

Patricia Pâme¹, Jean-Marc Josset²¹Médecin généraliste, Médecin de Santé Publique. Pôle santé atlans, 94250 Gentilly
p.pame@orange.fr²Socio-économiste, Laboratoire R.I.T.M.,
Faculté Jean Monnet, 92230 Sceaux

Tirés à part : P. Pâme

Résumé

De quelle manière l'identité professionnelle du médecin peut-elle être source d'épuisement ? Notre hypothèse est que la fatigue ressentie par les médecins provient non seulement d'un contexte professionnel exigeant mais aussi de la charge à assumer en permanence une image héroïque. C'est ce que nous allons nous efforcer d'explorer dans cet article. Tout d'abord nous nous intéresserons à la genèse de cette image, en questionnant le « *hidden curriculum* » des médecins interrogés, mais aussi leur rapport aux termes du serment d'Hippocrate. Dans un deuxième temps, dans une perspective goffmanienne, nous décrirons la dramaturgie de cette tension, révélée par la situation où, alors qu'il est au repos, le praticien est interpellé par la classique annonce : « *Y a-t-il un médecin dans la salle ?* ». Enfin, nous montrerons comment les médecins tentent de s'accommoder de cette tension par des règles de vie qui tiennent souvent de la protection rituelle.

• Mots clés

pratique professionnelle.

Abstract. "Is there a doctor around?" Medical doctors' depletion of their will to do well

How can the doctor's professional identity be a source of exhaustion? Our hypothesis is that the tiredness which medical doctors feel does not come only from a strenuous job but also from the burden of having to constantly assume a heroic image. This is what we will explore in this article. First, we will look for the genesis of this image, by questioning the "hidden curriculum" of the general practitioners, but also their relation to the terms of the oath of Hippocrates. Thereafter, using a goffmanian perspective, we will describe the dramaturgy of this tension, revealed by the situation where, while he/she is at rest, the practitioner is challenged by the classic

L'épuisement de la volonté de bien faire chez les médecins

« Y a-t-il un médecin dans la salle ? »

« Les soignants bâtissent leur identité professionnelle sur une image de super-héros » [1].

Méthodologie

Sur les mois de mars et avril 2017, nous avons réalisé des entretiens approfondis avec dix médecins en région parisienne, hommes et femmes âgés de 25 à 72 ans, pour la plupart exerçant la médecine générale (*tableau 1*).

Ces entretiens ont été effectués sur la base d'un guide semi-structuré articulé de la manière suivante : 1) trajectoire du médecin, 2) collecte d'anecdotes sur la situation proposée : « *y-a-t-il un médecin dans la salle ?* », 3) pratique quotidienne et rapport à la patientèle, et 4) protections mises en place contre le risque d'épuisement. Les entretiens ont duré entre 30 et 50 minutes et ont été retranscrits intégralement. Le corpus résultant (environ 120 pages) a fait l'objet d'une analyse descriptive et qualitative s'appuyant sur des techniques de codification textuelle (logiciel QDA miner). Il faut aussi noter que plusieurs praticiens ont été interrogés dans leurs cabinets et que le fait qu'un des deux enquêteurs soit médecin a sûrement participé à la spontanéité des échanges et à la richesse du matériau collecté.

La genèse de l'image idéale du médecin. L'importance du modèle [2]

« Le bon docteur, c'est un mythe »

Quand on pose la question de la figure idéale du médecin, plusieurs des personnes interrogées répondent : « *il n'y a pas de modèle en médecine générale* ». Il faut dire que sur les 10 médecins que nous avons rencontrés, ils ne sont que 3 à avouer une vocation enfantine. Pour la plupart c'était un choix, parfois dicté par le hasard, mais souvent parce que, en France, les meilleurs élèves vont dans les filières les plus sélectives « *je suis bon élève, autant faire médecine* ». « *Les Bac avec mention, font médecine* ». . . Et en effet, les premières années de médecine vont plus favoriser la compétition et l'accumulation de connaissances que le développement de qualités relationnelles « *...ça ne doit pas aider ensuite à former de très, très bon médecins* » fait remarquer Sarah qui termine sa 6^e année. Durant les études, c'est donc surtout la technicité, la spécialité qui est valorisée « *au début, le modèle, c'est le neurochirurgien, car l'opération est très impressionnante* ». Au point d'ailleurs de faire du choix de devenir généraliste un échec « *si vous loupez l'internat vous serez généraliste* ». De plus, l'hôpital est très présent dans les études et la médecine générale peu représentée.

announcement: "Is there a doctor around?" Finally, we will show how doctors try to cope with this tension by adopting rules of life that often comes down to symbolic protection rituals.

• **Key words**
professional practice.

DOI: 10.1684/med.2018.302

« Je n'aime pas l'hôpital »

Le rapport que les personnes interrogées (9 sur 10) ont eu avec l'hôpital est globalement négatif. La structure hiérarchique est critiquée : « *l'hôpital il faut avoir les dents longues* » ; c'est aussi « *le médecin avec des nœuds papillons très au courant de toutes les intrigues* ». Mais c'est surtout le rapport avec les patients qui choque le plus. C'est le manque de respect ainsi résumé : « *le médecin qui parle de haut à un patient, qui ne l'écoute pas, qui le déshabille sans le prévenir* », ou encore « *Ceux qui appellent les patients :*

« *la jambe du 22 ou la prothèse du 18* ». Mathieu précise ainsi ce qu'il appelle un rapport « un peu spécial » : « *Le côté essaïm d'externes, on est devant les patients, ils ne savent pas qui on est, on ne sait pas qui ils sont. . .* ». Pour les généralistes interrogés, il ne s'agit pas seulement de soigner, mais aussi d'établir une relation dans la durée avec le patient. Comme le dit Stéphanie à l'issue de ses premiers remplacements : « *C'est frustrant de ne pas revoir ses patients, on a envie de connaître la suite* ». Nous reviendrons plus longuement sur ce point fondamental qu'est la relation quasi symbiotique entre le médecin et sa patientèle.

En dehors de la relation au patient, l'autre qualité la plus souvent citée est l'engagement et le modèle de la médecine d'urgence pratiquée un temps par plusieurs des personnes interrogées « *. . . les gens qui dédiaient complètement leur vie à la médecine, c'était un honneur. . .* ».

« Si on exerce la médecine, on est dans le serment d'Hippocrate »

Même si la plupart des personnes interrogées ne gardent que peu de souvenirs du moment où ils l'ont prononcé, ils sont plusieurs à le considérer comme important. « *Quand je l'entends, j'ai une certaine fierté* », « *ce n'est pas folklorique, quand on ne le prononcera plus, c'est qu'on aura tourné une page*. D'ailleurs on peut aussi douter de la légèreté affichée par certains. Ainsi, Bernard qui parle d'une formalité, se récrie quand on lui demande si c'est important : « *Ah oui, quand même !* » et même si

• **Tableau 1.** Âges et spécialités des médecins interrogés.

Âge	Spécialité	Lieu d'exercice
36	Généraliste	Ile-de-France
72	Généraliste	Ile-de-France
36	Généraliste	Ile-de-France
29	Généraliste	Ile-de-France
34	Généraliste	Ile-de-France
25	Interne	Ile-de-France
61	Cardiologue	Ile-de-France
59	Généraliste	Ile-de-France
38	Généraliste	Ile-de-France
50	Généraliste	Ile-de-France

certaines parlent du « *serment d'hypocrite* », ils sont plus touchés qu'ils ne veulent le laisser paraître. Reste aussi que plus de la moitié de ceux qui l'ont prononcé l'ont affiché dans leur cabinet ou salle d'attente, ou même en ont un exemplaire dans leur portefeuille.

Alors quels souvenirs reviennent le plus souvent ?

C'est en premier lieu pour tous « *faire le maximum pour les patients* », sans juger et en toute confidentialité, sans oublier l'indigent. La solidarité avec les confrères est relevée ensuite : « *Je trouve ça important même si parfois il y a des confrères qui sont trop c. . . !* ». Plusieurs fois dans les entretiens, on voit ainsi apparaître des jugements très abrupts envers les confrères qui se seraient mal comportés dans leur exercice : « *parfois ça me sort par les yeux* ». Cette promptitude à condamner est sans doute révélatrice du niveau d'exigence que ces médecins s'imposent à eux-mêmes. Le serment d'Hippocrate ne se conclut-il pas par « *que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque*. » . . . La condamnation est prompte : « *Il n'y a pas pire juge que soi-même, et on a beau se mentir de temps en temps, on a beau se dire : « il ne m'a pas écouté ». Il n'y a pas à tortiller : on est cuit* ».

Et jusqu'à quel niveau est portée cette exigence ? Sarah nous parlait de son passage en deuxième année en disant « *on est élus* » ; cette référence céleste semble trouver sa confirmation par la suite : « *Tu dois être comme le bon dieu* » dans une situation d'urgence. . . Mais « *On n'est pas dieu. . . on est aussi des êtres humains avec nos limites face à nos patients* ».

La situation révélatrice [3] : « Y a-t-il un médecin dans la salle ? »

« On a une bouffée d'angoisse en se levant : il faut redevenir docteur »

Pour mesurer à quel point cette exigence pèse sur les épaules du médecin, il suffit d'observer ce qui se passe quand il est soudain sollicité dans une situation où il

pouvait espérer se relâcher un peu. C'est le fameux « *Y a-t-il un médecin...* ». C'est dans une salle de spectacle, au restaurant, dans le train, dans l'avion... Il faut d'abord constater à quel point ce relâchement est vital pour toutes les personnes interrogées : « *Ça me saoule, je suis en vacances* » ; « *après deux mois de consultations sans vacances je deviens sauvage* ».

« C'est un réflexe : on a été éduqués comme ça »

Généralement, le choix d'intervenir n'est pas le fruit d'une décision consciente : c'est « *l'instinct* », « *naturel* », « *normal* », « *je ne réfléchis pas* ». À tel point que cet atavisme est souvent tourné en autodérision : « *Moi comme un c... , je...* » ; « *Je suis débile, il faut que je le fasse* ». Et même dans le cas peu grave d'un malaise vagal pris en charge par un secouriste, le médecin en repos ne se sent pas dégagé pour autant : « *je n'y vais pas mais je surveille quand même au cas où...* ».

« Je dois remettre ma casquette de docteur très vite »

Le rôle du médecin n'est pas toujours facile à endosser hors du cabinet ; il y a d'abord une certaine inertie « *Tu es obligé de te remettre en route...* », la bonne réaction face à l'inattendu ne va pas toujours de soi, même pour un médecin chevronné. Les médecins parfois « *ne relèvent la tête qu'au deuxième appel* ». Ensuite, pour prendre le rôle de médecin, il faut en quitter un autre ce qui n'est pas toujours facile : plus compliqué quand on est seule avec ses enfants, plus facile si un conjoint est là pour s'en occuper. C'est aussi parfois : « *tu ne peux pas te taire ?* » ou au contraire l'entourage qui peut aussi forcer la main « *Paul, Paul, y a besoin d'un médecin !* »

« J'aurais un peu la pétoche... on est mis en danger à tous les niveaux »

Cette angoisse d'intervenir, partagée par tous, a de multiples raisons : la gravité de certaines situations que l'on ne connaît pas d'avance (sont cités entre autres : une crise d'épilepsie, une noyade, un AVC). Un peu de doute sur ses propres capacités « *un médecin généraliste, n'a pas forcément une formation de secouriste* ». « *J'ai refait une formation gestes de premier secours* » après avoir dû intervenir dans un train. Même si on a été urgentiste on perd l'habitude de ce genre de situation. Les conditions d'intervention sont particulières sans son matériel, sans connaître la personne ni ses antécédents. Sans compter le public qui transforme parfois la situation en « *jeux de cirque* » : « *ils sont au spectacle, en se disant : qu'est-ce qu'il va faire ?... Tu sens que brutalement, tu joues un rôle...* ». Et cette situation qui fait irruption et qu'on ne peut écarter, fait surgir la crainte principale de toutes les personnes interrogées : celle de l'erreur : « *On n'a jamais le droit à l'erreur, et on est en danger dans un domaine où on n'excelle pas forcément* ».

Les risques du surinvestissement

« J'ai remplacé cette dame qui était un peu trop investie... d'ailleurs je l'ai remplacée parce qu'elle a fait un burnout »

Le risque de burnout, véritable épée de Damoclès, semble suspendu au-dessus des médecins, même les plus organisés. « *Quand on est fatigué... c'est presque agressif* ». « *En tenant ce rythme-là, au bout de 3 semaines je déteste les patients et j'ai envie de changer de métier* ». « *Quand je sens que je deviens désagréable... au bout de 2 mois... je pars en vacances, ça m'évite le burnout* ». Il y a donc conscience d'un réel danger de surinvestissement. Mais pourtant, cette spécialité a parfois été préférée à d'autres dans le but d'avoir une vie de famille plus équilibrée. C'est que la difficulté n'est pas uniquement un problème d'horaires. Michelle l'explique ainsi : « *les métiers de soins donnent du sens à la vie. Ce sont des métiers qui vous donnent aussi par retour des gens un bien-être, parce que vous les avez aidés. Et on s'y projette sans plus voir de limites...* ». Tous parlent de la nécessité de mettre des limites à une activité qui n'en n'a pas, et ces limites vont se manifester par des barrières dressées un peu partout : entre le patient et le médecin surtout, mais aussi entre le cabinet et la vie privée, par l'organisation, la limitation des moyens de communication (mail, téléphone...).

« Je les dresse, je pense que quelque part, j'ai dressé les gens »

Pour les personnes interrogées, l'épuisement vient principalement de la relation aux patients, fortement ambivalente puisque perçue à la fois comme parfois difficile à porter et en même temps qui donne un sens à l'activité. Il y a d'abord le besoin de ne pas s'épuiser face à une demande qui paraît sans limites « *le métier vous remplit totalement... les gens... quand vous donnez ça ils prennent ça et puis encore... jusqu'à ce qu'il n'y ait plus rien* » et pourtant, « *ils sont envahissants parfois, mais on peut difficilement les repousser... je n'aime pas bien refouler mes patients* ».

« J'ai le cancer de l'épaule... c'est marqué sur Doctissimo »

À défaut de les refuser, on peut au moins avoir la tentation de les trier, et voilà donc la figure du mauvais patient. Bien sûr ce n'est pas le seul, il est aussi question parfois de patients agressifs, mais celui qui revient chez tout le monde, c'est le patient qui sait déjà ce qu'il a... ou qu'il n'a pas. Cette attitude est perçue comme une forme de mépris du médecin « *ils viennent juste chercher le courrier pour aller voir le spécialiste* », ou au moins un manque de reconnaissance des compétences. Il y a plus grave encore : les patients manipulateurs. Le patient manipulateur est doublement coupable : d'abord il ne

joue pas le jeu de la sincérité « *le patient qui essaye de me rouler* » et surtout parce qu'il tire profit de la gentillesse du médecin « *il ne faut pas se faire prendre pour une débile par les patients qui abusent* ».

Des stratégies de protection

« Il faut avoir une bonne organisation. Savoir où sont ses priorités »

Maintenant que nous avons identifié les risques, voyons quelles stratégies utilisent les médecins pour se protéger. Mais notons en préambule que toutes ces défenses ont ceci de commun qu'elles souffrent d'exceptions tellement nombreuses que finalement elles paraissent plutôt des autojustifications pour se prouver qu'on « *ne se laisse pas faire* » et qu'on est capable de contrôler les choses : « *j'ai envie de faire ce que je veux dans ma vie* », « *... c'est à soi de poser des limites* ».

« Les migraines m'ont sauvé »

La stratégie la plus souvent utilisée consiste à constater des limites à ses capacités physiques. Elle permet de calmer la culpabilité liée à toutes les autres limites que les médecins interrogés tentent de poser à leur activité. En décidant de passer aux consultations uniquement sur rendez-vous « *j'ai divisé mes migraines par deux* ». Mais on peut mettre aussi dans cette catégorie toutes les limites nerveuses citées en introduction. Comprendre que dans ce cas, les vacances sont quasiment thérapeutiques. « *Quand tu débutes tes vacances, tu as 2,3 jours où tu es mal... et par moments tu en as la nausée* ».

« Je ne suis pas le docteur de tout le monde »

Il est unanimement reconnu par les personnes interrogées « *qu'on a une patientèle qui finit par correspondre au médecin* »... « *plus ça va, plus je trouve que ma clientèle me ressemble* »... « *au fur et à mesure, on a fidélisation ou rejet, c'est inhérent à la personnalité du patient et aussi à celle du médecin* ». Cette sélection ne se fait pas toujours toute seule cependant : « *ceux qui sont pénibles... on fait en sorte qu'ils ne reviennent pas... On le signale à la secrétaire... J'avais un chien derrière mon bureau et ce patient me dit : ce sera le chien ou moi ! Je lui ai répondu : "je suis désolée, ce sera le chien, mais je vais vous donner l'adresse d'un confrère qui lui, a des poissons rouges"* ».

« Je donne ma carte... avec parcimonie »

Une des manières les plus simples de limiter les échanges en dehors du cabinet c'est de prévenir à l'avance tout type

de communication directe. Bernard est le seul à laisser son numéro de téléphone. Il enregistre également le nom de ses patients, de manière à savoir qui appelle et à pouvoir décider de répondre ou pas suivant la personne. « *Si c'est quelqu'un que je suis ou que je soupçonne d'avoir un truc vraiment urgent, je vais répondre* ». Mais il s'agit d'un comportement exceptionnel. Pour Sylvie par exemple, le téléphone est immédiatement associé au médecin en burnout qu'elle remplace : « *je me suis juré de ne pas laisser mon téléphone portable* ». En réponse à une question sur la prévention du burnout : « *oui, j'ai coupé... je n'ai pas de mail, pas de mail pro, pas de téléphone portable pro. Et mon répondeur ne prend pas les messages médicaux* ». Les autres médecins sont plus modérés dans leur réponse, mais ne laissent généralement pas non plus leur numéro de téléphone. Il paraîtrait donc qu'il y ait consensus sur le risque à être si facilement joignable. Mais de quel risque parle-t-on ? Quand on demande à Bernard s'il n'est pas dérangé par des appels, le soir, ou pendant ses vacances, il répond simplement : « *Quand ça arrive : je décroche ou je ne décroche pas* ».

« C'est spécial d'habiter dans le quartier où on travaille ? »

Ne pas habiter près de son cabinet est une autre recommandation classique. Elle a fait l'objet de nombreux commentaires et de quelques précisions. « *J'aurais préféré avoir deux lieux différents* ». Quant à Michèle, le quartier lui paraît une extension de son cabinet où elle ne peut pas complètement quitter son rôle de médecin « *vous changez de quartier, vous changez de personne* ». De façon plus abrupte : « *pas question d'habiter près de mon cabinet* ». « *J'habite près de mon cabinet, mais je fais mes courses et ne sort qu'au-delà de mon quartier pour ne pas croiser de patients* ». À l'inverse en habitant dans l'immeuble où j'exerce : « *je n'ai pas beaucoup de*



Pour la pratique

- Cette enquête révèle une évolution des pratiques et des attitudes au cours des années, qui vient compléter et tempérer les représentations typologiques ou générationnelles relevées dans d'autres études.
- Bien que la spécialité « médecine générale » ait été préférée à d'autres dans le but d'avoir une vie de famille plus équilibrée, il y a un réel danger de surinvestissement et de burnout qui n'est pas uniquement un problème d'horaires mais qui tient au sens que chacun donne à son métier.
- Les stratégies de protection diverses et variées mises en place ne répondent à aucune règle générale. C'est à chacun, en connaissance de cause, de définir ses limites dans l'interface vie professionnelle/vie personnelle.

temps de transport... mais la traversée de la cour est parfois une épreuve très difficile ! ».

Discussion des résultats

Si elle n'autorise pas les généralisations des sondages régulièrement effectués auprès de la profession médicale, l'approche qualitative retenue permet d'éclairer les motivations et les ressorts des actions et la nature des engagements exprimés par les médecins. Ainsi les récits de vie auxquels se sont prêtés les praticiens interrogés montrent une évolution de leurs pratiques et de leurs attitudes au cours des années, qui vient compléter et tempérer les représentations typologiques ou générationnelles relevées dans d'autres études [4].

C'est également le cas de la relation du médecin et de ses patients : le patient « doctissimo » est une illustration négative de la nécessaire asymétrie de la relation thérapeutique [5] et la sélection de la patientèle rappelle « le patient éduqué, cadré, compétent » cité par E. Soulié et al. [6]. Enfin, l'interface vie professionnelle et vie personnelle, clairement identifiée comme facteur de risque par de nombreuses études sur l'épuisement professionnel [7] fait l'objet ici de nombreuses narrations, qui en posent aussi bien les enjeux perçus que les conséquences vécues.

RÉFÉRENCES

1. Galam E. Ehpap, hôpital : prendre soin de ceux qui nous soignent... et puis quoi encore ? [Internet]. The Conversation. [cité 15 mars 2018]. Disponible sur : <http://theconversation.com/ehpad-hopital-prendre-soin-de-ceux-qui-nous-soignent-et-puis-quoi-encore-74653>.
2. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: Confronting medicine's hidden curriculum. *Academic Medicine* 1998 ; 73 (4) : 403-7.
3. Goffmann E. La mise en scène de la vie quotidienne- Tome 1. La présentation de soi. Paris : Editions de Minuit, 1973.

Conclusion

Une abondance d'histoires avec des réactions parfois disproportionnées à l'appel « y a-t-il un médecin dans la salle ? » nous a donné envie de savoir ce qui était en jeu pour les médecins concernés. Au cours d'entretiens approfondis, nous avons ainsi exploré la figure héroïque du médecin généraliste, faisant le maximum pour ses patients.

Nous avons constaté ensuite de quelle manière ce modèle d'engagement total se révélait épuisant au quotidien. Nous avons ainsi collecté de nombreuses stratégies mises en place par les médecins pour se protéger, tout en constatant que chacune de ces règles souffrait de multiples exceptions.

Pour conclure, même si la charge de travail est un facteur indiscutable, il semble que la fatigue du médecin généraliste soit tout aussi liée à une confusion entre engagement et envahissement : une distance impossible à tenir dans une relation symbiotique avec sa patientèle. Et sous l'œil impitoyable d'une extrême exigence, le seul salut est souvent la fuite en vacances. En espérant que dans l'avion, personne ne fasse de malaise...

~ **Liens d'intérêts** : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

4. Galam E. Burn out des médecins libéraux deuxième partie : une identité professionnelle remise en question. *Médecine* 2007 ; 10 (3) : 474-7.
5. Castel P. Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique. *Revue Française de Sociologie* 2005 ; 46 (3) : 443-67.
6. Soulié E, Grenier C, Lewkowicz M. La crise du médecin généraliste, une approche cognitive de la profession. *Revue médicale de l'Assurance Maladie* 2005 ; 36 (1) : 53-61.
7. Edey Gamassou C, Moisson-Duthoit V. Epuisement professionnel des médecins généralistes libéraux en France et conflits travail-famille, une revue de littérature. 2017. hal-01528826.