

**DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE
SOIGNER LES SOIGNANTS**

Mémoire de fin de DIU

Prendre soin de soi pour prendre soin de l'autre

Une proposition d'accompagnement de médecins dans une structure d'entraide

18 Novembre 2016

Présenté par:

Docteur Martine DEKENS

Date de naissance: 17/10/1959

Lieu d'exercice: AMIENS

Directeurs d'enseignement:

-Professeur Eric GALAM

Paris Diderot

-Professeur Jean-Marc SOULAT

Toulouse Rangueil

-Docteur Jean-Jacques ORMIERES

SOMMAIRE

I) Introduction

II) Méthode

2.1) Les outils

2.2) Deux expériences

2.2.1) Médecin du travail dans un service de santé au travail

2.2.2) Médecin effecteur MOTS

III) Synthèse et proposition d'une démarche d'accompagnement

3.1) Quel niveau d'accompagnement

3.2) Auto-évaluation: je respecte mes besoins

3.2.1) Le cadre qui me permet de rester dans le confort

3.2.2) La reconnaissance

3.2.3) Proposition d'un questionnaire d'auto-évaluation

IV) Discussion à propos d'un cas clinique

V) Conclusion

I) Introduction:

Ce mémoire a pour objectif de proposer un modèle d'accompagnement de médecins en difficultés en partant du postulat suivant: « prendre soin de soi pour prendre soin de l'autre » et ceci dans le but de préserver une qualité d'écoute nécessaire à la relation thérapeutique. La question centrale: « qu'est ce que prendre soin de soi dans la relation thérapeutique » a été peu abordée dans la littérature en ce qui concerne l'accompagnement de médecins; l'attention étant centrée sur le médecin accompagné et ses particularités (E.Galam, 2013). Elle apparaît comme essentielle et interroge la congruence du médecin accompagnant face à un soignant en souffrance qui ne s'est pas respecté dans la relation à ses patients. J'explicitierai tout d'abord les concepts d'Analyse Transactionnelle que j'utilise, m'appuierai sur deux expériences de soutien: l'accompagnement de salariés en souffrance au travail en tant que médecin du travail et l'accompagnement de médecins dans l'association MOTS. Riche de ces deux expériences et de cette formation, je partagerai sur le « comment j'ai appris à prendre soin de moi » dans l'accompagnement. Enfin, un cas clinique illustrera cette démarche et prêtera à discussion.

II) Méthode:

2.1) Les outils:

Médecin du travail, face à l'émergence dans les années 2000 des risques psycho-sociaux en entreprise, je cherche des outils afin de donner sens à ce que j'observe tant chez les salariés qu'au sein des entreprises. Je conscientise également que mon positionnement, face à des salariés en souffrance n'est parfois pas adapté, que des situations se compliquent sans que je comprenne bien pourquoi. Je ressens fortement le besoin de soutenir ma pratique. En 2004, lors d'une formation en alcoologie, l'intervenant, Psychiatre, nous parle d'Analyse Transactionnelle (AT) et partage quelques notions sur les concepts de base : positions de vie, états du moi, triangle dramatique, injonctions. Ce que je perçois intuitivement prend sens et je décide alors de me former.

Créée par Eric Berne, l'AT est une théorie de la personnalité et une psychothérapie systématique en vue d'une croissance personnelle et d'un changement personnel. L'AT est une théorie de la personnalité qui montre comment, à partir du concept des états du moi, les gens sont structurés psychologiquement. C'est également une théorie de la communication puisqu'elle fournit une méthode d'analyse des échanges entre les individus, les groupes. Elle est un instrument thérapeutique car étant une méthode d'analyse de la structure de l'individu et de ses échanges, elle permet d'aider les personnes à reconnaître leurs problèmes et à les résoudre. C'est également une méthode contractuelle qui favorise la responsabilité de chacun dans une relation d'égal à égal.

J'exposerai brièvement les concepts d'AT (I.Stewart, V.Joines, 2005) (F.Brécart, L.Hawkes, 2008) tel que je les transmets et détaillerai comment je les utilise au service du médecin accompagné plus particulièrement:

-Les besoins fondamentaux:

Alors que Freud a construit sa théorie du développement à partir des pulsions, Eric Berne élabore une théorie du développement en tenant compte des besoins fondamentaux de la personne: le besoin de structure et le besoin de stimulation, auxquels s'ajoute ensuite le besoin de reconnaissance.

-Besoin de structure: l'être humain ne peut vivre dans le chaos. Il a besoin d'un cadre, d'un contenant qui le rassure et l'aide à gérer ses émotions.

-Besoin de stimulation puis de reconnaissance qui construit et renforce l'estime de soi. Il existe 5 façons d'échanger des signes de reconnaissance: donner, recevoir, refuser, demander et se donner à soi.

Dans le milieu professionnel, le cadre est interrogé par les conditions et l'organisation de travail. La fonction contenante de l'accompagnant aide l'accompagné à contenir son propre psychisme (J.Chami, 2006).

Je questionne le médecin sur le comment il échange des signes de reconnaissance (strokes), selon le schéma ci dessous, en posant la question suivante: « sur une échelle de 0 à 100, à combien estimez vous savoir donner, recevoir...» Je constate fréquemment un déséquilibre dans leur manière d'échanger les strokes: donner beaucoup, pour recevoir peu, se donner peu à soi, ne pas refuser la dévalorisation et demander peu. Un tel système a pour conséquence une carence en signes de reconnaissance qui alimente une mauvaise estime de soi.

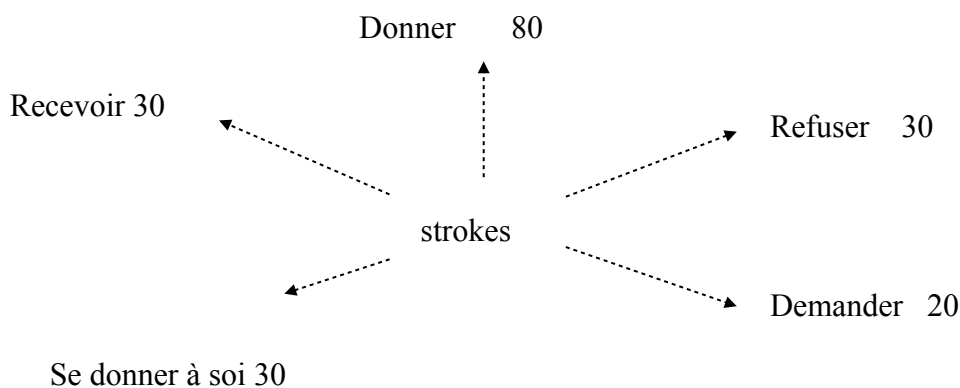


Figure 1: Exemple d'un système d'échange de signes de reconnaissance

-Les états du moi:

Un état du moi est un ensemble cohérent de pensées et de sentiments directement associé à un ensemble correspondant de comportements. Le modèle de Berne indique 3 états du moi: le Parent, l'Adulte et l'Enfant (modèle PAE). On diagnostique l'état du moi selon les pensées, les sentiments exprimés par la personne et les comportements qui en résultent. Si l'individu se comporte, exprime des pensées et des sentiments introjectés à partir des figures parentales, il se trouve dans son état du moi Parent. Si les comportements, les pensées et les sentiments se situent en lien direct avec l'ici et maintenant, il est dans son état du moi Adulte. S'il se comporte, pense et ressent tel qu'il le faisait enfant, il est dans son état du moi Enfant.

Le modèle structural correspond à la personnalité de l'individu, ce qu'il est, comment il est structuré. Le modèle fonctionnel correspond à comment l'individu exprime sa personnalité, comment elle se manifeste à travers des comportements. Les états du moi se représentent ainsi:

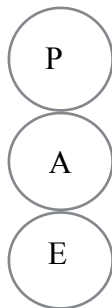


Figure 2: modèle structural

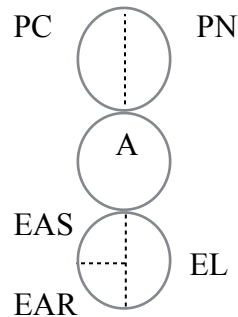


Figure 3: modèle fonctionnel

PC: Parent Critique

PN: Parent Nourricier

A: Adulte

EAS: Enfant Adapté Soumis

EAR: Enfant adapté Rebelle

EL: Enfant libre

Chaque état du moi a un versant positif et un négatif: le PC + est protecteur, le PC- persécuteur. Le PN+ est permissif, le PN - entrave l'autonomie.

Le modèle structural interroge les contaminations: très souvent existe une double contamination de l'A par l'E et par le P.

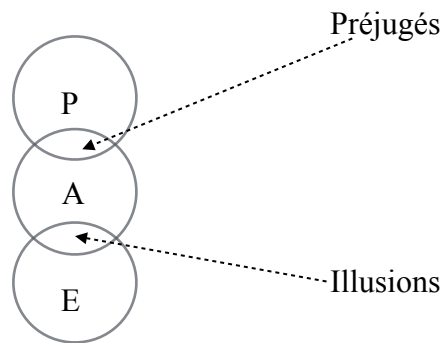


Figure 4: double contamination

Exemples:

Préjugés: « tous les patients sont démunis face à la maladie », « un médecin n'a pas le droit à l'erreur »

Illusions: « je suis tout puissant », « l'autre sait de quoi j'ai besoin »

Le modèle fonctionnel permet de comprendre à partir de quel état du moi la personne entre en relation. Johnson (2009) a décrit 2 types de médecins perfectionnistes: le perfectionniste orienté vers soi qui consiste à se demander à soi même la perfection (PC interne très présent) et celui qui est orienté vers les autres et qui consiste à demander la perfection aux gens qui nous entourent. Ce dernier s'exprimera plus facilement à partir d'un PC négatif (persécuteur) et le premier à partir d'un PN négatif (sauveur); la position étant une position de toute puissance dans les deux cas. Certains présentent une combinaison de ces deux types.

Les positions de vie: une position de vie est l'ensemble des croyances fondamentales qu'une personne a sur elle même et sur les autres et qu'elle

utilise pour justifier des décisions et un comportement. Il existe 4 positions de vie:

(+,+): je suis quelqu'un de bien et les autres sont des gens bien

(-,+): je ne vaud pas grand chose, les autres valent plus que moi

(+,-): personne ne vaut quelque chose et je vaud plus que l'autre

(-,-): nous ne valons pas grand chose, ni moi, ni les autres

Le persécuteur (PC-), comme le sauveur (PN-) ont une position de vie (+,-) , position de toute puissance: l'un dévalorise, l'autre « prend en charge » entravant l'autonomie. Nous avons une position de vie existentielle (psychologique) et différentes positions de vie selon les situations sociales (défensives).

-Le sentiment parasite: le sentiment authentique est en rapport avec l'événement, est justifié et permet d'être actif sur la situation rencontrée. Le sentiment parasite (ou racket), encouragé dans l'enfance, a permis de nous adapter à notre environnement, de le contrôler et d'obtenir des signes de reconnaissance. Il s'est ainsi substitué progressivement au sentiment authentique. Le sentiment parasite est un sentiment répétitif que nous manifestons le plus souvent en situation de stress avec, pour but inconscient, la recherche d'attention, le besoin d'exister et d'être reconnu par les autres. Exemple: dans notre société la colère est réprimée chez la femme et la tristesse encouragée. Face à une situation justifiant la colère (émotion qui permet de mettre des limites à l'autre), la personne exprimera de la tristesse, ce qui ne l'aidera pas à résoudre sa situation mais elle recevra des signes d'attention de son entourage.

-Les jeux psychologiques- Le triangle dramatique de Karpman: Berne définit le jeu comme « une série de transactions complémentaires cachées (sous entendus), qui tendent vers un bénéfice bien défini et prévisible ». Les jeux se jouent au moins à deux et chacun est responsable. Ils sont répétitifs, inconscients, aboutissent au fait que les joueurs éprouvent des

sentimentparasites. Ils comportent un moment de confusion où chacun change de rôle et se terminent par le bénéfice final qui est prévisible bien qu'inconscient: « J'ai bien raison de croire que je suis..., les autres sont... et la vie est... ». Le déroulement d'un jeu est représenté par la formule J de Berne:

Appât (MC) + Point faible = Réponse >>> Coup de théâtre >>> Moment de confusion >>>Bénéfice final

MC: message caché

Point faible: zone vulnérable

Karpman (1968) le représente par un triangle avec 3 positions: victime, sauveur, persécuteur. Les joueurs entrent dans le jeu dans une certaine position et au moment du coup de théâtre changent de rôle sur le triangle: le sauveur devient victime ou persécuteur, la victime persécutrice, et le persécuteur victime

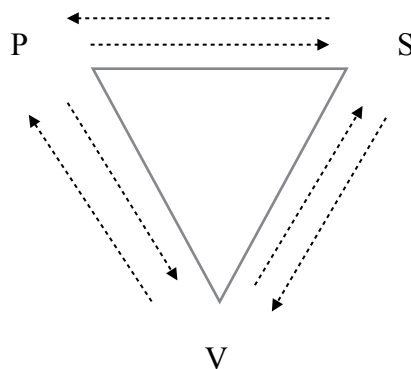


Figure 5: Triangle de Karpman

Nous jouons pour confirmer notre position de vie, nos croyances de scénario* et ainsi l'alimenter. Il nous permet d'éviter l'intimité, d'échanger des signes de reconnaissance bien qu'ils soient négatifs, de répéter le protocole infantile de notre histoire. Il est rassurant car prévisible: j'ai pu observer combien les personnes jouent dans les entreprises quand les besoins fondamentaux (cadre et reconnaissance) ne sont pas respectés.

*Scénario: Plan de vie inconscient élaboré dans la petite enfance sous pression parentale, qui dirige le comportement de l'individu dans les aspects les plus importants de sa vie (E. Berne, 1981)

Le persécuteur est le PC -, le sauveur le PN - et la victime l'EAS. La position du sauveur est fréquente dans les professions d'aide à la personne et en particulier chez les médecins. Afin de vérifier si, dans l'accompagnement, nous sommes en position de sauveur, il est utile de nous poser 4 questions:

-La personne me fait elle une demande ? Combien de fois allons nous vers des options sans qu'aucune demande ait été formulée ?

-Ai je les compétences? Cela fait-il parti de mes missions ? Suis je le ou la mieux placé pour y répondre ?

-L'autre fait il sa part ?

-Ai-je envie d'y répondre? Ceci afin que mes besoins soient respectés ou tout du moins interrogés.

Si je répons NON à une de ces 4 questions: il se peut que je sois dans la position du sauveur avec le risque de finir victime à la fin du jeu.

Enfin, si la personne accumule suffisamment de sentiments négatifs, il est possible qu'elle aboutisse à un suicide, confirmant ainsi une issue de scénario dramatique.

D'autres concepts mériteraient d'être développés: les injonctions, les drivers par exemple. Ceux précédemment cités sont les concepts les plus fréquemment partagés.

2.2) Deux expériences m'ont permis de repérer les facteurs favorisants et les limites des accompagnements. Elles m'ont également appris à identifier et respecter mes besoins

2.2.1) Médecin du travail formé en Analyse Transactionnelle

Après 2 ans de formation en Analyse Transactionnelle et le soutien de mon superviseur, je propose à mon service de santé au travail d'accompagner des salariés sur des suivis de courte durée. Le contrat triangulaire (F.English,

1978) défini entre le service de santé au travail, les salariés et moi-même permet de poser le cadre suivant:

- Les personnes me sont adressées par des collègues. Je me refuse, pour des raisons éthiques, d'accompagner des salariés dont je suis le médecin du travail.

- Un premier entretien avec le salarié pose les bases de notre collaboration:

 - le nombre de séances: 6,

 - la durée: 1h,

 - la périodicité: toutes les 2 semaines,

 - les conditions d'absence et d'arrêt.

L'employeur n'est pas informé de la démarche, sauf à l'initiative du salarié, et les séances se déroulent en dehors des heures de travail dans mon cabinet médical. Ces accompagnements ne sont pas facturés et la prise en charge est assurée dans le cadre des missions d'un service de santé au travail. J'insiste, lors de ce premier entretien, sur la confidentialité tant vis-à-vis de l'employeur que de mes collègues. Les séances sont enregistrées avec l'accord des personnes et supervisées si j'en ressens le besoin. J'aménage mon cabinet pour l'occasion, me positionnant face à mon interlocuteur, sans bureau qui fasse écran, ce qui me permet aussi de quitter la position de médecin du travail.

Ce premier entretien confirme également si un accompagnement de bref durée est envisageable et s'il peut répondre au problème identifié par le salarié. Il m'arrive d'ailleurs, à plusieurs reprises, d'orienter la personne vers un psychologue externe dès ce premier entretien.

Nous définissons ensemble un « contrat d'accompagnement » réalisable dans ce contexte particulier. Il est important dès le départ de clarifier ce qui est possible et ce qui ne sera pas fait, de ne pas accepter une demande de changement irréaliste en un délai si court, de rester dans un cadre professionnel, de vérifier l'existence d'attentes imaginaires.

J'accompagne donc 67 personnes de novembre 2007 à mai 2013. Le constat est le suivant: 34 salariés trouvent des options résolutives, 8 sont ré-orientés vers des psychiatres ou des psychologue dès le début, 2 arrêtent après 1 à

2 entretiens, 15 n'atteignent pas leur objectif d'accompagnement. Dans 8 cas, le résultat est mitigé avec une progression certaine dans la prise de conscience du problème mais sans réel impact sur la situation.

A posteriori, je m'interroge sur les facteurs favorisant et les limites de ces entretiens:

-Le cadre institutionnel: les salariés ont partagé combien ils se sentaient reconnus dans leur souffrance du fait qu'un service de santé au travail propose cet accompagnement.

-L'Analyse Transactionnelle: un outil qui favorise la collaboration
Le contrat établi le plus souvent à la deuxième séance permet de définir les bases de notre collaboration et augure d'un résultat satisfaisant quand le problème est clairement identifié. La transmission de concepts expliqués avec simplicité permet au salarié de s'approprier sa part de responsabilité et de donner sens à ce qu'il vit.

-La qualité du lien thérapeutique: favorisée par la fonction de médecin, le cadre des entretiens (dans le cabinet en face à face), les qualités empathiques du thérapeute qui s'affirment plus ou moins selon les salariés en un temps si court.

A l'inverse, j'ai pu constater que pour ceux qui n'atteignent pas leur objectif, le problème n'est pas identifié clairement, le salarié n'est pas prêt à prendre sa part de responsabilité, demeurant en position de victime. Le contrat est-il trop ambitieux? Il vise des options alors que se donner comme objectif initial l'identification du problème aurait été probablement plus adéquat.

En conclusion, cette expérience m'a permis de mesurer combien il est important de posséder des outils d'aide à la communication, de poser le cadre de l'intervention tant pour l'accompagnant que pour l'accompagné, d'être attentif à la demande, d'identifier où se situe le problème afin d'éviter d'aller trop vite vers des options. La formation m'a aidé également à analyser davantage le processus que le contenu: « qu'est ce que cela veut dire » plutôt que « qu'est ce qui est dit ».

Le cadre en particulier permet de poser les fondations d'une collaboration respectueuse des besoins de chacun: par exemple la durée des entretiens participe au maintien d'un bon niveau d'énergie propice à l'écoute. L'accompagné intègre également le nombre des 6 séances dans sa progression. J'ai pu constater dans les cas les plus favorables l'équivalent « d'un mini plan de traitement » respectant le schéma suivant:

Séance 1: expression des difficultés et des émotions en rapport

Séance 2 et 3 et 4: analyse de la demande et identification du problème

Séance 4 et 5: prise de conscience et intégration

Séance 5 et 6: identification des options

2.2.2) Accompagnement de médecins pour MOTS :

Association loi 1901, MOTS est organisée et gérée par la profession elle-même pour l'ensemble de ses membres, médecins libéraux et salariés et leurs proches, ainsi que les praticiens en formation (www.association-mots.org).

Son objet est de proposer, en toute indépendance et dans le cadre de la plus stricte confidentialité, à tous les médecins en difficulté y compris ceux en formation, une écoute et un accompagnement adapté pour améliorer leur exercice professionnel et les aider à retrouver des conditions favorables à leur épanouissement personnel et professionnel.

Son principal moyen d'action consiste à des consultations d'écoute, d'évaluation et de planification par des médecins compétents en ergonomie et santé au travail (médecins effecteurs MOTS) qui orientent éventuellement le médecin demandeur d'aide et d'accompagnement vers une personne ou une structure ressource, en fonction de sa problématique et avec son accord.

Médecin effecteur pour MOTS depuis décembre 2014, j'ai accompagné à ce jour 25 médecins sur des problématiques diverses. Le plus souvent, il s'agit de médecins en situation de débordement, ne sachant poser de limites à leur patients, en difficultés relationnelles avec leur environnement professionnel, en souffrance après une plainte de patient, en difficultés financières. Les médecins sont bien sûr tous différents. Cependant certaines caractéristiques se

retrouvent plus fréquemment chez eux que dans la population générale (Johnson, 2009). Le perfectionnisme est un trait de personnalité très répandu chez les médecins. Il serait une façon de réagir à une faible estime de soi en lien avec des injonctions parentales. Il est valorisé par la société, renforcé par les études médicales et le fait de devoir exercer une médecine exemplaire sous peine de poursuites. Myers et Gabbard (2008) parlent de triade compulsive qui associe doute chronique, sentiment de culpabilité et sens exagéré des responsabilités.

La procédure est la suivante: le médecin demandeur appelle un numéro unique et la secrétaire de MOTS prend les renseignements qui seront transmis au médecin effecteur de la région (identité, âge, statut, coordonnées, horaires de contact possibles). L'accompagnement est de durée variable selon la problématique. Le cadre est souple et variable selon le médecin effecteur et l'accompagnement vise à apporter écoute, soutien et orientation vers des ressources externes. Aide, soutien et supervisions sont apportées par la psychiatre de l'association en cas de besoin.

Le premier contact avec le médecin: il est parfois difficile à organiser; le médecin n'étant pas souvent joignable aux horaires qu'il a pourtant communiqué. Même joignable, il lui arrive de se montrer débordé et peu disponible. Afin de garder une bonne qualité d'échange, j'ai fait le choix d'adresser en première intention un mail dès que la secrétaire me transmet la demande afin de prévoir un premier entretien téléphonique respectant nos emplois du temps respectifs. Je n'ai, à ce jour, pas été confrontée à une situation d'urgence nécessitant un appel immédiat. Le plus souvent le médecin répond dans les heures qui suivent. Dans le cas contraire, après 24h, j'appelle aux horaires précédemment transmis.

Lors de ce premier entretien, je pose le cadre: présentation et missions de MOTS ce qui permet d'éviter des attentes imaginaires et d'éventuelles frustrations: suivi de longue durée, aide financière par l'association... et adresse au médecin le guide d'auto-évaluation de l'association qui pourra nous servir de support pour la suite. Le médecin expose ses difficultés et nous

identifions ensemble son problème et la demande d'aide en rapport. Nous posons également les conditions de notre collaboration: entretien en présence à mon cabinet ou au téléphone. Je ne me déplace que très peu afin de préserver mon confort et si la situation le justifie: empêchement physique du médecin, étude ergonomique du cabinet...La durée des entretiens est de 1h au téléphone et 1h30 en présence si le médecin se déplace. Nous prévoyons l'entretien suivant, à 2 semaines en général, ou bien le médecin me re-contacte selon le besoin. La durée du suivi est variable selon la problématique et n'a pas excédé 6h à ce jour.

Comme précédemment, l'AT s'avère un outil intéressant à partager avec les médecins permettant de conscientiser leur part de responsabilité. D'un point de vue technique, elle me permet d'identifier les processus mis en oeuvre par le médecin, moi-même et dans notre relation.

La structure d'entraide aide aussi à ce que les médecins se sentent reconnus par leurs pairs, sans crainte du jugement et en toute confidentialité. Ainsi cadre et reconnaissance (les besoins fondamentaux) sont respectés de part et d'autre.

III) Synthèse et proposition d'une démarche d'accompagnement:

Ce parcours tant professionnel que personnel m'a permis de m'interroger dans le but de définir un modèle d'accompagnement respectueux de mon confort et favorable à notre collaboration. Ce modèle sera variable selon le médecin accompagnant et ré-interrogé régulièrement car susceptible d'évoluer dans le temps. Je n'aborderai pas le thème de l'hygiène de vie pour me centrer sur la qualité de la relation thérapeutique. Il s'agira donc plus d'une série de questions à se poser pour définir ce que sera le type d'accompagnement spécifique à chaque médecin accompagnant.

3.1) Quel niveau d'accompagnement?: «prise en charge» ou « accompagnement » en référence aux niveaux d'accompagnement de Loomis (1982). Le niveau 1 se rencontre en cas de risque suicidaire et quand nous décidons dans l'Adulte et non dans le sauveur d'accompagner un médecin vers des ressources extérieures au lieu de simplement l'orienter. Il s'agit donc d'une prise en charge et nous nous questionnons pour confirmer que le médecin n'a momentanément plus les ressources pour faire face à la situation. Sinon, en position de sauveur, nous risquons d'alimenter des jeux, nous retrouvant l'un et l'autre en situation inconfortable.

Nous nous situons le plus souvent entre le niveau 2 (contrôle social) visant à corriger un déséquilibre temporaire réactivant des décisions scénariques, et le niveau 3 (changement relationnel) visant à assouplir les relations sociales.

Niveau et type de contrat	Objet des interventions	Techniques d'accompagnement
1: Contrat de prise en charge	Eviter les jeux, les sentiments parasites et les bénéfices de scénario	Protection, soins médicaux Orientation vers des ressources externes
2: Contrôle social	Usage de l'Adulte pour résoudre les problèmes Décontamination de l'adulte, structuration du temps, signes de reconnaissance	Analyse des états du Moi Interventions pratiques orientées vers la solution du problème
3: Changement relationnel (assouplir les relations sociales)	Conscience des schémas relationnels et de leur répétitivité	Analyse des transactions et des jeux, des sentiments parasites

Tableau librement inspiré de l'article de M.Loomis : contrats et niveaux de changement, Les classiques de l'Analyse Transactionnelle , volume 4.

Les interventions et techniques d'accompagnement permettent principalement un travail de décontamination de l'A. Nous nous appuyons sur l'analyse des états du moi, des transactions, des jeux et des sentiments parasites. Nous identifions parfois des schémas relationnels répétitifs ainsi que des situations traumatiques anciennes ayant un impact sur la situation actuelle et donc importantes à conscientiser mais sans aller au-delà. Le niveau 4 non repris dans le tableau (contrat de changement structural) est un contrat de thérapie qui ne trouve pas sa place ici.

3.2) Auto évaluation: je respecte mes besoins:

3.2.1) Le cadre qui me permet de rester dans le confort:

Il est variable d'un médecin à l'autre et à ré-interroger pour le même médecin: ainsi, avoir un téléphone dédié à MOTS m'a semblé essentiel au début de mon activité et visait à me rassurer car je craignais d'être envahie. Il me semble moins important actuellement car les médecins que j'ai rencontré ont toujours été respectueux de mon espace.

-Un contrat clairement défini avec l'association: rémunération, missions.

-Avoir un téléphone mobile dédié au professionnel,

- Limiter mes déplacements: certains de mes confrères considèrent qu'aller rencontrer le médecin à son cabinet ou à son domicile est un facteur aidant dans la relation.

- Programmer les entretiens qui n'excèdent pas 1h et 1h30 quand le médecin se déplace, à des moments choisis où je serai pleinement disponible,

- Poser avec clarté les bases de notre collaboration: ce que l'accompagnement permet et ce qu'il ne permet pas également, identifier le problème parfois différent de la demande et aider le médecin à prendre la responsabilité de sa demande,

- Situer le niveau d'accompagnement (de 1 à 3),

- Continuer de me questionner sur mes interventions en particulier quand j'ai le sentiment de devoir être dans l'action et plus suffisamment "centrée" sur moi,

- Vérifier si mon positionnement est adapté et identifier comment le médecin vient, en lien avec sa problématique, me questionner dans mon système (J.Chami, 2006). Avoir conscience qu'il existe des processus parallèles, par exemple: être débordé alors que le médecin est en situation de débordement lui-même.

3.2.2) la reconnaissance:

- Savoir demander du soutien à mes collègues, à la conseillère technique de l'association,

- Comment je me sens reconnue au sein de l'association et mettre des mots dans le cas contraire. reconnaissance de mes pairs, des institutions,

- Reconnaissance des médecins accompagnés: accepter les retours positifs et les critiques négatives quand elles sont justes et constructives,

- Me reconnaître dans ma capacité à accompagner et y prendre plaisir

3.2.3) Proposition d'un questionnaire d'autoévaluation: En résumé, 13 questions à se poser

- Quel contrat avec l'association?

- Ai-je besoin d'un téléphone dédié à l'accompagnement ?

- Est ce que j'accepte de me déplacer et si oui dans quelles circonstances ?
- Est ce que mes entretiens sont programmés en accord avec le médecin ?
- Ai-je expliqué au médecin le cadre dans lequel j'interviens ?
- La durée des entretiens est-elle définie ?
- Ai-je analysé la demande ? Ai-je identifié le problème ?
- Quel niveau d'accompagnement ?
- Mes interventions sont-elles en lien avec la demande et/ou le problème identifié ?
- Suis-je à l'écoute de mon contre-transfert ?
- Est ce que je sais aller chercher du soutien ?
- Est ce que je me sens reconnue? par l'association
par le médecin accompagné
- Est-ce que je prends plaisir à accompagner ce médecin ?

IV) Discussion: à propos d'un cas clinique :

J'illustrerai ma démarche à partir d'un cas clinique qui prêterà à discussion.

Le cas clinique a été supprimé sur cette version publique afin de respecter le médecin accompagné.

V) Conclusion:

Un accompagnement est avant tout une rencontre entre deux personnes. Il appartient au médecin accompagnant de favoriser un environnement propice à cette collaboration. Il est essentiel pour tout être humain que les besoins fondamentaux, cadre et reconnaissance, soient reconnus et respectés. Ce constat est particulièrement vrai lorsque nous nous adressons à des médecins en souffrance.

« Prendre soin de soi dans la relation pour prendre soin de l'autre »: ce travail a pour objectif d'inviter le médecin accompagnant à s'interroger sur différents aspects de son accompagnement tout au long de son activité professionnelle. Prendre soin de soi contribue à rester dans le confort et est également modélisant pour le médecin accompagné qui s'est très souvent oublié dans la relation à ses patients, privilégiant les besoins de l'autre au détriment des siens.

Des outils d'aide à la communication, d'analyse des processus, concourent à la qualité de la relation thérapeutique et participent à la conscientisation, par le médecin accompagné et le médecin accompagnant, du système de croyances et des schémas relationnels répétitifs limitants.

Formation, partage des outils et respect des besoins favorisent, pour chaque partenaire, la mobilisation de ressources nécessaires à la résolution du problème amené par le médecin.

Ce modèle n'est qu'une proposition: il s'inscrit dans une dynamique car il appartient à chaque accompagnant d'identifier ses propres questions et de continuer à s'interroger tout au long de sa pratique, de déterminer les outils qui seront un soutien dans l'analyse des situations et ceci dans le respect de la personne et du professionnel qu'il est et en « advenir ».

BIBLIOGRAPHIE:

Eric Galam: Soigner les médecins malades, 1ère partie, un patient (pas tout à fait) comme les autres, vie professionnelle, novembre 2013.

Ian Stewart, Vann Joines: Manuel d'analyse transactionnelle, Inter éditions, 2005.

France Brécart, Laurie Hawkes: Le grand livre de l'analyse transactionnelle, Ed Eyrolles, 2008.

Jean Chami: « La personnalité professionnelle » interrogée dans les dispositifs d'analyse de pratique, connexions 2/2006, N° 86, p67-83.

URL: [www.cairn.info/revue-connexions-2006-2 page67.htm](http://www.cairn.info/revue-connexions-2006-2_page67.htm)

Claude Johnson: Les périls du perfectionnisme, le médecin du Québec, Vol 44, N° 9, septembre 2009.

Stephan B Karpman: Fairy tales and script drama analysis, Transactionnel Analysis Bulletin, 7 (26), 39-43, 1968.

Eric Berne: Que dites vous après avoir dit bonjour, Editions Tchou, 1981.

Fanita English: Le contrat triangulaire, AAT, 8 , p 169 -170, 1978.

www.association-mots.org

M.F Myers, G.O Gabare: The physician as patient, a clinical handbook for mental health professionals, Arlington, American Psychiatric Publishing, p 242, 2008.

Maxime Loomis: Contrats et niveaux de changement, les classiques de l'analyse transactionnelle, Vol 4, p 173-178, traduit du Transactionnel Analysis Journal, XII, 1 p 51-55 « contracting for change », janvier 1982.

RESUME

« Prendre soin de soi pour prendre soin de l'autre » ce mémoire propose d'aider le "médecin accompagnant" de médecins en difficulté à s'inscrire dans une dynamique d'accompagnement respectueuse des besoins de chacun et favorable à la qualité de la relation thérapeutique. Il est le témoignage d'un développement tant personnel que professionnel et s'appuie sur des outils d'aide à la communication et des expériences d'accompagnement de personnes en souffrance.

« Taking care of yourself to take care of each other » this memory offers to help "accompanying doctor" of doctors in difficulty to fit into a dynamic accompanying respectful of each person needs and favorable towards quality of the therapeutic relationship. It is the record of a personal development as much as professional and it relies on help communication tools and accompanying experiments on suffering people.

Mots clés: médecin en difficulté, médecin accompagnant, dynamique relationnelle, analyse transactionnelle.