



La souffrance du médecin un malaise éthique ?

Jacques Quintin

En tant que médecin, vous devez faire face à la maladie, à la souffrance, à la mort et au deuil. Vous devez régulièrement annoncer à vos patients des diagnostics qui brisent le sens de leur vie. Vous participez à leur détresse, sauf que vous n'avez ni les mots pour le leur expliquer ni les réponses à leurs questions¹. Pire, la douleur chez l'autre fait écho à votre propre interrogation sur la signification de l'existence. Ce que vivent vos patients vous touche, car c'est un peu de vous-même dont il s'agit. Même si sur le plan professionnel tout va pour le mieux, vous êtes atteint dans votre être. Avec le temps, la souffrance devient insupportable.

IL EXISTE UNE AUTRE SOUFFRANCE au-delà de la maladie : la souffrance éthique. Cette dernière renvoie au sens de l'existence, c'est-à-dire à sa raison d'être qui est intimement liée à la question de la vie bonne permettant l'accomplissement de soi. Le médecin est atteint doublement parce qu'il n'a plus le sentiment profond de s'accomplir comme personne et comme médecin. Dans cette optique, « le travail s'inscrit dans la dynamique de l'accomplissement de soi² ». Le médecin, qui étudie la médecine pour soigner les autres, est mû par le désir d'accomplir quelque chose d'important, sauf qu'à certains moments et dans certaines situations, il se sent vaincu devant la cruauté de la vie. Inutile. Bien au-delà de l'impuissance de la médecine, il se retrouve devant sa propre impuissance. Et ce constat ne relève pas de la sensiblerie. Ainsi, l'exercice de la médecine comme promesse de bonheur et de réalisation de soi est mise à mal. Par conséquent, entre la visée de la médecine et les résultats, entre l'idéal et la pratique, il existe un écart qui fait terriblement souffrir.

Certes, chaque être humain sera soumis au cours de son existence à un tel questionnement. Toutefois, le médecin doit affronter ces questions au quotidien, quoique selon une intensité variable, en raison de son rapport avec la maladie, la souffrance et la mort, mo-

ments forts de la vie où se joue la condition humaine. Cependant, comme le disait Pascal³, notre société multiplie les divertissements qui nous éloignent des questions essentielles.

Souffrance psychique, morale ou éthique ?

On aborde habituellement la souffrance du soignant sous l'angle psychique et moral, mais rarement selon une perspective existentielle ou éthique. La souffrance psychique est liée à des facteurs de stress importants (surcharge de travail, monotonie, mauvaises conditions de travail, agressions verbales, conflits relationnels non extériorisés et non résolus, absence de reconnaissance, isolement, injonctions paradoxales et excès de responsabilité) qui entraînent l'épuisement émotionnel et la diminution de la motivation.

La souffrance morale découle des situations qui amènent au médecin des conflits de devoirs, par exemple entre le principe de bienfaisance et celui d'autonomie. Tirailé, le médecin se demande ce qu'il devrait faire et ne pas faire, ce qui est bon et mauvais. La souffrance morale survient aussi lorsque le soignant exécute des actes dont il ne partage pas la visée, en sachant que ces gestes causeront de la souffrance et de l'injustice chez les patients⁴. Dans certains cas, c'est faire fonctionner un système au détriment du malade. Le système, conçu comme un moyen au service du patient, devient une fin en soi. C'est alors le malade qui doit servir le système. Le médecin, au lieu de défendre ce dernier, protège une manière de faire qu'il réprouve.

M. Jacques Quintin est professeur d'éthique clinique à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. Il est titulaire d'un doctorat en philosophie.

Tableau 1**Les mécanismes de défense du médecin⁹**

La généralisation	Le médecin n'individualise plus les patients. Il fait de la routine.
La rassurance	Il professe des paroles faussement optimistes.
L'évitement	Il se concentre sur des tâches matérielles, devient hyperactif et prend ses distances.
La banalisation	Il développe de l'indifférence, du désintérêt.
La moralisation	Il adopte des comportements virils, s'endurcit.

Quant à la souffrance existentielle ou éthique qui n'est « ni émotion, ni angoisse⁴ », elle ne repose pas sur des idées simples et claires du bon et du mauvais, car le questionnement existentiel ne renvoie pas à un problème à résoudre⁵, mais au mystère de la vie. La souffrance éthique, loin de se réduire à une difficulté d'ordre organisationnel, à un problème médical ou à une affection psychologique⁶, correspond à une altération de notre relation à la vie. Loin d'être un problème dont il faut trouver la cause, elle constitue plutôt un événement dont il faut pénétrer le sens. Par conséquent, il ne s'agit plus de savoir quoi faire, mais plutôt d'inventer une manière d'être. Le médecin n'y arrivera pas s'il ne se questionne pas aussi sur les motifs de son travail et sur le sens de la médecine. Et lorsqu'il s'agit de poser la question de la finalité, le discernement n'est pas suffisant.

Quelles sont les conséquences de la souffrance ?

Selon la loi, le médecin n'a pas d'obligation de résultat, mais seulement une obligation de moyen. En raison de sa sensibilité extrême, de sa grande volonté d'aider et de son sens marqué des responsabilités, il perçoit parfois la détresse des patients comme une exigence de résultat, ce qui peut devenir intolérable et insatisfaisant sur le plan éthique. Cette exigence est liée à l'idéal du soin et se mé-

tamorphose en besoin de perfection. L'hyperactivité qui peut en résulter fait en sorte que le médecin peut avoir de la difficulté à se donner des limites.

Même si ce n'est pas dit, ce que l'on entend est : « J'ai mal à mon idéal ». Le médecin est en deuil de son idéal^{7,8}, qui n'est pas une valeur loufoque, voire une attitude idéaliste ni irréaliste. Dans l'idéal, c'est la subjectivité et la conscience du médecin qui parlent. Mais qu'arrive-t-il lorsque le médecin vit à mille lieues de sa conscience et que son travail repose sur la performance scientifique et clinique ? Il souffre, et beaucoup, car il n'a pas d'occasion ni de lieu pour en discuter librement. Cela n'est pas sans conséquence, car le rapport du médecin à sa propre souffrance se reflète dans sa sensibilité à celle de ses patients. C'est pourquoi la difficulté d'exprimer sa propre souffrance constitue pour le médecin un obstacle important à la reconnaissance de celle des autres, d'où une déshumanisation de la relation à l'autre². La conscience ou l'insensibilité devant la souffrance des autres est tributaire de la relation que le médecin adopte envers sa propre souffrance.

Pour se protéger de ce mal intime, le médecin aura recours à des moyens qui lui permettront de fuir sa détresse, comme étaler une forme de cynisme et éviter de plus en plus la communication avec le patient. Ces mécanismes de défense se traduisent par la généralisation, la rassurance, l'évitement, la banalisation et la moralisation (tableau I).

Le médecin peut adopter quatre postures pour surmonter une telle souffrance. Une posture moralisatrice, qui consiste à justifier sa réalité : « C'est comme ça ». Une posture nihiliste, selon laquelle il n'est ni possible ni nécessaire d'accorder un sens à une telle expérience. Une posture techniciste, qui voit en la souffrance un manque de compétence et de formation². Enfin, une posture interprétative, qui consiste à accueillir cette expérience dans son caractère innommable.

Que pouvons-nous faire ?

Si la souffrance entraîne une diminution de l'être et de la puissance d'agir, il est de mise de réagir pour mieux l'accueillir.

La souffrance éthique, loin de se réduire à une difficulté d'ordre organisationnel, à un problème médical ou à une affection psychologique, correspond à une altération de notre relation à la vie.

Repère

Il existe trois approches pour y parvenir : organisationnelle, individuelle et éthique¹⁰. La première prescrit un arrêt de travail, une réorientation de carrière ou une réorganisation du travail. Cette solution a l'avantage de retirer la personne de la source extérieure de souffrance, mais elle présente aussi l'inconvénient de ressasser un malaise impossible à résoudre¹¹.

La deuxième se centre sur l'analyse de la relation d'aide en tentant d'en comprendre les enjeux. Il est permis de croire que le médecin parviendra à résoudre son problème en mettant en œuvre des stratégies d'adaptation grâce au déploiement de certaines actions et au soutien du Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ)¹².

Toutefois, une bonne part de la culture médicale moderne s'est fermée à ces interrogations, comme si ceux qui posent ces questions n'étaient pas de « vrais » médecins. L'image du médecin fait « fort », qui en prend beaucoup sur ses épaules et qui encaisse sans fléchir est mis à mal. Les Américains parlent du syndrome de John Wayne (le cow-boy solitaire et invulnérable à toute émotion)¹⁰.

Malgré le besoin d'une quête de sens, on entend souvent dire que le temps manque ou que ce n'est pas le propre du médecin de philosopher. C'est pourquoi il devient nécessaire d'instaurer une nouvelle culture qui redonne un statut à la parole sur la souffrance. Autrement dit, il faut chercher une façon de rendre cette souffrance éthique raisonnable à l'aide de groupes de discussion. C'est la troisième approche : l'approche éthique.

Bien que le médecin soit un spécialiste de la rencontre de l'autre souffrant, il n'échappe pas non plus à la souffrance, comme tout être humain¹³. C'est à l'occasion de la rencontre d'autrui que la conscience malheureuse apparaît. Par contre, c'est en partageant sa propre souffrance qu'elle devient plus vivable. La souffrance éthique devient « normale » et plus humaine lorsqu'elle est appuyée par un travail intersubjectif.

Le médecin est souvent seul pour vivre cette souffrance. Il peut se replier sur lui-même ou mettre sa souffrance en récit. Puisque, selon Ricœur, la souffrance « demande récit », un groupe de discussion permet de briser cette solitude. Ricœur propose de créer une « cellule de bon conseil » pour consentir à cette souffrance qui conduit

vers l'accomplissement de soi¹⁴. En raison de sa mise en récit, une souffrance racontée et partagée prend un sens et devient intelligible. En nommant l'innommable, le médecin peut mieux tolérer l'intolérable, de sorte qu'il peut mieux accompagner son malade.

Cependant, un groupe de discussion ne doit pas devenir un espace pour aborder des problèmes personnels ou simplement pour ventiler, mais bien pour tenter de donner un sens aux réalités qui tyrannisent le médecin. Le but de participer à un tel groupe n'est donc pas de résoudre un problème, mais de nourrir sa conscience et de conférer un statut à ces questions.

La valeur ou l'éloge de la souffrance éthique : « je souffre, donc je suis »

Doit-on éliminer la souffrance éthique ? Absolument pas, car elle rend possible un examen de conscience et une recherche de sens qui donne le recul nécessaire au médecin devant sa pratique médicale et sa propre vie. La souffrance est un affect qui ouvre sur la réflexion¹⁵.

Paradoxalement, si l'écart entre ce que le médecin fait et ce qu'il pense amène son lot de souffrance, cette souffrance est aussi garante d'une pensée critique sur la société dans laquelle le médecin vit et sur la médecine qu'il pratique. La réflexion sur la souffrance éthique permet de restituer l'idéal professionnel de manière critique, en échappant à l'imaginaire d'une médecine toute puissante et de rétablir le médecin dans son humanité¹³.

Cette souffrance révèle que dans chaque médecin dort un humaniste, une personne qui s'interroge sur le sens de la vie en dehors de toute référence religieuse. Selon le D^r Samia Hurst, cette souffrance fait partie de ce qui empêche le médecin de devenir un pur technicien¹⁶ ou un pur savant.

Le sens de la vie, de la maladie, de la mort, bien au-delà de la raison raisonnante, relève de la vie affective¹⁷. C'est à travers nos sentiments que la finalité ou la raison d'être de ces expériences de vie cruciales se montrent. Comme l'indique le philosophe David Hume : « les fins ultimes des actions humaines ne peuvent jamais, en aucun cas, être expliquées par la raison, mais elles se recommandent entièrement aux sentiments et aux affections

La difficulté d'exprimer sa propre souffrance constitue pour le médecin un obstacle important à la reconnaissance de celle des autres, qui entraînant une déshumanisation de la relation à l'autre.

Repère

Tableau II**Compétence médicale et compétence éthique**

Rationalité	Savoir	Niveau	Démarche	Objet
Médicale	Clinique et scientifique	Cognitif	Analytique et objective	Problème à résoudre
Éthique	Question du sens	Expérientiel	Interprétative et subjective	Mystère qui donne à penser

des hommes, sans dépendre aucunement des facultés intellectuelles¹⁸ ». Cette détresse annonce une force argumentative en faveur de certains choix.

Ce qui est demandé au médecin, ce n'est pas seulement une compétence scientifique ou cognitive ni une compétence clinique ou technique, mais aussi une sagesse, qui trouve son fondement dans la distance existentielle produite par la souffrance éthique pourvu qu'elle soit amenée à la parole (*tableau II*). Si le médecin est un expert de la résolution de problèmes, il ne doit pas percevoir la détresse éthique comme un problème, mais plutôt comme une occasion de devenir encore plus sage en partageant son malaise en groupe sous la forme d'un dialogue socratique.

À la question « Comment doit-on vivre ? », qui porte sur la vie bonne, Socrate suggère d'avoir le souci de son âme et de commencer par examiner sa vie, car « une vie sans examen ne vaut pas la peine d'être vécue¹⁹ ». En ce sens, la vie bonne ou examinée est « la seule digne d'être vécue par un être humain¹⁹ », le but étant de vivre au plus près de sa conscience et de répondre au « besoin de se réconcilier avec l'existence¹³ », avec l'idée que la vie possède une bonne part de tragédie et de souffrance. Renoncer à cet examen de soi en s'adonnant à des mensonges sur notre malaise ne peut qu'entraîner la « mort de soi » pour l'être humain et une perte de sensibilité éthique pour le médecin.

Apprendre la médecine, par les expériences qu'elle nous apporte, c'est apprendre à vivre avec le temps qui déforme, use et transforme et qui, par le fait même, conduit à la mort. Et il n'est jamais facile d'affronter le tragique. En ce sens, la souffrance éthique ne relève pas du pathologique. Au contraire, elle est ce qui empêche de pratiquer la médecine avec la mort dans l'âme. S'exercer à la

médecine consiste à se transformer soi-même en vue du bien. Dès lors, pratiquer la médecine, c'est aller, sans tricher, au bout de soi en reconnaissant que la souffrance éthique est inhérente à la condition humaine faite de tragédie. Être médecin est, d'une certaine manière, une injonction à penser autrement l'existence en vue d'établir une relation toujours plus humaine avec ses patients.

SI NOUS REVENONS à notre situation initiale, il ne s'agit pas pour le médecin de faire quelque chose, mais d'être là en écoutant ce qui cherche à se dire dans ces moments de tragédie. Le médecin, même très bien formé, demeure vulnérable à la souffrance humaine. C'est d'ailleurs ce qui constitue sa qualité, car c'est en outre par la souffrance que l'être humain éprouve la vie et sa propre condition humaine. Par conséquent, la souffrance éthique représente une interface où la médecine et la philosophie, bien qu'elles soient deux disciplines éloignées l'une de l'autre en raison de leur visée, se rejoignent et s'éclairent mutuellement lorsque l'exercice de la médecine « touche profondément le sens de l'existence, tant celle de la personne soignée que celle du soignant²⁰ ». Grâce à cette réflexion sur la condition humaine, le médecin en vient à une action éthique. La souffrance éthique devient alors un moteur de changement. 📖

Date de réception : le 27 septembre 2010

Date d'acceptation : le 20 octobre 2010

M. Jacques Quintin n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Cadoré B. *L'expérience bioéthique de la responsabilité*. Namur : Artel/Fides ; 1994.
2. Dejours C. *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Paris : Seuil ; 1998.

Il faut chercher une façon de rendre la souffrance éthique raisonnable à l'aide de groupes de discussion.

Repère

3. Pascal B. *Œuvres complètes Tome II*. Paris: Gallimard, coll. « La Pléiade »; 2000; p. 583-7.
4. Molinier P. *Les enjeux psychiques du travail*. Paris: Payot; 2008.
5. Longneaux J-M. La souffrance des soignants et des médecins n'existe pas. *Ethica Clinica* 2004; 35: 24-33.
6. Goldenberg E. Près du mourant, des soignants en souffrance... *Études* 1987; 367 (5): 483-95.
7. Freunberger HJ. Staff burn out. *J Soc Issue* 1970; 30 (1): 159-65.
8. Rodriguez A. La souffrance. Effondrement et refondation des valeurs. *Éthique et santé* 2004; 1: 64-9.
9. Ruzniewski M. *Face à la maladie grave. Patients, familles, soignants*. Paris: Dunod; 1999.
10. Canouï P. La souffrance des soignants: un risque humain, des enjeux éthiques. *INFOKara* 2003; 32 (2): 101-4.
11. Maranda ME, Gilbert MA, St-Arnaud et coll. *La détresse des médecins: un appel au changement*. Québec: Les Presses de l'Université Laval; 2006. p. 51-2.
12. Association médicale canadienne. *La santé et le mieux-être des médecins*. Ottawa: L'Association; 1998.
13. Jacquemin D. La souffrance des soignants en soins palliatifs. *Frontières* 2005; 17 (2): 28-33.
14. Ricœur, R. *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil; 1990. p. 317-8.
15. Ricœur R. La souffrance n'est pas la douleur. *Psychiatrie Française* juin 1992.
16. Hurst S. Quand la médecine se pratique « la mort dans l'âme ». La souff-

Summary

Doctor's suffering: an ethical discomfort? Physicians are confronted daily with unbearable experiences which are susceptible to arouse a search for meaning. These difficult experiences generate an ethical discomfort that leads to the mourning of their ideal, and provokes existential questions for which they have no answers. They experience ethical suffering when faced with the powerlessness of medicine which is inherent to the human condition. Paradoxically, far from hindering a good practice of medicine, this discomfort gives to medicine its humanist character.

- france des soignants face au dilemme moral. *Frontières* 2001; 13 (2): 81-5.
17. Damasio A. *L'erreur de Descartes*. Paris: Odile Jacob; 2006.
18. Hume D. *Enquête sur les principes de la morale*. Paris: GF-Flammarion; 1991. p. 214.
19. Platon. *Apologie de Socrate* (38a). Paris: Flammarion; 2008.
20. Jacquemin D. La souffrance éthique du soignant. *Ethica Clinica* 2004; 35: 9-14.