

# Autofocus ou: La médecine, comment en réchapper!

(La maladie menace nos patients, comme la médecine les médecins!)

Georges Conne

**Résumé:** Notre confrère médecin, généraliste à Bussigny (VD), part en guerre contre l'oubli de soi du médecin. Guêté par le burn-out, le médecin au cours de sa carrière doit renoncer à sa toute puissance. C'est sans doute un processus de deuil qui mérite d'être analysé à la manière de Kübler Ross. Seul un médecin qui sait s'observer, tant dans ses réactions émotionnelles que psychosomatiques est capable de trouver la bonne distance avec son patient, à l'image d'un de ces appareils autofocus qui ont révolutionné la photographie par la rapidité et l'économie de moyens.

**Zusammenfassung:** Unser Kollege aus Bussigny (VD) zieht ins Feld gegen das Vergessen des Arztes seines eigenen Selbst. Durch den Burnout bedroht, muss der Arzt im Verlaufe seiner beruflichen Laufbahn seiner Allmächtigkeit entsagen. Dies ist ohne Zweifel ein Trauerprozess, welcher nach Art von E. Kübler Ross analysiert zu werden verdient. Nur ein Arzt, der imstande ist, sich selbst mit seinen emotionalen und psychosomatischen Reaktionen wahrzunehmen, kann die richtige Distanz zu seinem Patienten finden – bildlich gesprochen, wie eine dieser Autofocus-Kameras, welche die Fotografie durch Schnelligkeit und Wirtschaftlichkeit revolutioniert haben.

Médecin généraliste installé depuis bientôt 20 ans, je fais partie des survivants de cette profession à risques qui en cabosse plus d'un. Les exemples et les études ne manquent pas qui décrivent les dangers qu'il y a à pratiquer la médecine, tout particulièrement celle de premier recours – mais si souvent aussi «au long cours» et «de dernier recours» comme se plaît à le préciser mon associé en cabinet de groupe Jean Paul Corboz.

Fatigue, dépression, burn out, renoncement, isolement, suicide même, les écueils ne manquent pas!

«Qu'on le veuille ou non on est toujours médecin. On n'est pas tenu de le faire payer aux autres et on n'est pas obligé d'en crever. On peut s'arrêter avant», disait Winkler dans «La maladie de Sachs» [1].

Et si l'on décide de continuer?

Les études de médecine nous ont appris à sauver notre prochain mais jamais à lutter pour notre propre survie, psychique ou matérielle. Ce qui en premier lieu fait problème dans la relation médecin-malade c'est sans doute la peur de l'incertitude, la gestion de ce flou qu'on voudrait tellement dissiper à coups de savoir théorique si chèrement acquis. Et assez vite on s'aperçoit que ça ne suffit pas, qu'il va falloir trouver autre chose pour aider l'autre. Ah ces antibiotiques puissants qui ne guérissent pas toutes les sinusites, ces antihypertenseurs qui rendent malades. L'humain manifestement résiste à la réduction scientifique et pas seulement par manque de compliance coupable.

La médecine-inquiétant constat-ne suffit plus ou, plus savamment dit, «celui qui connaît la médecine ne connaît rien de la médecine». Ainsi le jeune médecin installé, à l'instar des stades décrits par Kübler Ross [2, 3] passera presque inmanquablement par des moments de refus, de fuite ou d'évitement puis viendra le découragement voire la dépression (c'est une maladie bien répandue dans nos rangs). Ensuite révolte c'est à dire colère souvent dirigée contre ces patients qui non seulement ne guérissent pas mais reviennent! Résignation parfois aussi.

Une éclaircie annoncera la période de marchandage: ça ne va pas comme je le pensais, comme on m'avait dit que ça devait marcher. Qu'est ce que je pourrais faire de mon côté pour améliorer la situation et, principalement, mon plaisir à travailler?

Enfin l'acceptation: je suis médecin, j'ai appris à me connaître et accepte mes limites. C'est le deuil de la Toute Puissance comme le dit Winkler: «La différence entre Dieu et le médecin c'est que Dieu ne se prétend pas médecin.» [1]

Je ne saurais trop encourager mes plus jeunes confrères (et quelques plus âgés aussi) à s'interroger sur leur propre fonctionnement pendant la consultation.

Pour ma part j'ai eu l'opportunité de travailler à cela d'abord dans un groupe Balint, puis, surtout lors d'un séminaire de sensibilisation à l'approche systémique donné à un

groupe de confrères par Ferdinand Wulliemier, psychiatre à Lausanne, conjointement avec Mme M. C. Guinand, eutoniste. On y apprenait simultanément de l'autre (comment éviter certains pièges relationnels, quelles stratégies) et de soi (reconnaître ses tensions neuromusculaires, trouver un équilibre intérieur au repos puis en mouvement puis en relation avec les autres).

Qu'est ce qui se passe dans mon corps, quelles sensations et pour quels sentiments, quelles émotions refoulées?

Réaliser sa colère ou sa tristesse par décryptage de son propre langage corporel – le psychosomatique touche aussi le soignant – ô révélation – et, soi-dit en passant, le soignant n'est plus dès lors un «soi-niant». J'existe et je me reconnais et c'est essentiel à ma survie.

Voilà donc qu'on se connaît mieux soi-même, prêt à connaître l'univers ou du moins déjà l'autre en face qui lui aussi a des émotions et des façons bien à lui de les exprimer.

Vient alors la gestion de la distance.

Soit je saute tout habillé dans le canal au premier naufragé qui passe avec un grand risque de me noyer aussi. Combien de Winkelrieds dans notre profession?

Soit, à l'inverse, je ne m'implique aucunement. Je me barricade derrière mon savoir, mon pouvoir, je ne ressens rien. L'échec est le fait de l'autre qui ne fait pas juste avec son régime, avec ses médicaments. Combien également de «Chevaliers inexistant», à l'armure vide chers à Italo Calvino [3].

Reste alors la «Troisième Voie» qui est de trouver la bonne distance à l'autre.

Je compare volontiers cette recherche à l'action d'un appareil de photo muni d'un dispositif Autofocus. Ce qui est en jeu c'est la clarté de la situation, de ce qui se dit aussi. Refuser l'implicite tant que faire ce peut.

En travaillant sur soi-même dans la relation on arrive à trouver de plus en plus facilement cette distance optimale. Ni trop près: le patient perd de son autonomie et vous ne percevez pas la globalité de la situation. Ni trop loin: vous ne distinguez plus les détails et le patient se sent abandonné, incompris.

Comme dans une prise de vue donc sinon que la bonne distance est aussi bien le fait du patient – l'objet à photographier – que de vous – le photographe – car vous aussi vous êtes constamment en mouvement au gré

de vos humeurs, de votre fatigue, de ce que vous vivez sur le moment.

Au début le réglage est grossier puis demande beaucoup moins d'énergie. En faire un peu moins, non par paresse mais par souci d'efficacité.

ET donc, miracle espéré, moins de maux de dos, moins d'insomnies, d'irritabilité contre l'entourage, moins de fatigue en fin de journée. Une espèce de plaisir à travailler quand la peur ne vous habite – presque – plus.

#### Références

- 1 Winkler M. La maladie de Sachs. Paris: Editions P.O.L.; 1998.
- 2 Kübler Ross E. Les derniers instants de la vie. Genève: Editions Labor et Fides. 1969.
- 3 Wulliemier F. Les «intervenants» face aux demandes implicites de leurs clients. Leur malaise est-il soluble? Rev Med Suisse Rom 1991;111:441–52.
- 4 Calvino I. Le chevalier inexistant. Paris: Editions Point/Le Seuil; 1962.