-elle vraiment être le but à atteindre? Boudreau et coll. nous rappellent dans leur ouvrage *Physicianship and the Rebirth of Medical Education* que la médecine est une pratique relationnelle.⁵ Une importance toute particulière devrait donc être accordée dans la formation à la relation, l'intersubjectivité, que ce soit entre médecins et patients, entre enseignants et étudiants ou entre les médecins et leurs pairs.

À défaut pour nous d'avoir véritablement prise sur la situation et de pouvoir apporter des changements qualitatifs profonds, il nous paraît possible de soutenir les médecins en leur permettant de *se situer* dans le contexte qui est le leur, de le penser et de moins le subir, et ainsi de se l'approprier. Se situer n'est pas une tâche aisée, contrairement à ce que l'on pourrait croire. Pour y arriver, il faut un processus réflexif

s'appuyant sur un accès au monde interne et externe en termes expérientiel, affectif, cognitif et fantasmatique; et il faut de la réflexivité pour développer une véritable agentivité (capacité d'agir). Autrement dit, par le processus réflexif, le médecin peut agir sur sa capacité «à faire quelque chose avec ce que l'on fait de lui».⁶

SE SITUER: UN PROCESSUS DE RÉFLEXIVITÉ

Issu des sciences sociales, le concept de réflexivité a été largement adopté, notamment dans le champ des formations aux professions médicales.⁷ Ce qui frappe d'abord quand on se saisit de la réflexivité est l'abondance de définitions et le fait qu'elle est souvent confondue avec d'autres concepts tels que celui de réflexion critique. Ng et coll. remarquent, avec une certaine ironie, que la surutilisation de *réflexivité* engendre une véritable *reflection fatigue*.⁸ Mais qu'est-ce que la réflexivité alors? Nous proposons d'emprunter ici la définition de ces derniers auteurs, selon laquelle la réflexivité est «un processus de reconnaissance de sa position dans le monde pour mieux comprendre à la fois les limites de sa propre connaissance et les réalités sociales des autres» (p. 1123; traduction par les auteurs).⁸

Former les médecins à la réflexivité en leur apprenant à questionner leur position dans le monde médical, leurs manières de faire, mais aussi ce qui les entoure, leur contexte, pourrait donc permettre de les amener à une agentivité renouvelée ou ravivée, pour ainsi dire.

C'est le pari de certaines formations qui s'inscrivent dans la filiation des formations à la communication (*Communication Training (CT)*) centrées sur la rencontre avec le patient, la construction relationnelle entre patient et clinicien, et les mouvements contre-transférentiels du clinicien.⁹ Les formations à la réflexivité ont déplacé leur focus de la communication et relation clinique vers le clinicien. Une formation de ce type, dite CRT (*Clinician Reflexivity Training*) a été développée à Lausanne et fait actuellement l'objet d'une démarche d'évaluation empirique.¹⁰ Elle s'articule autour d'un module d'une journée où sont abordées *la psychologie du patient, la psychologie du médecin et la relation*, avec un accent fort porté sur les éléments contextuels. Introduites par une séquence vidéo lançant les premiers échanges, les parties thématiques combinent apports théoriques et exercices de mises en pratique en sous-groupes. Vient ensuite une «discussion dirigée» au cours de laquelle les participants partagent à tour de rôle une situation, pas nécessairement clinique, qui leur vient en tête, en lien avec les contenus de la formation. Le module de cours est complété par 3 supervisions individuelles centrées sur le clinicien – plus spécifiquement sur la collusion –¹¹ et par un journal audio (*audio diary*) tenu par les participants. La consigne donnée aux participants de la CRT est de raconter sur un rythme quotidien durant les 10 jours précédant la formation et les 10 jours suivant les supervisions une consultation de leur journée qui leur est «restée en tête». Selon une approche peu habituelle, le journal audio est utilisé à la fois comme composant de la formation et comme moyen d'évaluation de l'effet de celle-ci sur la réflexivité des participants, l'analyse du matériel audio produit permet alors d'explorer ce qui (pré)occupe les médecins dans leur quotidien.

LA RÉFLEXIVITÉ À L'ŒUVRE

L'analyse montre que les récits se développent au travers de nœuds, de points de connexion ou d'élaboration. Si le contenu de certains récits s'apparente à celui d'une présentation clinique, on voit se dégager dans d'autres la conscience d'un état émotionnel en lien avec une situation vécue (nœud 1), une réflexivité d'ordre plutôt clinique liée à l'identification d'un manque de compétence relationnelle dans une situation donnée (nœud 2) et l'expression d'une «réflexion sur l'action»¹² en contexte, pour ainsi dire (nœud 3, **encadré 1**). Il y a, selon nous, quelque chose comme une dimension épiphanique – la raison d'être d'une histoire, selon James Joyce – dans le processus de la réflexivité qui peut guider l'analyse: des moments de reconnaissance (*recognition*), de clairvoyance et la soudaine compréhension du sens.¹³

L'exemple donné dans l'encadré ci-dessous illustre la forme que peut prendre un récit de médecin engagé dans un processus de réflexivité où ces dimensions sont identifiables (nœud 3, ici).

Encadré 1 Réflexion sur l'action en contexte (nœud 3)^a

[...] C'est un patient avec -- et pour lequel j'ai entrepris un traitement --, une chimiothérapie qui s'est bien déroulée. Puis, je l'ai envoyé pour un deuxième avis à l'hôpital de -- pour la question d'une chimiothérapie à haute dose qui confirmait qu'effectivement une intensification du traitement était indiquée et qu'ils seraient prêts à accueillir ce patient. Et puis, le dernier rendez-vous à ma consultation [...], il m'avait dit une phrase que j'avais un peu mal prise: «Bon, si je comprends bien, j'ai enfin droit aux spécialistes.» Puis j'en avais parlé pendant une supervision, j'avais interprété comme: «En fait, je n'étais pas à la hauteur de la situation», et puis je me rappelle que j'avais réagi en disant: «Mais enfin, non, pas du tout, c'est juste que nous ne faisons pas ces chimiothérapies haute dose, donc ce serait faux de ma part de ne pas vous envoyer [à l'hôpital --] pour la faire.» Et puis après je me suis dit en fait peut-être que ce n'était pas du tout dirigé contre moi, peut-être qu'il avait peur [...], il était stressé. Bref, j'y avais repensé et aujourd'hui je l'ai revu la première fois depuis après son traitement à l'hôpital de --. Donc le traitement a eu lieu début septembre et ça s'est bien passé mais c'était dur. Il est assez bien mais encore faible, et puis il m'a dit: «J'ai essayé de vous envoyer un SMS sur votre portable.» Je ne sais pas comment il a eu le numéro, toujours est-il que je n'ai jamais reçu le SMS. «Pour vous remercier, en tout cas j'étais vraiment content de la prise en charge chez vous, et puis je voulais vous remercier pendant que j'étais à l'hôpital de --.» Et là maintenant, il est revenu, il a commencé la thérapie et puis, je ne sais pas, cette phrase qui m'avait laissé un peu en froid presque 2 mois, finalement aujourd'hui je me dis «en fait, peut-être qu'effectivement c'était mal interprété parce que le patient a l'air d'avoir confiance en moi». Et puis du coup, je l'ai trouvé plutôt positif. Du coup, ça m'a fait plaisir [...], je trouve intéressant de raconter mes récits en fin de journée, j'ai l'impression de débrief de la journée et puis j'ai

^a Cette transcription du récit audio-enregistré d'un oncologue a été modifiée ici pour respecter la confidentialité.

l'impression de bien noter des thèmes un petit peu récurrents comme ça après la supervision. Ce qui revient, j'ai l'impression, c'est la relation de confiance qui pour moi est très importante.

CONCLUSION

Dans le *Bulletin des médecins suisses* du 16 septembre dernier, titrant «Du retard à rattraper en matière de santé des médecins» avec pour image de couverture un jeune médecin manifestement épuisé, Hadorn et coll. font l'hypothèse d'un lien entre la difficulté des médecins à prendre soin de soi et le haut niveau d'exigence qu'ils montrent envers eux-mêmes.¹⁴ Cette grande exigence se reflète possiblement dans une certaine tendance des médecins à composer avec leur contexte plutôt qu'à le mettre en question et à adopter un positionnement critique. À cet égard, et si l'on prend l'idée de critique au sens littéral, il est intéressant de voir comment la doléance est «valorisée» par l'institution hospitalière quand elle émane des patients car considérée comme susceptible de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et services. En revanche, quand il s'agit des médecins, la plainte sans réparation, celle qui n'est pas exprimée dans le but d'être soulagée, paraît être plutôt mal vue, quand bien même elle constitue déjà un moyen de faire face aux difficultés. En tout état de cause, cette haute exigence à l'égard de soi des médecins va ou devrait aller de pair avec l'exigence de s'interroger sur soi. Nous avons décrit ici un moyen de le faire.

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

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Une importance toute particulière devrait être accordée dans la formation, pré et postgrade à la relation, l'intersubjectivité, à la fois entre médecins et patients, entre enseignants et étudiants ou entre les médecins et leurs pairs
- Il est possible de soutenir les médecins en leur permettant de se situer dans le contexte qui est le leur, de le penser et de moins le subir
- Former les médecins à la réflexivité en leur apprenant à questionner leur propre position dans le monde médical, leurs manières de faire, mais aussi ce qui les entoure, leur contexte, peut leur permettre de (re)gagner en faculté d'action

- 1 Agamben G. Qu'est-ce qu'un dispositif ? Paris: Payot & Rivage, 2007.
- 2 Bourquin C, Orsini S, Stiefel F. Experience(s) of the Medical Profession: A Qualitative Study Using Narrative Facilitators. Submitted.
- 3 Schaad B, Bourquin C, Panese F, Stiefel F. How Physicians Make Sense of Their Experience of Being Involved in Hospital Users' Complaints and the Associated Mediation. BMC Health Serv Res 2019;19:73.
- 4 Mihailescu M, Neiterman E. A Scoping Review of the Literature on the Current Mental Health Status of Physicians and Physicians-in-Training in North America. BMC Public Health 2019;19:1363.
- 5 **Boudreau JD, Cassell EJ, Fuks A. Physicianship and the Rebirth of Medical Education. Oxford: Oxford University Press, 2018.
- 6 Sartre JP. L'existentialisme est un humanisme. Paris: Nagel, 1946.
- 7 Mann K, Gordon J, MacLeod A. Reflection and Reflective Practice in Health Professions Education: A Systematic Review. Adv Health Sci Educ Theory Pract 2009;14:595-621.
- 8 **Ng SL, Wright SR, Kuper A. The Divergence and Convergence of Critical Reflection and Critical Reflexivity: Implications for Health Professions Education. Acad Med 2019;94:1122-8.
- 9 Stiefel F, Kiss A, Salmon P, et al. Training in Communication of Oncology Clinicians: A Position Paper Based on the Third Consensus Meeting Among European Experts in 2018. Ann Oncol 2018; 29:2033-6.
- 10 Bourquin C, Stiefel F, Saraga M, Peters S. Towards "Second Generation" Communication Training in Cancer Care: In Search of Meaningful Outcome Measures. Grant: recherche suisse contre le cancer 2019-2020.
- 11 Stiefel F, Bourquin C, Saraga M. Une relation sous influence : phénomènes collusifs en clinique. Rev Med Suisse 2019;15:330-2.
- 12 Schon DA. The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action. Vol. 5126. New York: Basic books, 1984.
- 13 *Hawkins AH. Medical Ethics and the Epiphanic Dimension of Narrative. In: Nelson HL. Stories and Their Limits: Narrative Approaches to Bioethics. New York: Routledge, 1997; p. 153-170.
- 14 Hadorn L, Weil B, Quinto C. Du retard à rattraper en matière de santé des médecins. Bull Med Suisses 2020;101:1171-2.

* à lire
** à lire absolument