



# Le collègue difficile c'est lui ou moi le problème ?

Anne Magnan

*En regardant la radio d'un patient polytraumatisé à l'urgence, je réalise que je vais avoir besoin de l'avis d'un consultant. J'appelle la téléphoniste pour savoir qui est de garde aujourd'hui. « C'est le Docteur X, me dit-elle, dois-je le faire signaler ? » « Heu... non. »*

*Le souvenir de ma dernière conversation avec lui me revient. Il m'avait alors demandé, sur son ton « bête » habituel : « Coudon, as-tu trouvé ton diplôme de médecine dans une boîte de Cracker Jack ? » Et moi de penser : « Tu parles d'un #!@\*?!. »*

COMME IL SERAIT RÉCONFORTANT (et facile !) de répondre à notre question titre en disant que le problème, c'est « l'autre » ! Malheureusement, la présence d'un collègue difficile au sein d'une équipe est l'affaire de tout le monde.

## Qui est « tout le monde » ?

Ce « tout le monde », c'est d'abord, bien sûr, la personne difficile, mais aussi son supérieur hiérarchique, celui ou ceux qui subissent ses comportements de même que ceux qui en sont les témoins et tous les autres qui en ont conscience, tout en estimant que ça ne les regarde pas...

## Qu'entend-on par « difficile » ?

Selon nous, il existe deux types de collègues difficiles. Il y a celui qui saute aux yeux. Son passage s'apparente à celui d'une tornade tant dans l'intensité sonore que dans les objets qu'il déplace ou lance. Impossible de l'ignorer ! Un collègue difficile peut aussi être celui qui s'isole, qu'on ne voit plus, qui n'est que travail et qui, forcément, ne dérange pas. Nous qualifions ce dernier de difficile parce que cette personne, qui évolue dans notre entourage immédiat, peut être en grand danger sans que l'on s'en soit aperçu. L'un explose, l'autre implose. Dans les deux cas, le problème concerne tous ceux qui les côtoient.

*La D<sup>re</sup> Anne Magnan, omnipraticienne, est directrice générale du Programme d'aide aux médecins du Québec.*

Mentionnons que la culture médicale a traditionnellement non seulement accepté les comportements explosifs, mais les a aussi parfois favorisés. Nous connaissons tous un médecin explosif d'une compétence irréprochable, sommité dans son domaine, qui devient le modèle à suivre pour la relève<sup>1</sup>.

La communauté médicale :

1. a accepté ces comportements ;
2. nous a conduits à les ignorer ;
3. et ne nous a donc pas fourni les outils pour y mettre un terme.

Cependant, la société a changé, et la communauté médicale a évolué. Les comportements qui étaient depuis longtemps jugés inacceptables ailleurs commencent, en médecine, à être plus dérangeants qu'auparavant. La volonté d'y mettre fin se fraie inéluctablement un chemin.

## À quoi reconnaît-on le collègue difficile ?

La littérature et l'expérience des intervenants du Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) le confirment : parmi les différents volets de la vie d'un médecin en difficulté, et même en très grande difficulté, le dernier qui sera touché est... le travail<sup>2</sup> ! Le collègue difficile, dans la grande majorité des cas, reste médicalement compétent, même si de sérieux problèmes l'accablent depuis longtemps. Comment l'aborder s'il est professionnellement irréprochable ?

Selon un consensus implicite, un bon médecin doit

## Tableau 1

### Comportements auxquels on doit être attentif

#### Les comportements qui dérangent

- Irritabilité
- Cynisme
- Agressivité : sautes d'humeur graves, crises de colère, dénigrement
- Dégradation dans la tenue des dossiers
- Organisation déficiente : dossiers non remplis, retard à remplir les formulaires
- Perte de fiabilité, manque de ponctualité
- Diminution de la participation aux activités et aux comités
- Demandes de diminution de la tâche
- Pleurs (rares et plus souvent auprès du chef)
- Abandon de la médecine
- Arrêt de travail
- Suicide

#### Les comportements qui ne dérangent pas

- Isolement
- Vie personnelle chaotique
- Hypertravail

posséder à la fois des compétences scientifiques, cliniques et relationnelles.

Chez le collègue en difficulté (difficile ou non), l'indice par excellence que quelque chose ne va pas est **le changement de comportement**, le plus souvent observé d'abord par la famille. L'individu n'est pas nécessairement malade, mais peut traverser des épreuves personnelles qui modifient sa façon d'être. De plus, ce changement n'est généralement que la pointe de l'iceberg. Lorsqu'il devient visible au travail, c'est que le processus évolue depuis plusieurs mois, voire des années.

### L'implosif

Un médecin qui fait face à des problèmes conju-

gaux ou familiaux optera souvent pour la fuite dans le travail comme « solution » de prédilection. Pour faire taire sa douleur, il performera à l'excès. Il est donc important d'être vigilant en présence d'un confrère qui accepte tous les remplacements de garde ou qui travaille sept jours sur sept. L'isolement, l'hypertravail<sup>2</sup> ou la perturbation du fonctionnement d'une équipe peuvent tous traduire un problème de fond qui risque de progresser.

### L'explosif

Nous connaissons tous des gens bourrus de nature, dont le comportement n'est généralement pas adéquat, mais qui ne sont pas malades pour autant (et nous faisons avec...). Néanmoins, ces personnes peuvent aussi avoir des problèmes personnels ou devenir malades. Leurs comportements inappropriés peuvent devenir de plus en plus fréquents, plus intenses, jusqu'à être intolérables pour les collègues.

Les comportements difficiles sont rapidement catalogués dans les troubles de personnalité, devant lesquels la communauté médicale, en général, se sent impuissante. En raison de ce réflexe des pairs, la personne devient stigmatisée<sup>3</sup>. Et si ces conduites étaient d'abord vues comme des comportements à changer plutôt qu'une personnalité à modifier... ?

### Les comportements observés

Qu'un médecin traverse une période difficile ou qu'il soit malade, les comportements observés sont toujours les mêmes (tableau I).

### Le déni

Collègue difficile disions-nous ? Et si le déni s'ajoutait à tout le reste ?

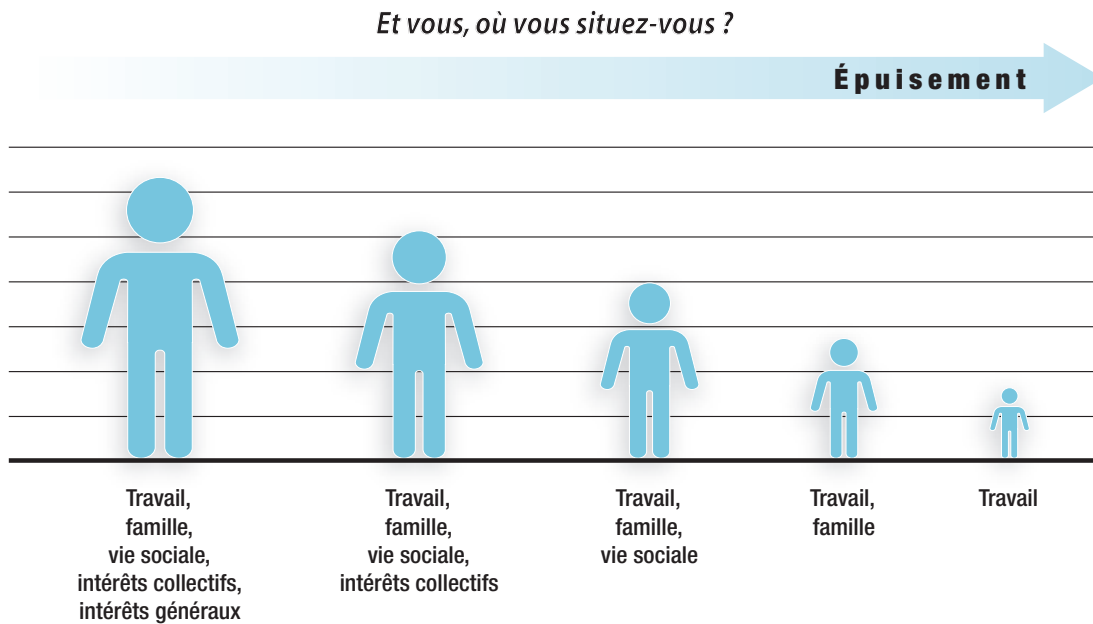
Dans l'imaginaire collectif, un médecin ne peut être malade. Les médecins eux-mêmes sont habitués par cette croyance, tout comme leurs collègues. Le déni prend une ampleur insoupçonnée chez un médecin malade parce que ce dernier<sup>3</sup> :

**Chez le collègue en difficulté (difficile ou non), l'indice par excellence que quelque chose ne va pas est le changement de comportement, le plus souvent observé d'abord par la famille. L'individu n'est pas nécessairement malade, mais peut traverser des épreuves personnelles qui modifient sa façon d'être.**

Repère

**Figure**

**Identité rétrécie (réaliser le travail ou se réaliser)**



Source : Vézina M, Cousineau M, Mergler D et coll. *Pour donner un sens au travail : bilan et orientation du Québec en santé mentale au travail*. Montréal : Gaëtan Morin ; 1992. Reproduction autorisée.

- ⊗ manque de temps<sup>4</sup> ;
- ⊗ estime que sa souffrance est moins importante que celle de son patient ;
- ⊗ craint de perdre son permis d'exercice ;
- ⊗ vit un sentiment d'échec et de honte<sup>3,5</sup> devant sa propre maladie ;
- ⊗ craint de déranger un collègue ;
- ⊗ dissimule ses difficultés pour ne pas avoir de dossier médical ;
- ⊗ a du mal à accepter de ne plus avoir la capacité d'en faire autant qu'avant ;
- ⊗ a la ferme conviction qu'il est le seul à vivre une telle situation<sup>4</sup>.

Une personne en difficulté peut ne pas être consciente de son état ou, si elle l'est, ressentir un important sentiment de honte. Dans la communauté médicale, la maladie mentale stigmatise le soignant, qui est alors perçu comme un être faible et devient victime de rejet<sup>3</sup>.

**Demander de l'aide : pourquoi est-ce si difficile ?**

Au déni, à la honte<sup>3,5</sup>, au sentiment d'échec et au jugement appréhendé de la communauté médicale

s'ajoute un ensemble de facteurs qui fait que demander de l'aide exige parfois un courage hors du commun.

**Les enjeux individuels**

Au départ, le médecin a une propension naturelle à nier ou à ne pas tenir compte de ses besoins de base. Concentré sur la souffrance du patient, il ne ressent plus la sienne qui lui semble de moindre importance<sup>2,3</sup>.

Pour un médecin, reconnaître qu'il est malade peut signifier un arrêt de travail avec toutes les conséquences qui s'ensuivent. Ses patients ne pourront recevoir les soins dont ils ont besoin et ses collègues devront absorber une surcharge de travail. La culpabilité s'installe alors.

Afin d'éviter à tout prix l'arrêt de travail, un médecin s'adaptera à ses difficultés. Par exemple, si sa concentration diminue, il compensera en contre-vérifiant tout ce qu'il fait et, en conséquence, investira encore plus de temps dans son travail. Il soustraira alors de sa vie tout ce qui le ressource et qui l'aiderait à préserver sa santé ou à la recouvrer plus rapidement (musique, activités culturelles, sports). Plusieurs médecins ont construit leur identité autour de leur travail. L'arrêt

devient alors un enjeu de vie et une perte totale de sens (*figure*).

### *Les enjeux culturels*

Les barrières individuelles sont amplifiées par la rectitude de la culture médicale. La stigmatisation culturelle, nourrie par le jugement, l'ignorance et les attitudes discriminatoires vis-à-vis les médecins ayant un problème de santé mentale, augmente la souffrance et l'isolement<sup>3</sup>. Elle favorise le déni de la maladie, retarde indéfiniment le moment d'aller chercher de l'aide, mène à l'autotraitement<sup>6</sup> et augmente le risque de suicide. Ainsi, certains médecins souffrent d'une maladie psychiatrique non reconnue, non diagnostiquée, autotraitée ou sous-traitée.

Les démarches parfois insurmontables pour recevoir des indemnités d'assurance invalidité<sup>4</sup>, les questionnaires des ordres professionnels<sup>4</sup> sur les problèmes de santé mentale des médecins (lors d'un renouvellement de permis), la crainte d'une suspension, de mesures disciplinaires ou de poursuites, le malaise à aller chercher des médicaments à la pharmacie, etc. sont autant d'obstacles qui favorisent l'*omerta*, de la part du médecin comme de la communauté.

La protection du public et le droit du médecin d'être malade peuvent coexister à condition que la maladie soit dissociée de la qualité de l'exercice<sup>3,4</sup>. Dans ce contexte, les organismes qui encadrent la pratique ont un rôle capital à jouer.

### **Intervenir : qui le fait, quand et comment ?**

Qu'il s'agisse d'un médecin qui nous fait souffrir ou d'un médecin qui souffre (notons que le premier peut souffrir aussi), on doit intervenir le plus tôt possible après avoir observé le changement de comportement<sup>7</sup>. Intervenir ne signifie pas « régler le problème », mais amorcer le processus consistant à nommer le

malaise et à voir quelle action peut être entreprise, tout en se respectant dans ce qu'il est possible de faire.

Qu'on ait affaire à une tornade ou à un collègue silencieux qui s'isole, on doit garder en tête :

- ☉ qu'en tant que personne ou équipe, on ne peut laisser la situation perdurer, car faire l'autruche conduira, tôt ou tard, à l'aggravation de la situation ;
- ☉ qu'il se peut que le médecin concerné ne soit pas conscient de ses difficultés ;
- ☉ qu'il est possible que le médecin concerné soit conscient de ses difficultés et qu'il croit à tort que rien ne paraît ;
- ☉ qu'en intervenant, on fera parfois face au déni et que pour le contourner, on devra s'appuyer sur des faits. L'intervention n'est facile pour personne. Les craintes de celui qui intervient sont légitimes et les problèmes sont les mêmes pour tous :
- ☉ nous avons peu de modèles ;
- ☉ nous vivons un malaise lorsque nous intervenons ;
- ☉ nous sommes tentés par la fuite ;
- ☉ nous anticipons presque toujours le pire scénario.

L'intervention peut prendre la forme d'une discussion constructive avec un autre collègue sur la façon d'aider le médecin de notre équipe qui nous dérange ou qui nous inquiète. Si la conversation se solde par : « Il paraît que le PAMQ peut nous épauler, je vais m'informer... », déjà le processus est bien amorcé.

### *Comportements inappropriés : guide 101*

Nous avons établi que le collègue difficile peut être autant celui qui s'isole et qui fuit dans l'hypertravail<sup>2</sup> que celui qui explose.

Il est plus facile de dire à un confrère : « Ça fait des semaines que tu ne manges plus avec l'équipe, que la porte de ton bureau est fermée et que tu travailles sans arrêt. Je m'inquiète et je voulais savoir si tu veux prendre une pause pour qu'on en jase ensemble... » que d'aborder celui qui explose à tout propos.

***Les démarches parfois insurmontables pour recevoir des indemnités d'assurance invalidité, les questionnaires des ordres professionnels sur les problèmes de santé mentale des médecins (lors d'un renouvellement de permis), la crainte d'une suspension, de mesures disciplinaires ou de poursuites, le malaise à aller chercher des médicaments à la pharmacie, etc. sont autant d'obstacles qui favorisent l'omerta, de la part du médecin comme de la communauté.***

*Repère*

Voyons d'abord ce qu'est un comportement inapproprié. Selon la définition de la *Loi sur les normes du travail*, le harcèlement psychologique est « une conduite vexatoire se manifestant soit par des comportements, des paroles, des actes ou des gestes répétés, qui sont hostiles ou non désirés, laquelle porte atteinte à la dignité ou à l'intégrité psychologique ou physique du salarié et qui entraîne, pour celui-ci, un milieu de travail néfaste ».

La Loi précise également qu'une « seule conduite grave peut aussi constituer du harcèlement psychologique si elle porte une telle atteinte et produit un effet nocif continu pour le salarié<sup>8</sup> ».

Il faut savoir que :

- ⊗ l'intention du présumé harceleur n'a pas à être prise en considération ;
- ⊗ les paroles, les gestes, les actes ou les comportements du harceleur n'ont pas à être dits ou faits dans l'intention de nuire.
- ⊗ Ce sont les effets sur la personne visée qui sont pris en **compte**.

### **Que faire si je subis des comportements inappropriés ?**

Dans notre société, quels que soient notre âge, notre sexe, notre travail ou notre statut, nous devrions tous apprendre comment exprimer correctement à l'autre que le geste qu'il vient de poser nous a blessé, offensé, vexé, effrayé, etc. Cette règle devrait être incontournable pour chacun de nous afin que toute conduite inacceptable soit mise en échec dès sa première manifestation.

La personne qui a subi un comportement inadéquat devrait le faire savoir calmement, mais clairement, à celui qui a posé le geste (ou prononcé les paroles vexantes). Elle peut le faire verbalement ou par écrit<sup>10</sup>.

Voici l'exemple d'une approche adéquate : « D' Bonbon, le ton que vous utilisez pour me parler m'affecte et nuit à ma performance. Comme il interfère dans l'accomplissement de notre travail, j'aimerais que

## **Tableau II**

### **Éléments clés d'une rencontre avec un collègue difficile<sup>7</sup>**

- ⊗ Communiquer son inquiétude et son désir d'aider
- ⊗ Reconnaître les mérites du travail de ce collègue
- ⊗ Énoncer des faits précis qui posent problème
- ⊗ Informer le collègue que certains comportements sont parfois le reflet d'un problème de santé, sans toutefois poser de diagnostic
- ⊗ Parler de l'existence du PAMQ et de l'aide confidentielle qui y est offerte
- ⊗ Exposer les conséquences possibles si rien n'est fait et les avantages d'aller chercher de l'aide
- ⊗ Formuler clairement les changements attendus

vous me parliez sans hausser le ton et sans utiliser un langage offensant. »

Si le comportement perdure et que la personne doit redemander que cesse la conduite, elle pourra ajouter : « Si votre attitude à mon égard ne change pas, je prendrai les mesures qui s'imposent. »

Dans cette mise en situation, la personne :

- ⊗ indique le comportement inapproprié ;
- ⊗ décrit ce qu'elle ressent face au comportement qu'elle juge inacceptable ;
- ⊗ décrit l'effet sur son travail ;
- ⊗ demande l'arrêt de cette conduite ;
- ⊗ annonce des conséquences s'il n'y a pas de correctifs.

Un comportement inapproprié se produisant une fois, dans le feu de l'action, peut se régler devant un café. Pour des situations plus sérieuses ou répétitives, une demande d'entretien dans un cadre formel (Ex. : un bureau) sera plus indiquée et devra reprendre les cinq éléments décrits plus haut. Si un médecin juge qu'il n'est pas le mieux placé pour intervenir parce qu'il s'agit de son supérieur ou d'un médecin très qualifié et admiré de tous, il peut consulter une autre personne, le PAMQ ou les deux.

**La personne qui a subi un comportement inadéquat devrait le faire savoir calmement, mais clairement, à celui qui a posé le geste (ou prononcé les paroles vexantes). Elle peut le faire verbalement ou par écrit.**

Repère



## Que faire si je suis **témoin** de comportements inappropriés ?

Parce qu'ils sont moins touchés sur le plan émotif, les témoins ont un rôle important à jouer dans ce genre de situations. On ne doit jamais perdre de vue que si rien n'est fait, le problème ne se corrigera pas.

Si des comportements sont ignorés, ils deviennent alors tolérés et banalisés, et tous risquent alors de les subir. Les interventions des témoins sont importantes pour faire prendre conscience au collègue difficile que sa conduite est dérangeante. Le témoin interviendra avec calme et respect (il n'imitera pas le comportement qu'il demande de corriger), rapportera les faits, la façon dont la conduite a été perçue et les répercussions sur le travail du groupe (*tableau II*). Dans certaines situations, il est recommandé de faire l'intervention à deux. Il faut prendre soin d'écouter la version de notre interlocuteur, car certains admettent qu'ils ne réalisaient pas qu'ils bousculaient tout le monde et indiquent qu'ils feront attention à l'avenir. Lorsqu'une personne nie ou réplique, par exemple, qu'elle ne croyait pas être entourée d'une équipe de « petites natures », les intervenants peuvent s'adresser à une instance supérieure. Dans certains milieux, un code de conduite facilite l'intervention auprès du collègue qui banalise ses comportements<sup>7,11</sup>.

*Je réalise que les propos du Docteur X constituent du dénigrement. Je prends mon courage à deux mains et décide de mettre en pratique les étapes du « Guide 101 ». À mon grand étonnement, mon interlocuteur s'est dit surpris que ses agissements aient un tel effet. Depuis, il me parle adéquatement.*

**A**U DÉPART, NOUS POSONS la question : « Est-ce lui ou moi ? ». Nous réalisons finalement que l'harmonie, c'est l'affaire de tout le monde ! 🍷

Date de réception : 8 mai 2009

Date d'acceptation : 10 juin 2009

La D<sup>re</sup> Anne Magnan n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

## Bibliographie

1. Krisek TJ. Ethics and Philosophy Lecture: Surgery... Is It an Impairing Profession? *J Am Coll Surg* 2002; 194 (3) : 352-65.
2. Vézina M, Maranda MF, Gilbert MA, St-Arnaud L. *La détresse des*

## Summary

### The difficult colleague: Who's the problem, him or me?

Whether he is the explosive type or, on the contrary, being less and less visible, the difficult colleague's attitude is a source of problems. For different reasons, such as reluctance to talk about another physician's mental health, the first reaction from other colleagues is not to meddle. For Quebec Physician's Health Program, experience tells us this attitude is a mistake. In fact, the problem will most probably amplify and reach a crisis level sooner or later. This article describes the colleague with difficulties and shows the importance of the problem. The author, relying on her experience with peers' sufferings, describes the common behaviour of doctors with difficulties. She also explains the sources and suggests solutions to help intervene adequately in these delicate situations, while aiming towards healing of the colleague's suffering and of those around him. When being faced with a difficult colleague, above all, don't do nothing!

*médecins : un appel au changement*. Québec : Presses de l'Université Laval ; 2006.

3. Myers MF, Gabbard GO. *The physician as patient: A clinical handbook for mental health professionals*. Arlington : American Psychiatric Publishing Inc. ; 2008. 242 p.
4. Center C, Davis M, Detre T et coll. Confronting depression and suicide in physicians. A consensus statement. *JAMA* 2003 ; 289 : 3161-6.
5. Tyssen R, Rovik JA, Vaglum P et coll. Help-seeking for mental health problems among young physicians; is it the most ill that seeks help? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004 ; 39 (12) : 989-93.
6. Kay M, Michell G, Clavarino A et coll. Doctors as patients: a systemic review of doctors' health access and the barriers they experience. *Br J Gen Pract* 2008 ; 5 : 501-8.
7. Sotile WM, Sotile MO. *The Resilient Physician. Effective Emotional Management for Doctors and Their Medical Organizations*. Chicago : American Medical Association ; 2002. 331 p.
8. Québec. *Loi sur les normes du travail du Québec*. LRQ c. N-1.1, paragraphes 81.18 à 81.20, à jour au 14 mai 2009. Québec : Éditeur officiel du Québec.
9. Commission des normes du travail du Québec. *Guide de sensibilisation à l'intention des employeurs et des salariés*. Québec : La Commission ; 2008. Site Internet : [www.cnt.gouv.qc.ca/fileadmin/pdf/publications/c\\_0246.pdf](http://www.cnt.gouv.qc.ca/fileadmin/pdf/publications/c_0246.pdf) (Date de consultation : le 5 mai 2009).
10. Bureau d'intervention et de prévention en matière de harcèlement. *Je pense être victime*. Montréal : UQÀM. Mise à jour le 12 janvier 2006. Site Internet : [www.harcelement.uqam.ca/victime.php?section=victime](http://www.harcelement.uqam.ca/victime.php?section=victime) (Date de consultation : le 5 mai 2009).
11. College of Physicians and Surgeons of Ontario et Ontario Hospital Association. *Guidebook for managing disruptive physician behaviour*. Toronto : Le CPSO et l'OHA ; avril 2008. Site Internet : [www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/guidelines/office/Disruptive%20Behaviour%20Guidebook.pdf](http://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/guidelines/office/Disruptive%20Behaviour%20Guidebook.pdf) (Date de consultation : le 5 mai 2009).