

Crise médicale, engagement clinique

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

Rev Med Suisse 2020; 16: 322-3

La médecine change et avec elle, les raisons de l'insatisfaction des médecins. Dans un contexte où prévaut notamment une logique de type économique et où le métier de médecin est marqué par l'accélération caractéristique de la modernité, nous avançons dans ce bref article de réflexion que la clinique se fonde sur un engagement impliquant une forme de suspension du temps. L'engagement constitue ainsi une dimension essentielle du métier médical et potentiellement un socle durable de la clinique.

Medical crisis, clinical engagement

Medicine is changing, and so are the causes of dissatisfaction among physicians. In a broader context characterized by the dominance of an economic rationality, in which medicine is shaped by the phenomenon of acceleration typical of modernity, we argue, in this brief article, that clinical practice is based on an engagement involving a form of suspension of the flow of time. Engagement is thereby an essential dimension of medicine, and is proposed as a lasting foundation of clinical practice.

INTRODUCTION

«Un médecin sur dix jette l'éponge [...] 80 médecins cessent prématurément d'exercer leur activité chaque année en Suisse. Les conditions de travail sont mises en cause».¹ En 2016, ces conclusions d'une étude, menée auprès de plus de 3000 médecins diplômés entre 1980 et 2009, faisaient la une des journaux. L'année précédente, l'Académie suisse des sciences médicales avait pour sa part estimé à 20% la part des médecins quittant le métier. Elle avait alors proposé, en raison des coûts de leur formation, de créer une sorte de contrat par lequel les médecins formés s'engageraient à rester dans le métier.² Étrange solution qui s'occupe de l'effet sans regarder la cause, c'est vouloir traiter le symptôme sans comprendre la maladie.

LE MÉTIER DU MÉDECIN

Que les médecins se plaignent de leur métier n'est pas un phénomène nouveau. En 2004, Abigail Zuger se faisait déjà l'écho dans le *New England Journal of Medicine* de l'insatisfaction des médecins nord-américains, en soulignant qu'une mise en perspective historique tendrait à montrer que l'expérience vécue de leurs prédécesseurs était relativement semblable.³ Ce qui paraît changer au cours des années, ce sont les raisons de leur insatisfaction; raisons qui poussent une minorité significative d'entre eux à quitter le métier. Pour ces

dernières décennies, figurent certainement parmi ces raisons, l'emprise croissante de la logique économique, les règles de procédures ou encore les exigences de documentation et de transparence. Le métier médical doit par ailleurs se renouveler de manière à pouvoir répondre aux attentes et exigences d'un patient contemporain émancipé d'une relation médicale jugée paternaliste et qui se montre plus exigeant et plus franc dans son rapport aux soins qui lui sont prodigués.⁴

Un changement particulièrement notable est celui qui fait du temps une contrainte toujours plus forte en médecine. La qualité se mesure d'ailleurs pour partie à l'aune de la vitesse et du flux. Raccourcir la durée des séjours hospitaliers est devenu une fin en soi, et un des indicateurs de performance principaux des hôpitaux. De même, lorsque l'hôpital décide d'améliorer la rédaction des lettres de sortie, c'est souvent la diminution du délai d'envoi après le départ du patient qui est choisie comme objectif. Chez certains médecins, l'expérience de l'accélération et du manque de temps en vient à dominer toute autre forme d'expérience et peut engendrer des formes d'aliénation. Selon le sociologue Hartmut Rosa, qui s'intéresse à l'expérience du temps comme accélération permanente dans la société moderne, l'aliénation apparaît lorsque nous agissons d'une manière qui ne correspond pas à ce que nous considérons être une «vie bonne», alors même que nous n'y sommes pas absolument contraints.⁵ Nous sommes aliénés «à chaque fois que nous faisons “volontairement” ce que nous ne voulons pas vraiment faire».⁶ En médecine, il semble que la question se pose alors de savoir «ce que nous voulons vraiment faire», c'est-à-dire ce que serait une «bonne clinique».

LA CLINIQUE DU MÉDECIN

Répondre à cette question implique d'abord de comprendre en quoi consiste la clinique. Nous proposons de partir de ce constat que, d'un point de vue pratique, le clinicien dans son approche du patient a toujours affaire, plutôt qu'à un cas, à une «situation»; une notion que l'on trouve chez différents auteurs, mais que nous empruntons ici plus spécifiquement à Jean-Paul Sartre.

Dans *L'être et le néant*, Sartre dit de la situation qu'elle «n'est pas subjective car elle n'est ni la somme ni la synthèse des impressions que les choses font sur nous: elle est les choses elles-mêmes, et moi-même parmi les choses [...]». Mais elle n'est pas non plus objective, dans le sens d'un pur donné que le sujet pourrait contempler sans être en aucune manière engagé dans le système ainsi constitué».⁷ Sous cet éclairage, la situation du clinicien inclut certains éléments qui constituent le cas, comme les symptômes présentés, les antécédents ou les investigations et traitements en cours. Participent aussi de la situation le caractère du patient, sa relation au médecin,

^a Service de psychiatrie de liaison, Département de psychiatrie, CHUV, 1011 Lausanne

celine.bourquin@chuv.ch | frederic.stiefel@chuv.ch | michael.saraga@chuv.ch

son attitude par rapport à son corps et à sa maladie, son entourage, les soignants, son rapport à la finitude et sa propre condition existentielle. La situation du clinicien n'est cependant pas la situation du patient, elle est aussi faite des circonstances concrètes de la pratique du médecin, comme l'heure du jour et l'environnement direct qui l'entoure. S'y ajoutent le passé du clinicien, son expérience, son humeur du moment, son monde interne et son monde externe, lequel ne s'arrête pas aux murs de son cabinet ou de son hôpital, mais inclut tous les éléments exerçant une influence sur lui et sa pratique de façon plus ou moins forte, plus ou moins directe, explicite et consciente. La situation ne se donne pas telle quelle, le clinicien lui donne forme. Il a appris à repérer les variables les plus significatives et pertinentes et à les agencer pour constituer une situation lui permettant d'agir. On pourrait même dire qu'apprendre la clinique, c'est précisément apprendre à configurer une situation comme situation clinique. Toutefois, le clinicien étant personnellement impliqué dans sa façon de configurer la situation, dans des circonstances identiques deux cliniciens ne configureront pas une même situation.

LE MÉDECIN ENGAGÉ ET EN SITUATION

Une étude qualitative portant sur l'expérience vécue du clinicien au travail montre bien comment le médecin est « engagé » dans le « système ainsi constitué », pour configurer une situation dont il figure parmi les variables.⁸ En regard de ce que nous discutons précédemment quant à l'altération du temps vécu par l'expérience d'accélération permanente, l'engagement dans la situation clinique implique, entre autres, la création d'une « bulle magique ». Ces mots sont ceux d'un des médecins participant à l'étude, parlant de ses mentors capables, au milieu de l'agitation des urgences, de créer un espace-temps privilégié avec le patient: « ça devenait comme cette petite bulle invisible, ce « cône de silence » qui descendait sur le clinicien et le patient ... ça pouvait être des urgences débordées et il pouvait se passer toutes sortes de choses ... ce clinicien et ce patient, tu pouvais voir qu'ils étaient dans une petite bulle magique de consultation que ces gars étaient capables de créer, et moi je me disais "wow, c'est vraiment bon, j'aimerais pouvoir faire ça" ».

LE «SOCLE» DE LA CLINIQUE

Cette capacité d'altérer en particulier l'expérience du temps à partir d'un effort pour mettre à distance un contexte contraignant, débordant, où il peut se passer « toutes sortes de choses », illustre la manière dont le clinicien s'engage dans la situation. Nous voyons dans l'engagement une dimension

essentielle du métier médical qui traverse les époques récentes et peut ainsi constituer quelque chose comme un socle durable de la clinique. D'autres dimensions ainsi transhistoriques seraient, par exemple, les enjeux propres à l'expérience de la maladie et de la souffrance, l'anxiété, la perte de fonctions acquises, sur les plans physique ou psychique, impliquant un mouvement régressif d'intensité variable et un état de vulnérabilité qui détermine profondément la pratique clinique. Du côté des médecins, le pragmatisme, la rationalité scientifique et l'individualisme, que nous avons décrits ailleurs comme des aspects de l'éthos médical, peuvent aussi être envisagés comme des aspects de ce même socle.⁹

CONCLUSION

D'un métier qui change à une clinique qui, elle, ne changerait pas, ou moins: nous avons souhaité mettre en lumière la tension qui traverse aujourd'hui la médecine et met à l'épreuve les médecins. Une tension similaire peut sans doute se repérer plus largement dans nos sociétés contemporaines. En témoigneraient les mouvements assez brutaux qui caractérisent les alternances politiques, entre la promesse d'un monde liquide en croissance perpétuelle et la crispation d'un repli identitaire rigide. La médecine, c'est sûr, ne peut pas refuser de changer pour mieux s'agripper à un passé idéalisé. Mais elle n'a pas non plus à accepter tels quels tous les changements qui tendent à s'imposer à elle. Si l'on veut vraiment voir les médecins se consacrer durablement à leur métier clinique, il faut sans doute veiller à ce que la tension ne devienne pas insupportable, et que les conditions soient réunies pour garder un équilibre minimal entre changement (du métier) et permanence (de la clinique).

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

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'expérience de l'accélération et d'un manque de temps domine toute autre forme d'expérience chez certains médecins
- La clinique peut être conçue comme la capacité de configurer une situation en situation clinique
- Pour configurer une situation clinique, le médecin doit être engagé, ce qui implique une disponibilité non altérée par un vécu permanent d'accélération et de manque de temps
- Les conditions cadres doivent permettre au médecin de pratiquer dans un contexte d'équilibre entre changement (du métier) et permanence (de la clinique)

1 Le temps. Un médecin sur dix jette l'éponge. Août 2016. www.letemps.ch/suisse/un-medecin-dix-jette-leponge

2 RTS info. Un médecin sur cinq quitte le métier dans les dix ans qui suivent sa formation. www.rts.ch/info/suisse/7082352-un-medecin-sur-cinq-quitte-le-metier-dans-les-dix-ans-qui-suivent-sa-formation.html

3 * Zuger A. Dissatisfaction with medical practice. *N Engl J Med* 2004;350:69-75.

4 Kiefer B. L'empowerment des médecins. *Rev Med Suisse* 2019;15:2224.

5 ** Rosa H. Aliénation et accélération: vers une théorie critique de la modernité tardive. Paris: La découverte, 2017.

6 Broca S. Hartmut Rosa, Aliénation et accélération. Vers une théorie critique de la modernité tardive. Lectures, 2012.

7 Sartre JP. L'être et le néant. Essai d'ontologie phénoménologique. Paris: Gallimard, 1943.

8 ** Saraga M, Boudreau D, Fuks A. Engagement and practical wisdom in clinical

practice: a phenomenological study. *Med Health Care Philos* 2019;22:41-52.

9 Saraga M, Marion-Veyron R, Stiefel F, Bourquin C. Trois aspects de l'éthos médical. *Rev Med Suisse* 2016;12:296-8.

* à lire

** à lire absolument