

D^r Simon Maltais

Préfaces de D^r François Marquis et D^r Alain Vadeboncoeur

**CODE
BLEU**

**Comment
le système de santé
rend malades
ceux qui nous soignent**

Chapitre 1

La prédisposition à la maladie

*De l'amertume de la maladie,
l'Homme apprend la douceur de la bonne santé.*

— ANONYME

Alors que j'explorais la maladie des soins de santé en me fondant sur les expériences de mes collègues et sur la mienne, sa chaîne de causalités m'a paru s'inscrire parfaitement dans un modèle triangulaire classique de développement.

Le triangle épidémiologique de la maladie des soins de santé

Le triangle – ou la triade – épidémiologique est un modèle souvent utilisé dans l'étude de problèmes de santé (voir la figure 1). Il aide à mieux comprendre certaines maladies et la façon dont elles se propagent. Le recours au triangle épidémiologique me paraît donc tout indiqué pour mieux comprendre les composantes de la maladie des soins de santé et en faire la validation dans des études ultérieures.

Comme n'importe quel triangle, celui de notre modèle possède trois angles (appelés «vertex»). Chacun d'eux joue un rôle majeur dans la manifestation et la propagation de la maladie.

- L'agent: le microbe qui cause la maladie (le «quoi»).
- L'hôte: l'organisme qui héberge la maladie (le «qui»).
- L'environnement: les facteurs externes qui causent ou permettent la transmission de la maladie (le «où»).



FIGURE 1

Le triangle épidémiologique est un modèle utilisé dans l'étude de problèmes de santé. Ce triangle a trois vertex qui représentent les composantes essentielles du développement de la maladie.

Comme l'indiquent les deux modèles ci-dessus, les trois vertex peuvent interagir, ou bien l'agent et l'hôte peuvent s'équilibrer avec l'environnement pour empêcher la manifestation de la maladie. À titre d'exemple d'une influence à trois vertex, citons certaines formes de la bactérie *Escherichia coli* (*E. coli*), responsable d'empoisonnement alimentaire. On peut trouver *E. coli* dans les intestins et les excréments d'animaux et d'humains. Elle se transmet par la nourriture, l'eau ou toute matière contaminée par des excréments. Si vous mangez de la viande crue ou insuffisamment cuite (environnement) contenant la bactérie *E. coli* (agent), vous (hôte) risquez d'être malade. Les températures froides – par exemple dans un

réfrigérateur – peuvent empêcher *E. coli* de se multiplier rapidement. Par contre, la température ambiante ou l'exposition au soleil font que les bactéries se multiplient rapidement. Mais la chaleur élevée tue la bactérie. Voilà pourquoi la viande doit être très bien cuite et les aliments chauds, réfrigérés immédiatement après un repas.

Dans cet exemple, l'influence des trois vertex est fondamentale. L'hôte et l'agent peuvent interagir sans problème, mais lorsqu'ils sont placés dans un environnement perturbateur particulier, cela peut mener à une manifestation de la maladie. Nous vivons en harmonie avec plusieurs bactéries qui évoluent à la surface de notre peau, et quand l'environnement se modifie à cause de l'immunosuppression ou d'une coupure profonde, des infections peuvent survenir.

Dans le cas de la « maladie des soins de santé », il va de soi que l'hôte est la personne affectée par la maladie, soit le travailleur de la santé. L'environnement est représenté par les conditions stressantes et exigeantes de l'univers des soins de santé. L'agent est la susceptibilité de l'individu à développer la maladie et ses mécanismes d'adaptation et de défense. Même s'il s'agit ici davantage d'un concept abstrait, la compréhension et le traitement de l'agent demeurent le fondement d'une éventuelle guérison. L'identification des mécanismes chroniques et mal adaptés que l'hôte a développés au fil des ans pour survivre dans l'univers des soins de santé (l'environnement) est fondamentale pour l'établissement d'une stratégie de guérison.

L'un des objectifs de cet ouvrage consiste à reconnaître la maladie et à tenter d'amorcer la fracture d'au moins l'un des côtés du triangle (l'environnement, l'agent et l'hôte) dans l'espoir de la vaincre. Dans ce chapitre, nous nous pencherons en premier lieu sur l'agent. L'hôte et l'environnement feront l'objet des chapitres suivants.

Vertex 1 : les facteurs qui prédisposent à la maladie (l'agent, le « quoi »)

Je n'aurais jamais cru qu'un jour j'écrirais un livre, surtout pas sur ce sujet. J'ai toujours pris la vie du bon côté; jamais je ne me suis arrêté pour évaluer mon parcours. Lorsque je me suis rendu compte que je n'étais pas le seul à éprouver certains problèmes graves, que d'autres livraient les mêmes batailles que moi, j'ai commencé à réfléchir. Le concept du « quoi » dans la maladie des soins de santé a lentement émergé.

Progressivement, j'ai compris que j'avais développé les bases d'une maladie chronique, que celle-ci m'habitait depuis longtemps, qu'elle avait peu à peu pris possession de mon subconscient et altéré le cours de ma vie et de ma carrière. L'« agent » m'avait envahi.

Rétrospectivement, je dois toutefois admettre que certains traits de caractère témoignant de ma situation d'inadapté – comme l'arrogance et l'esprit de compétition – étaient présents chez moi depuis toujours. Du plus loin que je me souviens, je peux me rappeler certains événements, des influences et des situations où cette pathologie aurait pu être détectée. Elle s'est manifestée dès l'enfance, alors que je recherchais constamment l'attention et souhaitais être le centre de l'univers. Elle aurait pu être remarquée à l'école de médecine, où je suis devenu de plus en plus arrogant, m'inscrivant constamment contre l'opinion des autres si elle différait de la mienne, ou durant ma résidence et ma pratique médicale, alors que mon objectif quotidien consistait à être meilleur que les autres à tout prix. La pathologie a toujours été là. Elle s'est développée au fil de nombreuses années et a induit une réponse inadaptée à ma profession et à ma personne tout entière. À partir de prédispositions précoces et d'une exposition constante

– et par la non-reconnaissance des facteurs de risque présentés plus bas –, je suis devenu une personne non diagnostiquée à risque d’attraper la maladie des soins de santé.

Comprendre l’agent (l’inadaptation fondamentale de l’hôte à son environnement ou, autrement dit, le « quoi ») est plus facile à dire qu’à faire. Les thérapeutes essaient toujours de trouver quelque chose qui n’allait pas dans la petite enfance d’un patient, une situation difficile non résolue ou ignorée qui expliquerait les manifestations ultérieures du problème en cours. J’ai tenté pendant plusieurs années – à certains moments dans le cadre d’une intense thérapie – d’identifier des pans de mon passé qui auraient pu mouler ma personnalité, me changer ou me diriger vers une certaine voie.

À tous égards, mon enfance a été sans histoire. Mes parents ont toujours été là pour moi : ils m’ont aimé, ont pris soin de moi et m’ont soutenu dans mes décisions (c’est toujours le cas aujourd’hui). Tous deux faisaient partie d’une communauté de la classe moyenne, près de Montréal. Nous étions heureux. J’avais de bons résultats scolaires et je pratiquais des sports.

Alors, quel était le problème ?

Je trouvais malgré moi toujours un moyen de me distinguer, de m’attirer des ennuis et d’exiger de l’attention. Ma mère disait que je me promenais dans la rue dans le simple but d’attirer l’attention et de me faire des amis. Je voulais toujours être le petit garçon le plus drôle, le plus mignon ou le plus bruyant.

Comme la plupart de ceux qui deviennent médecins, j’avais beaucoup de facilité à étudier. J’en faisais juste assez pour ne pas avoir l’air paresseux et j’obtenais d’excellents résultats. J’étais le chouchou de bien des enseignants, souvent élu président de la classe, et j’avais du succès dans les sports, étant généralement sélectionné dans les équipes régionales. Les

mignonnes petites amies se succédaient à mon bras, je collectionnais les prix et les distinctions, et j'ai réussi avec facilité mes études secondaires et collégiales.

Même si le portrait dressé dans le paragraphe précédent peut paraître prétentieux et superficiel, il s'inscrit pleinement dans le fondement et l'éclosion de ma maladie des soins de santé. Je progressais dans la vie sans échecs majeurs, tous les feux étaient au vert, comme dirait Matthew McConaughey. J'avais un besoin constant d'attention et de reconnaissance. Je nourrissais un ego en pleine croissance, qui a fini par devenir une source de conflit avec mon entourage (j'y reviendrai). Je prenais des décisions en fonction de ce que les autres pensaient de moi et du clinquant qu'elles produiraient. Je crois qu'une grande part de mon choix de travailler en médecine est liée à ce besoin de briller aux yeux des autres, d'attirer leur attention, tout comme je désirais attirer l'attention dans la rue quand j'étais plus jeune.

Je crois (j'espère) que, pour beaucoup de mes collègues, la médecine est avant tout une vocation, une volonté de s'oublier pour aider les autres et les soigner. Même si j'aimerais pouvoir en dire autant, il me faut être honnête et admettre que cela n'a pas été le cas pour moi. L'école de médecine (en plus de m'assurer un salaire généreux et fiable) était davantage une manière d'assouvir mon besoin d'attention qu'une « vocation ». Ce n'est peut-être pas la raison la plus noble qui soit de choisir ce métier, mais c'est celle qui me motivait à l'époque. Résultat : un jeune étudiant affligé d'un ego en expansion rapide s'inscrit à l'école de médecine pour les mauvaises raisons. J'étais un futur médecin déterminé, arrogant et ambitieux qui croyait qu'il serait génial et qu'il écraserait la concurrence lors des entrevues. Quelle école de médecine pouvait se permettre de *ne pas* me choisir ? Quelle perte ce serait pour elle !

Ces traits de caractère m'ont amené à développer des comportements et des mécanismes de défense négatifs et destructeurs qui ont par la suite donné naissance à la maladie. Même si des facteurs différents sont peut-être à l'origine de la maladie d'autres travailleurs de la santé, je crois que plusieurs des traits de caractère que je viens d'évoquer sont présents dans les témoignages réunis dans ce livre.

J'en suis donc venu à identifier cinq principaux facteurs qui prédisposent à la maladie des soins de la santé : l'arrogance ; l'exposition à des modèles détestables ; un environnement compétitif malsain ; l'anxiété générée par un avenir professionnel incertain ; et la maturation des traits de caractère. Dans ce qui suit, j'illustrerai comment ces facteurs ont un impact considérable sur l'individu et mènent à la maladie.

L'arrogance

À la fin des années 1990, au terme d'une première journée complète d'entrevues d'admission à l'école de médecine, je débordais de confiance. (Rien d'étonnant à cela!) J'avais l'impression d'avoir fait un tabac. Je faisais partie de la première vague d'entrevues parce que mes notes étaient très bonnes, tout comme celles des sept autres étudiants qui s'y étaient présentés. L'entretien en personne était une sorte de formalité, puisque plus de la moitié de l'évaluation globale reposait sur les résultats scolaires. Je n'avais qu'à me pointer et à montrer à quel point j'étais génial.

Mais je n'étais pas aussi génial que je le croyais. Parmi les étudiants invités à cette première série d'entrevues, tous ont obtenu une place à l'école de médecine, sauf moi. Il s'est révélé que, là où je pensais avoir réussi une excellente performance, le comité de sélection n'a perçu qu'arrogance et excès de confiance. Dans le cadre de brèves séances de groupe

de 30 minutes, ce comité a été en mesure de percevoir que j'aurais des problèmes à travailler en collaboration – l'un des traits de caractère qui allaient me faire chavirer et mener à la manifestation de MA maladie des soins de santé. (Pas mal dans le mille, non?)

À l'époque, je n'ai pas considéré mon échec comme le résultat d'une facette de ma personnalité que je devais corriger. (Encore une fois, rien d'étonnant à cela!) J'ai décidé que les membres du comité en avaient contre moi; je me suis donc inscrit à une autre école de médecine.

Je me suis tourné vers une école qui, à cette époque, fondait sa sélection d'étudiants presque exclusivement sur le dossier scolaire. Je ne veux pas laisser entendre qu'un processus de sélection est meilleur qu'un autre, mais force est de constater que l'arrogance et l'excès de confiance peuvent être ignorés dans un système qui s'en tient uniquement aux résultats scolaires. Rarement diagnostiqués, souvent même récompensés, ils ont toutes les chances de progresser alors qu'ils peuvent se révéler prépondérants dans le développement insidieux de la maladie des soins de santé.

Bien des années plus tard, mon ami et mentor, le D^r John Byrne, m'a dit: « La frontière est très ténue entre la confiance, l'excès de confiance et l'arrogance. » À l'époque, je n'ai pas pleinement compris le sens de ses paroles. Je sais aujourd'hui qu'il avait fait ce commentaire pour évoquer un aspect de ma personnalité qui, plus tard, serait la source de mes échecs personnels et professionnels les plus retentissants. Confiance, excès de confiance et arrogance sont étroitement liés et ont beaucoup en commun.

La **confiance** est le sentiment ou la certitude que l'on peut accomplir correctement une tâche ou connaître le succès dans un domaine particulier.

L'**excès de confiance** a trait à un sentiment exagéré de confiance.

L'**arrogance** se rapporte à une attitude de supériorité qui se manifeste par des manières dominatrices ou par des prétentions ou des postulats présomptueux.

Comment naviguer sur cette ligne ténue entre la confiance et l'excès de confiance – et, éventuellement, l'arrogance ? Les définitions de ces sentiments ont beau être claires, leurs frontières dans la vraie vie sont floues, puisqu'elles sont largement déterminées par la *perception des autres*. Cela révèle un aspect entièrement nouveau du problème, dans la mesure où les perceptions sont influencées par une myriade de facteurs.

La perception est un jugement ou une interprétation d'une situation qui est influencée par des expériences du passé, des valeurs et des croyances¹. La « perception » générale est que l'arrogant se préoccupe peu de ceux qu'il sème dans son sillage. Toutefois, cela est entièrement laissé à l'interprétation (par définition). Dans la vie quotidienne, l'image de l'arrogant implique en partie ce désir de domination, mais aussi une sorte d'excès de confiance dans ses propres capacités de l'emporter. De la même façon, les personnes arrogantes sont non seulement disposées à l'emporter, mais considèrent aussi qu'elles le méritent.

Ça ne vous rappelle pas quelque chose ?

Je « méritais » d'être recruté dans tous les programmes de médecine. Je « méritais » de m'élever au-dessus de mes pairs. Je « méritais » d'aller en médecine. Je suis entré en formation médicale et chirurgicale pleinement convaincu d'être appelé à de grandes réussites, prêt à tout miser là-dessus. Mais j'en

1. S. W. Park et C. R. Colvin, « Narcissism and discrepancy between self and friends' perceptions of personality », *Journal of Personalized Medicine*, 2014, 82(4), 278-286.

suis venu à réaliser que l'arrogance dont je faisais preuve a grandement contribué au développement de la maladie des soins de santé.

L'exposition à des modèles détestables

Malgré son pouvoir de destruction considérable, l'arrogance est un trait de caractère que la médecine et la société dans son ensemble valorisent et récompensent, en particulier en chirurgie et très communément en chirurgie cardiaque. Voyons par exemple comment on montre les médecins à la télévision.

Vous souvenez-vous du D^r AJ. Austin dans *The Resident*? Dans cette série télévisée, les médecins sont arrogants, souvent libertins et invariablement en compétition les uns avec les autres. Le D^r Austin est un chirurgien cardiothoracique arrogant, brutal et égocentrique, affligé d'un massif complexe de Dieu. Vous rappelez-vous le D^r Romano de la fameuse série *Emergency Room*, ou *ER*? Ce brillant chirurgien ne s'entend pas très bien avec la plupart des membres de son personnel. Et qu'en est-il du D^r Gregory House de la série *House*? D'une part, c'est un diagnosticien de génie; d'autre part, il est misanthrope, cynique, narcissique, irascible et mal élevé. Et que dire de la personnalité extrêmement égocentrique du D^r Perry Cox dans la série américaine *Scrubs*? On pourrait croire que les séries médicales dépeignent faussement la réalité; toutefois, plusieurs d'entre elles sont remarquablement justes dans la description des personnages et de leurs difficultés interpersonnelles (à divers degrés, bien sûr). Comment espérer former des médecins équilibrés, qui s'entendront bien avec leurs collègues, si on présente uniquement à nos jeunes médecins en formation des modèles arrogants et inadaptés?

La représentation de ce type de médecins est peut-être liée à la culture télévisuelle d'une certaine époque. Fort heureusement, certaines téléséries actuelles se centrent plutôt sur la réalité et sur les difficultés quotidiennes que nous vivons à titre d'intervenants de la santé. Quoi qu'il en soit, l'impact des images – positives ou négatives – auxquelles nous sommes exposés revêt une grande importance dans un environnement où les enjeux personnels sont énormes.

Comme je l'ai expliqué, après l'école de médecine, j'ai décidé de poursuivre une carrière de chirurgien cardiaque. J'ai eu alors l'occasion de me racheter dans le cadre d'une nouvelle entrevue, cette fois devant un groupe impressionnant de chirurgiens cardiaques. Lorsqu'on m'a demandé la raison pour laquelle j'avais décidé de m'orienter vers la chirurgie cardiaque (plutôt que vers la cardiologie interventionnelle), fidèle à moi-même et bien imprégné de nombreux modèles extérieurs néfastes empreints d'arrogance, j'ai simplement répondu avec la plus profonde «humilité» : «Je crois que la chirurgie cardiaque est un art, tandis que la cardiologie interventionnelle est simplement une série de techniques.»

Vraiment ?

Quand je repense à cette réponse aujourd'hui et que j'essaie de rationaliser la façon dont j'en étais venu à la construire, je prends conscience qu'elle provenait de l'esprit égocentrique et arrogant qui m'habitait, esprit validé par plusieurs modèles détestables de l'époque. Alors que le résultat de cette entrevue aurait dû être le même que celui que m'avait valu le comportement honteux que j'avais affiché cinq ans auparavant, étonnamment, ce n'est pas ce qui s'est passé. Au contraire, le président du comité (qui allait devenir un ami, un mentor et un confident) a répondu : « Mon garçon, vous êtes exactement ce que nous recherchons ! »

L'arrogance, l'excès de confiance et la condescendance que dénotait ma réponse ont été cette fois récompensés à tort (comme dans ces téléseries) par l'attribution à temps plein d'une résidence en chirurgie cardiaque. Je ne me doutais pas que c'était là la manifestation embryonnaire d'un problème qui allait plus tard nuire considérablement à ma carrière – la représentation brutale d'une culture historique et populaire fondée sur la valorisation et la promotion d'attitudes en soi détestables.

Un environnement compétitif malsain

La résidence en chirurgie cardiaque fut impitoyable. Mes collègues et moi devions affronter des semaines de 80 heures, de longs quarts de nuit qui nous laissaient dans un état de fatigue chronique. Alternaient rondes matinales, journées complètes en salle de chirurgie, rondes de soirée et consultations en salle d'urgence, le tout dans un environnement très stressant. Le rythme effréné présenté dans les séries télévisées était, cette fois, bien réel.

C'est ainsi que fonctionnaient nos prédécesseurs et c'est ainsi que nous menions notre barque. Nous méritions le droit d'assister au bloc opératoire si nous avions été de garde la nuit précédente – autrement dit, si nous avions payé de notre personne. Le manque de sommeil et une nuit blanche étaient récompensés par le privilège d'apprendre, sur le terrain, le lendemain. Jamais je n'aurais osé demander, ce jour-là, de rentrer à la maison à midi: ç'aurait été un aveu de faiblesse. Ça m'aurait mis à l'écart des autres étudiants qui tentaient tous de survivre. Si étonnant que cela puisse paraître, une formation réussie n'était pas suffisante pour qu'on puisse prétendre à un poste par la suite. Donc, tout signe de faiblesse pouvait faire la différence entre avoir un emploi et être jeté par-dessus bord.

Table des matières

Préfaces

Les héros sont fatigués.....	7
Soigner la médecine.....	10
Avant-propos	15
Introduction – Comment tout a commencé... ..	21

PARTIE 1 – LE STADE DE SUSCEPTIBILITÉ L’INCUBATION SILENCIEUSE

Chapitre 1 – La prédisposition à la maladie.	26
Le triangle épidémiologique de la maladie des soins de santé	26
Vertex 1 : les facteurs qui prédisposent à la maladie	
(l’agent, le « quoi »)	29
L’arrogance	32
L’exposition à des modèles détestables	35
Un environnement compétitif malsain	37
L’anxiété générée par un avenir professionnel incertain. . .	38
La maturation des traits de caractère	40
limiter la prédisposition à la maladie, est-ce possible?.	42
Chapitre 2 – La sélection de l’hôte	45
Vertex 2: la personne affectée (l’hôte, le « qui »)	46
Le perfectionniste, candidat idéal à la maladie des soins	
de santé.	47
La crainte de l’échec.	48
La crainte de commettre des erreurs	49
La crainte de la désapprobation	50
La crainte de ne jamais en faire assez.	51
Le besoin incessant de se projeter vers l’avant	52
Le besoin de dénigrer le succès des autres	52
Le juste équilibre: encore à trouver.	54

PARTIE 2 – LE STADE DE PRÉSENTATION SOUS-CLINIQUE L'INFECTION INSIDIEUSE

Chapitre 3 – Un environnement favorable à l'éclosion de la maladie	56
Vertex 3: un milieu marqué par l'épuisement professionnel (les facteurs externes, le « où »)	57
Une culture axée sur le devoir et l'oubli de soi	59
Les cinq causes principales de l'épuisement professionnel	63
Un volume de travail ingérable	64
Des contraintes de temps déraisonnables	66
Un manque de clarté dans les rôles de chacun	68
Un manque de communication et de soutien de la part d'un gestionnaire	70
Un traitement injuste	74
Faire face à l'épuisement professionnel, aujourd'hui et demain	80
Chapitre 4 – L'élément déclencheur	82
La goutte d'eau qui fait déborder le vase	83
Un changement majeur dans le milieu de travail	84
Une crise dans le système de santé	86
Une perception négative des travailleurs de la santé au sein de la population	87
L'échec, l'erreur ou la faute professionnelle	89
Et la maladie s'installe	91
Chapitre 5 – Et puis la COVID-19 est arrivée	94
Une crise qui amplifie des problèmes existants	95
Une formation inadéquate à la gestion des émotions	97
Témoignage – De l'intérieur des profondeurs	100

**PARTIE 3 – LE STADE DES MANIFESTATIONS CLINIQUES
LE DOULOUREUX COMBAT**

Chapitre 6 – Les différents visages de la maladie	104
Les manifestations physiques	106
Témoignage – La Superwoman au cœur brisé.	106
Témoignage – Les deux jours qui ont changé ma vie	110
Témoignage – Jusqu’à son dernier souffle	120
Les manifestations psychologiques	124
Témoignage – Une vendetta aux conséquences dévastatrices.	125
Témoignage – Le chirurgien « ciblé »	130
Témoignage – La cardiologue sans cœur.	134
Les manifestations comportementales	141
Témoignage – Je quitte le <i>Titanic</i>	141
Témoignage – La funambule	144
Témoignage – Tout quitter et recommencer à zéro	154
Les manifestations personnelles	164
Témoignage – L’impérialisme, une voie qui mène à l’isolement.	164
Témoignage – Meilleur être humain, meilleur médecin	169
Témoignage – Je l’avais vue venir : l’évolution des soins de santé	172
Témoignage – Briser le « tabou » des soins de santé	178
Témoignage – L’ennemi intérieur.	186
Code bleu	194

PARTIE 4 – LE STADE DE RÉCUPÉRATION L’AVENIR REPENSÉ

Chapitre 7 – Une vivisection bienveillante	
– Quand un médecin traite des médecins.	198
Le système de santé en tant que parent abusif	200
Médecins ou surhommes?	202
Pernicieuse perfection	203
La crainte de l’inadéquation et le perfectionnisme.	205
Le piège des comparaisons	206
Atteindre l’équilibre grâce à ses valeurs	207
Brille et sois aimé	208
Des médecins traumatisés.	211
Chapitre 8 – Une démarche de guérison	214
ÉTAPE 1 – Soyez honnête: le problème, c’est VOUS	215
ÉTAPE 2 – Soyez lucide: vous n’êtes PAS Dieu.	220
ÉTAPE 3 – Bas les masques: faites vos propres choix et agissez!	224
ÉTAPE 4 – Ne gardez aucune rancune: pardonnez.	228
ÉTAPE 5 – Détectez le virus en vous.	230
ADDENDA – Parlez!.	232
Conclusion – Conseils pratiques pour une vie meilleure.	235
Postface – Pourquoi la maladie des soins de santé existe-t-elle?	240
Postface – Le point de vue d’un patient.	247
Remerciements.	250