



HAL
open science

Apports d'une initiation au groupe Balint dans la formation à la relation médecin-patient des étudiants en SASPAS en DES de Médecine Générale. Étude qualitative par entretien semi-directif

Émilie Gourrin

► **To cite this version:**

Émilie Gourrin. Apports d'une initiation au groupe Balint dans la formation à la relation médecin-patient des étudiants en SASPAS en DES de Médecine Générale. Étude qualitative par entretien semi-directif. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01017336

HAL Id: dumas-01017336

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01017336>

Submitted on 2 Jul 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

ANNEE 2014

N°45

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR en MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Madame GOURRIN Emilie
Née le 01/05/1985 à Bordeaux
Le 20/05/2014

**« Apports d'une initiation au groupe Balint dans la formation à la
relation médecin-patient des étudiants en SASPAS en DES de Médecine
Générale »**

Etude qualitative par entretien semi-directif

Jury

Mr le Professeur Jean-Louis DEMEAUX, Président du jury
Mr le Docteur François PETREGNE, Directeur de thèse
Mr le Docteur William DURIEUX, Rapporteur de thèse
Mr le Docteur Jean-Philippe JOSEPH, Membre du jury
Mme le Docteur Régine TORTES SAINT JAMMES, Membre du jury

Remerciements

À Mr le Pr Jean-Louis Demeaux,
Vous me faites l'honneur de présider ce jury,
Soyez assuré de ma reconnaissance et de ma profonde gratitude.

À Mr le Dr Jean-Philippe Joseph,
Vous avez accepté de juger ce travail,
Veuillez accepter l'expression de ma respectueuse considération.

À Mr le Dr William Durieux,
Vous avez accepté d'être le rapporteur de cette thèse et de faire partie du jury,
Veuillez accepter l'expression de mes sincères remerciements.

À Mr Le Dr François Petregne, mon directeur de thèse,
Avec les membres du Département de Médecine Générale vous avez donné la possibilité à des étudiants de médecine générale en fin de cursus de s'initier à la méthode des groupes Balint dans des conditions remarquables et vous m'avez fait confiance pour mener à bien ce travail de recherche.
Vos remarques pertinentes, vos qualités d'enseignant et de chercheur ainsi que vos conseils précieux m'ont guidé tout au long de ce parcours.
Recevez donc l'expression de ma plus sincère reconnaissance.

Aux deux leaders accrédités de la Société Médicale Balint qui ont animé ce groupe, Mr le Dr Pierre-Antoine René et vous Mme le Dr Régine Tortes Saint Jammes, qui avait accepté de faire partie de ce jury.
Pour votre engagement inconditionnel dans cette aventure de promotion des groupes Balint auprès des étudiants en médecine générale.
Pour la richesse professionnelle et personnelle que vous nous avez transmise durant cette initiation.
Veuillez accepter l'expression de mes plus vifs remerciements.

À toutes les participantes de cette initiation au groupe Balint,
Vous avez accepté en toute confiance de participer à ce travail de recherche et sans vous cela n'aurait pas été possible.
Pour l'honnêteté de vos réponses qui ont fait la richesse et la qualité de ce travail de thèse.
Pour tout ce que nous avons pu partager dans l'intimité collégiale de cette initiation au groupe Balint.
À toutes, un grand MERCI !

À mes professeurs, Mr le Dr François Lifermann, chef de service de médecine interne à Dax, et Mme le Pr Maité Longy-Boursier, chef de service de médecine interne à l'Hôpital Saint-André de Bordeaux,
Vous m'avez accueilli, jeune interne, dans votre service et m'avez enseigné la rigueur de la démarche scientifique et la passion pour la médecine.
Soyez assurés de ma reconnaissance et de ma profonde gratitude.

À mes maîtres de stage de médecine générale,
Mrs les Dr Albert Lion et Guy Lalanne, vous m'avez accueilli dans votre cabinet tel des « pères » et fait confiance pour participer à soigner vos patients.
Mr le Dr Bruno Boutges, pour ces heures passées assises à vos côtés à vous regarder prendre en considération la souffrance morale de vos patients. A ces longues discussions que nous avons eu ensemble où vous aviez tout compris sans jamais le dire.
Mrs les Dr Jean-Louis Demeaux et Jean-Philippe Joseph, pour ces discussions de « débriefing post-consultation » où le relationnel avec le patient avait autant de place que la démarche médicale.
Et Mr le Dr Christophe Adam, pour m'avoir permis d'être confronté à une souffrance que je ne connaissais pas encore, la souffrance sociale.
A tous, soyez assurés de ma reconnaissance et de ma profonde gratitude.

À mon père, le Dr Dominique Gourrin, à qui je dédie cette thèse,
Qui n'est malheureusement plus parmi nous mais qui sera présent avec moi, je le crois sincèrement, durant toute cette journée qui clôture ces neuf années d'études et plus.
A lui, qui depuis ma naissance a été à chaque moment présent pour m'apporter son indéfectible soutien et réassurance à travers son regard protecteur et encourageant.
Saches que tu fais et feras toujours partie de ma vie et que c'est à toi que je dois ce que je suis.

À ma mère, Mme Joëlle Gourrin née Dutilly,
Qui a fait le bonheur de ses enfants en faisant le choix de se consacrer entièrement à eux.
Merci pour ton temps et ton amour et merci pour ta patience lorsque pendant ma première année de médecine, tu me faisais réciter par cœur tous les samedis matin mes cours d'anatomie.
J'espère pouvoir continuer longtemps à venir te retrouver à la maison ces jours où mes remplacements me ramènent près de chez nous.

À mes deux sœurs, Nathalie et Laure, et à mon frère, Mickaël,
Pour vos encouragements dans la poursuite et surtout la finalisation de cette thèse.
Merci pour la jolie et heureuse famille que nous formons avec les conjoints et neveux et nièces.

À ma marraine, Céline, et mes deux parrains, André et Robert,
Qui me guident dans la vie et sont toujours présents dans les moments importants.

À ma meilleure amie, Julie,
Pour ton écoute et ton soutien.
Pour ces bonnes soirées « rien qu'entre filles » qui nous font tant de bien.

À toi Philippe, mon chéri,
Pour tous les bons moments qu'on a passés ensemble, et surtout, pour tous les beaux moments qui sont à venir...

Abréviations

CHU : Centre Hospitalo -Universitaire

CGEA : Collège des Généralistes Enseignant d'Aquitaine

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CPL : Commission Pédagogique Locale

DCEM : Deuxième Cycle des Etudes Médicales

DES : Diplôme d'Etude Spécialisée

DMG : Département de Médecine Générale

DPC : Développement professionnel Continu

EBM : Evidence-Based Médecine

ECN : Examen Classant National

ED : Etude Dirigée

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

FIB : Fédération Internationale Balint

GEAPI : Groupe d'Echanges et d'Analyses des Pratiques pour les Internes

HAS : Haute Autorité de Santé

PCEM : Premier Cycle des Etudes Médicales

RSCA : Récit de Situations Complexes et Authentiques

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SMB : Société Médicale Balint

TCEM : Troisième Cycle des Etudes Médicales

UFR : Unité de Formation et de Recherche

Table des matières

| | |
|--|----|
| I- Introduction | 9 |
| II- Contexte général..... | 11 |
| A- La relation médecin-patient, un enjeu central dans la pratique médicale..... | 11 |
| B- Les formations universitaires à la relation médecin-patient..... | 14 |
| 1- Les méthodes d'enseignement aux premiers et deuxièmes cycles des études médicales..... | 14 |
| 2- Les méthodes d'enseignement spécifiques au troisième cycle dans le DES de Médecine Générale | 15 |
| 3- Les méthodes d'enseignement en groupe | 18 |
| C- Les groupes Balint | 21 |
| 1- Mickael Balint, Biographie..... | 21 |
| 2- Son œuvre | 22 |
| 3- Les concepts « Balintiens » | 24 |
| 4- Les groupes Balint de nos jours..... | 29 |
| 5- Les groupes Balint pour étudiants | 33 |
| III- La question de recherche | 37 |
| A- La problématique | 37 |
| B- Le projet d'une initiation au groupe Balint pour étudiants de médecine générale sur Bordeaux..... | 37 |
| C- Les objectifs de l'étude..... | 38 |
| IV- Matériel et Méthode..... | 39 |
| A- Présentation et choix de la méthode | 39 |
| 1- La recherche qualitative..... | 39 |
| 2- Les entretiens semi-dirigés | 40 |
| 3- Synthèse..... | 40 |
| B- Matériel..... | 41 |
| 1- Le projet d'étude..... | 41 |
| 2- Une formation à la recherche qualitative..... | 41 |
| 3- Les grilles d'entretien | 41 |
| 4- Contact avec les participants | 42 |
| 5- Recueil des données..... | 42 |
| 6- Déroulement des entretiens | 43 |
| 7- Traitements des données..... | 43 |

| | |
|--|----|
| V- Résultats | 45 |
| A- Mise en place des séances | 45 |
| 1- Création de l'initiation..... | 45 |
| 2- Présentation de l'initiation..... | 48 |
| 3- Caractéristiques des participants | 49 |
| 4- Motivation à participer à l'initiation..... | 51 |
| 5- Attentes des participantes | 53 |
| 6- Appréhensions des participantes | 54 |
| B- Organisation des séances | 55 |
| 1- Disposition du groupe lors des séances | 55 |
| 2- Nombre et fréquence des séances | 56 |
| 3- Rôle des leaders | 57 |
| 4- Rôle de l'enseignant | 58 |
| C- Fonctionnement des séances..... | 60 |
| 1- La Première séance | 60 |
| 2- Les autres séances : déroulement général et caractéristiques du groupe..... | 64 |
| 3- Vécu de l'approche des leaders | 66 |
| 4- Vécu de l'approche de l'enseignant..... | 68 |
| D- Présentation des cas et implication des participantes | 70 |
| 1- Prise de décision dans le choix des cas présentés..... | 70 |
| 2- Problématiques abordées lors des séances..... | 71 |
| 3- Particularités de la présentation orale d'un cas | 74 |
| 4- Les silences annonciateurs..... | 76 |
| 5- Opposition Script/Balint | 77 |
| 6- Et pour celles qui n'ont pas présenté de cas...l'écoute active..... | 78 |
| E- Apports du Balint, au-delà du savoir | 81 |
| 1- Ce que permet le cadre du balint | 81 |
| 2- Amélioration du Savoir-être | 85 |
| 3- Amélioration du Savoir-écouter | 88 |
| 4- Amélioration des pratiques et du Savoir-faire | 89 |
| F- Place du Balint dans le DES de Médecine Générale..... | 92 |
| G- Bilan de l'initiation | 95 |
| 1- Points forts et points faibles des séances | 95 |

| | | |
|-----|---|-----|
| 2- | Eléments à modifier ou à améliorer..... | 97 |
| H- | Et après l'initiation...Envie de poursuivre l'expérience Balint ?..... | 99 |
| I- | Et les leaders-enseignant qu'en pensent-ils ?..... | 101 |
| VI- | Discussion..... | 106 |
| A- | Limites et biais de l'étude..... | 106 |
| B- | Mise en place d'une initiation au groupe Balint dédiée à des internes de Médecine Générale en dernier semestre et en SASPAS | 108 |
| 1- | Place de l'initiation au groupe Balint dans la formation initiale à la relation médecin-patient..... | 108 |
| 2- | Le choix d'étudiant en dernier semestre et en SASPAS | 109 |
| 3- | Une initiation, pas un vrai groupe Balint ?..... | 110 |
| 4- | Pourquoi ces difficultés à créer un groupe de taille suffisante ?..... | 114 |
| 5- | Les motivations et attentes des étudiants à intégrer une initiation au groupe Balint 114 | |
| C- | Organisation et Fonctionnement d'une initiation au groupe Balint dans le cadre d'un stage en SASPAS pour internes en DES de Médecine Générale. | 116 |
| 1- | Organisation des séances | 116 |
| 2- | Fonctionnement des séances..... | 117 |
| D- | Apports d'une initiation au groupe Balint dans la formation à la relation médecin-patient au cours du DES de Médecine Générale. | 121 |
| 1- | Questionner ses identifications professionnelles..... | 121 |
| 2- | Promouvoir satisfaction et qualité de vie professionnelle | 123 |
| 3- | Prévenir le surmenage professionnel..... | 123 |
| 4- | Améliorer les compétences relationnelles | 125 |
| E- | Apport de l'expertise psychanalytique dans l'étude de la relation médecin-patient et dans l'étude de la vie d'un groupe..... | 130 |
| 1- | L'expertise du groupe et l'analyse de la relation médecin-patient..... | 130 |
| 2- | Les leaders : faire avancer le groupe sans le devancer | 132 |
| 3- | Une initiation Balint n'est pas une psychothérapie de groupe | 133 |
| F- | Perspectives..... | 134 |
| 1- | Devenir des étudiants en groupe Balint..... | 134 |
| 2- | La suite : une 2ème initiation déjà réalisée..... | 136 |
| 3- | Perspectives personnelles | 137 |
| G- | Propositions pédagogiques | 138 |
| H- | Propositions de recherche..... | 139 |

| | |
|---|-----|
| VII- Conclusion..... | 140 |
| VIII- Références..... | 141 |
| IX- Annexes | 149 |
| A- Les grilles d'entretien | 149 |
| 1- Grille d'entretien à destination des internes du groupe Balint | 149 |
| 2- Grille d'entretien à destination des leaders du groupe Balint..... | 152 |
| 3- Grille d'entretien à destination de l'enseignant du DMG..... | 154 |
| B- Sélection de deux verbatim..... | 156 |
| 1- Entretien n°3 : « Cécile»..... | 156 |
| 2- Entretien n°9 : « Django » | 168 |
| C- Serment Médical..... | 185 |

I- Introduction

L'enseignement de la Médecine Générale a beaucoup évolué ces trente dernières années. En effet, il n'y a encore pas si longtemps, l'enseignement de la Médecine Générale était marginalisé au profit de celui des spécialités médicales. Il était dispensé par des médecins hospitaliers qui ne la pratiquaient pas, dans une démarche diagnostique et thérapeutique de soins tertiaires. Les étudiants apprenaient leur futur métier « sur le tas », au cours de remplacements voire lors de leurs installations, faute d'une formation approfondie. Mais son enseignement s'est, progressivement et profondément, restructuré depuis la création en France, en 1983, du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). En effet, le Collège National des Généralistes Enseignants œuvre pour que la médecine générale soit authentifiée comme une discipline scientifique avec un statut universitaire et sa contribution a été essentielle dans la mise en place de la Filière Universitaire de Médecine Générale [1].

Depuis le milieu du 20^{ème} siècle et l'évolution des connaissances médicales, l'enseignement de la médecine donne une large part au savoir biomédical et à la médecine fondée sur des preuves (concept de l'Evidence-Based Médecine (EBM)). La part dédiée à l'enseignement de la relation médecin-patient est peu développé.

Hors la médecine repose sur la rencontre singulière entre un médecin et un patient, où le patient n'est pas seulement à la recherche d'un savoir scientifique mais également d'une écoute et d'une prise en charge globale. Chaque soignant y répond à sa manière et cette manière dépend de sa personnalité et de son expérience acquise pendant les études médicales. Mais derrière cette relation de soin, propre à chacun et variable d'un patient à l'autre, il y a toujours son lot de questionnements, d'émotions, d'attirances et de répulsions.

Mickaël Balint, a été l'un des premiers au milieu du 20^{ème} siècle à s'en apercevoir et à créer, face à ce constat de « déshumanisation » progressive de la médecine, une méthode de formation innovante dédiée aux médecins généralistes. Cette méthode, appelée groupe Balint, s'est depuis largement répandue dans le monde et en France et s'est également développée auprès de la population étudiante en médecine.

Elle a pour objectif de permettre d'analyser les implications affectives et émotionnelles qui s'inscrivent consciemment et inconsciemment chez le praticien dans sa relation de travail avec les patients, et d'autre part, de rechercher de quelles ressources personnelles ou professionnelles, il dispose pour s'en occuper et y faire face.

Elle apporte une réponse originale en envisageant une médecine de la personne globale, grâce à la création d'un pont entre la psychanalyse et la médecine.

De ce fait, de nombreuses universités françaises ont mise en place des initiations au groupe Balint pour étudiants mais cela n'avait jamais été réalisé sur l'université Victor Segalen de Bordeaux.

En 2012, le Département de Médecine Générale (DMG) de Bordeaux a organisé la création d'une initiation au groupe Balint pour des internes en dernier semestre et réalisant leurs « Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé » (SASPAS).

J'ai moi-même participé à cette initiation et c'est tout naturellement que l'enseignant coordinateur du projet, le Dr Petregne, a proposé de réaliser cette thèse à l'un des participants

afin d'en connaître l'impact sur les étudiants et son apport sur l'enseignement de la relation médecin-patient.

Nous développerons de façon plus approfondie, dans une **première partie contexte général**, les enjeux de la relation médecin-patient et son enseignement actuel dans les universités françaises.

Puis nous évoquerons la biographie de Michael Balint, ainsi que son œuvre et la mise en place des premiers groupes Balint.

Ensuite, dans une **deuxième partie question de recherche**, nous expliquerons la problématique et la démarche de la mise en place du projet ainsi que les objectifs de ce travail de recherche.

La troisième partie portera sur la méthode et le matériel.

L'originalité de ce travail de recherche repose sur sa méthode et son outil d'analyse des résultats.

En effet, nous avons utilisé, pour répondre à la question de recherche, une méthode d'étude qualitative par entretien semi-dirigé, ce qui est relativement peu courant dans les travaux de recherche médicale.

De plus, des entretiens n'ont pas été seulement réalisés auprès des étudiants participants mais aussi auprès des leaders et de l'enseignant coordinateur, ce qui n'avait jamais été fait auparavant.

Finalement, les entretiens ont été analysés avec un outil informatique, le logiciel Nvivo9®, permettant un gain de puissance des résultats.

La quatrième partie résultat concerne l'évaluation de l'initiation au groupe Balint réalisée sur l'université de Bordeaux.

Dans la **cinquième partie discussion**, nous nous appuyerons sur une revue de littérature, afin de proposer une synthèse des apports d'une initiation au groupe Balint dans la formation à la relation médecin-patient des étudiants en médecine générale, afin de mettre en évidence à quel type de contribution les groupes Balint peuvent prétendre dans le « savoir-être » et le « savoir-faire » des internes.

Nous finirons par quelques propositions pédagogiques pour les prochaines sessions.

II- Contexte général

A- La relation médecin-patient, un enjeu central dans la pratique médicale

Guérir jamais...Soulager parfois...Consoler toujours...

L'Art médical est un art de l'accompagnement avant d'être un art du soin.

En effet, la rencontre du médecin et d'un patient forme un « colloque singulier ». Il s'agit de la rencontre entre deux individus, le médecin et le patient, dans le but d'une relation d'aide et d'échange, librement consentie et en théorie neutre et bienveillante. Elle repose sur une confiance et une écoute mutuelle.

Mais cette relation particulière a évolué au fil du temps.

La relation Hippocratique

C'est traditionnellement ce que l'on pourrait nommer le « modèle paternaliste ».

En effet, elle se définit comme la « rencontre d'une conscience et d'une confiance » car il s'agit avant tout d'une relation asymétrique.

Dans ce modèle, le médecin se positionne comme étant celui qui a le savoir. Il se voit comme le gardien de l'intérêt du patient. Il prend les décisions pour lui, en respectant simplement un principe de bienfaisance que l'on peut définir par :

- le devoir de ne pas nuire (serment d'Hippocrate)
- le devoir de prévenir le mal ou la souffrance
- le devoir de faire le bien ou de promouvoir le bien

Il dicte au patient ce qu'il doit faire. C'est lui qui prend les décisions en son âme et conscience, pour le plus grand bien de celui qui s'en remet à lui.

Le patient, quant à lui, est perçu comme n'étant plus une personne raisonnable, capable de comprendre sa maladie ou de décider pour lui-même de la manière dont il veut vivre ou mourir. Le patient fait confiance à son médecin et remet sa santé entre ses mains.

Ce type de relation, connue depuis Hippocrate, débouche alors sur une régression du malade qui abandonne la gestion de sa vie à son médecin [2].

La relation contractuelle

Au cours du 20^{ème} siècle, l'on constate que la médecine, initialement générale, se spécialise petit à petit. Avec notamment la loi Debré de 1958, à l'origine de la création des Centres Hospitalo-universitaires (CHU), puis la réforme des spécialités médicales dans les années 80's, on a privilégié une approche technique du patient au détriment d'une approche clinique. Les soins de santé primaire ont été dévalorisés au profit des soins secondaires et tertiaires et la

Médecine Générale s'est progressivement marginalisé en dehors des universités, se réduisant à une simple activité de soins sans enseignement spécifique, ni recherche [1].

Insidieusement, le médecin a perdu, en quelque sorte, son « pouvoir » auprès du patient, qui est alors reconnu comme une personne à part entière détenant une partie de l'information médicale. Il devient son conseiller de santé et son avocat face à un système collectif de soins qui a ses propres règles et ses propres contraintes. C'est à la fois le médecin de l'individu, lié à son patient par l'indéfectible secret professionnel, le médecin de la famille et le médecin de la communauté [2].

La dérive consumériste

C'est l'aspect commercial de la médecine où la consommation de soins est présentée comme un droit acquis. L'organisation du système de soins français repose sur un modèle économique du paiement à l'acte. Cette évolution consumériste de la médecine est donc d'une certaine façon dans la logique de notre système économique mais elle n'est sans doute pas le gage d'une optimisation de l'utilisation de notre système de soins [2].

Le constat actuel

La relation médecin-patient est le socle de l'exercice de la médecine générale comme le souligne les représentants européens de la spécialité de médecine générale et de la médecine de famille lors du congrès de la WONCA EUROPE (World Organisation of family doctors) en 2002 :

« Les médecins généralistes-médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients » [3].

Si l'entretien centré sur la maladie paraît approprié dans les contextes d'urgences par ces questions fermées orientées vers la symptomatologie et la pathologie, il engendre une certaine passivité du patient et reconduit implicitement une approche paternaliste, technique et biomédicale.

En effet, le modèle biomédical renforce la croyance sans discernement, envers les examens complémentaires médicaux. Les patients sont alors dans l'attente d'un savoir scientifique et technique qui laisse en profondeur les craintes véritables. L'absence de réponse face à l'anxiété produite par la maladie augmente de façon iatrogène la sensation de malaise et conduit à un mésusage de la dispense de soin. Les patients perdent, peu à peu, confiance en

leur capacité personnelle à assumer et comprendre leur maladie et la conscience de ses multiples dimensions. Le patient et le médecin sont tentés de se déresponsabiliser en donnant toute puissance à la technique qui les dédouanerait de toute implication active.

Or très souvent, en pratique courante on se rend compte que le patient présente des symptômes subjectifs que l'on rattachera à un contexte biopsychosocial et environnemental plus large. L'entretien alors centré sur le patient va promouvoir une image holistique de ce dernier, l'identifiant non seulement comme organe et entité physiologique mais aussi dans un contexte plus général, familial, communautaire... Il permettra de recueillir l'ensemble des inquiétudes et plaintes pour cibler les éléments pertinents à prendre en compte pour ce patient. Par sa disponibilité émotionnelle et son empathie, le médecin offre alors respect et soutien tout en incitant les patients à parler de leurs craintes.

Et c'est ce que les patients réclament.

Ils l'ont notamment exprimé lors des Etats Généraux du Cancer en 1998 : « *Nous voulons plus de psychologie, pas plus de spécialistes, mais plus de psychologie chez nos médecins* » [4]. Et c'est ce que confirme une étude : la satisfaction du patient, quant à la qualité de la relation perçue, est un facteur prédictif de la poursuite de la relation thérapeutique et de l'observance du traitement proposé. D'ailleurs, la plupart des litiges en médecine trouvent leur origine dans une incompréhension de la relation médecin-patient [5].

Toutes les personnes dont la fonction est de soigner, établissent, qu'elles le veuillent ou non, une relation soignant-soigné, car cette relation est incontournable : « *Tout médecin dans sa pratique se trouve impliqué dans une relation avec ses patients* » [6].

Il est donc primordial de remettre la relation médecin-patient au cœur de nos préoccupations actuelles, pour une prise en charge qui aurait du sens pour l'un et l'autre.

De ce fait, il est licite de se demander comment les étudiants en médecine, futurs praticiens au contact des patients, sont formés à la relation médecin-patient. Comme le souligne les Dr Rouy et Pouchan, « *il paraît souhaitable, que les étudiants puissent prendre conscience que la somme des connaissances pour exercer la médecine ne devient efficace qu'à travers une relation interhumaine[...] plus tard dans les études, et au cours de la formation continue (FMC), les étudiants puis les médecins devraient pouvoir mesurer l'importance des facteurs psychoaffectifs dans l'origine, le déroulement et la guérison éventuelle des maladies. De même, ils devraient également pouvoir mesurer leur implication personnelle dans la pratique médicale* » [7].

B- Les formations universitaires à la relation médecin-patient

Pour tous les étudiants en médecine, la relation médecin-patient s'appréhende avant tout au travers de l'expérience personnelle dès les premiers stages hospitaliers réalisés au cours du Deuxième Cycle des Etudes Médicales (DCEM), soit à partir de la 3^{ème} année de médecine. Il s'agit donc d'une formation initiale qui est avant tout « hospitalo-universitaire » et ce, quel que soit la spécialité future que choisira l'étudiant.

Ces premières expériences de la relation médecin-patient sont irremplaçables mais aussi parfois déstabilisantes pour des externes inexpérimentés. Ils se retrouvent face à des patients et à des maladies qu'ils connaissent peu ou mal. Investis d'une certaine autorité médicale pour pouvoir les interroger et les examiner, ils bénéficient d'un encadrement se limitant souvent à la formation médicale pure et peu, à celle se rapportant aux difficultés relationnelles.

Depuis la réforme des programmes officiels du deuxième cycle des études médicales en 2000 (BO n°40, 9 nov. 2000), l'enseignement de la relation médecin-patient est devenu obligatoire. Mais cette formation dépend des universités et est assez disparate tant sur la méthode que sur le contenu d'une université à l'autre.

Le CNGE travaille, en concertation avec les autorités de tutelles et la conférence des doyens de faculté, au contenu et à l'harmonisation des programmes du D.E.S de Médecine Générale et de ses procédures de validation. Il est aussi impliqué dans la définition des programmes de 2^e cycle des études médicales et travaille à y introduire des données de Médecine Générale [8].

1- Les méthodes d'enseignement aux premiers et deuxièmes cycles des études médicales

[9, 10]

Elle se dispense essentiellement, les premières années, sous forme de cours magistraux ou d'Etudes Dirigés (ED).

Au cours du Premier Cycle des Etudes Médicales (PCEM), regroupant la 1^{ère} et la 2^{ème} année de médecine, l'enseignement se compose de quelques heures de « sciences humaines et sociales » et de cours théoriques de « psychologie médicale » dispensés par des psychiatres le plus souvent, mais également par des médecins généralistes enseignants.

Au cours du Deuxième Cycle des Etudes Médicales (DCEM), allant de la 3^{ème} à la 6^{ème} année de médecine, les cours magistraux et les ED sont organisés sous forme de modules à thèmes animés par des psychiatres ou des médecins généralistes enseignants.

Y sont abordés les thématiques suivantes : « *La relation médecin-malade. L'annonce d'une maladie grave. La formation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge médicale* » (item 1, module 1 du programme de l'Examen Classant

National (ECN)), les « *Bases psychopathologiques de la psychologie médicale* » (item 47, module 3), « *Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en fin de vie. Accompagnement d'un mourant et de son entourage* » (item 69, module 6), « *La décision thérapeutique personnalisée. Observance médicamenteuse* » (item 170, module 11). Pour information, le programme de l'ECN se compose de 345 items répartis en 11 modules.

A partir du DCEM3 (la 5^{ème} année), des séminaires pratiques sont organisés dans certaines facultés.

Depuis 2007 tous les étudiants en médecine doivent, avant de passer le concours de l'internat, réaliser un stage d'initiation à la médecine générale se déroulant par demi-journée sur quelques semaines.

Certaines facultés ont également organisé, pour leurs étudiants de deuxième cycle, des séances (optionnelles ou obligatoires) d'initiation aux groupes Balint, des séances de Groupes de parole ainsi que des séances de Jeux de rôles.

2- Les méthodes d'enseignement spécifiques au troisième cycle dans le DES de Médecine Générale

Au cours du Troisième Cycle des Etudes Médicales, l'enseignement de la relation médecin-patient devient plus pratique.

Le stage ambulatoire de médecine générale

En effet, les étudiants ayant choisi la spécialité de médecine générale, réalisent depuis 1997 un stage obligatoire d'un semestre chez un praticien.

L'objectif est que l'interne participe aux activités d'un ou plusieurs maîtres de stage, exerçant la médecine générale. C'est donc un moment privilégié pour enseigner les spécificités de la relation médecin-patient, en situation, au décours des consultations et visites ponctuelles ou répétées.

Le stage se décompose en trois phases :

- une phase d'observation où l'étudiant regarde et écoute le maître de stage en exercice
- une phase de supervision directe où l'étudiant consulte devant le maître de stage qui l'observe
- une phase de supervision indirecte où l'étudiant consulte seul, mais rapporte les éléments de la consultation à son maître de stage.

Au fil des mois les objectifs évoluent.

Pendant la 1^{ère} phase, l'étudiant découvre le fonctionnement d'un cabinet médical, observe le praticien dans sa gestion du temps, dans sa façon d'accueillir les patients et leurs accompagnants, dans sa façon d'être et de communiquer, dans sa façon de repérer dans le discours du patient les éléments psychosociaux utiles au diagnostic...

Lors de la seconde phase, le maître de stage analyse avec l'étudiant, les éléments de la relation établie entre lui et le patient : présence, écoute, empathie, reformulations, explications...

Pour finir pendant la dernière phase, l'étudiant relate ce qu'il a perçu de la relation, questionne ses attitudes avec le recul et exprime les difficultés qu'il a rencontrées pour établir un lien avec son patient.

Ce stage participe donc pour beaucoup à l'identification professionnelle du futur généraliste, mais son déroulement est étroitement dépendant des qualités pédagogiques et aptitudes relationnelles du maître de stage.

De plus, l'étudiant doit apprendre à se débarrasser du stress des premières consultations et de la gêne occasionnée par la présence du maître de stage, alors que ce dernier doit, lui, accepter d'être vu en situation et de s'exposer. Chacun doit donc trouver sa place pour favoriser un bon apprentissage [9].

Le SASPAS

Depuis 2003 (BO circulaire DGS/DES/ 2004 / n° 192 du 26 avril 2004), les étudiants en 5^{ème} ou 6^{ème} année de DES de Médecine Générale, sur la base du volontariat et dans la limite des postes disponibles, peuvent réaliser un « Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé » (SASPAS).

C'est le « stage professionnalisant » de médecine générale par excellence, qui vise, sur une période d'un semestre, à offrir une plus grande autonomie à l'interne en fin de cursus universitaire.

Le stage se déroule en moyenne sur neuf demi-journées par semaine. Les médecins généralistes, issus de cabinets différents mais géographiquement proches, mettent à disposition de l'interne en formation leur patientèle et leur cabinet tout en restant joignable par téléphone en permanence. En fin de journée, est organisé, dans la mesure du possible, un bilan avec le maître de stage afin d'échanger sur les différentes consultations réalisées. Le médecin-maître de stage ne part donc pas en vacances, il est présent et disponible. Il ne s'agit pas d'un remplacement à moindre coût.

Le reste du temps de l'étudiant est dédié aux cours du DES et aux travaux universitaires de thèses ou de mémoires.

Les avantages de ce stage sont multiples.

En effet, il permet de suivre une patientèle sur une plus longue période et donc de mettre le futur médecin généraliste en condition d'exercice similaire à celle qu'il pratiquera plus tard. Il offre donc au jeune médecin un bagage confortable pour débiter en toute confiance sa nouvelle vie de Docteur.

Il permet à l'interne d'appréhender différentes pratiques de la médecine générale selon que la localisation du cabinet soit urbaine ou rurale, où que le mode d'organisation du cabinet, ainsi que les orientations d'exercice (ostéopathie, acupuncture, mésothérapie, médecine du sport...) diffèrent d'un cabinet à l'autre, offrant des perspectives d'exercices différentes pour le futur médecin.

La supervision indirecte permet, par ailleurs, à l'étudiant d'échanger avec un praticien qui partage son expérience, et ce d'autant mieux qu'il connaît déjà le patient et donc peut apporter des éléments supplémentaires à la compréhension et au suivi du patient.

Elle permet finalement de clarifier le raisonnement clinique et les processus décisionnels, tout en abordant, avec recul, la dimension émotionnelle et affective des consultations.

Cette possibilité d'échange, de partage permet une remise en question permanente, base de toute progression, elle est donc primordiale.

Mais même absent, le maître de stage est toujours présent dans la relation avec le patient tel un tiers inconscient ou conscient venant perturber les conditions duelles de la rencontre habituelle avec un patient [11].

Il est donc primordial que les étudiants aient, au cours de leur formation, des temps de réflexions organisés entre eux et avec des enseignants qui ne sont pas leurs maîtres de stage.

La formation théorique et le portfolio

C'est pour cela que, depuis la création du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale en 2004, la participation à environ 200 heures de cours théoriques réparties sur 3 ans et la réalisation d'un portfolio, retraçant l'acquisition de compétences par l'interne, sont nécessaires à son obtention.

La formation théorique est organisée sous forme de séminaires à thèmes répartis parfois sur plusieurs heures de cours. Dans certaines facultés, les séminaires sont obligatoires, d'autres sont facultatifs [12].

Voici quelques exemples des thèmes abordés lors de ces séminaires : *« l'éducation thérapeutique, l'accompagnement de l'adolescent, le suivi du patient en fin de vie à domicile, les situations difficiles, le patient opposant et le refus de soins, la bonne distance relationnelle, la relation d'aide, l'annonce d'une mauvaise nouvelle... »* [13].

Le portfolio, quant à lui, est un outil d'évaluation du parcours des internes en médecine générale, faisant l'objet d'une présentation orale en fin de cursus permettant la certification finale du DES de médecine générale.

Il se définit comme *« une collection organisée, authentique et évolutive de matériel permettant d'obtenir des informations sur les compétences développées par un étudiant. Articulé autour des activités d'apprentissage, d'enseignement et d'évaluation, il intègre parfaitement le modèle constructiviste centré sur une démarche réflexive et une évaluation formative. Il implique la rétroaction grâce au tutorat et l'analyse de « situations-problèmes ». Le concept de feedback (ou rétro action) est caractérisé par la notion de boucle courte dans laquelle se succèdent l'action, l'observation, l'interprétation et la redirection, permettant à l'étudiant d'améliorer ses compétences cliniques dans un cycle continu « d'essais-erreurs »... On bascule ainsi du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage. Désormais l'enseignement est basé sur l'acquisition de compétences et non sur une simple transmission de savoirs. Les traces d'apprentissage de ces compétences constituent l'élément-clé du portfolio et sont majoritairement représentées par les Récits de Situation Complexe Authentique (RSCA). Les RSCA utilisent l'écriture pour favoriser l'acquisition d'une pensée réflexive avec une prise de recul sur des situations qui posent problème à l'interne »* [14].

En effet, les Récits de Situation Complexe Authentique (RSCA) ou aussi appelés Script ont pour objectif de permettre à l'étudiant une *« analyse réflexive personnelle permettant de détailler les problèmes posés, les connaissances nécessaires, les compétences mises en jeu et les modifications constatées sur les pratiques professionnelles. La rédaction doit rendre compte du raisonnement clinique et du processus de décision développés et non pas seulement de l'accumulation de connaissances statiques. Les éléments décisionnels sont argumentés dans une perspective d'Evidence-Based Medicine (EBM) en notant les sources documentaires et les données validées utilisées. La démarche qui conduit à la prise de décision doit être le fil conducteur »* du récit [15].

Les thématiques qui y sont abordées, suivent le programme des séminaires, mais il est demandé aux étudiants qu'une part importante du contenu du récit s'attache à relater les éléments clés de la dimension relationnelle avec le patient.

En effet, le récit de la situation présentée doit mettre en avant le « *caractère pluridimensionnel : biomédical, psycho-affectif, environnemental, éthique, administratif, médico-légal* », « *les indices permettant d'analyser le ou les problèmes : éléments sémiologiques, éléments biographiques du patient (histoire, environnement familial, social, culturel) qui ont du sens* », « *les aspects émotionnels ou affectifs ressentis, les interactions relationnelles entre le patient, vous-même et l'environnement (facilitatrices ou bloquantes)* » [16].

Ces scripts sont ensuite présentés en groupe lors des séances d'enseignement afin qu'ils s'enrichissent des observations et commentaires des collègues internes et de l'enseignant médecin généraliste.

3- Les méthodes d'enseignement en groupe

De nombreuses universités organisent, en parallèle à tout ce qui vient de précéder, des séances d'enseignements en petits groupes encadrées par un professeur.

Les Groupes d'Echange et d'Analyse de Pratiques pour Internes

Les Groupes d'Echange et d'Analyse de Pratiques d'Internes (GEAPI), appelés également Ateliers d'Echange des Pratiques (AEP), Groupes d'Entraînement à l'Analyse des Situations Professionnelles (GEASP), Groupe d'Echange de Pratique Tuteuré (GEPT), Groupe d'Echange sur des Situations Complexes Authentiques (GESCA) ou groupe de résolution des problèmes pour internes, sont organisés pour les étudiants en DES de médecine générale.

Ils sont issus des groupes de formation pour médecins généralistes dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC), tels, par exemple, les Groupes de Pairs®. Ces groupes ont pour objectif de permettre aux praticiens d'échanger sur leurs pratiques dans une perspective, selon la Haute Autorité de la Santé (HAS), d'améliorer les pratiques professionnelles via une évaluation formative [17] « *à partir d'une réflexion-discussion entre pairs et d'une analyse de ces pratiques en référence à des données de la science de type EBM* » [18].

Ce mode de fonctionnement a ensuite été adapté, par les médecins généralistes enseignants, aux particularités des étudiants de troisième cycle, pour leur permettre d'améliorer leurs compétences d'auto-formation et d'auto-évaluation [19].

Ces groupes se déroulent en nombre restreint d'étudiants, sous la supervision d'un ou plusieurs enseignants, et leur participation est généralement obligatoire.

A partir de situations cliniques réelles rencontrées sur les lieux de stage, une présentation de cas est faite par l'un des membres du groupe. S'en suit alors une discussion, afin de mettre en évidence les problèmes soulevés, qu'ils soient d'ordre diagnostiques, thérapeutiques, relationnels ou autres.

Avec l'accord du groupe, l'enseignant réalise une synthèse et propose à l'interne ayant exposé la situation, des objectifs de recherche qui seront exposés à la séance suivante.

A chaque séance, sont élus, parmi le groupe, un nouveau président de séance et un secrétaire qui rédige un compte rendu.

Cette démarche permet une confrontation interactive et constructive entre collègues. C'est une aide à la démarche décisionnelle ainsi qu'un soutien psychologique. Cela permet aux étudiants, de construire un argumentaire conformément aux règles de l'Evidence-Based Médecine (EBM), et aussi d'améliorer les techniques de recherche bibliographique [20].

De plus, cette méthode d'enseignement « *vise à rendre plus vivante la dynamique pédagogique et à remettre au cœur du dispositif théorique la démarche réflexive. L'objectif ultime est de permettre aux étudiants d'analyser leurs pratiques et de planifier des conduites d'apprentissage* ». C'est un travail réflexif sur la formation et les compétences à acquérir pour devenir médecin généraliste mais dont « *la finalité n'est pas la performance, mais plutôt d'identifier les besoins, et de mobiliser des ressources pour améliorer la compétence* » [21].

Finalement, c'est aussi un moyen de sensibiliser les étudiants à une démarche de Formation Médicale Continue (FMC) et de les inciter à y participer ultérieurement lorsqu'ils auront quitté le milieu universitaire [20].

La Table Ronde de Médecine Générale

[2, 22, 23]

Ce dispositif pédagogique est né en 1973, à Bobigny, lors de la réhabilitation de l'enseignement de médecine générale, à l'initiative de Louis Velluet et Anne-Marie Reynolds. L'originalité de la méthode réside dans son application à la pédagogie de la Médecine de Famille.

Cette forme de travail de Table Ronde de Médecine Générale, reprend les indications de M. Balint, en les adaptant aux objectifs de formation des étudiants : petits groupes de travail animés par un ou deux praticiens formés aux techniques de groupe, utilisation de l'association libre à partir d'un thème central défini, matériel clinique apporté par les participants permettant la discussion de cas concrets, exclusion de tout jugement de valeur sur les dires ou les actes des participants, rappels éventuels des théories et des faits médicaux scientifiquement fondés le cas échéant.

Les objectifs de cet enseignement sont clairement établis :

- Sensibiliser les futurs médecins généralistes aux problèmes posés, au cours de l'exercice de la relation thérapeutique, par l'unité fondamentale de l'être humain.
- Identifier dans l'anamnèse et le déroulement des histoires cliniques les effets pathogènes du clivage, entre domaine somatique et domaine psychique, que ce clivage soit préexistant ou suscité par des abords thérapeutiques inadéquats.
- Mettre en lumière la place et l'importance, dans l'exercice de la Médecine de Famille, des principaux concepts la concernant : écoute, demande, distance, transfert, interventions thérapeutiques interprétatives.
- Proposer aux futurs médecins généralistes des modèles diversifiés d'identifications, accessibles et non contraignants.

Les jeux de rôle collectifs

[24, 25]

Il s'agit d'une méthode pédagogique, issue du psychodrame (Moreno 1889-1974), qui s'appuie sur l'idée que la personnalité est constituée d'une série d'identifications qui se superposent et qui sont la base d'un schéma de comportement. Chacun de ces comportements s'active dans le rapport à la réalité et dans le rapport aux autres. Les jeux de rôles aident à préparer les participants à des situations nouvelles et difficiles, par la prise de conscience et la modification des attitudes spontanées qui ne sont pas toujours adaptées.

Il existe deux types de jeux de rôles :

- Les jeux de rôle procéduraux, qui visent l'acquisition d'une habileté (savoir-faire).
- Et les jeux de rôle d'exploration, qui ont pour objectif de mieux se connaître et de mieux s'ajuster en tant qu'intervenant (savoir-être).

Son fonctionnement se base sur un petit groupe (7 à 8 étudiants au maximum), encadré par un animateur. Il consiste à confier le rôle de patient à l'un des membres du groupe, pendant que les autres interviennent, tour à tour, spontanément, comme s'ils étaient qu'un unique médecin en situation professionnelle réelle.

L'animateur, lui, n'intervient que pour restituer périodiquement le contenu de l'action ou relancer le dialogue.

La situation clinique est spécifiée par l'animateur au départ tel un scénario prêt à l'avance, construit avec l'aide de tous les participants et mettant en scène des situations générales.

Les objectifs sont multiples :

Ces jeux de rôle permettent aux étudiants d'apprendre à écouter tout en se transposant dans leur future fonction de médecin.

Ils permettent aux participants de se mettre à la place du patient, quand ceux-ci endossent son rôle. Mais également, de mettre en évidence le fonctionnement relationnel ainsi que ses difficultés.

Pour finir, ils permettent d'adapter les réponses à la situation clinique donnée. En effet, les étudiants découvrent, qu'il n'y a pas qu'une seule réponse univoque qui serait la bonne mais que chaque relation peut tout modifier.

Il ne nous reste plus qu'à décrire les initiations aux groupes Balint pour étudiants, mais cela ne serait pas envisageable sans présenter au préalable son fondateur, Michael balint, son œuvre, et les groupes Balint.

C- Les groupes Balint

1- Mickael Balint, Biographie

[26, 27]

Michael Balint est né en 1896, à Pest en Hongrie, sous le nom de Mihaly Bergsmann. Son père, juif d'origine hongroise, était médecin généraliste dans la banlieue de Budapest. Curieux et bon élève, M. Balint le suivait en visite à domicile lorsqu'il était adolescent, d'où son intérêt précoce pour la relation médecin-patient.

En 1913, il débute ses études de médecine à Budapest, avant d'être appelé aux fronts en Russie et en Italie, lors de la Première Guerre. Il reprend sa deuxième année après s'être blessé avec une grenade, mais s'intéresse plus volontiers à la biochimie, la physique et la biologie, qu'à la médecine. Il obtient son titre de doctorat en biochimie en 1920.

Sa rencontre puis son mariage à Alice Székély-Kovacs marque le début de son intérêt pour la psychanalyse. Elle lui prête le livre de Freud « Totem et Tabou ». Puis lui présente sa mère Vilma Kovacs, psychanalyste réputée, et Sandor Ferenczi, ami de la famille et fondateur de l'école de pensée psychanalyste Hongroise (1913), dont il suivra les cours à la faculté.

Ils partent ensemble en 1921 à Berlin, afin de fuir les persécutions anti-juives et se former à l'institut de psychanalyse. C'est durant cette période qu'il change alors son nom d'origine, Bergsmann, pour Balint afin de réaffirmer ses origines Hongroises.

Il commence alors, comme son épouse, une psychanalyse avec Hans Sachs durant deux années, et suit ses premiers patients en analyse.

Suite à des divergences quant à l'organisation des soins et de l'institut même, il retourne à Budapest exercer en tant que psychanalyste en 1924. Il s'intéresse particulièrement aux maladies psychosomatiques et publie en 1925 « Perversion ou symptôme hystérique », article très reconnu dans la profession.

Il reprend parallèlement son analyse pendant deux ans avec Sandor Ferenczi jugeant celle de Berlin trop superficielle.

En 1931, il se bat avec Ferenczi et la famille Kovacs pour fonder la polyclinique de psychothérapie de Budapest et pour que cela soit à la fois un lieu de formation et de thérapie. Il en devient directeur de 1933 à 1939 après le décès de Ferenczi. Michael Balint endosse alors le rôle de leader de l'Ecole hongroise, publie et réhabilite avec passion et acharnement l'œuvre de son analyste ainsi que la correspondance Freud-Ferenczi. C'est « la médecine de la personne totale », comme la nomme Balint, qui se trouve être l'originalité de la polyclinique, en réponse à sa dénonciation de la crise de la pratique médicale et avec cette préoccupation qui accompagnera Balint toute sa vie : comment transmettre aux médecins le désir de cette place d'écoute du patient, sans en redouter les effets et en en assumant le transfert ?

Durant cette époque, une première expérience de rencontre est effectuée entre médecins praticiens, prémices des futurs groupes Balint, en leur proposant de raconter leurs cas «difficiles », tout en laissant le groupe faire des associations libres.

Mais en 1939 avec la montée du nazisme, ces groupes sont surveillés, écoutés, et enregistrés par la police et il est obligé de quitter Budapest pour s'installer à Manchester avec Alice et leur fils, John.

Il s'y installe comme analyste mais est obligé de retourner à l'université pour obtenir l'équivalence de ses diplômes de médecine.

Alice Balint décède d'une rupture d'anévrisme de l'Aorte en Aout 1939.

Après une période de deuil difficile, le décès de sa belle-mère Vilma, le suicide de ses parents pour échapper à la déportation, des soucis financiers et l'échec d'un second mariage, Michael Balint déménage à Londres, et intègre la Tavistock Clinic en 1949 où il y rencontre Enid Albu-Eichholtz, qu'il épousera plus tard en 1952.

Cette dernière l'initie à une nouvelle technique, le case work, qui consiste à échanger et commenter des récits de cas au sein de groupes de travailleurs sociaux. Il reprend alors son projet de psychanalyse destiné aux omnipraticiens sous la forme de ce qui deviendra les groupes balint, en continuant à utiliser la méthode hongroise de formation, à savoir superviser lui-même le premier cas de contrôle de ses analysants.

Malgré leur séparation en 1953, Michael et Enid Balint continuent à travailler ensemble.

En 1954, il est le premier invité étranger de la Société française de psychanalyse, permettant à Ginette Raimbault de faire sa connaissance et d'introduire par la suite les groupes Balint à l'Hôpital des Enfants Malades (Necker) dès 1965.

Le livre « le médecin, son malade et la maladie » [28], issue des réflexions des groupes de médecins généralistes, est publié en 1957 et en 1961. En collaboration avec sa femme Enid, il publie « Techniques psychothérapeutiques en médecine » [29].

La reconnaissance internationale lui permet de faire des conférences aux Etats-Unis et en Europe, et il est nommé, avec Enid, professeurs associés de l'université de Cincinnati (USA). Sur le plan psychanalytique, il se retrouve avec Bowlby, Winnicott, Rickman dans le « Middle Group », à l'interface entre le courant représenté par Anna Freud, représentant l'analyse orthodoxe, et, Mélanie Klein, qui revendique une filiation freudienne.

Il se retire de la profession en 1960 mais continue à animer des groupes Balint jusqu'en 1970. Enfin, en 1969, les participants des groupes Balint fondèrent une Société Balint, fortement liée à la Société Britannique de Psychanalyse dont Michael Balint fut le président de 1969 jusqu'à sa mort en 1970 des suites d'une crise cardiaque durant son sommeil.

2- Son œuvre

Michael Balint constate très tôt après son exil à Berlin, qu'il y a malaise dans la médecine. Le savoir scientifique et le discours scientifique deviennent dominants et une faille s'instaure entre ce dernier et celui du médecin. La relation médecin-malade semble destinée à se réduire à la relation médecin-maladie. Et là, Balint est le premier à faire entendre le risque de déshumanisation de la relation médecin-malade.

Ses réflexions autour des groupes Balint ont donc pris naissance à la fin des années 1940, du constat que, seul le cadre du groupe est adapté à l'approche de la relation médecin-malade, qui ne peut être enseignée de façon magistrale. Mais également de la demande, faite par le gouvernement britannique, de créer une formation intellectuelle pour les praticiens, complémentaire à celle plus pratique offerte par leurs études, afin de soutenir les omnipraticiens dans leur formation et conduite thérapeutique.

C'est en 1950 à la clinique Tavistock de Londres que le premier groupe est alors constitué. Composé de douze médecins qui se réunissent une fois par semaine pendant plusieurs années,

Balint impose la méthode de libre association qui exclut tout écrit, toutes notes, afin de faire émerger les pièges émotionnels de la relation et ses composantes inconscientes autant chez le médecin que chez le malade.

En effet, Enid et Michael Balint réalisent l'importance, pour un médecin, de comprendre la puissance thérapeutique et pathogène de la relation médecin-malade car ils constatent que « *ce sont les propres défenses du médecin à l'égard de ses problèmes affectifs personnels qui gênent, sa perception et sa compréhension de la problématique présentée par le patient. De son côté, ce patient n'offre au médecin que des défenses, au travers de ses symptômes et de sa maladie* » [28]. Et ce n'est pas au cours de son cursus de formation universitaire que le médecin acquiert les moyens de lever ses propres défenses et ainsi percer ou interpréter celles de son patient.

Le groupe Balint centre donc son attention sur le théâtre de la relation soignant-soigné, là, où se manifestent les défenses de l'un et l'autre.

L'objectif du groupe est alors de permettre aux praticiens d'analyser leurs implications affectives et émotionnelles, conscientes et inconscientes, dans la relation et de rechercher de quelles ressources personnelles et professionnelles ils disposent pour résoudre les problèmes rencontrés.

L'essentiel de ses travaux fut présenté dans un article en 1955, intitulé « Le médecin, son malade et la maladie ». Cet article, ultérieurement élargi, fit l'objet d'un livre paru sous le même titre en 1957.

« Comment leur faire prendre conscience intellectuellement et affectivement des processus inconscients, sans leur offrir la méthode éprouvée et sûre de l'analyse personnelle. En fait, nous avons dû éviter soigneusement que notre système de formation ne devienne une thérapie pour les participants, ou tout au moins que son but ne devienne thérapeutique, car la tentation thérapeutique aurait entraîné des dépenses considérables et devait être exclue. Devant ce problème, je décidais d'utiliser mon expérience de système hongrois de contrôle et d'élaborer une formation psychothérapeutique basée essentiellement sur le contre transfert des travailleurs sociaux, en employant les méthodes de groupe. Afin d'examiner en détail le contre transfert, je devais créer des conditions où il pourrait apparaître aussi librement que possible. Je rejetais donc tout emploi de matériel écrit autour des réunions de discussion de cas; le participant devait rapporter librement ses expériences avec le client d'une manière rappelant l'association libre et permettant toutes sortes de distorsions subjectives, d'omissions, de réflexions secondaires, d'interpolations consécutives, etc... » [28-Appendice I- p. 318].

Cet ouvrage est une approche centrée sur le médecin, sa « fonction apostolique », son rôle dans l'organisation de la maladie par ses interventions, par ce qu'il dit, ainsi que le moment et la manière dont il le dit.

Dans son livre, la relation médecin-malade est analysée : quels en sont les enjeux ? Quelles sont les demandes du malade et les réponses du médecin ? Il dénonce la dilution des responsabilités et la collusion de l'anonymat. Le fait que le praticien peut parfois se perdre dans les symptômes cliniques et donc entraîner une errance diagnostic. Que ces symptômes peuvent être aussi l'expression d'une névrose sous-jacente. De plus il dénonce également une certaine forme de survivance de la relation maître-élève, qui altère aussi la relation humaine.

3- Les concepts « Balintiens »

Le remède-médecin

L'introduction de son ouvrage « le médecin, le malade et la maladie » débute ainsi :
« *Le premier sujet de discussion, à l'un de ses séminaires, portait sur les médicaments prescrits par les praticiens. La discussion a vite montré – et sans doute n'était-ce pas la première fois dans l'histoire de la médecine – que le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine générale était le médecin lui-même* » [28-p. 9].

Balint reprend l'idée de son maître Ferenczi : « *La personnalité du médecin exerce souvent plus d'effet sur le malade que le traitement prescrit* » [30].

En effet, selon Balint, la personne du médecin a des effets thérapeutiques positifs, mais peut aussi avoir des effets secondaires indésirables. Toute la difficulté réside dans la capacité à savoir « se » prescrire, au bon dosage, pour chaque patient : « *Cependant le séminaire ne tarda pas à découvrir qu'il n'existe aucune pharmacologie de ce médicament essentiel... dans aucun manuel il n'existe la moindre indication sur la dose que le médecin doit prescrire de sa propre personne, ni sous quelle forme, avec quelle fréquence, quelle est sa dose curative et sa dose d'entretien... ou encore sur les effets secondaires indésirables...* » [28-p. 9].

« *C'est là, dans cette phase initiale encore « inorganisée » de la maladie, que l'habileté du médecin à se prescrire lui-même apparaît comme décisive* » [28-p. 10].

« *L'un des effets secondaires les plus importants – sinon l'effet essentiel – du remède « médecin » consiste dans sa réponse aux offres du malade* » [28-p. 27].

Pour Balint, il apparaît donc primordial d'évaluer la portée du « remède-médecin » dans ce qu'il peut avoir comme effets sur le patient, la relation et le médecin lui-même. Cela lui permet également d'affirmer que le médecin n'est pas interchangeable.

Les différents niveaux de diagnostic

Balint différencie le diagnostic focal, qui est centré sur la plainte ou la maladie du patient, du diagnostic global ou approfondi de la personne totale.

Le premier, renvoie à des protocoles définis et enseignés à l'université : « *Si le médecin pose des questions selon la technique de la prise d'une anamnèse, il obtiendra toujours des réponses, mais presque rien d'autre* » [28-p. 131].

Le second, inclut l'histoire du malade, de sa famille, son contexte culturel et social et aussi l'histoire du lien créé entre le patient et le médecin, pour permettre une meilleure adaptation de la réponse du médecin à la singularité du patient.

« *Nous devons apprendre qu'en pratique générale le problème véritable se pose souvent sous forme d'une maladie de la personne entière – comme on l'a sermonné en d'innombrables occasions à tout étudiant en médecine. Cependant, la conséquence inévitable de cet enseignement n'est que très rarement exprimée, à savoir que les maladies décrites par les clichés de la médecine hospitalière ne sont que des symptômes superficiels, et que les clichés eux – mêmes, tels qu'on les enseigne dans les hôpitaux, n'aident guère le médecin à comprendre les problèmes véritables auxquels il se trouve confronté. Ce qui signifie qu'il existe un clivage entre la science médicale telle qu'elle est pratiquée dans les hôpitaux, et la pratique générale qui se fait dans le cabinet du médecin* » [28-p. 49].

Voilà ce que Balint écrivait en 1957 à propos des effets de l'hyperspécialisation en médecine et de la divergence de plus en plus grande entre les discours des spécialistes et celui du généraliste. D'où son insistance à encourager les médecins à ne pas négliger la parole du sujet et de son histoire.

La compagnie d'investissement mutuel

Le diagnostic approfondi n'est possible selon Balint « *qu'au sein de relations étroites et constantes avec le patient, qui constituent l'essence de la pratique générale* » [28- p. 126], et où patient et médecin sont, en quelque sorte, associés dans un but et intérêt commun qu'il nomme « compagnie d'investissement mutuel » :

« C'est sur cette base de satisfaction mutuelle et de frustration mutuelle qu'une relation unique s'établit entre l'omnipraticien et ceux de ses patients qui restent avec lui... Il ne s'agit pas d'amour ou de respect mutuel, ou d'identification mutuelle ou d'amitié, bien que tous ces éléments soient présents dans la relation... l'omnipraticien acquiert progressivement un précieux capital investi dans son patient et, réciproquement, que le patient acquiert un précieux capital, qu'il dépose chez son praticien » [28-p. 265].

Offre du malade – Réponse du médecin

« Nous avons vu le patient au stade encore « non-organisé », faisant différentes « offres » de maladie à son médecin... Sous l'impact de la réponse du médecin, un « accord » est le plus souvent établi entre lui et son patient et la maladie entre ainsi dans sa phase « organisée » » [28- p. 117].

Dans le Chapitre 3 « Le médecin, son malade et la maladie », M. Balint montre que si il y a « offre du malade » il ne faut pas lui dire « *qu'il n'a rien* » [28-p. 35]. Car ce qu'il demande c'est le nom d'une maladie pour calmer son angoisse. S'il n'y a rien médicalement, il y a quelque chose d'autre que la médecine ignore, et qui peut alors relever du savoir de l'analyste. Ce qu'offre le malade ce sont ses symptômes, et le médecin y répond par un traitement. La maladie n'est pas séparée du malade, elle est considérée comme faisant partie de l'échange dans la relation avec le médecin. La réponse médicale peut être parfaitement adaptée à la maladie diagnostiquée. Mais elle peut aussi être inadaptée à l'offre du malade. La relation médecin-malade est alors le résultat d'un compromis entre offres du malade et réponses du médecin.

La confusion des langues

Balint dit : « *Il existe de nombreux cas où - quoique les signes d'une confusion des langues se fassent douloureusement sentir entre le malade et son médecin – il n'y a pas, apparemment, de dispute ouverte. Quelques – uns de ces cas nous montrent à l'œuvre deux autres facteurs souvent liés. L'un est l'angoisse et le désespoir croissants du malade, qui aboutissent à une demande d'aide de plus en plus impérieuse. Souvent le médecin y répond par des sentiments de culpabilité. Il est désespéré de voir que ses examens les plus consciencieux et les plus minutieuses mises au point ne semblent pas jeter la lumière sur la « maladie » du patient ; que la thérapeutique la plus savante, la plus moderne, la plus prudente, n'apporte aucun soulagement véritable* » [28-p. 35].

Balint a repris à Ferenczi cette notion de confusion des langues. Il s'agit des malentendus inhérents au langage qui peuvent provoquer des souffrances. Il précise qu'il n'est pas question d'imposer la psychanalyse aux médecins, de leur donner des leçons, mais de les amener à prendre en compte la parole du malade et celle du médecin. Tout réduire à la maladie sans écouter ce que dit le sujet, ne résout pas toujours les problèmes. Et d'un autre côté, il n'est pas sans rappeler qu'il ne faut pas négliger la maladie et ne pas tout mettre sur le compte de problèmes psychologiques. Il faut faire en sorte que le médecin qui découvre que le malade n'a pas de problème, au sens strictement médical, accepte d'entendre dans un registre différent (inconscient) et sache trouver une réponse apaisante.

Fonction apostolique du médecin

De même que le malade réagit à sa maladie en fonction de sa personnalité propre, le médecin réagit par un certain nombre d'attitudes conscientes et inconscientes, qui dépendent de sa personnalité, de son histoire et qui sont susceptibles d'infléchir le cours de la relation thérapeutique. « *La mission ou fonction apostolique signifie d'abord que chaque médecin a une idée vague mais presque inébranlable du comportement que doit adopter un patient lorsqu'il est malade. Bien que cette idée soit rien moins qu'explicite et concrète, elle possède une immense puissance et, comme nous l'avons découvert, elle influence pratiquement chaque détail du travail du médecin avec ses patients. Tout se passe comme si tout médecin possédait la connaissance révélée de ce que les patients sont en droit ou non d'espérer : de ce qu'ils doivent pouvoir supporter et, en outre, comme s'il avait le devoir sacré de convertir à sa foi tous les ignorants et tous les incroyants parmi ses patients. C'est ce qui nous a suggéré le nom de « fonction apostolique »* » [28-p. 228].

La fonction apostolique du médecin comprend aussi le besoin irrésistible du médecin de prouver à son patient, au monde entier et à lui-même, qu'il est un bon médecin, bienveillant, avisé, et efficace : « *Ils veulent être, ils doivent être de « bons médecins »* » [28-p. 199].

« *L'immense majorité d'entre nous, entraînés que nous sommes par notre zèle apostolique, devons faire tout ce qui est en notre pouvoir pour convaincre nos patients – et nous-mêmes – que nous sommes des médecins bons et secourables* » [28-p. 246].

C'est sur ces éléments que Balint articule son travail en groupe, pour amener le médecin à n'être plus prisonnier de ses croyances, pour l'amener aussi à découvrir que les particularités de son propre mode d'être dans la relation peuvent faire obstacle à une réponse adaptée à la singularité du patient.

Comprendre les attentes du patient en les différenciant de ses propres convictions intimes, c'est refuser d'appliquer systématiquement sa « fonction apostolique » : « *Le danger du zèle apostolique, c'est qu'il est appliqué la plupart du temps massivement, sans aucune tentative de diagnostic différentiel. L'un des moyens essentiels d'améliorer la compétence psychothérapeutique du médecin est de le rendre conscient de la contrainte qu'exerce sur lui sa fonction apostolique et de lui permettre ainsi de ne pas la « pratiquer » automatiquement, dans tous les cas* » [28-p. 237].

La visée du travail en groupe est donc d'amener à « *un changement considérable, bien que limité, dans la personnalité du médecin* » [28-p. 131], qui devrait permettre une meilleure écoute de la parole du patient car « *si le médecin pose des questions selon la technique de la prise de l'anamnèse, il obtiendra toujours des réponses, mais presque rien d'autre...il doit apprendre à écouter...mettre le patient à l'aise pour lui permettre de parler librement* » [28-p. 131].

La collusion de l'anonymat et dilution des responsabilités

C'est le nom que Balint donne aux effets de la multiplication des examens par les spécialistes qui n'a que pour conséquence de « *diluer les responsabilités* » au point de les faire disparaître. Ce qui peut être fort dommageable pour les patients : les résultats des examens spécialisés seraient l'expression de la vérité de la maladie et il n'y aurait plus à tenir compte du malade. « *Ce cas est un très bon exemple de ce que nous appelons la « collusion de l'anonymat ». Personne n'a été réellement responsable de la décision de l'opération. Le premier chirurgien a consciencieusement examiné le patient, mais n'a rien trouvé et l'a renvoyé en le « rassurant » et avec une légère diète. Le patient a vu ensuite un psychiatre à domicile, qui a procédé lui aussi à un grand nombre d'examens et, bien que peut confiant dans le succès*

d'une psychothérapie, l'a inscrit sur la liste d'attente. Puis le patient a été naturellement vu par les deux assistants- chefs du psychiatre (qui, eux, n'ont pas fait de rapport), on l'a ensuite expédié chez un autre médecin et c'est là que surgit l'hypothèse des calculs biliaires. Le praticien est très honteux d'avoir manqué le « bon » diagnostic, il demande une seconde opinion, le spécialiste n'est pas d'accord avec le psychiatre mais souscrit à l'hypothèse des calculs biliaires, et par conséquent on enlève la vésicule du patient. Le second chirurgien est le dernier consultant, il signe fièrement la feuille de sortie du patient, opéré et soulagé de ses troubles. Personne ne mentionne et peut-être personne ne s'est intéressé à ce qui se produisait chez le patient, tandis qu'on l'expédiait d'un médecin à un autre et qu'il atterrissait de temps à autre sur la table d'opération. Qui est maintenant responsable du patient : l'omnipraticien, le chirurgien, les deux autres médecins, le psychiatre ou ses deux assistants- chefs ? Je me demande combien parmi les spécialistes impliqués dans le traitement final se sont donné la peine de suivre les résultats de leurs conseils. Celui qui ne peut pas ne pas connaître les résultats est bien entendu l'omnipraticien, mais il se trouve déchargé de toute responsabilité puisqu'il a agi strictement sur les conseils de spécialistes éminents. Dans toute situation de ce genre, lorsque le patient offre une énigme à son médecin traitant qui, de son côté, est soutenu par une foule de spécialistes, certains événements sont pratiquement inévitables. Et parmi eux, le premier est la « collusion de l'anonymat ». Des décisions vitales sont prises sans que personne ne s'en sente pleinement responsable » [28-p. 86-87].

« Ce phénomène peut être décrit comme un processus de dilution des responsabilités. L'enseignement et la médecine ont dû créer, tous deux, des institutions et des mécanismes prêts à fonctionner, qui facilitent cette dilution et permettent d'atteindre insidieusement à l'anonymat ultime. Ce soulagement du poids des responsabilités étant ainsi généralisé, toutes les personnes impliquées aspirent à entrer dans cette collusion de l'anonymat » [28-p. 105].

La survivance de la relation maître-élève

La survivance de la relation maître-élève est décrite ainsi par M. Balint : *« Il est bien naturel qu'un médecin qui se heurte à un problème difficile dans son travail demande conseil et il est tout aussi naturel qu'il s'adresse pour cela à tous ceux qui l'ont formé, ou à leurs équivalents, les spécialistes. Il les considère de bas en haut, avec respect et admiration, et s'attend à ce que leurs connaissances soient plus grandes que les siennes » [28-p. 106].*

Cette survivance de la relation maître-élève est un agent très actif de « la collusion de l'anonymat » comme M. Balint l'explique plus loin : *« les spécialistes sont tout aussi disposés à adopter le rôle de mentor que les omnipraticiens à accepter le statut de l'élève... Tous deux concourent à la formation de mécanismes ou d'institutions qui permettent de dissoudre les responsabilités trop lourdes. Comme nous sommes tous humains, il faut s'attendre à ce que les spécialistes répugnent à se dépouiller volontairement d'une part de leur autorité autant que les omnipraticiens à ajouter des responsabilités supplémentaires au fardeau qu'ils portent déjà » [28-p. 112].*

L'omnipraticien au centre de la prise en charge

Pour M. Balint, seul l'omnipraticien de famille devrait être responsable des décisions et conséquences quant à la prise en charge des patients *car « cette recherche de la pathologie et de la thérapeutique des troubles « d'origine psychologique », c'est à dire de la personne dans son ensemble, ne peut, selon moi, être mené à bien par des spécialistes, mais uniquement par les omnipraticiens » [28-p. 114]. « Pour l'omnipraticien, le patient n'est pas seulement un patient, mais quelqu'un qu'il connaît bien... Le spécialiste, si sympathisant soit-il, se trouve*

infiniment moins impliqué » [28-p. 113]. « *L'omnipraticien ne sait que trop combien sa décision affecte la vie future du patient et son bonheur* » [28-p. 113].

Et il repositionne ainsi la place du spécialiste, non tel un mentor, mais comme un assistant-expert, venant apporter sa part de savoir à la décision finale de prise en charge de l'omnipraticien : « *le renoncement au rôle en partie usurpé de mentor pourvu d'un savoir et d'une sagesse suprêmes allégera le fardeau du spécialiste et le poids de son opinion dans son domaine spécifique sera accru* » [28-p. 113]. « *La recherche doit être menée par eux conjointement bien que la part du lion incombe à l'omnipraticien... Il pourra certainement faire appel à la coopération et à l'aide des spécialistes, mais ces derniers ne peuvent être que ses assistants-experts* » [28-p. 114-115].

La relation du malade à sa maladie

Balint propose l'idée que le patient qui souffre entretient toujours une relation avec sa maladie, bien avant sa rencontre avec le médecin.

En effet, les problèmes psychologiques s'expriment souvent par des symptômes physiques, c'est ce qu'on nomme communément les pathologies psychosomatiques.

De plus, dans chaque maladie il y a une part de régression et de bénéfices primaires et secondaires, dont jouissent les patients.

La relation médecin-malade est donc triple : médecin-malade-maladie.

Mais Balint met en évidence qu' « *Il existe de nombreux facteurs, dans toute relation médecin-patient, qui poussent le patient à établir une relation de dépendance infantile avec son médecin. Ceci est inévitable ; la seule question qui se pose est de savoir quel est le degré de dépendance souhaitable...ou plutôt...la question véritable est de savoir quel degré de dépendance constitue un bon point de départ pour réussir un traitement et à partir de quand cette dépendance devient un obstacle* » [28-p. 264].

Au final, cette triple rencontre aurait, pour premier effet, de modifier le lien que le malade entretenait avec sa maladie : effet de transfert lié au savoir supposé au médecin, qui, en mettant un nom sur les causes des symptômes, apaise l'angoisse de mort sous-jacente.

Le transfert et le contre-transfert

Dans le cadre de la méthode Balint, Michael Balint utilise les termes de transfert et contre-transfert pour désigner « *l'ensemble des sentiments et émotions, conscients ou inconscients, qui sont mis en jeu et agissent dans les échanges entre le médecin et son patient* » [29].

« *Le transfert est souvent rencontré dans la relation médecin-malade en médecine générale, sans pour autant être forcément identifié comme tel par le médecin* » [31].

Comme l'a mis en évidence Michael balint : « *Nous révélâmes à nouveau que des sentiments ambivalents, c'est à dire agressifs et appréciatifs, peuvent être présent simultanément à la fois chez le patient et chez son médecin, sans être complètement réprimés, ni complètement reconnus* » [28-p. 211].

Un des buts de la méthode Balint est d'aider le médecin à mieux percevoir la qualité transférentielle de la relation avec le patient. Or, il apparaît que pour parvenir à prendre en compte le transfert de son patient, il doit pouvoir prendre en compte son propre contre-transfert. Balint fait référence au système hongrois ou « *l'interrelation du transfert du patient et du contre-transfert de son analyste se trouve, dès le début, au centre de l'attention et s'y maintient* » [28-p. 317].

Selon Balint, si le médecin ressent quelque chose tandis qu'il soigne son malade, il ne doit en aucun cas agir d'après ses sentiments, mais s'arrêter et les considérer comme un symptôme possible de la maladie de son patient : « *Il est important « d'écouter » en nous ces légères*

réactions émotionnelles lorsque nous traitons nos patients... Il faut que nous les « écoutions » et que nous tachions ensuite d'évaluer l'information comme faisant partie de l'ensemble de la relation entre le patient et nous-mêmes » [28-p. 156].

« Les moyens par lesquels le médecin utilise sa personnalité, ses convictions, son savoir, et ses modes habituels de réaction, etc., tout ce qu'on peut résumer par le terme de « contre-transfert » constitue le matériel le plus important de notre méthode de formation » [28-p. 325].

4- Les groupes Balint de nos jours

Historique des groupes balint en France

[2, 27, 32, 33]

Si les groupes Balint sont nés en Angleterre, c'est en France que la méthode Balint a été adoptée et institutionnalisée.

En 1954, Emile et Ginette Raimbault sont les premiers leaders français formés à la méthode Balint.

En 1962, les premiers groupes Balint sont organisés dans le service du Pr Kourilsky à l'hôpital Saint Antoine, puis dans le service du Pr Alby, avec comme leader le Dr Gendrot et le Dr Emile Raimbault.

Dès 1965 le mouvement développé à Paris s'étend à la province : à l'université de Lyon avec les professeurs J. Dechaume et J. Guyotat ; à Strasbourg avec L. Israel ; à Tours avec J Luthier et R. Dursap ; à Rouen avec Guite Guérin, à Evreux avec Pierre Benoit... etc...

En ville, le premier groupe dit « Marignan » ou « vieille garde », ancienne appellation des groupes Balint, a vu le jour en 1966. Elle a réuni pendant plusieurs années, douze médecins une fois par semaine pendant deux heures. L'objectif était de proposer un « séminaire de discussion de groupe sur les problèmes liés à l'exercice de la pratique médicale ».

La Société Médicale Balint France (SMB), quant à elle, est une association non confessionnelle loi 1901, qui fut créée en 1967 par plusieurs médecins et analystes devenus célèbres : F. Dolto, G. Raimbault, J. P. Valabrega, H. P. Klotz, R. Kourilsky, J. Gendrot, L. Chertok, M. Sapir, F. Sacco...

D'autres pays suivront l'exemple français tel que l'Angleterre en 1969, l'Italie en 1971, la Belgique et l'Allemagne en 1973...

M. Moreau Ricaud note que : « De 1967 à 1998, presque toute l'Europe (sauf l'Espagne), puis les pays nordiques, l'Europe centrale, l'Afrique du Sud, et plus récemment, le Japon, la Roumanie, les Etats – unis, la Russie emboîteront le pas de la SMB. »

La SMB a pour objet :

- de former les médecins généralistes à la relation médecin-malade afin de promouvoir la médecine générale dans sa dimension individuelle, familiale et sociale.
- de former les autres spécialistes ainsi que les professionnels ayant des responsabilités thérapeutiques impliquant la relation soignant-soigné.
- d'utiliser la méthode des groupes Balint à travers l'analyse des pratiques dans une démarche réflexive (basée sur l'écoute du soignant).

Elle est reconnue pour la Formation Médicale Continue.

De plus, elle fait paraître tous les trimestres une revue, « le bulletin Balint », et organise annuellement un congrès national où les participants assistent à des séances plénières et pratiquent au sein de groupes Balint éphémères.

La Fédération Internationale Balint (FIB), créée en 1974, est une Organisation Non Gouvernementale (ONG) qui regroupe 21 sociétés Balint nationales dans une quarantaine de pays dans le monde. Elle organise des congrès internationaux tous les deux ans.

Fonctionnement d'un groupe Balint : cadre général

[27]

De nos jours, un groupe balint se compose de 8 à 12 médecins, ou soignants, encadrés par un ou deux leaders. Le plus souvent il s'agit d'un groupe homogène de médecins généralistes, mais ils sont également ouverts à d'autres professionnels du soin, tels que les kinésithérapeutes, les psychologues, les infirmiers...

Les leaders, quant à eux, sont des psychanalystes ou des soignants ayant suivi un parcours analytique personnel. Ils sont accrédités selon des critères et une démarche définie par la Société Médicale Balint.

Le groupe Balint a pour projet le repérage et la compréhension des éléments en jeu dans la relation et le développement de la capacité relationnelle de chaque professionnel dans son activité.

La participation à un tel groupe est un engagement volontaire, qui implique le médecin sur une longue période (minimum 2 années de participation sont recommandées pour sentir les bénéfices) et de façon régulière (2 heures 2 fois par mois). Ceci est la condition nécessaire à une bonne cohésion et évolutivité du groupe.

De plus, pour encore plus d'engagement, les séances sont financées par les participants.

Un entretien préalable est nécessaire avec l'un des leaders afin de recueillir les motivations du candidat mais aussi pour faire connaissance et recueillir ses « idées » de la profession.

Il doit être informé que le groupe Balint n'est :

- Ni un groupe thérapeutique : si le soignant est confronté à un problème personnel, ce n'est pas le lieu pour en parler, il sera orienté de façon adaptée.
- Ni un séminaire à visée médico-technique : ce n'est pas la maladie ni le malade qui est au centre des discussions et on ne cherche pas à trouver la meilleure conduite à tenir ou le meilleur traitement.
- Ni un groupe de pairs.

En effet, l'essentiel du travail en groupe porte sur la relation singulière qui s'établit entre un patient et son médecin : « *Notre but est d'aider les médecins à augmenter leur sensibilité à ce qui se passe, consciemment ou inconsciemment, dans l'esprit du patient lorsque patient et médecin sont ensemble* » [28-p. 320].

Fonctionnement d'un groupe Balint : déroulement d'une séance

[27]

Tout d'abord, les règles de bon fonctionnement du groupe sont le respect de la parole de chacun sans évaluation ni jugement, et la confidentialité.

Les participants et les leaders sont assis en cercle pour faciliter la communication.

Les leaders ont pour rôle de :

- assurer la cohésion du groupe
- contenir le travail en évitant des dérives générales, personnelles ou hors sujet
- protéger les participants d'interpellations personnelles entre eux
- assurer la libre circulation de la parole
- amener les participants vers les rapports à l'inconscient et leur implication personnelle et professionnelle dans la relation de soin
- aider chaque participant à s'acheminer vers la compréhension des problèmes posés dans la relation de soin

A chaque début de séance, un leader demande au groupe : « qui a un cas ? »

Un cas est une situation relationnelle, c'est l'histoire de la rencontre entre un médecin et son patient pour laquelle une prise de recul est nécessaire et où l'expertise du groupe est demandée.

Un des médecins choisit alors de rompre le silence et de rapporter son cas oralement, sans notes, de façon spontanée par la technique de la « libre association d'idée ».

Le reste du groupe, pendant ce temps écoute et cherche à percevoir ce que leur confrère a vécu. Dans un second temps, ils peuvent intervenir, poser des questions, demander des éclaircissements, faire part de leurs ressentis ...

Le narrateur entend et cherche à leur répondre tout en découvrant un autre éclairage de sa relation à son patient.

En effet, au fur et à mesure le médecin, présentant son cas, livre au groupe les éléments objectifs de la situation clinique, mais surtout, il va exprimer inconsciemment ce qu'il n'a pu percevoir de prime abord, au travers de la remémoration d'éléments émotionnels forts vécus avec le patient, qui sont verbalisés par des mots mais aussi par tout un discours non verbal tels que des intonations de voix, des répétitions, des lapsus, des moments de silence...

Le groupe devient alors capable de comprendre le vécu du confrère, car chaque participant s'identifie peu à peu à la situation. Il fait écho aux interrogations du médecin et autorise la décharge émotionnelle. Il crée les conditions favorables, par une « *atmosphère émotionnelle libre et amicale* » et « *suffisamment sécurisante* », pour permettre au médecin de « *reconnaître l'écart entre son comportement réel et ses intentions et croyances* », repérer voir lever « *leurs résistances à dévoiler leur contribution personnelle aux processus thérapeutiques* » et révéler leur « *implication émotionnelle* » [28-p. 321].

Certes dans les premiers temps, les séances de travail n'apportent pas toujours au médecin qui rapporte son cas les réponses qu'il attend (conduite à tenir, conseil précis, théorie...). Car il faut du temps pour un « *changement considérable, bien que limité de la personnalité du*

médecin » [28- p. 331], mais il s'agit avant tout d'une prise de conscience de ses propres modes de réaction face au malade (fonction apostolique, médecin-remède, contre-transfert...).

Toutefois, il y a des limites au travail Balint. Bien que les pratiques professionnelles d'un soignant ne puissent être dissociées de sa personnalité prise dans sa globalité, le travail en groupe porte uniquement sur ce qui est de l'ordre de l'identité professionnelle (« le moi-professionnel »).

Quand les éléments de la vie privée (« le moi-personnel ») apparaissent au cours du travail, cet aspect n'est pas exploré au sein du groupe et le praticien orienté vers une réflexion individuelle.

Le psychodrame Balint

Anne Caïn, psychanalyste marseillaise et fondatrice de l'Association Internationale du Psychodrame Balint (AIPB), créait en 1973 le psychodrame-Balint à la demande du Dr Charles Brisset, animateur d'un groupe Balint classique sur Paris, afin de redynamiser un groupe qui commençait à s'essouffler.

En effet, cette nouvelle méthode de formation à la relation médecin-patient est issue du désir d'Anne Caïn « *d'une relance pulsionnelle grâce à une technique qui remette les choses en mouvement en revivant les situations au sens d'une mobilisation des affects* » [34].

Cette méthode qui allie le psychodrame analytique (créé par Moreno) et l'approche des groupes Balint, vise à faire « *appel à la fois aux dynamiques de l'inconscient et au travail sur la personnalité professionnelle* » [35].

En effet, tout comme la méthode des groupes Balint, elle a pour objectif de sensibiliser les soignants à la dimension inconsciente à l'œuvre dans la relation thérapeutique, à développer une meilleure compréhension des demandes des patients et des obstacles relationnels, et à favoriser l'acquisition d'une plus grande compétence dans son activité. Mais, à ceci près, que le médecin qui raconte son cas le met en scène (« *Ne racontez pas, jouez !* » [34]), permettant au corps de libérer les souvenirs gardés en mémoire car « *si notre mémoire ne retient que ce qui nous intéresse, si elle sélectionne, le corps lui ne fait pas de sélection, il va tout dire, il est spontanée* » [35].

Ainsi le psychodrame Balint fait revivre et retrouver le souvenir des mots et des gestes qui sont advenus lors d'une consultation, et qui étaient restés dans un lien trop obscur pour que leurs véritables sens en soient perçus.

Les retrouvailles avec une scène professionnelle réelle vont permettre, avec les apports des autres participants, un travail de réflexion, de sensibilisation, une prise de conscience des phénomènes inconscients en jeu dans la relation soignante, et un début de leur élaboration.

Le psychodrame Balint va permettre aux soignants d'appréhender avec plus d'efficacité le sens des situations professionnelles qui leur posent problèmes, et qu'ils ont été amenés à rejouer et à revivre au plus près de leurs actes.

5- Les groupes Balint pour étudiants

Les groupes Balint à Londres pour les étudiants en médecine

Initialement, Mickael Balint était plutôt réservé quant à l'accès des étudiants en médecine aux groupes Balint, car il doutait qu'ils puissent avoir suffisamment d'expériences et de maturité pour comprendre les problèmes relationnels complexes et profonds.

De plus, on rappelle que les participants doivent avoir, selon M. Balint, des contacts continus et prolongés avec leurs malades et porter une responsabilité médicale pour pouvoir contrôler (dans la pratique) les expériences faites dans les groupes Balint [36].

« Dans l'ensemble, pour être formés à la psychothérapie, les médecins qualifiés sont des éléments bien meilleurs que les étudiants en médecine. Tout d'abord, la formation n'est pas obligatoire, elle ne se fait pas dans l'intention de préparer un examen. Les médecins forment un groupe de volontaires, personnellement engagés parce qu'ils désirent acquérir une nouvelle aptitude qui les intéresse. En second lieu, l'omnipraticien a sur l'étudiant l'énorme avantage d'avoir une expérience de la vie... De plus, en règle générale, un omnipraticien est plus âgé, plus mûr qu'un étudiant en médecine... » [28-p. 315].

Mais en 1957, il propose à l'hôpital universitaire de Londres un modèle d'enseignement de psychologie médicale : cours magistraux, stages hospitaliers en nombre d'étudiants restreints, et petits groupes de discussion de cas sur le modèle des groupes Balint, pour les étudiants les plus motivés.

A partir de 1963, il y organise des séminaires de « *formation des étudiants en médecine à la médecine centrée sur le malade* », sur 6 mois en parallèle de leur formation clinique car il pense que pour enseigner la psychothérapie il faut soumettre l'étudiant à des émotions, qui agissent dans la situation thérapeutique entre médecin et patient.

« Il était demandé aux étudiants de tracer un tableau de la vie tout entière du malade, de ses sentiments, de ses attitudes et de ses relations personnelles, en plus des observations cliniques traditionnelles. Ce matériel était discuté et à partir de là, le séminaire essayait de préciser dans quel domaine l'étudiant pourrait acquérir une meilleure compréhension du malade, pour avoir un effet thérapeutique... » [36].

Les groupes Balint en France pour les étudiants en médecine

[2, 32, 37, 38, 39]

En France, c'est le Dr Ginette Raimbault qui anime, à la demande des étudiants, le premier groupe Balint pour étudiants, ou « groupes juniors », dans le service du Pr Royer à Necker de 1965 à 1970, avec la participation de M. Balint qui venait de Londres pour co-animer cette formation.

Il exprimera, finalement, à cette occasion, qu'ils devraient être obligatoires pour tous les étudiants.

« (...) tous les étudiants ne pourront pas – de manière univoque- bénéficier de ce type d'enseignement, au moins au moment où il leur est dispensé, mais il est néanmoins justifié de le proposer à tous et à son évaluation immédiate devrait s'ajouter une évaluation à long – et parfois même à très long terme » [38].

Mais il faudra attendre mai 1968 pour entendre parler à l'échelle nationale des groupes Balint comme outil de formation médicale, et ce, grâce aux revendications étudiantes de mai 1968. En effet, ceci est exposé dans le « livre blanc de la réforme des études médicales ». Il a été rédigé en mai 1968 par le comité de Synthèse dirigé par Louis Dubertret (étudiant en médecine de Paris) pour lutter contre les actions anarchistes du Comité d'Action des étudiants en médecine de Paris, puis présenté fin juin 1968 au Ministre de l'Éducation Nationale, François-Xavier Ortoli. On peut y lire :

« ... la commission réclame la création au niveau de chaque CHU et dès la rentrée prochaine, d'un département de sciences humaines responsable de l'enseignement théorique au niveau du CHU. Nous n'avons jusqu'ici abordé que la formation théorique, mais de même que dans toutes les autres formations médicales, la formation théorique s'accompagne d'une formation pratique... cette formation devra se faire dans des groupes que jusqu'à ce que nous ayons trouvé un nouveau qualificatif plus juste, nous appellerons « groupe Balint ».»

En 1974, sont proposés à l'université de Bobigny (Paris 13) des groupes Balint pour étudiants en troisième cycle des études médicales, et animés par le Dr R. Gelly, médecin généraliste et psychanalyste.

Voilà comment le Dr Gelly en expliquait son fonctionnement dans un rapport :

« Les groupes Balint ont été institués dans le cadre du 3eme cycle de médecine générale depuis 1974[...]. Ces groupes comprennent une dizaine d'étudiants qui commencent à exercer leur profession au cours de leurs stages d'interne ou de remplaçant. La participation à ces groupes est volontaire et les étudiants se décident après avoir reçu une information sur leur fonctionnement. Le leader [...] explique notamment qu'il est destiné à ceux qui peuvent et veulent bien accepter que soit élucidée et critiquée la façon dont ils sont personnellement impliqués dans leur relation à leurs malades. Le groupe se réunit tous les 15 jours et à chaque séance, un ou plusieurs participants, lorsqu'ils en ressentent l'intérêt, la nécessité ou l'urgence, font le récit à leurs collègues d'un cas qui leur a posé problème dans leur pratique médicale. Il est bien précisé que c'est au groupe qu'il appartient avec l'aide du leader et après écoute attentive d'explicitier les raisons de ces difficultés, de les percevoir au niveau de la relation médecin-malade et ceci à l'aide de l'intérêt qui est porté tant à la personnalité du médecin qu'à celle du malade. Le groupe progresse grâce aux questions que chacun est capable d'accepter de se poser sur son propre fonctionnement et non en utilisant [...] des réponses stéréotypées et passe-partout dont chacun dispose face aux agressions de la vie courante, face à son angoisse existentielle [...]. Les leaders acceptent que les participants racontent des morceaux de leur existence, jusqu'à un certain point [...] à charge pour le leader de procéder aux interventions et aux interprétations qui permettent à l'auteur de ces confidences d'en bénéficier au premier chef. Tout ce qui est exprimé au cours des séances doit être utilisé au profit de l'élucidation de la relation médecin-malade » [32].

En province, il faut attendre 1973 et 1972 pour qu'apparaissent les premiers groupes Balint pour étudiants en médecine par le Professeur L. Israel à Strasbourg et le Professeur J. Guyotat à Lyon.

Finalement dans les années 80, apparaissent les premières formations à la relation thérapeutique pour les étudiants en deuxième cycle.

Plus récemment, voici quelques exemples d'initiation au groupe Balint pour étudiants de 2^{ème} cycle :

L. Velluet et P. Jaury, proposent à Paris-Descartes depuis 2003, un groupe de type Balint à destination d'étudiants de 2^{ème} cycle. La formation est proposée dans le cadre des modules optionnels de « Formation à la relation thérapeutique » et a fait l'objet d'une thèse [39].

Depuis 2001, l'université Paris Créteil (XII) a mis en place un dispositif, obligatoire, de formation à destination des étudiants en DCEM1 appelé « Enseignement d'initiation à la relation médecin-malade » [20, 40].

D'autres initiatives sont à noter, comme la mise en place de travaux pratiques dans le cadre de l'enseignement du module 7 à la faculté de médecine de Strasbourg et à destination des étudiants en DCEM3 et 4, consistant en une initiation des étudiant(e)s à l'expérience des groupes Balint. Ces groupes restent facultatifs [38].

Des groupes de type Balint ont également été mis en place sur des modes optionnels à Rennes dans le module de « Psychologie médicale » de DCEM3 et à Angers dans le module de « Sciences humaines » sur un mode obligatoire [10].

Enfin, depuis 2004 à Poitiers, un enseignement optionnel de type Balint est proposé aux étudiants de 1^{ère} année de deuxième cycle des études médicales, et a fait l'objet d'une thèse [38].

Les groupes Balint pour étudiants de 3^{ème} cycle depuis la création des stages ambulatoires

De façon non exhaustive, voici quelques exemples d'initiatives de création de groupes Balint à destination des étudiants en médecine de 3^{ème} cycle :

L'Hôpital Necker a bien entendu poursuivi l'initiative de G. Raimlbault, et une formation Balint à destination d'internes de 3^{ème} cycle des études médicales de médecine générale de l'université Paris-Descartes (Paris V), a été mise en place sur l'année universitaire 2001-2002, à l'initiative du Pr Jaury, sur un mode obligatoire, et a donné lieu à un travail d'évaluation dans le cadre d'une thèse de médecine [9].

A Caen en 2007, a été mise en place pour la première fois une « initiation au groupe Balint » pour les étudiants de Troisième cycle de Médecine générale (TCEM1) sur un mode optionnel et a fait l'objet d'une thèse [2].

Un psychodrame Balint optionnel est proposé aux étudiants de 3^{ème} cycle de Paris-Descartes (Paris V) depuis 2008 en parallèle du SASPAS et a fait l'objet d'une thèse [41].

Au cours de l'année universitaire 2008-2009 à Angers, un groupe d' « *analyse des pratiques type Balint* », optionnel, a été mis en place et a fait l'objet d'une thèse [32].

En 2009, c'est l'université de Tours qui met en place des groupes Balint destinés à leurs étudiants de DES de Médecine Générale et ils ont également fait l'objet d'une étude dans une thèse [42].

A Strasbourg, le syndicat des internes de médecine (SARRA-IMG) en association avec le Dr Guillou, enseignant du DMG, et le Pr Bacqué, psychanalyste et leader accrédité, proposent des « *groupes Balint juniors* » aux étudiants du DES de médecine générale depuis la fin des années 2000. Ils ont fait l'objet d'une thèse [10].

Des initiations au groupe Balint, appelées aussi groupes de formation à la relation thérapeutique, sont également proposées aux étudiants de 3ème cycle sur un mode optionnel dans les facultés de Paris VII, Faculté Pierre et Marie Curie et Paris XIII... [10].

III- La question de recherche

A- La problématique

De ce constat multiple que :

- La relation médecin-patient est au cœur et la base de notre profession
- L'enseignement de la relation médecin-patient est une nécessité reconnue
- Les étudiants en médecine sont historiquement demandeurs de ce genre de formation
- Les groupes Balint sont un outil de formation efficace reconnu pour les médecins généralistes

Qu'apporte une initiation au groupe Balint dans l'enseignement de la relation médecin-patient aux étudiants de DES de médecine générale ?

B-Le projet d'une initiation au groupe Balint pour étudiants de médecine générale sur Bordeaux

C'est la question que s'est posée le Département de Médecine Générale (DMG) de Bordeaux. En effet, le Dr Gay, directeur du département, le Dr Demeaux, adjoint coordinateur, et l'équipe enseignante dont le principal acteur fut le Dr Petregne, ont souhaité mettre en place pour la première fois sur l'université Victor Segalen, une initiation au groupe Balint pour les internes de troisième cycle en DES de Médecine Générale.

Ils ont voulu intégrer cette initiation au 6ème et dernier module d'enseignement, orienté spécifiquement sur la relation médecin-patient se déroulant lors du 6ème et dernier semestre du DES de Médecine Générale : « *Module 6 : L'analyse et évaluation des pratiques, la FMC* », traitant notamment des thèmes suivants : « *le patient opposant et le refus de soins, la bonne distance relationnelle, la relation d'aide, l'annonce d'une mauvaise nouvelle...* »

Ils ont également estimé que, pour correspondre au mieux aux conditions d'un vrai groupe Balint, il fallait que les internes puissent suivre les séances d'initiation en parallèle avec un stage de médecine générale, le plus possible en autonomie avec une possibilité de suivi de patients sur le long terme. Le stage en SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé) était donc celui qui convenait le mieux.

Pour cela, le DMG a réuni tous les internes en dernier semestre et en SASPAS dans une même Commission Pédagogique Locale (CPL), la CPL de Bordeaux D, afin de les regrouper sur les mêmes journées d'enseignement.

De plus, pour des questions d'organisation pratique, il a été décidé que les séances auraient lieu pendant les horaires de cours dédiés aux thématiques de la relation médecin-patient, soit 4 séances de 2 heures.

Il ne manquait plus que de réunir les participants et l'équipe qui les encadrerait.

Le DMG a fait donc appel à 2 leaders accrédités par la Société Médicale Balint d'Aquitaine (SMB aquitaine), l'un ayant une formation de médecin généraliste orienté en psychosomatique et l'autre une formation de psychiatre, mais tous deux étant également psychanalystes.

Ensuite, le nombre de participants a été limité à dix personnes, afin de permettre une bonne qualité d'échange, comme il est recommandé dans un groupe Balint classique.

Les étudiants de médecine générale ont donc bénéficié, lors de leur dernier choix de stage en avril 2012, d'une présentation du projet. Ils ont été informés, que pour ceux qui correspondaient aux critères de sélection, ils avaient la possibilité d'y participer sur la base du volontariat. Ils ont été par la suite appelés par téléphone, un par un, par le Dr Petregne, afin de réunir un groupe de taille suffisant.

C- Les objectifs de l'étude

Les objectifs de l'étude de cette initiation au groupe Balint pour les étudiants en dernier semestre de DES de médecine générale et en SASPAS sont multiples :

Objectif principal :

- Mettre en évidence les apports d'une initiation au groupe Balint à la formation à la relation médecin-patient au cours du DES de Médecine Générale.

Objectifs secondaires :

- Décrire la mise en place d'une initiation au groupe Balint dédiée à des internes de médecine générale en dernier semestre et en SASPAS.
- Etudier l'organisation et le fonctionnement d'une initiation au groupe Balint dans le cadre du DES de Médecine Générale.
- Etudier l'apport de l'expertise psychanalytique dans l'étude de la relation médecin-patient au cours de la présentation de cas et dans l'analyse des échanges entre les participants.

IV- Matériel et Méthode

A- Présentation et choix de la méthode

Dès la conception de ce projet d'étude, il nous est apparu qu'une démarche qualitative par entretien semi-dirigé s'imposait pour les raisons suivantes :

1- La recherche qualitative

Définition de la recherche qualitative

Les études qualitatives sont nées et ont été théorisées par des sociologues dans les années cinquante aux Etats-Unis. Elles étaient un nouveau moyen d'analyse pour les sciences humaines et sociales. Elles permettent de comprendre des phénomènes et/ou leurs explications, qu'une analyse quantitative ne pourrait expliciter.

C'est la recherche qui produit et analyse des données descriptives, telles que les paroles écrites ou dites et le comportement observé des personnes. Elle renvoie à une méthode de recherche intéressée par le sens et l'observation d'un phénomène social en milieu naturel. Elle traite des données difficilement quantifiables. Elle ne rejette pas les chiffres ni les statistiques mais ne leur accorde tout simplement pas la première place [43].

De plus cette méthode de recherche convient parfaitement à l'étude d'individus et de groupes restreints, alors qu'elle est peu adaptée et coûteuse lorsqu'il est nécessaire d'interroger un grand nombre de personnes et que se pose un problème de représentativité [44].

But de la recherche qualitative

Les objectifs d'une démarche qualitative peuvent être de nature exploratoire et descriptive, mais aussi explicative ou prédictive.

Il est de connaître les facteurs conditionnant un certain aspect du comportement de l'acteur social mis au contact d'une réalité. On l'utilise pour chercher à comprendre, chercher à décrire, explorer un nouveau domaine, évaluer les performances d'une personne, aller à la découverte de l'autre, évaluer une action ou un projet.

En pratique, on peut se servir de la recherche qualitative pour détecter des besoins, poser un choix, prendre une décision, améliorer un fonctionnement, des performances, cerner un phénomène ou tester des hypothèses scientifiques [45].

Les critères de qualité d'une étude qualitative sont dans la cohérence et non dans la représentativité. Les résultats obtenus aident à comprendre comment se lient les points de vue entre eux. Il s'agit d'un processus inductif, c'est-à-dire, qu'elle permet la construction d'hypothèse ou de théorie à partir de l'observation.

Cette recherche qualitative est menée au moyen de méthodes, les techniques les plus employées sont les entretiens individuels (dirigés ou semi-dirigés) et les entretiens de groupe (focus-groupe).

2- Les entretiens semi-dirigés

Le concept de l'entretien, comme technique, d'enquête est né de la nécessité d'établir un rapport suffisamment égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté, afin d'éviter le sentiment de contraintes d'expression de ce dernier, comme dans un interrogatoire, ce qui modifie la nature de l'information produite.

L'entretien semi-dirigé est une technique qualitative de recueil d'informations permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien.

L'entretien semi-dirigé n'enferme pas le discours de l'interviewé dans des questions prédéfinies, ou dans un cadre fermé. Il lui laisse la possibilité de développer et d'orienter son propos, les différents thèmes devant être intégrés dans le fil discursif de l'interviewé.

L'entretien semi-dirigé permet de recueillir des informations de différents types : des faits, des vérifications, des analyses, des propositions, des réactions aux premières hypothèses et conclusions des évaluateurs.

Les entretiens se déroulent préférentiellement dans un lieu neutre, agréable et convivial permettant une plus grande latitude d'expression.

L'accord des participants pour la retranscription de tout ce qui se dit, pour l'analyse ultérieure et l'utilisation des données à des fins scientifiques, est recueilli en début de séance. Le respect de l'anonymat et de toutes les opinions est obligatoire et ceci est annoncé en préambule.

Le contenu des entretiens individuels (verbatim) constitue le résultat. Il n'est pas compréhensible directement et fait l'objet d'une analyse qui respecte l'équilibre du verbatim.

L'analyse proprement dite permet de dégager des thèmes et des sous-thèmes, et de les regrouper pour faire ressortir les conclusions du travail.

3- Synthèse

La méthode qualitative par entretien semi-dirigé, nous permet d'étudier en profondeur les réponses individuelles du vécu de l'initiation, les mécanismes d'actions, les schémas de pensées et les représentations de ces étudiants qui ont choisis cette initiation au groupe Balint, pour remettre en question et comprendre les interactions de la dimension relationnelle. Elle nous permet de comprendre les significations que les participants donnent à leurs pratiques et de saisir les mécanismes de leurs démarches. Elle permet d'approcher la question de l'impact de cette initiation dans leur pratique professionnelle, leur investissement personnel. Elle nous permet de chercher la diversité des ressentis autour d'une même réalité qui peut être comprise et vécue différemment, les propos divergents venant enrichir le travail de recherche.

B-Matériel

1- Le projet d'étude

L'initiation s'est déroulée, du mois de mai 2012 au mois de septembre 2012, au cours de 4 séances de 2 heures, à la fréquence d'une séance tous les mois ou mois et demi.

Le projet de réaliser une étude sur l'initiation en cours n'a été dévoilé par le Dr Petregne aux participants qu'à la fin de la 2^{ème} séance. L'objectif était que l'un des participants à travers un projet de thèse puisse faire le témoignage de ces 4 séances d'initiation. Je me suis donc portée volontaire à la fin de la 3^{ème} séance. Puis ce n'est qu'à la fin de la dernière séance que le Dr Petregne a fait part de notre projet d'étude sous forme d'entretiens individuels auprès de chacun des participants.

2- Une formation à la recherche qualitative

Afin de se former à cette démarche de recherche qualitative, nous avons participé, avec mon directeur de thèse, à un séminaire de formation à la recherche qualitative organisé sur deux jours par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), en novembre 2012, et animé par les Docteurs Isabelle Aubin-Auger, Alain Mercier, Jean-Sébastien Cadwallader et Jean-Pierre Lebeau.

Les objectifs de ce séminaire étaient de :

- Choisir et utiliser une méthodologie qualitative pour permettre de répondre à une question de recherche en soins primaires, dans le but d'améliorer la prise en charge des patients.
- Utiliser les différentes techniques de codage et d'analyse des données recueillies.
- Connaître et mettre en pratique les différents niveaux d'analyse.
- Utiliser un logiciel de codage type Nvivo®.

3- Les grilles d'entretien

L'échantillon étant de fait imposé par la question de recherche, des entretiens ont donc été réalisés auprès des participants, mais également auprès des deux leaders et du Dr Petregne qui assistait aux séances, afin de recueillir un maximum d'informations.

Pour une question de neutralité, nous n'avons pas réalisé d'entretien pour moi-même.

Une grille d'entretien spécifique a été réalisée pour chaque intervenant.

A partir d'une revue bibliographique des thèses réalisées sur le même sujet, un canevas de questions ouvertes a été mis en place, conjointement avec le directeur de thèse, permettant d'aborder chaque aspect de cette initiation.

La grille d'entretien concernant les internes comprenait six parties :

- Présentation du participant (âge, faculté d'origine, expériences de médecine générale en 2^{ème} cycle, expériences de remplacements, projets à venir)
- Présentation et organisation de l'enseignement
- Fonctionnement d'une séance
- Présentation des cas et implication dans le groupe
- Ecoute des autres participants
- Avantages et inconvénients de cette initiation
- Questions d'ordre générales et conclusions.

En ce qui concerne les grilles d'entretiens des leaders et de l'enseignant, la démarche a été différente. Les questions se sont attachées dans un 1^{er} temps à présenter la personne et son expérience dans les groupes Balint, ensuite à présenter le parcours de la création de ce projet et les objectifs initiaux, puis viennent ensuite les questions se rattachant au fonctionnement et à l'évolution du groupe et finalement des questions d'ordre générales pour conclure.

Après ce premier travail de rédaction, et afin de s'assurer du respect et de la qualité de la démarche méthodologique, une 2^{ème} lecture a été réalisée par Mme Laetitia Idier du Laboratoire de Psychologie de la Santé et de la Qualité de la Vie de Bordeaux, dirigée par Mme le Dr Michèle Koleck. Les questions ont été alors remaniées dans leurs formes dans un souci d'ouverture et de neutralité.

Les grilles d'entretien sont disponibles en annexe.

4- Contact avec les participants

La thésarde a récupéré à la fin de la dernière séance les coordonnées téléphoniques ainsi que les adresses mails de chacun des participants. Elle leur a ensuite envoyé un mail pour les prévenir qu'elle les contacterait prochainement pour organiser un rendez-vous, afin de réaliser un entretien de 30 à 60 minutes, et elle leur a demandé leur indisponibilité sur la période concernée. Ensuite, un à un, elle les a contacté pour fixer un rendez-vous dans un lieu au calme selon leur préférence.

En ce qui concerne les entretiens avec les leaders, c'est par l'intermédiaire du directeur de thèse, le Dr Petregne, que les leaders ont été joints pour organiser un rendez-vous.

5- Recueil des données

Tous les participants ont accepté de participer au projet de thèse.

Les entretiens se sont déroulés de Décembre 2012 à février 2013 (soit 3 à 6 mois après la fin de l'initiation), en ce qui concerne les internes participants. Et de février à avril 2013 en ce qui concerne les deux leaders et l'enseignant.

Tous les entretiens des internes ont eu lieu chez eux sauf deux : l'un a été réalisé dans une salle d'Etude Dirigé (ED) de l'université et l'autre par vidéoconférence, via Skype®, puisque l'un d'entre eux habitait en région parisienne.

Les entretiens des deux leaders se sont déroulés pour l'un à son cabinet médical et pour l'autre dans une salle d'ED de l'université. Finalement l'entretien de l'enseignant a été réalisé au domicile de la thésarde.

La durée des entretiens varie d'une demi-heure à une heure environs.

6- Déroulement des entretiens

En début d'entretien, la thésarde s'est présentée et a présenté son directeur de thèse. La thésarde expliquait le sujet de la thèse, précisait l'anonymat des données et sa neutralité vis-à-vis des propos recueillis. Elle avait pour but de mettre à l'aise l'interviewé, de recentrer la discussion si besoin, et ceci avec neutralité sur les propos exposés.

Ensuite, le participant a été invité à répondre aux questions formant le canevas d'entretien : la finalité étant de connaître son ressenti vis-à-vis de l'initiation au groupe Balint auquel il avait participé.

Des questions supplémentaires, au fil des entretiens, ont été utilisées afin de favoriser l'explication de leurs pensées et idées, ainsi que des relances, reformulations, reflets ou échos. Parfois, certaines questions formulées à l'avance n'ont pas été posées, ceci lorsque le participant livrait de lui-même les informations attendues.

Dans la mesure du possible, la thésarde a essayé d'adopter une attitude empathique, non directive et une position « d'acceptation inconditionnelle », proposant un espace non menaçant pour le participant où il n'est pas soumis au jugement, et où, de l'intérêt est accordé à ses propos.

Les entretiens ont été enregistrés au moyen d'un dictaphone numérique appartenant à la thésarde.

7- Traitements des données

Retranscription des échanges

Chaque entretien audio a été retranscrit mot à mot sur le logiciel de traitement de texte Microsoft Office Word® 2007, le plus fidèlement possible : les propos ainsi que les hésitations ou silences éventuels, et même les lapsus et erreurs de grammaire. Les aspects non verbaux ont été notés entre parenthèses.

Le verbatim a été relu par la thésarde tout en écoutant la bande-son afin de s'assurer qu'aucune information ne soit perdue et pour corriger d'éventuelles erreurs de transcription, mais en aucun cas en ne cherchant à reformuler les idées et ceci afin d'en préserver l'authenticité.

Afin de garantir l'anonymat, il était demandé aux participants au début des entretiens de choisir un pseudonyme. Les entretiens étaient ensuite numérotés du n°1 au n°12 dans l'ordre de rencontre avec les interrogés. Les noms propres relatés dans les entretiens, mis à part celui du Dr Petregne, ont été subtilisés aux pseudonymes.

Le directeur de thèse, ni aucune autre personne, n'a eu accès à la liste des pseudonymes choisis par les participants afin de garantir un anonymat complet.

Pour des raisons pratiques, seulement deux verbatims ont été sélectionnés en annexe.

Analyse des données

Nous avons choisi la méthode d'analyse par entretien (analyse longitudinale), puis par thématique (analyse transversale), selon la méthode de Blanchet A. et Gotman A. [44]. Cette méthode convient à une recherche qui explore des modèles explicatifs de pratiques ou de représentations, ce qui correspond à notre étude.

Cette étude a été analysée à l'aide du logiciel QSR Nvivo9®, dont la licence et l'exploitation a été gracieusement offerte, pendant un an, par le Collège des Généralistes Enseignants d'Aquitaine (CGEA).

Afin d'accroître la validité de l'étude, l'analyse des données a été faite en double lecture par la thésarde et son directeur de thèse.

Après plusieurs lectures des entretiens, afin de s'imprégner des données, une première phase de codage a été réalisée : chaque mot clé ou groupe de mots ou idées, ont été répertoriés, puis classés et regroupés en formant des thèmes et des sous-thèmes (codes ouverts et codes axiaux).

Puis la phase d'interprétation : les idées et thèmes ont été réorganisés afin de dégager les concepts exposés et les avis exprimés et permettre ainsi une lisibilité de l'ensemble.

A titre indicatif, il a été obtenu 615 codes ouverts et 30 codes axiaux.

Des exemples issus des entretiens ont été sélectionnés pour leur pertinence, afin d'illustrer chaque thème ou sous thème. Le numéro en fin de citation correspond au numéro du participant.

V- Résultats

Nous avons choisi dans la présentation des résultats d'intégrer le verbatim aux textes afin d'en faciliter la lecture.

De plus, nous avons également choisi de ne pas séparer le verbatim des internes de celui des leaders et de l'enseignant, lorsque ces derniers leurs faisaient écho ou apporter un éclairage supplémentaire à l'ensemble.

A- Mise en place des séances

1- Création de l'initiation

D'après l'entretien réalisé auprès du Dr Petregne, la réflexion d'une formation à la relation médecin-patient, sous forme d'une initiation au groupe Balint, s'est faite bien en amont « *pendant plusieurs années... 2 ans au moins* » (enseignant), « *au sein du département* » (enseignant), en collaboration « *avec le directeur du département et son adjoint coordinateur, donc Mr Gay et Mr Demeaux* » (enseignant).

Selon lui, ces réflexions se sont nourries des expériences réalisées dans les autres universités auxquels ils étaient « *attachés* » (enseignant) : « *j'ai été voir ce qui c'était passé à Paris-Descartes, parce qu'il y a Philippe Jaury qui fait lui une initiation en 2ème cycle et 3ème cycle, il fait du psychodrame... si j'ai été un petit peu voir ce qui se passait ailleurs* » (enseignant).

Ces réflexions, selon ce dernier, ont porté sur plusieurs éléments : « *d'une part à savoir : est-ce qu'il fallait que ça soit intégré dans les séances d'enseignement ou est-ce que c'était en plus ?* » (enseignant), d'autre part « *au niveau du DES de médecine générale : 2ème ou 3ème année ?* » (enseignant), mais aussi « *quels étudiants cibler et pourquoi on les ciblait ?* » (enseignant).

Par ailleurs, selon le Dr Petregne il fallait que ce projet puisse s' « *adapter aux contraintes* » (enseignant) « *administratives et organisationnelles* » (enseignant) de l'université de Bordeaux 2 : il fallait « *le caler dans l'enseignement de la relation médecin-patient parce que ce qui nous a paru important, c'est de ne pas faire venir les étudiants en plus de cet enseignement mais de l'intégrer dans cet enseignement et de le faire en parallèle de cet enseignement. Donc voilà, c'est pour ça qu'il y a eu 4 fois 2 heures en parallèle avec les 4 fois 2 heures sur l'enseignement à la relation médecin-patient en dernier semestre du DES de médecine générale* » (enseignant).

Le second point important était, selon lui, de le réserver aux étudiants de médecine générale en 6ème semestre et en SASPAS dans la CPL de Bordeaux : « *c'était important que les internes soient en exercice professionnel et en autonomie, donc le stage qui s'y prête c'est le SASPAS* » (enseignant). Mais il fallait aussi « *les rassembler dans une même CPL, pour faciliter à la fois toute la démarche administrative...et... leur faciliter à ce moment-là, la possibilité de s'intégrer à ces groupes de par leurs emplois du temps et leurs cours à l'université* » (enseignant).

Au final, ce dernier déclare que « *cette initiation est intégrée à leurs cours donc ça ne leurs posent pas de problèmes d'emplois du temps* » (enseignant).

De ce fait, et ce sont les leaders qui l'ont fait observer en premier, cette expérience ne peut être « *qu'une sensibilisation, une initiation* » (leader 1) au groupe Balint et pas un vrai groupe Balint car « *on se trouvait dans quelque chose de très universitaire* » (leader 1) : « *on n'était pas dans un groupe Balint. Non ce n'est pas un groupe Balint, c'est une sensibilisation, une initiation à ce type de situation. Mais ce n'était pas un groupe Balint. Pour 2 raisons : la 1ère c'est que vous n'avez pas de patient, vous n'avez pas de patient à vous... Et la 2ème c'est parce qu'il y avait la présence d'un tiers, qui n'était pas Balintien. François Petregne n'était pas là ni en tant que médecin présentant un cas, ni en tant qu'expert prenant en charge le groupe* » (leader 1).

Une fois ce canevas mis en place, c'est le Dr Petregne, riche de son expérience de participation « *à des groupes Balint il y a plusieurs années pendant au moins 10 ans* » (enseignant), qui a déclaré avoir pris contact avec « *la société française balint... en signifiant que l'on faisait ce projet au niveau du département de médecine générale à l'université de Bordeaux 2* » (enseignant) afin de « *savoir qui pourrait intervenir pour cette initiation à la fac* » (leader2).

Selon les leaders, la SMB « *a fait suivre le courrier par mail* » (leader2) et 2 leaders de Bordeaux, connaissant bien les membres du DMG, se sont portés volontaires pour encadrer cette 1ère initiation : « *ça fait plusieurs années que je connais le Dr Bernard Gay* » (leader 2). « *Le Dr Petregne, que je connais depuis un certain nombre d'années, puisque nous avons participé à un groupe de travail, qui s'est intéressé à la problématique que suscite la relation médecin-malade dans la pratique quotidienne* » (leader1).

Et ceci selon l'enseignant n'était « *pas facile* » (enseignant) pour deux raisons : La 1ère parce que des leaders « *il y en a pas beaucoup sur la région* » (enseignant). La seconde parce qu' « *ils ont fait ça de façon bénévole* » (enseignant), « *ils ne sont pas rémunérés* » (enseignant).

En effet les leaders ont confirmé cela : « *à partir de 60 ans, nous ne pouvons plus être payé par la fac en tant qu'enseignant... on est considéré comme retraité donc vous ne pouvez plus avoir de rémunération* » (leader 1).

Les leaders et l'enseignant coordinateur et initiateur du projet, le Dr Petregne, ont déclaré s'être ensuite « *vu 2 fois* » (leader 1) afin que soit présenté « *la population sur laquelle le projet allait se réaliser* » (leader 1).

Afin de garantir un minimum d'anonymat aux propos des 2 leaders qui ont animé le groupe, nous nous contenterons de quelques éléments descriptifs.

Ces deux leaders ont déclaré avoir une grande expérience d'animation de groupe Balint : « *ça fait plus de 10 ans que j'anime des groupes Balint à Bordeaux* » (leader1) ; « *je suis leader accrédité depuis 1988* » (leader2).

Ils ont déclaré bien se connaître et savoir « *très bien comment fonctionner l'un avec l'autre* » (leader2). Mais seulement l'un d'entre eux a déclaré avoir de l'expérience dans l'animation de

groupes pour étudiants : « *c'était à la Pitié Salpêtrière, effectivement il y avait un groupe d'étudiants que j'ai suivi quand même pendant 3 ans* » (leader 2).

A la question concernant leurs motivations à participer, ils ont répondu qu'en tant que « *représentants de la société médicale Balint en Aquitaine, et bien c'était normal* » (leader 1) qu'ils participent « *à cette sensibilisation pour les étudiants* » (leader 1), afin de « *faire entrer vraiment Balint et l'analyse de pratique suivant les concepts de Balint, à l'université* » (leader 1).

En effet, ils ont déclaré que leurs « *objectifs c'est de vraiment former les futurs médecins aux problèmes qu'ils rencontreront dans leur pratique quotidienne et de trouver des outils qui leur permettront de mieux vivre leur pratique et de surtout d'être plus compétent auprès des problèmes que leurs proposent leurs patients. Parce que le but c'est de soigner des malades ce n'est pas de soigner des maladies.* » (leader 1).

Ils ont également soulevé le fait que, selon eux, les étudiants « *sont un petit peu tout seul, tout-nu, sans parachute quand ils vont se retrouver devant un patient* » (leader 2) et que si ils peuvent les aider à « *faire en toute sérénité et en tout plaisir ce fabuleux métier* » (leader 2) et bien ils auront « *un peu participé au développement de la médecine générale. Ce qui est vraiment un énorme enjeu* » (leader 2).

L'une des autres motivations, partagée par le DMG, est également, selon leurs déclarations, de participer au développement des groupes Balint auprès de la population médicale à travers la sensibilisation des étudiants : « *si on peut toucher 10% de la population des médecins on aura fait un très, très grand pas... il faut que les médecins sachent que ça existe* » (leader 1). Mais aussi, afin de leur donner envie de les « *constituer, voir les développer, lorsqu'ils travailleront et seront dans l'exercice professionnel en tant que remplaçant ou médecin installé* » (enseignant) « *parce que finalement ce n'est qu'une initiation, c'est presque une invitation à aller voir plus loin* » (leader 1).

Les appréhensions et attentes de l'enseignant coordinateur, le Dr Petregne, à ce stade de la mise en place du projet, étaient multiples.

Tout d'abord, il a déclaré que ses attentes, minimalistes bien que fondamentales, étaient de parvenir à ce que « *d'une part un groupe puisse se constituer, premièrement. Et deuxièmement que le groupe puisse faire les 4 séances* » (enseignant).

Ensuite, qu'il y ait un nombre suffisant, mais pas trop important de participants : « *il y a vraiment plusieurs facettes qui pouvaient faire que ça pouvait complètement capoter au dernier moment. Voilà, mes craintes c'était qu'il y ait 2 groupes et qu'on puisse pas trop, trop gérer ces 2 groupes* » (enseignant). Car en effet, selon lui, devoir constituer 2 groupes « *ça serait compliqué pour les leaders ...dans l'organisation* » (enseignant).

Pour finir, il a déclaré qu'« *après les objectifs c'est que le groupe fonctionne, que tous les internes puissent y participer, qu'il y ait un retour assez intéressant des leaders aussi sur le plan théorique... que ça soit à la hauteur des espérances : au niveau théorique, pratique... Qu'on puisse apporter des réponses aux questions posées, parce que c'est le but initial* » (enseignant).

2- Présentation de l'initiation

La présentation de cette formation à la relation médecin-patient, sous forme d'une initiation au groupe Balint, à l'ensemble de la population d'étudiants en médecine générale, s'est faite lors de la réunion de choix de stage : *« C'était au choix de stage, ils nous ont dit que les étudiants qui prenaient un SASPAS pouvaient avoir certains de leurs cours remplacés par un groupe Balint »* (interne 4).

Cette initiation était donc *« réservée avec un nombre de place limité »* (interne 2) aux seuls internes en SASPAS du semestre suivant.

Parmi les participantes qui se souviennent de cette présentation, aucune n'a de souvenir de la personne qui a faite l'annonce : *« sur le dernier choix de stage, il y avait eu une annonce, je sais plus qui l'avait faite d'ailleurs »* (interne 2).

Les participantes ne se souviennent pas seulement d'une présentation orale, mais également de documents papiers remis : *« au choix de stage on nous avait donné une fiche informative »* (interne 6).

Sur les 5 participantes qui se souviennent de ce document papier, une participante l'a renvoyé (interne 4) et une autre pense l'avoir fait (interne 9) : *« On nous l'a donné et il fallait la renvoyer. Je crois même que je l'ai rempli tout de suite en disant « comme ça vous la gardait je suis sûre que vous l'avez ». Comme ça je suis sûre au maximum d'être dans le groupe parce que je voulais vraiment y aller »* (interne 4) ; *« j'avais du remplir la fiche alors. C'est pour ça qu'il m'a rappelé pour me demander si je confirmais »* (interne 9).

Les autres participantes (interne 2, 3, 6) avouent ne pas l'avoir rempli ou l'avoir mis de côté : *« Ils ont distribué un papier. Je l'ai pas rempli »* (interne 3) ; *« au choix de stage on nous avait donné une fiche informative, que j'avais laissée trainer de côté »* (interne 6).

Sur les 9 participantes, 4 n'ont pas eu accès à cette information lors de la réunion de choix de stage, et ce, pour deux raisons :

Soit, parce qu'elles étaient absentes lors de la réunion (interne 1 et 5) : *« je n'étais pas là au choix de stage, comme j'étais en Polynésie, je n'en avais pas entendu parler avant »* (interne 5).

Soit, parce qu'elles étaient inattentives aux annonces faites en début de séance de choix de stage (interne 7 et 8) : *« (hésitation) je n'avais pas été très attentive en fait »* (interne 8).

Ces participantes ont alors eu accès à l'information par le biais de mails envoyés par le DMG : *« j'avais reçu le mail avant, qui nous informait qu'il y avait cette session parallèlement aux cours... »* (entretien 1).

Mais aussi via leur maître de stage, qui se trouvait être pour l'une d'entre elle le Dr Petregne : *« ah bien c'est simple ! J'étais en SASPAS chez le Dr Petregne... »* (interne 1).

Le bouche à oreille avait également bien fonctionné, puisque ces 2 participantes en avaient aussi discuté avec d'autres collègues internes elles-mêmes inscrites : *« j'en ai entendu parler aussi par d'autres internes de médecine générale qui avaient choisis de faire le groupe et qui m'en avaient parlé quand je suis rentré »* (interne 5).

Mais c'est finalement au moment de la répartition dans les différents groupes, que les choses ont pu s'arranger : *« non c'est le 1er jour des cours, que j'en ai parlé quand on s'est réparti sur les différents groupes. J'en ai parlé, je crois que c'était à Mr Petregne d'ailleurs, je lui ai »*

dit que je n'en avais pas entendu parler, mais qu'à priori ça m'intéressait et il m'a proposé de rejoindre le groupe » (interne 5).

Les participantes, qui ne s'étaient pas inscrites spontanément, ont toutes reçu un appel téléphonique du Dr Petregne, comme l'ensemble des internes en SASPAS de la CPL, afin d'avoir un groupe de taille suffisant pour démarrer le projet : *« en tout cas moi j'ai appelé tous les SASPAS de la CPL par téléphone. Ils ont été tous appelés ! »* (enseignant). Cet appel téléphonique avait pour objectif d'apporter des informations complémentaires sur l'initiation : *« donc il a fallu que je réexplique au téléphone un petit peu, pour celles et ceux qui me le demandaient, comment ça se passait en pratique et pourquoi ce groupe Balint, pourquoi cette initiation au groupe Balint »* (enseignant). Mais aussi pour valider définitivement les inscriptions : *« après j'avais reçu un appel du Dr Petregne, une fois que j'ai choisi le SASPAS en fait. Il m'avait appelé et je lui avais dit que ça m'intéressait »* (interne 9).

Si pour certaines participantes, l'information sur la présentation de cette initiation au groupe Balint, a été efficace, lors du choix de stage, avec des inscriptions spontanées et rapides : *« je me suis inscrite rapidement le jour même ou le lendemain je crois »* (interne 2).

Ça n'a pas été le cas pour la majorité d'entre elles, et le Dr Petregne a dû solliciter l'ensemble des étudiants en SASPAS par des appels téléphoniques, afin d'obtenir un groupe de taille suffisant : *« l'inscription spontanée à ce genre de groupe n'a pas été de mise, puisque ... il a fallu solliciter, stimuler les internes pour venir à ce groupe »* (enseignant).

Ces relances téléphoniques ont, parfois, été jugées insistantes par certaines participantes : *« Mr Petregne m'a harcelé au téléphone ! (rire)... non, il a dû m'appeler 2, 3 fois, et comme j'étais à l'étranger je l'ai pas eu, donc il m'a rappelé, rappelé, rappelé... »* (interne 6), bien que le Dr Petregne démente tout acharnement : *« Ils ont été tous appelé... répondeurs... et après ils me rappelaient si ils étaient intéressés. J'ai pas fait double appel, j'ai fait qu'un appel ! »* (enseignant).

D'ailleurs, l'une des participantes, ainsi que le Dr Petregne, ont souligné le fait que, le mode de présentation de l'initiation sous forme d'annonce orale lors du choix de stage, n'était peut-être pas entièrement satisfaisant : *« il y a eu une présentation le jour du choix de stage. Présentation plus un document qui a été remis. Mais qu'en est-il resté, quand je les ai appelés ? Oui un vague souvenir, que c'était possible de faire partie d'un groupe Balint, mais point ! »* (enseignant) ; car *« je suis pas sûr que tout le monde ait été au courant quand même. Parce que moi l'info, elle est passée un peu à travers. Au choix de stage, c'était bien dit ? Parce qu'il y en avait pleins qui disaient : mais c'est quoi ?... tu vas où ? ...c'est quoi le groupe Balint ? »* (interne 1).

3- Caractéristiques des participants

Le groupe était composé de dix internes en dernier semestre de DES de Médecine Générale et en SASPAS, toutes de sexe féminin par le choix du hasard.

Leur moyenne d'âge était de 28 ans avec une fourchette allant de 27 à 29 ans.

Seulement trois d'entre elles étaient issues du cursus universitaire de Bordeaux, les autres étaient originaires de Toulouse, Tour, Clermont-Ferrand, Créteil Paris 12 (deux participantes) et Paris sans autre précision.

Le taux de participation a été très satisfaisant car seulement 2 internes ont raté, chacune, une seule des quatre séances de l'initiation pour cause de congé.

Les questions relatives aux caractéristiques des participantes, portaient sur leurs expériences en médecine générale, leurs projets professionnels, leurs connaissances préalable des groupes Balint et si elles se connaissaient entre elles.

En ce qui concerne leurs expériences de médecine générale, en dehors du cursus de l'internat, 4 participantes ont fait « *lors de l'externat, le petit stage* » (interne 1) « *d'initiation à la médecine générale* » (interne 9), qu'elles considèrent volontiers comme « *un stage d'observation* » (interne 9) et de familiarisation avec « *l'organisation* » (interne 1) d'un cabinet.

Toutes, sauf une, avaient une expérience professionnelle de remplacements, dans des cabinets de médecine libérale, le plus souvent, mais aussi en « *remplacements salariés... en service d'urgence* » (interne 1).

Leurs projets professionnels, pour la majorité d'entre elles, soit 6 participantes, est de « *remplacer encore un petit moment et s'installer après* » (interne 6), dans la mesure du possible à « *moyen terme... court ou moyen terme* » (interne 9) et de préférence « *en cabinet ... de groupe* » (interne 9).

Pour une autre participante, le projet d'installation n'est « *pas pressé* » (interne 3), avec une installation envisagée plutôt à plus long terme.

Pour les 2 participantes restantes, elles occupaient des postes de salariés en « *milieu hospitalier* » (interne 5) mais les deux envisageaient de revenir à la médecine générale, soit via « *un mi-temps soin palliatif et un mi-temps médecine générale* » (interne 2), ou bien un jour peut-être de « *travailler en dispensaire soit en Nouvelle-Calédonie soit en Polynésie* » (interne 5).

Six participantes sur neuf avaient une connaissance, plus ou moins approfondie, des groupes Balint.

Deux étudiantes avaient « *lu en partie le bouquin du Dr Balint (M. Balint, « le médecin, son malade et la maladie»)* » (interne 3), car pour certaines facultés cela « *faisait partie des livres qu'ils nous avaient conseillé de lire, pendant les vacances, avant l'année de la P1* » (interne 9).

Parmi elles, 3 se souviennent en avoir entendu parler lors des « *cours de sciences humaines* » (interne 9) pendant l'externat, mais aussi « *à l'internat pendant nos cours de médecine générale* » (interne 9), notamment dans les CPL de « *Bayonne, souvent, et Pau* » (interne 9). Les 2 participantes originaires de Créteil Paris 12, avaient même participé, pendant leur externat, à un groupe Balint, consistant à un enseignement « *de la relation médecin-malade* » sous forme de « *jeux de rôle* » (interne 8) pendant « *une dizaine de cours* » (interne 8) et « *en petit groupe... avec un enseignant* » (interne 8), et où l'on « *parlait de notre expérience, on parlait de choses ... vécues en stage* » (interne 7).

Certaines d'entre elles, en ont aussi entendu parler « *sur internet, sur les blogs de médecins bloggeurs qui parlaient de temps en temps des groupes Balint* » (interne 4) ainsi que « *sur twitter* » (interne 4).

Finalement, « *quelques maîtres de stage* » (interne 6), faisant parti ou non d'un groupe Balint, leur en avait également parlé « *vite fait* » (interne 6) ou les avait emmené avec eux à une « *soirée groupe Balint* » (interne 3), bien que la description, faite par l'étudiante, de la soirée ne corresponde pas vraiment à celle d'un groupe classique, hormis la présence d'un « *médecin qui dirigeait la séance et qui avait fait une formation Balint* » (interne 3).

Bien qu'ayant une connaissance antérieure plus ou moins importante des groupes Balint, aucune n'avait vraiment de notion de comment fonctionnait un groupe Balint : « *c'était une*

découverte...J'ai découvert l'organisation, le rôle de chacun, les buts, les objectifs de la séance...je savais pas du tout en quoi cela consistait » (interne 3).

La majorité des participantes ont déclaré n'avoir jamais participé à des groupes de pairs ou des Groupes d'Echanges et d'Analyse de Pratique (GEAPI), sauf trois, qui ont évoqué « *le groupe d'échanges* » (interne 5) pendant leurs cours de médecine générale mais elles ne l'ont pas vraiment considéré comme tel : « *non. A part les groupes d'analyse de pratique qu'on fait en cours, mais pour moi ce n'est pas des groupes d'analyse de pratique, ça n'a que le nom...* » (interne 6).

Une seule étudiante a évoqué sa participation à une formation Médicale Continue (FMC) (interne 1).

La majorité d'entre elles (5 participantes) ont avoué qu'elles ne se connaissaient pas vraiment : « *Il y avait des personnes que j'avais juste croisées en cours mais que je ne connaissais pas, dont je ne connaissais pas le prénom, dont je ne connaissais pas les caractères* » (interne 5). Les autres se connaissaient « *déjà un peu* » (interne 1) ou bien avait « *des atomes crochus* » (leader 2) bien développés.

Si pour certaines, cette plus ou moins bonne connaissance des unes et des autres mettaient « *mal à l'aise forcément* » (interne 3) ou avait un caractère « *gênant* » (interne 9), pour d'autres cela « *n'influence pas* » (interne 4).

4- Motivation à participer à l'initiation

Les motivations des participantes, à s'engager de façon volontaire dans cet enseignement de la relation médecin-patient, sous forme d'initiation au groupe Balint, ont été classé par ordre de fréquence.

La 1ère motivation, c'est que cela représente, pour 7 d'entre elles, une alternative au cours classique du DES de médecine générale : « *je m'étais décidée à faire plutôt ça, que d'aller aux autres cours* » (interne 7).

Ceci est en lien avec la manifestation d'un désintéret profond pour les cours de médecine générale dispensés pendant le cursus de l'internat : « *et puis franchement les autres cours n'avaient pas un attrait particulier !* » (interne 7), « *je n'avais pas grand-chose à perdre !* » (interne 6), « *de toute façon ça pouvait pas être pire !* » (interne 4).

En effet, les participantes ont exprimé, sans détour, le plus souvent, ce désintéret des cours classiques par des qualificatifs allant du « *peu d'intérêt* » (interne 9), « *pas très constructif* » (interne 6), « *de qualité très inégale* » (interne 4), « *pas du tout adapté à notre pratique* » (interne 8) au « *franchement rébarbatif* » (interne 1).

Mais cet état de fait a été nuancé par l'une d'entre elles, et par une 8ème participante, en disant que la motivation à participer à cette initiative « *était une autre approche* » (interne 8) des cours et de leurs scripts, et que c'était un moyen « *de changer de mode d'enseignement sur le cursus de l'internat* » (interne 5).

La seconde motivation exprimée par 3 d'entre elles, est la curiosité : « *j'étais curieuse et donc j'ai dit ok sans problème* » (interne 7), « *...la curiosité, je me suis dit que ça devait être enrichissant* » (interne 9).

Parmi celles ayant déjà une connaissance plus ou moins importante des groupes Balint, via les différents moyens d'informations cités plus haut, 3 ont exprimé le sentiment que le fait de

connaître les groupes Balint leur avait donné envie de « faire du Balint » : « j'étais très attirée par le Balint » (interne 4), « je me suis dit : tiens ! Ça serait sympa de voir ce que ça donne en vrai ! » (interne 3), « j'avais un peu mon idée personnelle du groupe Balint et je voulais savoir exactement en quoi ça consistait » (interne 4).

Trois autres internes, ont manifesté le fait qu'elles étaient spontanément attirées par le concept du groupe Balint, parce que cela correspondait à leurs besoins : « c'était la description qui en était faite, c'était sur l'analyse de la relation médecin-patient... (Silence) Je me pose souvent des questions sur ma relation aux patients, et sur l'influence que ça peut avoir sur ma pratique » (interne 2).

Ou bien parce que « l'effet miroir » les intéressait : « C'était voir un petit peu, aussi, comment fonctionnaient les autres » (interne 3).

Ou bien aussi, pour les apports d'échanges entre confrères : « Je trouve qu'avoir un retour d'autres personnes plus objectives, sur des situations qui nous ont paru complexes, je trouvais ça intéressant » (interne 8).

Deux participantes ont attribué un aspect décisif à leur participation au coup de téléphone du Dr Petregne : « franchement, s'il n'avait pas rappelé, je pense que j'aurais oublié et que je n'aurais pas participé » (interne 6).

Une participante a évoqué le fait qu'elle s'était laissée, volontairement, entraîner par une consœur qui s'était déjà inscrite : « et puis, Framboise y était inscrite, donc (rire) eh ben du coup j'ai dit allez ! Soyons fou (rire) ! » (interne 1).

Une participante, a évoqué le fait, également, que les internes qui participaient à cette initiation avaient sûrement « ce désir de vraiment bien faire, ce désir d'être vraiment médecin, de vouloir y aller ! » (interne 1) et qu'en participant à cette initiation, elle pourrait se sentir « mieux armée » (interne 1), plus préparée à affronter « quelque chose dont on pressent que ça va pas être facile » (interne 1).

Une autre participante, a été attirée par le fait, que ce soit en « plus petit groupe » (interne 5), et donc qu'il y ait « plus de facilité d'échanges entre nous, de facilité de partager au moins ce que moi j'ai vécue » (interne 5).

A noter tout de même, qu'une des participantes, a souligné le fait qu'elle n'avait « pas trop senti le caractère optionnel (rire) » (interne 1), que ce n'était « pas du tout spontané comme démarche » (interne 1) car le Dr Petregne était son maître de stage en SASPAS et qu'il lui avait dit : « tiens il faut venir (en imitant sa voix)... (Rire) ! » (interne 1).

Elle ajoutera ensuite, qu'elle « ne regrette pas » (interne 1), « qu'ils (m') ne lui ont pas mis le couteau sous la gorge (rire) » (interne 1), et qu'elle avait d'autres motivations, comme la curiosité, mais que ce n'était « pas une démarche très spontanée » (interne 1).

Un des leaders a notamment commenté cet état de fait, en disant : « qu'elle ne pouvait pas être libre... parce qu'effectivement le fait qu'il soit son maître de stage embrouillait les liens, embrouillait la parole » (leader 2).

Finalement, une participante, a évoqué, que, du fait des problèmes rencontrés dans son SASPAS, elle ne pouvait pas « débriefer avec ses maîtres de stage » (interne 4), « pour justement (m') améliorer, améliorer la relation avec tel ou tel patient... » (interne 4). Elle en avait ressenti le « besoin à ce moment-là en fait » (interne 4), et, de par sa connaissance des groupes Balint, elle s'est dit : « voilà ! Que ce n'était pas qu'une initiation et que ça pouvait

aussi me servir de groupe Balint pendant ce semestre-là » (interne 4) « avec d'autres confrères » (interne 4).

5- Attentes des participantes

La plupart des participantes n'avait pas d'attentes particulières, en commençant l'initiation, car c'était pour elles une découverte : *« (hésitation) je ne savais pas trop à quoi m'attendre... j'attendais de voir ! » (interne 2), « j'étais plutôt sur l'expectative, j'avais pas d'a priori ni positive ni négative avant d'y aller » (interne 7).*

Pour les autres, les réponses à cette question découlent de la précédente, c'est à dire celle des motivations à participer.

Quatre participantes, ont réitéré le fait que ce qu'elles attendaient, c'était de pouvoir réaliser des *« échanges avec des confrères » (interne 4) au travers de l'effet miroir : « avoir la vision d'autres personnes qui faisaient comme moi, avoir leur ressenti » (interne 9) et « écouter comment les autres réagissent par rapport à des situations auxquelles je serais forcément confrontées un jour ou l'autre » (interne 5).*

Trois participantes, ont également réitéré l'attente d'une approche *« un peu moins académique, un peu plus libre » (interne 3) de « notre pratique » (interne 4), pour que cela « soit justement différent de ce qu'on pouvait avoir eu jusqu'alors à la fac » (interne 3).*

Deux participantes, ont avoué qu'elles étaient *« finalement...peut-être en recherche de solutions » (interne 4), « des petites astuces pour (nous) les aider » (interne 9) et « qu'on (nous) leurs dise : oui tu as fait ça mais ce qu'on peut faire la prochaine fois c'est ça... » (interne 9).*

Ceci rejoint une autre attente exprimée, celle d'améliorer sa pratique en travaillant sa relation avec le patient : *« je me disais que le groupe pourrait m'aider à mieux... à affiner ma relation aux patients » (interne 4).*

Une participante, a elle, fait part de son attente de pouvoir trouver dans le groupe une certaine réassurance, dans le fait de partager les mêmes difficultés que ses confrères : *« je n'avais pas d'attentes particulières, j'attendais surtout quelque part de me rassurer, de voir que les autres aussi se posent des questions, se posent, en fait, les mêmes questions que moi » (interne 5).*

Finalement, une des participantes, a fait part de son attente initiale de pouvoir utiliser le groupe tel un exutoire aux nombreux sentiments de frustrations liés à sa pratique : *« enfin voilà quand on dit le patient m'a mis en échec pour tel problème, il ya forcément un moment où l'on parle de ce à quoi ça nous renvoie de façon très personnel. Donc j'y allais un peu quand même avec une attente, pas de thérapie de groupe, mais d'expression générale sur ça : il y en a marre, voilà... et puis je suis fatiguée, et puis l'image que me renvoie les patients ça me ... voilà ! » (interne 4).*

6- Appréhensions des participantes

Comme pour l'expression des attentes, la majorité des participantes, soit 5 sur 9, n'avaient pas d'appréhensions particulières et attendaient de voir venir : « *je n'avais pas vraiment des appréhensions, mais c'est vraiment de la curiosité* » (interne 1).

Sinon, ensuite, la principale appréhension était celle de s'exprimer en public même devant un groupe restreint, pour un tiers d'entre elles : « *je n'aime pas trop parler en public... (rire gêné), je me suis dit : c'est sûrement ce qui m'attend, donc ça m'a fait un petit peu peur* » (interne 6), « *j'ai pas beaucoup de facilité à prendre la parole en public, à être écouté* » (interne 9).

Plusieurs autres participantes ont fait part de leurs appréhensions à exposer un cas au groupe.

Soit, par crainte de ne pas l'exposer correctement : « *je me suis dit que je n'avais pas très envie de présenter... (Rire)...je me suis dit est-ce que je vais bien raconter l'histoire, est-ce que les autres vont comprendre la situation dans laquelle j'étais, est-ce que je vais penser à bien la raconter ...* » (interne 6).

Soit, par crainte qu'on leur pose des questions auxquelles elles n'auraient pas eu envie de répondre : « *j'avais plus tellement envie de présenter des cas parce que c'est l'impression que j'allais être... accablée de questions et qu'on allait plus me lâcher sur certaines choses dont des choses que je n'avais pas forcément envie de parler* » (interne 8).

Soit, par crainte que les échanges ne soient pas assez libres et surtout authentiques : « *je me demandais si ça allait être assez animé, si on allait pouvoir être assez libéré... et puis qu'on est du mal à débattre... débattre c'est peut-être pas le mot ... mais, à dire tout ce qu'on avait sur le cœur...par rapport à nous ... vraiment ce qu'on ressent profondément. Ce n'est pas toujours évident, parce que c'est assez intime finalement... Mais c'était plus ça mon appréhension, que ça soit pas assez sincère finalement parce qu'on n'est pas assez libéré vis à vis de la parole* » (interne 9).

Soit, par crainte d'un jugement : « *la peur du jugement des autres. Quand on n'est pas fière de ce qu'on a fait, on n'a pas forcément envie de le crier sur tous les toits (rire)* » (interne 9). En effet, selon une autre interne : « *ça se trouve ils vont me parler que de ma démarche diagnostic, ils vont me dire mais tu as fait n'importe quoi etcetera. Déjà sur le plan médical, je me suis sentie un peu stressée en fait. Qu'on me dise : oui tu as mal fait, tu es un mauvais médecin, un mauvais technicien de la médecine* » (interne 4).

Finalement, une participante a fait part de ses interrogations initiales quant au fonctionnement des séances et aux thèmes qui allaient être abordés : « *je me demandais bien ce qu'on allait dire... je me demandais comment ça allait se passer. Qui allait prendre la parole, comment allait être dirigé les séances...qu'est-ce qu'on allait se dire. Si ça allait virer en discussion copine ou si ça allait être dirigé... s'ils allaient beaucoup intervenir...* » (interne 1).

B-Organisation des séances

1- Disposition du groupe lors des séances

Il y a eu en tout 4 séances, de 2 heures, réalisées « *en parallèle avec les 4 fois 2 heures sur l'enseignement à la relation médecin-patient en dernier semestre du DES de médecine générale* » (enseignant).

Le groupe était installé assis « *sur des chaises, en cercle, sans table au milieu* » (interne 2), sans « *prendre de notes* » (interne 5), disposé de façon « *libre* », « *un peu comme on voulait, à côté de qui on voulait* » (interne 1) et « *relativement proche les uns des autres* » (interne 4), créant ainsi une ambiance « *assez intimiste* » (interne 8), facilitant, du coup, la parole pour celles qui ont des difficultés à s'exprimer en public : « *c'est plus facile pour moi de parler en plus petit groupe, qu'avec un script concret, devant toute la salle qui n'écoute pas* » (interne 5).

Les leaders et l'enseignant « *étaient dispersés* » (interne 9) parmi les internes et « *du coup... il n'y a pas eu de position hiérarchique supérieure* » (interne 2).

Selon les participantes, le fait de ne pas pouvoir « *se cacher derrière une table* » (interne 5), qui a ce rôle parfois « *protecteur* » (interne 2), ou « *faire semblant d'écrire, de prendre des notes* » (interne 5), est « *plus exposant* » (interne 9) et « *déstabilisant au début* » (interne 3), voir même « *un peu déconcertant, parce qu'on n'a pas l'habitude* » (interne 3).

Et en effet, comme l'a fait remarquer un des leaders, dans un groupe Balint « *on se déshabille, on se met à nu quand même* » (leader 2).

Une participante a même rajouté que la disposition en cercle limite la communication avec son voisin bien qu'elle reconnaisse que ce n'est pas le but du groupe : « *on a, par contre, plus de mal à parler à son voisin immédiat, parce que du coup on est obligé de tourner la tête. Après ça, on n'est pas censé non plus parler à son voisin. Mais voilà quand on a quelque chose à lui dire c'est peut-être un peu plus difficile à faire, par contre. On a vraiment une démarche à faire, on ne peut pas trop parler* » (interne 4).

Mais la majorité des participantes a exprimé que de « *voir tout le monde ... et que tout le monde se regarde en même temps* » (interne 7), favorise le fait de « *s'entendre mieux* » (interne 7), de « *s'écouter les uns et les autres* » (interne 5), de « *s'exprimer plus facilement* » (interne 6) et donc de plus « *échanger* » (interne 5). Car en effet, « *être quelque part obligé de s'écouter, c'est vraiment un gros avantage parce qu'on échange* » (interne 5), « *c'était vraiment adapté pour une discussion de groupe* » (interne 9).

D'ailleurs, une participante a évoqué la notion de communication non verbale, permise dans le groupe grâce à sa proximité en disant que « *le regard faisait partie de la communication* » (thésarde), il « *simplifie un peu la communication* » (interne 2) et permet de solliciter la parole et l'attention : « *moi je n'ai pas toujours une voix qui porte et si il n'y a pas le regard qui va avec on ne m'entend pas. Pas toujours mais... quand on a une petite voix, s'il n'y a pas le regard qui va avec on ne peut pas capter l'attention* » (interne 2).

Bien que la disposition du groupe ait été qualifiée de « *formelle* » (interne 6), elle a plutôt été considérée, dans son ensemble, comme « *conviviale* » (interne 9) et « *toujours hyper rassurante* » (interne 4), avec « *l'impression que tout ce qu'on dit dans le groupe reste dans le groupe* » (interne 4).

2- Nombre et fréquence des séances

En ce qui concerne le nombre de séance d'initiation au groupe Balint, soit 4 séances, la majorité des participantes ont considéré que c'était insuffisant et aurait souhaité qu'il y en ait plus. Bien que pour 2 participantes, cet avis soit partagé, et que pour une autre la réalisation de 4 séances était suffisante.

En effet, pour un « *1^{er} contact* » (leader 1), « *une initiation ça ne doit pas durer trop longtemps* » (leader 2) : « *moins ça aurait été trop peu, plus ... on peut toujours parler plus mais... c'était bien 4 séances* » (interne 7).

D'autant plus que, pour certaines participantes, qui appréhendaient à devoir exposer un cas, le fait que l'initiation se termine était un soulagement : « *comment dire, moi ça m'allait parce que je me suis dit que au moins c'était fini et je n'allais pas à avoir à raconter d'histoires* » (interne 6).

Mais pour les autres, seulement 4 séances c'étaient trop peu pour plusieurs raisons.

La première, c'est que les séances passent « *assez vite* » (interne 1) : « *il faut une séance pour apprendre à se connaître, une autre séance où ce sont un peu ceux qui ont le moins de mal à l'oral qui osent prendre la parole, et après finalement il reste que 2 séances où l'on arrive à peu près tous à parler* » (interne 5).

De plus, pour celles qui ont « *un peu plus de mal à parler à l'oral* » (interne 5), elles se sont « *presque senties frustrées qu'il y ait si peu de séances* » (interne 5).

La deuxième raison est : « *si on veut vraiment faire un suivi, savoir comment s'est passée la prochaine consultation avec le patient avec qui il y avait eu un souci, et bien 4 c'est vrai que ça fait un peu cours. On ne les a pas forcément revu* » (interne 6).

Et la troisième raison : certaines étudiantes ont juste pris plaisir à participer au groupe et auraient bien continué pour cette raison : « *on m'en aurait donné plus j'en aurais fait plus avec plaisir* » (interne 4).

Les participantes se sont par la suite accordées sur le fait que 6 séances auraient été un bon chiffre, soit sur un semestre complet, tel un « *semestre d'hiver, car il y a plus de journées dédiées aux cours* » (interne 4).

Deux autres internes ont même surenchéri en souhaitant que cela se prolonge sur « *2 semestres* » (interne 4), soit sur « *une année entière avec un même groupe qui reste le même sur l'année* » (interne 8).

Par contre, la majorité des participantes était satisfaite de la fréquence des séances (« *une fois par mois ou mois et demi* » (interne 3)), car « *c'est compliqué dans le cadre de l'organisation de l'internat et des stages* » (interne 8) d'en faire plus souvent. Le rythme des séances est imposé par « *le rythme des cours à la fac, alors il aurait fallu que ça soit en plus* » (interne 3)

et cela n'aurait pas été « *très bien vécue parce qu'on n'a pas beaucoup de temps libre* » (interne 4) ou il aurait fallu « *s'absenter plein de fois* » (interne 5).

Une seule participante justifie une fréquence de séance moins « *espacée, parce que d'une fois sur l'autre, finalement, on oublie un peu ce dont on a parlé la fois d'avant* » (interne 5) alors qu'à l'inverse, une autre participante a évoqué le risque de « *tourner en rond* » (interne 2) si les séances étaient trop proches avec pas suffisamment de nouveaux cas à exposer.

3- Rôle des leaders

L'un des rôles principaux des leaders, exprimé par l'ensemble des participantes, est de maintenir le groupe dans le cadre du Balint : ils « *nous recadreraient si on partait un peu ... (rire), voilà ! Si on sortait des objectifs du groupe Balint* » (interne 4). Par exemple « *quand ça partait un peu trop dans le personnel et plus dans le professionnel* » (interne 1), ils intervenaient afin que le groupe reste dans un « *contexte Balintien* », *c'est à dire qu'on parle des difficultés professionnelles* » (leader 1). « *Il y avait un cadre mais adaptable...on maintient la discussion dans ce qu'elle doit être mais on ne dirige pas trop brutalement* » (interne 2).

Ensuite, selon les participantes, les leaders, par leur statut « *d'animateur* » (interne 4) de séance, jouaient le rôle de « *chef d'orchestre* » (interne 4), « *de maître de cérémonie* » (interne 4). C'est à dire « *débuter la séance* » en « *demandant si quelqu'un avait un cas à présenter aux autres* » (interne 5) avec « *simplement une phrase : qui a un cas ?* » (interne 9). Mais aussi « *relancer la discussion quand on avait du mal à avancer* » (interne 5) ou « *quand il y avait des blancs* » (interne 7). Puis « *passer à la situation d'après* » (interne 6) « *quand on sentait que le sujet s'essoufflait, et de dire bon ben je pense qu'on a terminé* » (interne 4). Une étudiante a même rajouté qu'« *au début il y avait toujours un petit mot pour résumer la séance d'avant* » (interne 9) et à la fin des séances « *une synthèse* » (interne 4).

De plus, selon d'autres participantes, par une attitude « *compréhensive* », et en essayant de mettre « *à l'aise* » (interne 3) et « *en confiance* » (interne 6) les étudiantes, ils les « *encourageaient à parler* » (interne 9) et à présenter des cas (interne 1).

En effet, au fil des séances, les leaders les motivaient, les « *encourageaient* » en leur « *disant qu'ils trouvaient que c'était intéressant, qu'on était sur le bon chemin (sourire)... qu'on suivait bien l'objectif du groupe Balint* » (interne 9). Ce qui avait pour conséquence de mettre en lumière, si ce n'est les progrès parcourus, mais au moins, « *que ça aboutissait à quelque chose* » (interne 9).

Pour continuer, selon les déclarations des participantes, l'un de leurs autres rôles était de faire circuler la parole, de faire respecter « *le principe de l'écoute* » (interne 2) en « *encourageant à ne pas parler en même temps, à prendre la parole un à un* » (interne 9) afin « *qu'on s'écoute un peu* » (interne 5).

Mais aussi, ils permettaient de « *hiérarchiser, distribuer les paroles* » (interne 5). En effet, « *si il y avait des personnes qui n'avaient pas parlé...ils allaient chercher les gens en leurs disant : qu'est-ce que tu peux apporter au groupe ?* » (interne 4).

Les leaders avaient également pour rôle, selon certaines internes, d'aider à analyser les cas présentés, en ciblant les problématiques : « *Cibler, synthétiser... pour trouver une problématique dans tout ça* » (interne 5). « *Par exemple, en une question ouverte, mais à la*

fois assez précise, ils arrivaient à faire dire ce qui n'allait pas » (interne 1) et cela a « permis d'approfondir, de pas rester à des questionnements superficiels, mais d'essayer de voir quel est le fond du problème dans cette situation » (interne 6). Car « une fois que quelqu'un a dit une phrase toute simple autour d'une histoire bien compliquée, on se rend compte que ce n'était pas si dure que ça, en fait, de trouver la solution (rire) » (interne 5).

Ils ont eu aussi un rôle « *moteur dans la réflexion* » (interne 3), selon d'autres, parce qu'ils « *parlent quand même moins et écoutent beaucoup* » (interne 3). Ils aident à « *formuler... à mettre en ordre (nos) les idées* » (interne 3). Du fait d'un « *regard un peu différent* » (interne 4), qu'ils ont « *plus le recul, plus l'expérience* » (interne 5), ils permettaient « *d'apporter un éclairage différent sur des choses qu'on avait pas envisagé comme ça* » (interne 4).

Finalement, selon les participantes, les leaders étaient les garants de l'absence de jugement au sein du groupe : ils aidaient « *à rester professionnel dans le sens de ne pas juger ce qu'on fait les autres* » (interne 5), afin « *qu'il n'y ait pas de jugements de valeurs des unes entre les autres* » (interne 5).

Mais ils étaient aussi les garants de la confidentialité : « *tout ce qu'on dit dans le groupe reste dans le groupe* » (interne 4), il n'y a « *pas de traces* » (interne 8), « *ça fait partie du contrat* » (leader 1).

Et ces deux derniers points sont très importants, car comme le souligne les leaders, « *le leader est là pour sécuriser la parole et le groupe* » (leader 2). « *Pour bien parler, il est important que le leader amène une sécurité totale aux membres du groupe* » (leader 2).

4- Rôle de l'enseignant

Dès la création du projet, il avait été décidé, avec les leaders, que le Dr Petregne aurait la place d'un « *observateur muet avec la double casquette de l'enseignant* » (leader 2), et qu'il ne serait « *pas là ni en tant que médecin présentant un cas, ni en tant qu'expert prenant en charge le groupe* » (leader 1).

De ce fait, la plupart des participantes ont déclaré qu'il ne « *participait pas à la discussion* » (interne 7), mais qu'il avait pour rôle « *en fin de séance* » (interne 1) de faire « *une synthèse de la séance* » (interne 3) : « *il refaisait un point sur tout ce qu'on avait vu* » (interne 1), « *il regroupait tous les éléments essentiels* » (interne 1), « *uniquement les grandes lignes* » (interne 5), « *il nous remettait bien les points forts de la séance en tête* » (interne 1). C'est « *bien de revenir sur ce qu'on a dit, ça appuie un peu le discours, ça met en forme quand même, sinon, ça reste un peu volatil* » (interne 2).

Et puis, cela permet de « *clôturer* » la séance, « *de refermer le cadre* » (interne 2).

En effet, en accord avec les leaders, l'enseignant tentait de « *de théoriser un petit peu ce qui avait été dit pendant la séance en s'appuyant sur les réponses et les commentaires des leaders pour essayer finalement de refaire passer un certain message au-delà des réponses que l'on peut trouver soi-même ou que le groupe a apporté* » (enseignant).

Cela « *permettait de partir avec des réponses ou des « solutions » qu'on avait pu tirer des différents cas... il faisait une conclusion un peu globale qui nous permettait après de ressortir avec un bagage* » (interne 8). Ceci n'étant possible que grâce à « *une position plutôt neutre dans le fonctionnement de ce groupe* » (enseignant), et d'un « *point de vue qui était forcément extérieur et plus expérimenté* » (interne 2).

Plusieurs participantes ont également déclaré avoir constaté que le Dr Petregne « *prenait des notes* » (interne 7) pendant les séances.

Deux internes ont interprété ce « *compte rendu* » (interne 9) de la séance comme un moyen d'« *évaluer ce qu'il avait mis en place* » (interne 6) : « *j'avais plutôt l'impression qu'il notait tout pour pouvoir peut-être sans resservir plus tard ou dans d'autres groupes, pour pouvoir voir si il re-proposait ce système l'année prochaine. Je voyais plutôt comme une évaluation personnelle pour lui... sur le côté enseignement, pédagogie pour la fac* » (interne 6). Car pour elles il y « *avait déjà 2 leaders et que ça suffisait pour faire les synthèses des situations* » (interne 6).

Ensuite, l'une des participantes a évoqué que l'un des rôles de l'enseignant était de faire un « *petit rappel sur le fonctionnement du groupe au début de la 1ère séance* » (enseignant) : « *c'est lui qui nous a expliqué en quoi ça consistait au départ* » (interne 3).

Lors de l'initiation, il a semblé à l'une des participantes « *que quand on arrivait à une séance, il fallait qu'on fasse déjà le résumé de la séance d'avant* » et que c'est le Dr Petregne qui leur « *demandait leur impression, comment c'était déroulée la séance, ce qu'on en pensait, ce qu'on en attendait pour la prochaine fois* » (interne 3).

Par ailleurs, deux participantes ont évoqué le fait que, durant ses interventions, il lui arrivait « *d'apporter parfois sa propre expérience durant les séances* » (interne 5) : « *il disait qu'en effet il y avait des situations où lui aussi avait du mal...D'ailleurs je trouvais ça intéressant quand Mr Petregne nous faisait part de ces cas à lui* » (interne 9).

Finalement, trois participantes ont déclaré que l'un des rôles du Dr Petregne était de « *s'assurer qu'on était bien là* » (interne 4) en faisant signer « *une liste avec l'appel* » (interne 6) car cette initiation « *remplace le cours* » (interne 4).

C- Fonctionnement des séances

1- La Première séance

La première séance, dans un groupe ou une initiation Balint, est toujours un moment particulier comme le rappelle les leaders : c'est « *vraiment le « b.a.ba » du groupe, la 1ère présentation du groupe* » (leader 2), c'est une « *découverte dans les 2 façons d'entendre le mot : on se découvre et on découvre l'autre...* » (leader 2).

Et en effet, ce terme « découverte », a été utilisé à plusieurs reprises par les participantes pour qualifier cette 1ère séance.

Découverte des uns et des autres, mais aussi, découverte du fonctionnement des séances : « *voilà la 1ère séance ça a surtout été ça. Essayer de découvrir un peu, les uns, les autres, et la façon dont ça allait fonctionner* » (interne 5). « *Donc tout le monde découvrait, était un peu en interrogation sur le déroulement* » (interne 1), car « *c'était la 1ère, on ne savait pas... j'imaginai un petit peu mais je ne savais pas trop qu'est-ce qu'il fallait dire, quelle genre... comment ça allait se passer...* » (interne 6).

Mais ce qui a le plus marqué cette première séance, selon la majorité des participantes, c'est l'intervention d'une participante inconnue.

En effet, lors de la première séance, lorsqu'il a été demandé, aux étudiantes inscrites à l'initiation, de se réunir dans la salle qui leur était dédiée, une interne mal informée s'est jointe spontanément au groupe : « *elle était à un cours qu'elle devait rattraper je crois, et elle n'était même pas du groupe* » (interne 1).

Du coup, une seule personne la connaissait « de loin » (interne 1) et son nom n'apparaissait dans aucune liste d'appel. Elle n'est ensuite « *pas revenue* » (interne 6) aux autres séances, mais le cas qu'elle a souhaité présenter, a profondément interpellé et marqué le groupe et ce pour plusieurs raisons...

Tout d'abord le choix du cas présenté.

En effet, cette étudiante nous a fait part d'un cas très récent : elle « *sortait de garde* » (interne 2). Mais aussi très poignant : « *la 1ère séance c'était un truc sur la mort des patients, il y a une fille qui a pleuré, qui nous a raconté le décès de son patient dans la nuit où elle était toute seule* » (interne 8). C'était en fait l'« *histoire d'une fin de vie et finalement d'un accompagnement sur une fin de vie et c'était tellement « frais », tellement violent pour elle...* » (interne 2).

Ensuite ce qui a marqué le groupe c'est l'état émotionnel de l'étudiante lorsqu'elle a présenté son cas : « *clairement on sentait qu'elle était épuisée physiquement* » (interne 4), « *je me souviens, elle était à ma droite, elle tremblait de la tête au pied* » (leader 2). « *On a vu des larmes, on a vu des paroles difficiles, on a vu des mouvements corporels exprimant, quand même, qu'on parlait à un niveau de profondeur de l'être qui était inattendu dans le monde médical, qu'on ne voit pas souvent, les gens ne se livrent pas comme ça entre eux* » (leader 1).

Le caractère impérieux et opportuniste de la présentation de ce cas, a lui aussi, interpellé tout le monde : « *on sentait vraiment qu'elle n'en avait peut-être pas parlé avant* » (interne 6), « *je me souviens que je m'étais dit : mais pourquoi elle n'en avait pas discuté avant, pourquoi ça sort là, c'est un trop plein* » (interne 9).

Un des leaders a évoqué une hypothèse : « *je pense que si elle l'a présenté, c'est que émotionnellement elle ne pouvait pas faire autrement* » (leader 2), « *c'était trop lourd pour elle, il fallait vraiment qu'elle puisse poser ce bloc d'angoisse qu'avait été ce quiproquo, ce malentendu, aussi et cette solitude dans ce service de soin palliatif, là ce jour-là* » (leader 2). « *D'autant plus que si elle ne s'attendait pas à trouver ça, elle a peut-être trouvé une opportunité d'autant plus facile, d'autant plus vive* » (leader 2).

Du coup, il y a eu un « effet surprise » que la séance soit « *un peu trop dans le personnel et plus dans le professionnel* » (interne 1) : « *je me souviens que j'avais été assez étonnée, parce que je trouvais qu'on avait été énormément dans l'émotion et que ... ça m'a surprise parce que ce n'était pas réellement ce à quoi je m'attendais* » (interne 2). « *Donc ça, ça a été compliqué un peu... je pense déjà pour elle, et puis pour l'ensemble du groupe, parce que c'était pas prévu au départ (rire)* » (interne 3), « *ça m'a un peu surprise, je me suis dit ouah-là si c'est comme ça à chaque fois... si on doit toute finir avec un paquet de mouchoirs à la main...(rire) c'est mal barré quand même !* » (interne 6).

Et en effet comme le souligne un des leaders : « *ça a remué certainement beaucoup, beaucoup de choses, auxquelles personne ne s'attendait* » (leader 2).

Puis ensuite est apparu un sentiment d'impuissance au sein du groupe : « *c'est vrai je ne savais pas quoi faire du tout... je ne savais pas quoi penser de ça* » (interne 4), « *j'ai eu l'impression qu'on ne les aidait pas* » (interne 9), « *je n'aime pas non plus voir les gens épandre trop leurs émotions (rire gêné), sans pouvoir faire quelque chose* » (interne 4).

Plusieurs participantes, dans leur entretien, ont d'ailleurs exprimé des regrets envers la réaction des leaders lors de cette première séance : « *je me suis dit ils auraient pu désamorcer le truc et que ça ne parte pas en live et que tout le monde finisse par chialer moi y compris* » (interne 1). « *Pour le coup ils auraient pu nous aider là, on était toutes un peu en panique, ils n'ont rien dit, ils nous ont laissé... à part nous dire qu'on avait un peu dépassé les limites de l'esprit Balint* » (interne 1). « *Les intervenants ont laissé la séance se dérouler comme ça. Est-ce que c'est aussi le but. En tout cas ils n'ont pas dit : bon ben maintenant, on a assez discuté, on va s'arrêter là* » (interne 3). « *Je ne sais pas ce qu'ils devaient faire en fait... il y a pas eu de réactions en fait... Je n'ai pas eu l'impression qu'ils étaient beaucoup intervenus... je me rappelle pas qu'ils aient voulu donner un virage ou un autre* » (interne 9), « *c'est ce que je leur ai un petit peu reproché à la 1ère séance, c'est qu'ils ne nous ont rien apporté en fait* » (interne 1). « *Le but ... ce n'est pas que les gens souffrent non plus en Balint* » (interne 4).

Ce qu'ils ont reconnu : « *c'était difficile de laisser l'émotion personnelle... de ne pas pouvoir aider la personne qui s'est retrouvée dans cette émotion personnelle* » (leader 2), et « *elles se sont senties vraiment démunies beaucoup en disant « mais on n'a pas pu l'aider, on était là, à la regarder en train de raconter son histoire », elles se sont senties démunies pour lui apporter leur soutien* » (leader 1).

Par conséquent cela a tout d'abord « *mis mal à l'aise* » (interne 2) les autres participantes : « *j'étais mal à l'aise forcément, parce que justement le groupe ne se connaissait pas* » (interne 3), « *ça m'a un peu gêné* » (interne 8), « *ça m'avait un peu refroidi en fait* » (interne 2), « *l'on sentait que voilà il y a avait un truc fragile, et qu'on grattait dessus et moi ça me gêne. Ça me gênait que les gens se mettent à nu comme ça devant du monde qui ne se connaisse pas* » (interne 9).

Puis ensuite, elles ont, elles aussi, réagi de façon émotionnellement forte à l'écoute de ce cas : « *une impression un peu d'être sur la corde sensible...un moment j'ai, pour décrocher un peu le truc, je me suis retournée vers la fille qui était à côté de moi, et j'ai vu qu'elle avait les larmes aux yeux... j'ai fait bon bien mince !...moi aussi, on n'allait pas s'en sortir...! C'était trop* » (interne 2), « *ça avait été un peu chaud la 1ère...et que tout le monde finisse par chialer moi y compris* » (interne 1). « *Moi je l'ai trouvé assez... éprouvante parce qu'il y avait des cas difficiles je trouve. Il y a eu beaucoup d'émotions ...celles qui ont pris la parole, elles avaient beaucoup été très ébranlées parce qu'elles racontaient* » (interne 9), « *ça m'avait un peu déconnecté, je n'étais pas très concentrée après. Ça m'avait un peu ébranlé, pourtant je n'avais pas parlé moi, de moi en tout cas* » (interne 9).

Et les leaders aussi, ne s'attendaient pas à ce que le groupe réagisse aussi intensément : « *le 1er cas était tellement bousculant, était tellement vif que, effectivement, après un moment de sidération, il y a eu une autre façon de manifester son émotion qui a été de presque bombarder, la jeune femme qui présentait le cas, de questions pour atténuer un petit peu l'émotion qu'il y avait* » (leader 2). « *J'ai senti aussi qu'elles étaient très bousculées, je ne m'attendais pas à ce que ça les bouscule autant* » (leader1).

D'où pour les leaders et l'enseignant, l'expression d'une certaine inquiétude d'avoir mis, d'emblée, le groupe en difficultés : « *j'ai senti que c'était un petit peu compliqué pour un peu tout le monde, et certaines personnes en particulier. Donc ça m'a assez gêné. Donc le but ce n'était pas de mettre en défaut ou en difficultés les participantes. Ce n'est pas le but de la séance, de cette séance-là* » (enseignant), « *la 1ère séance (hésitation), j'ai un petit peu craint pour le groupe, parce que la jeune fille qui a d'emblée posé le cas, était un cas qui était lourd. J'ai eu un petit peu la crainte que ça soit trop lourd pour le groupe... ce n'était pas simple pour les membres du groupe et j'ai trouvé que tout le monde avait bien réagi, mais je me suis dit peut-être que ça n'avait pas été suffisamment soft. Peut-être que c'était un petit peu, d'emblée, un cas difficile* » (leader 2).

Et pour les participantes, l'expression d'une certaine appréhension dans la poursuite des séances : « *du coup après j'appréhendais un peu la suite, je me disais si à chaque fois on se met dans des états pareils, ça va pas être très constructif, voilà* » (interne 9).

Certaines se sont même demandées, si elles allaient revenir : « *oui, oui, je me suis posée la question, car si c'est pour faire ça je le fais avec mes copines... voilà alors je ne trouvais pas l'intérêt, là, du groupe Balint ...qu'on le fasse avec des inconnus, et puis avec des gens qu'on n'a pas envie forcément d'en discuter* » (interne 1).

Mais aucune n'a remise en cause la poursuite de l'initiation.

Soit par respect de leur engagement : « *donc une fois que j'étais inscrite, je me suis dit : bon ben je suis inscrite de toute façon je n'ai pas le choix, il faut que j'y aille !* » (interne 6), « *en fait, comme on s'était engagé à y aller, on y est retourné* » (interne 1).

Soit parce qu'elles espéraient que les autres séances seraient différentes : « *La 1ère séance répondait pas à mes attentes, mais à aucun moment il n'a été question de quitter le groupe* » (interne 2), « *je me suis dit que j'allais revenir. Non je n'ai pas douté que je reviendrais mais j'ai espéré que ce serait différent (sourire)*» (interne 9).

Soit parce qu'elles avaient envie de continuer l'expérience : « *non je n'ai pas hésité à revenir* » (interne 7), « *non, je ne me suis pas posée la question si j'allais revenir, parce que je trouvais quand même que ça restait intéressant et c'était une autre approche* » (interne 8).

Finalement, cette première séance a eu donc pour fonction d'être un exutoire pour les cas difficiles accumulés par les participantes : *« ça a fait un peu soupape cette 1ère séance, et puis après, on a pu reprendre les choses un peu plus sereinement »* (leader 2). Car comme l'a fait remarquer une des internes, *« forcément à la 1ère séance, on avait tous un truc énorme à raconter, parce que ça faisait plusieurs mois qu'on était interne et qu'on avait toutes forcément été confrontées à un truc »* (interne 4).

Bien que certaines, sachant que ce n'était pas l'objectif du groupe, n'ont pu s'empêcher d'assimiler cette première séance à une *« psychothérapie de groupe »* (interne 7) : *« j'étais un peu surprise parce que la façon dont ils nous l'ont présenté, Petregne et les 2 enseignants qu'on avait avec nous, que vraiment c'était pas du tout personnel, que justement ça devait pas être une psychothérapie, que ça devait rester assez objectif sur la pratique. Je trouve que ce n'était pas vraiment ça en fait ! »* (interne 8). *« Ça faisait un peu... psychothérapie de groupe tu vois (rire), ça faisait un peu les alcooliques anonymes (rire) ! visiblement on avait toutes besoin de parler de choses qui sont difficiles à vivre c'est sûr...dont on ne parle pas... »* (interne 7).

Mais il n'y a pas eu seulement que des éléments difficiles dans cette première séance, il y a eu aussi des points positifs :

Les leaders ont reconnu, dans l'étudiante qui a présenté son cas, de nombreuses qualités : *« elle a été certainement très bousculée, elle a été très courageuse, elle a été très digne au sens 19ème du terme. Elle a été... admirable, vraiment et le groupe aussi »* (leader 2).

Ils se sont également étonnés qu'il y ait eu un si bon esprit de groupe, lors d'une première séance : *« Il y avait beaucoup d'émotions chez beaucoup de personnes, j'ai trouvé beaucoup de tendresse presque envers la personne qui a ... ça allait plus loin que la confraternité, il y avait de l'amitié, il y avait de la cohésion »* (leader 2).

Mais aussi, qu'il y ait eu si peu de mécanismes de défense : *« j'ai été positivement surpris par ce que j'ai trouvé quand même. Il y avait une grande honnêteté, ils ont accepté de se livrer d'une façon honnête et je pensais qu'il y aurait plus d'éléments défensifs »* (leader 1). En effet, *« je pensais qu'elles auraient mis en place des défenses. Non. Mais justement, cette grande honnêteté et part de spontanéité, a fait qu'elles ont accepté de se laisser émouvoir. En fait d'avoir un regard nouveau et émotionnel sur leurs parcours et de nous le livrer de façon honnête au groupe »* (leader 1).

Cette séance a du coup permis au groupe, de se connaître *« encore mieux »* (interne 1) : *« c'était bien aussi que ça parte comme ça »* (interne 1), *« ça nous a permis d'apprendre à nous connaître les uns les autres... avec des faiblesses par moment, d'autres qui sont plus fort »* (interne 5), *« voir un peu qui prenait la parole facilement, qui était un peu plus effacé, les réactions des uns et des autres »* (interne 5).

Et donc par ce fait de « souder » le groupe, selon un des leaders : *« le groupe a été très respectueux, très, très, respectueux... Ca a, du coup, malgré tout, perturbé. Ça c'est sûr ! Mais ça a aussi soudé le groupe. Ca a donné corps... il s'est identifié dès le départ »* (leader 1). Par conséquent, certaines participantes ont pris confiance dans le groupe : *« plus prendre conscience qu'on était vraiment un petit groupe et que si il y avait des soucis, des angoisses, s'il y avait des choses que je me sentais pas capable de gérer, c'était peut-être dans ce groupe que j'arriverai à trouver des oreilles attentives pour en parler et essayer d'échanger, de construire avec ça, pour faire avec après »* (interne 5).

Par ailleurs, comme l'ont observé les leaders, il y a eu, grâce à cette première séance, une « dynamique » de groupe, une liberté de la parole qui se sont installées rapidement : « j'ai trouvé justement qu'il y avait une grande spontanéité... Je pensais qu'on aurait plus de difficultés à faire démarrer le groupe et en fait il a démarré très vite » (leader 1).

Et c'est « grâce à cette jeune fille, qui a commencé dès le départ par quelque chose de vif, peut-être, qu'elle a donné une dynamique de départ par son urgence à dire... elle a peut-être levé un interdit y compris inconscient... elle se trompait, elle avait le droit de parler d'un cas où elle a toujours posé la question « est-ce que j'ai mal fait ? Est-ce que je me suis trompée ? ». Donc peut-être, se trompant aussi de lieu, de séance, d'objectif, elle s'est autorisée de parler de « l'erreur » entre guillemet. Ca a amené après une liberté dans la circulation de la parole. Personne ne l'a condamné, mais les gens, les participants se sont peut-être autorisés à, du coup parler, plus facilement » (leader 2).

Finalement, « on a le droit de dire des bêtises dans un groupe Balint, on a le droit à pleurer, à rire, à se laisser aller, on a le droit à cette spontanéité essentielle. Et là, elle a eu lieu très facilement. Peut-être à cause de ça, à ce quiproquo » (leader 2).

Pour finir, cette première séance a permis d'aider à définir le « cadre » d'une initiation au groupe Balint pour les participantes : « le groupe a vite compris ce qu'il fallait faire parce que je trouve, dès la 1^{ère} séance, c'était ça ! Je ne pense pas qu'on se soit trompées ou fait du hors sujet » (interne 3). « C'est la dessus qu'on s'est rendues compte qu'il y avait une vraie limite, une vraie barrière... voilà il fallait rester dans le cadre du Balint » (interne 4), « et du coup voilà ça a permis de poser le cadre aussi ! » (interne 2).

2- Les autres séances : déroulement général et caractéristiques du groupe

Les autres séances, d'un avis général se sont mieux déroulées : « ça se rapprochait plus de ce que je m'imaginai » (interne 3), « j'ai eu l'impression que ça se passait plus ... facilement » (interne 9), bien que « (hésitation) ça dépende des séances, il y a des séances qui ont été plus légères que d'autres, après, ça dépendait aussi des sujets » (interne 8), mais comme le rappelle une des leaders « ça fait partie de la vie du groupe » (leader 2).

En effet, il n'y a pas eu les mêmes débordements émotionnels. Le groupe est « resté à peu près dans les clous de l'espace, de l'esprit Balint » (interne 1) : « c'était moins ... émouvant, moins triste (sourire) j'ai trouvé » (interne 9), « sur les autres on était plus distancé... on était moins dans le personnel, plus dans l'élaboration » (interne 2), « c'était plus... (Rire) soft ! » (interne 3).

En ce qui concerne les prises de parole, au cours des autres séances, quelques participantes ont observé qu'il y en avait « certaines qu'on n'entendait pas » (interne 2), ou « qui se sont beaucoup moins exprimées que d'autres » (interne 4), voir même « qui n'ont jamais parlé par exemple » (interne 4).

Alors que d'autres, avaient plutôt tendance à monopoliser la parole : « il y en avait 2 ou 3, qui participaient beaucoup, surtout une qui participait beaucoup, qui a présenté beaucoup, beaucoup de cas » (interne 8) et « qui était très avide de la parole, qui prenait souvent la parole » (leader 2).

Mais au final pour une majorité de participantes, « *tout le monde a réussi à s'exprimer* » (interne 1), « *à trouver sa place pour pouvoir donner son avis* » (interne 8) : « *je trouve qu'on était un bon groupe, je trouve que globalement tout le monde participait. Personne n'ai resté dans un coin à ne rien dire, c'était vraiment bien équilibré* » (interne 8) car « *sur tous les cas il y avait des échanges intéressants* » (interne 8).

Ce que confirme l'équipe encadrant : « *au moins 2/3 tiers des participantes se sont vraiment bien exprimées, ont échangé, ont donné leurs points de vue sans barrières aucune, sans difficultés* » (enseignant). Les autres « *sont restées un peu réservées* » (enseignant). Mais « *même celles qui n'ont pas présenté de cas, ce sont exprimées et on fait profiter le groupe de leurs expertises* » (enseignant), « *tout le monde n'a pas présenté un cas mais tout le monde a participé* » (leader 1).

En effet, pour l'équipe encadrant, au fil des séances, « *la dynamique du groupe a été très vive, a été très porteuse, très ouverte* » (leader 2). « *La parole a circulé avec beaucoup de respect, beaucoup de liberté et beaucoup de tranquillité, avec en même temps de la vivacité* » (leader 2). Ce qui « *a permis justement, certainement, à chacun d'avoir envie de parler* » (leader 2). Ce que confirment les étudiantes : « *c'était de plus en plus facile au fur et à mesure des séances, parce qu'on se connaissait un peu plus... et puis on avait, je trouve, plus facilement des choses à partager au fur et à mesure des séances* » (interne 5). Il n'y avait « *pas de gens qui coupaient la parole des autres, donc ça permettait que tout le monde puisse s'exprimer* » (interne 7) « *facilement et assez librement* » (interne 4). Du coup, « *c'était plutôt on discute, on voit chacun son point de vue, chacun est différent !* » (interne 1).

Ensuite, « *la circulation de la parole s'est bien faite à la 2ème et 3ème séance, avec une dynamique du groupe naturelle, des échanges intéressants et constructifs* » (enseignant). Ce que confirment, aussi, les participantes : « *j'ai trouvé que c'était plus intéressant, plus constructif, qu'on avait essayé de faire avancer un peu les... qu'on avait trouvé quelques réponses aux problématiques qu'on se posait. On a pu partager sur ce qu'on disait, ce n'était pas juste un récit et puis point. Il y avait un peu de dialogue entre nous* » (interne 9). « *Moi en tout cas, tout ce qu'on a pu me dire, je l'ai plutôt bien pris. Et puis ça m'a servi* » (interne 4).

De plus, les participantes se sont « *impliquées naturellement, avec une montée en puissance à partir de la 2ème et 3ème séance* » (enseignant). Ce qu'a également ressenti une autre participante : « *donc ça c'était bien parce que ...j'ai l'impression, en tout cas pour moi, c'est venu naturellement de prendre la parole, de discuter* » (interne 5).

Le groupe a été qualifié de bienveillant : « *non vraiment je pense qu'on n'est pas les mêmes personnes en groupe Balint... il y avait une bienveillance je trouvais* » (interne 4). En effet, « *il n'y a pas eu d'agressivité, il n'y a pas eu non plus trop de protection* » (leader 2), « *il y a eu une grande égalité* » (leader 2), « *du coup c'est vrai les gens qui étaient là... avaient envie de parler, donc ça permettait d'avoir un groupe justement attentif aux autres, bien à l'écoute* » (interne 7).

Mais aussi empreint de maturité : « *je vous ai trouvé déjà pleines de maturité pour accepter de laisser circuler la parole comme ça* » (leader 2), « *je vous ai trouvé très respectueux les uns vis à vis des autres. Vous avez accepté parfois d'être contredit par vos collègues, les autres étudiantes. Vous avez parlé, vous avez accepté de vous taire* » (leader 2), « *je pense que personne ne s'est sentie lésée, que personne ne s'est sentie bousculée et que chacun s'est sentie autorisée* » (leader 2).

Au final, selon l'équipe encadrant, tout « *en donnant son point de vue* » (enseignant), le groupe a su apporter « *un soutien assez direct et objectif* » (enseignant), afin de « *valoriser le travail de la personne qui présentait son cas* » (enseignant).

C'est pour tout cela, sûrement, que certaines participantes ont déclaré ne pas avoir vu le temps passer durant les séances : « *c'est quand même un peu hors du temps le Balint. Tout va lentement, on est ... on ne sait pas combien de temps ça dure en fait. On sait que ça durait 2 heures, car c'est des séances de 2 heures. Moi j'avais un peu du mal à dire à quel moment on était* » (interne 4). « *Là c'est sûr, les 2 heures on ne les voyait pas passer* » (interne 1). Et même, avoir manifesté une certaine part de satisfaction, à l'issue des séances : « *je me disais oui peut-être que ça aboutissait à quelque chose. Oui sûrement ; D'ailleurs je le ressentais à la fin de la séance en général, que ça avait été riche* » (interne 9).

3- Vécu de l'approche des leaders

Tout d'abord, il est à noter que, très peu d'étudiantes se souviennent comment se nommaient les leaders. En effet, au cours des entretiens, ils ont été successivement appelés : « *professeurs* » (interne 2), « *animateurs* » (interne 4), « *modérateurs* » (interne 5), « *psychologues* » (interne 4), « *psychanalystes* » (interne 1) et « *personnes psy* » (interne 1).

Pour une majorité de participantes, l'approche des leaders au cours des quatre séances a été bien accueillie.

Les interventions des leaders ont été qualifiées de « *pertinentes* » (interne 2), par la plupart des internes car « *adaptées aux circonstances et aux problématiques* » (enseignant) selon l'enseignant : « *j'ai toujours trouvé que c'était pertinent à chaque fois et je trouvais que ça faisait écho, ça venait appuyer ce qui était dit* » (interne 2). « *Ils ont mis des mots peut-être sur ce que je ressentais* » (interne 9) parce qu' « *une fois que quelqu'un a dit une phrase toute simple autour d'une histoire bien compliquée, on se rend compte que ce n'était pas si dure que ça, en fait, de trouver la solution (rire)* » (interne 5) car ils « *avaient un regard un peu différent, ce qui permettait de donner un autre éclairage* » (interne 4).

Certaines interventions ont, notamment, beaucoup marqué les participantes : « *il y a des phrases que je me souviens...* » (interne 2). Par exemple, « *elle avait insisté sur le fait qu'on devait toujours se sentir bien dans notre travail et qu'il fallait prendre soin de soi. Et ça, ça m'a marqué, l'idée m'a un peu marqué* » (interne 2) ou alors les « *leaders (qui) nous ont fait remarquer : mais vous avez remarqué que dans tous vos cas il y a un tiers dans la relation* ». *C'est intéressant de voir ça !* » (interne 4), ou encore « *on ne travaille pas sur le soignant mais avec le soignant* » (interne 4) ou bien « *quand on dit c'est partial et partiel* » (interne 4) etcetera...

Les interventions ont, également, été qualifiées à plusieurs reprises, de « *brèves* » et « *discrètes* » : « *j'ai eu l'impression qu'ils étaient très discret tout le long* » (interne 9). « *C'était assez bref leurs interventions j'ai trouvé* » (interne 9) car « *ils arrivaient à mettre le doigt... avec juste quelques questions, vraiment quelques mots, à dire, à faire avancer un peu...* » (interne 1) et « *c'est vrai qu'en une question ouverte, mais à la fois assez précise, ils arrivaient à faire dire ce qui n'allait pas* » (interne 1).

Et ce afin de ne pas nuire à la dynamique du groupe, selon les participantes : *«ils se freinent forcément pour nous laisser la parole »* (interne 4) mais *« en même temps, c'est peut-être leurs astuces (rire) »* (interne 1).

Mais d'autres, une minorité, n'ont pas été de cet avis.

En effet les interventions des leaders ont été, au fil des entretiens, qualifiées par quelques étudiantes de :

« Trop psy » : *« parfois c'était un petit peu trop psycho à mon gout. Ça vient vraiment de la psychologue. Et puis un petit peu avec un peu de jargon, qu'on replace, c'est toujours les mêmes termes. Ça, ça m'agace un petit peu ! Mais bon ce n'est pas un problème »* (interne 4), *« les séances, je les ai quand même trouvées intéressantes, mais je trouve que c'était assez porté sur la psychothérapie »* (interne 8), car *« j'ai eu l'impression que ça allait beaucoup dans le personnel, dans « comment est-ce que toi tu as ressenti, comment est-ce que toi tu t'es sentie... », J'avais l'impression vraiment qu'ils insistaient sur certaines choses »* (interne 8).

« Trop longues » : *« je dirais qu'il y avait pas d'ennuis à écouter les situations, il pouvait avoir de l'ennui quand les analyses de situation devenaient trop longues et ça c'était souvent la faute des leaders je trouve. Ça s'éternisait et au final on avait l'impression de tourner en rond »* (interne 8).

« Trop insistantes » : *« elle était tellement accés sur la personne qui présentait le cas en posant des questions très spécifiques et très pointues, que j'avais l'impression que parfois on tournait en rond, parce que les questions étaient posées différemment mais pouvaient être identiques. Et du coup, j'avais l'impression qu'elle insistait sur certaines choses et qu'elle n'en attendait pas forcément une réponse en fait, que simplement, elle posait des questions en insistant même si à un moment donné on bottait en touche, elle insistait quand même ! »* (interne 8).

« Déstabilisantes » : *Oui j'avais l'impression qu'elle partait sur une idée et que ses questions étaient toujours orientées sur les mêmes choses qui pouvaient même mettre mal à l'aise parfois »* (interne 8).

« Pas assez constructives » : *« oui, c'est assez effacé, je sais pas j'ai pas l'impression qu'ils aient apporté des idées, des éléments de réponse quand on est en difficultés où alors j'ai pas bien écouté, je n'ai pas l'impression qu'ils aient fait ça. C'est dommage quoi ! »* (interne 1).

« Pas assez dynamiques » : *« j'aurais préféré des leaders un petit plus dynamique et pas dans la réflexion, dans la réflexion constante, lobbying... enfin je les ai trouvé trop mou les leaders »* (interne 8).

« Un peu inutiles » : *« ils servaient de temps en temps à recadrer les choses, mais je sais pas si leurs présences modifiaient vraiment quelque chose dans les participations de tout le monde. Je pense que, même si ils n'avaient pas été là, les échanges auraient été les mêmes »* (interne 8).

« En décalage, par rapport aux vécus des internes » : *« je me retrouvais pas vraiment dans les leaders ...il y en a un qui était médecin mais je n'avais pas l'impression qu'on était dans le*

même monde. Je n'avais pas l'impression qu'on parlait de la même chose, qu'on avait la même façon de voir les choses, parce qu'on avait pas du tout la même pratique » (interne 8).

4- Vécu de l'approche de l'enseignant

A l'unanimité, les participantes, ont déclaré que la présence de l'enseignant, le Dr Petregne, pendant les séances, n'a pas modifié leurs participations : *« pendant le Balint, ça m'a pas du tout gênée. Je pense même l'avoir oublié à certains moments » (interne 4).*

C'est ce que confirment les leaders : *« on voit qu'il y a quand même beaucoup de confiance entre lui et vous. Parce qu'il n'y a jamais eu la moindre gêne des participantes par rapport à lui » (leader 2).* *« Il a vraiment été tout à fait parfait et efficace, puisque le fait qu'il ne parle pas et qu'il puisse être observateur, mais pas plus, a permis une circulation tout à fait tranquille » (leader 2).* *« Il me semble que ni le groupe, ni les leaders, ni lui, n'ont été gênés par quoi que ce soit de l'ambiguïté de sa place, peut-être. Si ambiguïté il y avait » (leader 2).*

Les raisons en sont multiples.

Il a été successivement qualifié de :

« Accessible » : « par contre, ça m'a permis de voir un enseignant sous un jour différent. Ça c'était positif aussi ! Puisque du coup, typiquement ça m'a permis de voir que... j'avais bien l'idée qu'il y avait des enseignants qui étaient plus proches des élèves que d'autres... enfin des élèves, des internes, que d'autres ! » (interne 4), « je sais comment il est, il est très ouvert » (interne 1).

« Bienveillant » : « après ça, il est vraiment... il est bienveillant aussi Mr Petregne » (interne 4).

« Discret » : « il était assez discret, des fois comme il ne parlait pas, moi, j'oubliais qu'il était là en fait (rire) » (interne 6).

« Neutre » : « il n'y a eu aucun jugement à aucun moment, donc non, il était neutre » (interne 3), « non je n'avais pas peur d'un jugement, d'une note finale, de quelques choses comme ça... » (interne 5).

« Expérimenté » : « il avait par contre plus d'expériences que nous » (interne 5), « pour le coup, il voyait lui de son point de vue qui était forcément extérieur et plus expérimenté » (interne 1).

Et ses interventions ont été qualifiées de :

« Intéressantes et pertinentes » : « je le trouvais très intéressant. Il ne participait pas beaucoup, il ne faisait pas beaucoup d'interventions mais je trouve que ses interventions étaient assez perspicaces » (interne 8), « elles étaient toujours pertinentes. Les synthèses qu'ils faisaient étaient toujours très discrètes, très pertinentes, très respectueuses de la place de chacun y compris de celle des leaders » (leader 2).

« Avec une vision proche du vécu des internes » : « c'était plus pour moi un médecin comme nous, dans le sens où il avait aussi une expérience, des difficultés » (interne 5) « donc il sait

exactement comment ça se passe » (interne 8) et « pour le coup pour moi c'est encore enrichissant de savoir comment un médecin qui est installé depuis plusieurs années et tout, comment il peut gérer des situations similaires, parce que là, pour le coup, c'est plus de l'enseignement. Et moi c'est ce que je recherche en tant que jeune médecin. J'aime bien avoir des avis plus expérimentés que moi » (interne 9).

« Avec une approche orientée médecine générale » : « je préférerais de loin les interventions de François Petregne, je trouve, qui étaient beaucoup plus adaptées et qui recadraient certaines choses plus facilement d'un point de vue médecine générale » (interne 8).

Mais certaines participantes ont aussi déclaré que ses interventions ont été :

« Trop scolaires » : « je trouvais qu'il était un petit peu en plus du Balint...on sentait qu'à nouveau on retournait bien dans le monde du cours et de l'université. C'était plus vraiment le Balint...c'est vrai qu'on avait un peu l'impression qu'on essayait de remettre ça dans une optique de cours, pour bien dire quand même que c'est dans notre formation » (interne 4).

D- Présentation des cas et implication des participantes

En ce qui concerne le nombre de cas présenté par participante, le groupe s'est divisé de façon homogène : un tiers des participantes a présenté un seul cas, un autre tiers en a présenté plusieurs et un dernier tiers n'en a présenté aucun.

J'ai également été frappée, lors de la réalisation des entretiens, par l'absence de difficultés de la part des participantes à se remémorer les cas qu'elles avaient présentés, avec même, pour certaines, des résumés de cas parfois très longs et très vifs.

1- Prise de décision dans le choix des cas présentés

La présentation d'un cas, issu de sa pratique professionnelle, au reste du groupe, était « *sur la base du volontariat* » (interne 3).

Une seule participante s'est sentie obligée de présenter un cas, la même qui s'est sentie obligée de participer au groupe : « *sauf que c'est juste qu'il m'a un peu forcé* » (interne 1) en parlant d'un des leaders.

Mais comme le souligne un des leaders, « *elle ne pouvait pas être libre... parce que effectivement le fait qu'il soit son maître de stage embrouillait les liens, embrouillait la parole... Elle a eu la précaution, peut-être la sagesse, de ne pas beaucoup intervenir... Elle a quand même joué le jeu parce qu'elle a présenté un cas, en dernier, mais elle a présenté un cas... elle est étudiante, elle est son étudiante, donc (rire gêné), il fallait aussi qu'elle montre son obéissance* » (leader 2).

Si certaines internes ont choisi un cas « *récent* » (interne 2), « *actuel* » (interne 2), d'autres ont présenté « *des cas qui ont eu lieu des mois avant* » (leader 2).

De plus, dans la plupart des cas, il s'agit de « *situations le plus souvent complexes* » (interne 8) touchant « *la relation du médecin avec son patient, plus justement, que des problèmes médicaux purs, diagnostiques, thérapeutiques* » (interne 7).

Les cas choisis ont, aussi, comme point commun, d'être issus de situation où l'interne était « *en autonomie et pas en supervision directe* » (interne 6) c'est à dire « *soit quand on était chez le maître de stage en SASPAS qui n'était pas là, soit, pendant des remplacements par-ci par-là* » (interne 6). Bien qu'il y ait eu quelques situations à l'hôpital.

Si pour une interne « *tous les cas qu'on rencontre on peut les discuter en groupe Balint* » sans « *forcément besoin que ça soit un truc extrême ou très compliqué* » (interne 3), les autres internes, avaient de multiples raisons de choisir un cas de leur pratique plutôt qu'un autre.

Par exemple, certaines participantes ont choisi de présenter des cas parce qu'elles n'étaient « *pas forcément satisfaites de ce qu'elles avaient fait ou de ce qui c'était passé pendant la consultation* » (interne 2), alors que d'autres ont choisi des « *cas qui les avaient vraiment marqué* » (interne 8) ou « *pris la tête* » (interne 8).

Une participante a pu choisir un cas parce qu'elle avait « *mal vécue* » (interne 2) une situation ou s'était « *sentie désemparée pendant une consultation avec l'impression de ne pas avoir bien réagi face à un patient* » (interne 9). Alors qu'une autre participante a, elle, choisi de relater une situation qui l'avait choqué « *parce que ça avait été assez violent, ça avait été du*

haut niveau (rire), ouais, ouais, ouais, elle (la femme du patient) avait été vraiment très agressive » (interne 1).

Dans le même registre, une participante a présenté un cas qui l'avait « *vraiment énervé* » (interne 4) parce qu'elle avait envie « *de partager un petit peu un coup de gueule* » mais aussi parce que si la situation se représentait, elle voulait savoir pour « *la prochaine fois... comment est-ce qu'elle pourrait réagir pour ne pas être justement énervée* » (interne 4).

Une autre a préféré présenter un cas où elle se sentait en impasse thérapeutique : « *vraiment là j'étais bloquée...je me disais mais qu'est-ce que je peux lui dire pour la débloquer. Donc là, c'était vraiment aidez- moi à la soigner ! (rire)* » (interne 4).

Ce qui amène à une autre situation où il était important pour la participante d'avoir l'avis de ses confrères : « *celui-là c'était vraiment important pour moi que je le présente pour avoir un retour et pour voir ce que d'autres professionnels pouvaient en penser* » (interne 8).

Une participante a, elle, choisi de représenter un cas qu'elle avait déjà présenté en cours mais sous forme de script : « *j'étais en train de refaire mon portfolio (rire), de relire le portfolio, il y a un des scripts où je me suis souvenue effectivement que la situation au niveau du relationnel m'avait mise en difficultés et je trouvais que c'était l'occasion d'en parler au travers du groupe Balint* » (interne 5).

Certaines participantes ont finalement présenté des cas par associations d'idées : « *après les autres cas, c'est parce que ça rentrait bien dans le cadre du thème de la séance...en fait, il y a quelqu'un qui présentait un cas et tu te disais : « ah tiens moi aussi, j'ai un peu une histoire similaire » et donc ça te faisait penser à cette histoire...* » (interne 8).

2- Problématiques abordées lors des séances

Les problématiques abordées lors des séances concernaient essentiellement la « *médecine générale* » (interne 3), il n'était pas fait question de sujets « *biomédicaux* » (interne 4). Il s'agissait « *des thèmes centraux de notre pratique* » (leader 1). « *Au cours de la séance, les thèmes évoluaient* » (interne 8), ils étaient « *variés* », « *différents à chaque fois...même sur les séances elles-mêmes* » (interne 1).

Mais il arrivait aussi que cela soit « *la loi des séries* » (interne 4) avec « *des séances à thème* » (interne 8) : « *quand on commençait sur un sujet, on finissait la séance sur un sujet* » (interne 4).

La principale problématique abordée pendant les séances d'initiation au groupe Balint, et « *qui pèse au bout d'un moment* » dans sa pratique, est tout ce qui gravite autour des « *questions relationnelles* », d'autant plus qu'« *on nous en parle pas beaucoup auparavant* » (interne 3), selon plusieurs participantes : « *c'était sur le relationnel avec un patient...* » (interne 5), « *des problèmes relationnels surtout* » (interne 6), « *des cas qui nous ont semblé compliqué dans le cadre de la relation médecin-patient* » (interne 9)...

Les problématiques de l'isolement et de la solitude ont été assez fréquentes, comme celles de « *se retrouver tout seul au milieu d'une garde* » (interne 1), de vivre son SASPAS « *un peu comme un rempla ...en situation de soignant* » (interne 4), ou bien « *dans son entourage de ne pas avoir forcément beaucoup de gens qui sont dans la médecine* » et donc de ne pas pouvoir

parler des choses qui préoccupent, ou même, « *entre médecins* » ne pas pouvoir « *dire en profondeur les choses sur le vécu* » (interne 7).

La problématique du tiers dans la relation est également revenue assez souvent : « *il y a eu une séance où c'était vraiment le tiers. Il y avait toujours un tiers dans la situation* » (interne 4). « *Il y a bien-sûr la mort mais il peut y avoir la sécu, la famille, l'ordinateur...le portable !* » (leader 2), « *le chien, le kiné...* » (interne 4).

Mais ce qui fait la particularité de cette initiation avec des étudiants en médecine, selon l'équipe encadrant, c'est qu' « *ils sont en autonomie mais ils ont un référent avec qui ils travaillent, donc il y a l'histoire du tiers et le tiers étant un enseignant. Ce positionnement du tiers est très intéressant. Ça met en valeur le côté enseignement des stages, avec cette relation triangulaire potentielle qui est souvent reprise par les internes et qui aussi peuvent les mettre en porte à faux dans une consultation face à des patients souvent exigeants et qui peuvent les mettre en difficultés* » (enseignant).

Et en effet c'est ce qu'a mis en évidence une des internes : « *il y avait souvent des problèmes par le fait qu'on était que stagiaire et que du coup notre parole n'équivalait pas forcément à celle du médecin dans le bureau dans lequel on était* » (interne 9).

La problématique de la mort a, elle, beaucoup marqué les participantes lors de la 1^{ère} séance du fait de l'intensité émotionnelle que cela a pu générer : il y a une participante « *qui a raconté cette histoire d'une fin de vie et finalement d'un accompagnement sur une fin de vie et c'était tellement « frais », tellement violent pour elle...* » (interne 2).

L'une des raisons à cela, comme le souligne les leaders, c'est qu'en effet, « *la relation médecin-malade est théoriquement une relation duelle. Il y a 2 participants, mais vous avez ce grand tiers qui est la mort qui est toujours là. On vient vous demander ça : « sortez-moi de la maladie, guérissez moi, je ne veux pas mourir, je ne veux pas que l'autre meurt* » (leader 2). « *La problématique de la confrontation à la mort est quand même l'échec de notre profession, qu'il va falloir en toute humilité accepté* » (leader 1).

La problématique de la confiance en soi a été abordée : « *j'ai l'impression que souvent notre mal-être vient du fait qu'on n'est pas sûr de nous, sur le savoir. Tu vois, qu'on ne sait pas apporter de réponses au patient et du coup, on est mauvais dans la relation* » (interne 9).

Notamment, il y a une participante qui a « *parlé d'un cas où elle a toujours posé la question « est-ce que j'ai mal fait ? Est-ce que je me suis trompée ? » »* » (leader 2).

Ceci découle d'un sentiment général, partagé par un bon nombre d'internes, qu'ils ont au départ souvent des difficultés d'ordre médico-techniques liés à leurs inexpériences : « *je suis plus souvent confronté à des difficultés diagnostiques* » (interne 7), « *des difficultés matériels* » (interne 2), « *on est encore jeunes médecins, donc on est très « internat » !* » (interne 4). « *Avant on pense surtout... comment dire... au biomédical. C'est surtout la technique, le savoir qui nous importe* » (interne 9). « *Il y a des choses que j'ai oubliées depuis l'internat par exemple, et ça ce n'est pas bien de ne pas pouvoir répondre au patient... J'ai l'impression que ça me parasite un peu l'esprit et que du coup ce n'est pas la communication pure qui fait défaut* » (interne 9).

Cette problématique de la confiance en soi, a été illustrée, à plusieurs reprises, par des participantes qui avaient décrit dans leurs cas la peur ou le doute de faire ou d'avoir fait une erreur médicale : « *et puis en fait je l'ai laissé repartir avec un traitement symptomatique de gastro et en fait 2 jours après j'avais un message sur mon portable d'un de ses amis qui était médecin et qui m'annonçait son décès. Voilà. Et donc j'étais le dernier médecin à l'avoir vu et je ne sais pas ce qu'il a fait ce monsieur* » (interne 8).

Une participante a abordé elle la problématique de la confiance dans le patient : « *la notion du mensonge... un patient qui ne disait pas la vérité. Enfin, il y avait un couple, dont l'un d'eux ne disait pas la vérité...* » (leader 1).

Les problématiques du transfert et du contre-transfert ont été abordées, sans forcément qu'il y ait eu des mots mis dessus durant les séances : « *il y a eu une histoire avec des conflits, une histoire de séduction qui n'avait pas été prise pour des séductions mais c'était une séduction aussi. Donc on est confronté nous en tant que médecin à du relationnel on va dire sentimental ou agressif, parce que les gens projettent sur nous, voilà, le côté affectif qui fait qu'à un moment donné, on peut être pris à défaut, en difficultés, par des patients qui sont très en demande* » (enseignant).

Par exemple, une interne relate un cas qu'elle a vécu : « *Ca me mettait en difficultés parce que ça me mettait dans une position où c'est une position que je vis dans ma famille en tant que sœur mais pas en tant que médecin. C'était une position qui me gênait et que j'avais l'impression de pas bien, pas bien surmonter...je n'avais pas réalisé l'implication...mon implication dans cette histoire, et l'importance que ça avait pris pour moi* » (interne 5).

La problématique du mal être dans son activité professionnelle a été évoquée : « *pendant une semaine après cette histoire j'allais travailler mais je faisais crise d'angoisses sur crise d'angoisses ...c'était l'histoire que j'avais besoin de raconter au groupe Balint* » (interne 8).

Des participantes ont évoqué les problématiques « *sur le plan des décisions médicales* » (interne 8) et de la communication des orientations médicales au patient : « *c'était la difficulté que j'ai eu à faire passer le message... (réflexion) et avoir un accord avec le patient* » (interne 2), « *on a du mal à ce que les gens suivent un peu notre idée, il faut vraiment expliquer, expliquer ...* » (interne 1).

Certaines participantes ont abordé les problématiques « *dans des relations avec des confrères* » (interne 5) : « *bon en plus là il y avait les problèmes de kiné, c'était presque un confrère, au moins un soignant* » (interne 1).

La problématique de la remise en question a été aussi évoquée : « *il y avait des choses où je ne me sentais pas douée, des choses où je me posais des questions. Même... se poser des questions, rien que par rapport à soi en tant qu'être humain, pas forcément en tant que médecin...parce qu'on a peur de pas devenir un bon médecin si on se pose des questions dès le début* » (interne 5).

A plusieurs reprises, il a été abordé la problématique du respect dans la relation médecin-patient : « *on a souvent parlé des consultations qui sont pas agréables, où le patient est franchement mal poli, où on a envie de le virer* » (interne 2). Exemple : « *je n'arrivais pas du tout à avoir un dialogue avec lui... j'avais eu l'impression qu'il me manquait de respect et je savais pas du tout comment réagir face à ça, et du coup, la relation médecin-patient était très mauvaise parce que je n'écoutais pas ses plaintes en fait, mais qu'il ne m'écoutait pas non plus...il y avait pas de communication du tout, c'était parasité* » (interne 9), « *j'avais vraiment eu l'impression que je lui étais complètement indifférente* » (interne 9).

Finalement, bien d'autres problématiques ont été abordées concernant les thèmes tels que « *les souffrances* » (interne 9), « *la charge de responsabilité* » (leaders 1), « *le handicap* » (interne 8), la difficulté de s' « *affirmer comme médecin avec quelqu'un qui est dans les mêmes âges* » (interne 5) etcetera...

3- Particularités de la présentation orale d'un cas

La principale particularité, dans un groupe Balint ou dans une initiation au groupe Balint, c'est que les cas sont présentés à l'oral et que pour un bon nombre de participantes à cette initiation (7 sur 9), cela représentait déjà une difficulté voir un obstacle : « *je pense que quand on est timide, je pense que c'est difficile de prendre la parole* » (interne 2). « *Pour moi qui est un peu plus de mal à parler à l'oral, en tout cas échanger sur mes expériences* » (interne 5), « *c'est pas évident forcément de parler devant tout le monde* » (interne 7). « *Les inconvénients, pour moi, c'est de parler en public. Pour moi c'est l'inconvénient majeur* » (interne 6). D'autant plus lorsqu'il s'agit de discuter « *avec des inconnus, et puis avec des gens qu'on a pas envie forcément d'en discuter* » (interne 1).

Après, l'autre difficulté majeure, pour certaines participantes, a été de trouver un cas à présenter : « *moi je ne trouvais pas de cas* » (interne 1), « *je n'avais pas de cas qui me tracassaient particulièrement* » (interne 3), « *je ne me préparais pas dans ma tête, je me disais pas avant la séance : » tiens je pourrai parler de ça à la prochaine séance* ». *Du coup, je n'avais pas d'idées, donc au moment où on me posait la question je réfléchissais, et puis le temps que je trouve quelque chose il y avait quelqu'un qui avait déjà commencé à dire quelque chose* » (interne 7).

Je dirais même plus, la difficulté majeure, pour certaines participantes, a été plutôt de trouver un cas dit « intéressant » : « *je n'arrivais pas forcément à me dévoiler ... j'avais l'impression que c'était insignifiant...j'avais jamais l'impression que c'était important mes histoires, que ce n'était pas aussi intéressant que ce que disait les autres...je n'arrivais pas à connecter les expériences et à en trouver une intéressante... qui me semblait être intéressante pour les autres* » (interne 7).

Si certaines participantes se sont senties « *stressées* » (interne 4), « *perplexes* » (interne 4) ou même « *un peu émues* » (interne 5) parce que cela les « *replongeaient un peu dans cette histoire* » (interne 8), qu'elles se retrouvaient « *dans l'état émotionnel d'une consultation* » (interne 4), « *comme un peu un rêve où l'on revit la situation* » (interne 4), d'autres se sont senties « *plutôt à l'aise* » (interne 4), rassurées et « *en même temps soulagées d'en parler* » (interne 5).

Les autres particularités, d'une présentation de cas dans une initiation au groupe Balint, ont bien été identifiées par les participantes.

En effet, une majorité de participantes a bien mis en évidence, qu'une présentation orale de cas dans une initiation au groupe Balint, avait pour objectif de permettre au médecin narrateur de s'exprimer « *librement* » (interne 7) sur son ressenti car il s'agit bien de « *Ton ressenti personnel que tu présentes et qu'on discute* » (interne 8) : « *j'ai bien aimé cette façon de présenter les choses, juste dire ce qu'on a ressenti, ce qui nous a gêné... C'est ça que j'aimais bien* » (interne 5), « *avec tout ce que je voulais mettre dedans : d'émotions, d'agacements, de questions...* » (interne 4).

De plus, les participantes ont également bien identifié que la présentation orale permettait d'aller « *directement à l'essentiel* » (interne 1) : « *On s'encombre pas trop des détails* » (interne 1), « *ça permet de s'affranchir de tout ce qui est donné biologique, de tout ce qui nous rassure en général* » (interne 5). « *Ça permet vraiment d'axer sur le problème principal* » (interne 4), « *ça met vraiment en gros plan certains trucs qui nous ont marqué et*

puis on comble les trous avec des infos complémentaires pour que l'histoire prenne corps » (interne 4). *« Donc pour ceux qui écoutent c'est beaucoup plus facile de retenir les points clés »* (interne 1).

Mais une participante a évoqué aussi le fait que c'était plus facile d'approfondir certaines parties du cas : *« à l'oral on peut vraiment développer sur ce qu'on a ressenti, sur la façon que ça s'est passée...les autres participantes pouvaient poser des questions et du coup on précise des choses...Donc à l'oral c'est plus facile de développer »* (interne 9).

Par ailleurs, une autre des caractéristiques de la présentation orale, évoquée par les participantes, a été sa *« spontanéité »* car *« le fait de ne rien préparer, on a vraiment les trucs importants qui arrivent en premier. On balance tout comme ça vient... »* (interne 4).

Il en découle alors une forme de fidélité à la réalité des faits, décrite par plusieurs participantes : *« de le dire à l'oral sans le préparer, je pense que du coup c'est fidèle parce qu'on n'a pas le temps de se mettre dans des phrases où l'on rajoute des choses... mais je trouve quand on écrit, les choses ne sont pas forcément aussi réel que ce qu'on a vécu »* (interne 5). *« Du coup je pense que c'était fidèle parce que j'y suis allée comme ça, comme j'aurais raconté ...à quelqu'un qui me demande comment ça va le boulot et j'aurais dit : « oh là, là, là, c'est insupportable, il se passe ça ». J'y suis allée comme ça »* (interne 4).

Mais la conséquence de cette spontanéité est le risque d'avoir une présentation orale qui ne devienne trop *« fouillie »* (interne 4) car *« contrairement aux cas, quand on fait un récit de cas à l'hôpital, il y a toujours une trame bien construite. Là...il y a de la libre association d'idées, on parle de ça et puis on dit : « oui d'ailleurs elle m'avait dit ça... ». C'est beaucoup plus intuitif pour les autres en face, l'histoire doit avoir ni queue ni tête »* (interne 4).

Du coup, pour prévenir ce risque, certaines participantes, ont fait, soit, le choix d'organiser au fur et à mesure leur récit, en essayant de le synthétiser, mais aussi, de l'enrichir en fonction des demandes de leurs collègues : *« le présenter à l'oral, il faut juste organiser un peu le fil de ce qu'on veut raconter. Donc là aussi, il faut synthétiser ce que l'on veut dire mais ça demande un autre travail qui est plus (réflexion) dans l'instant »* (interne 2). *« Les autres peuvent poser des questions. C'est là, où le discours s'enrichit au fur et à mesure »* (interne 4).

Soit d'autres participantes, ont mis a profit le silence annonciateur (partie que nous développerons un peu plus loin), pour organiser dans leur esprit les points clefs du cas qu'elles souhaitaient partager : *« ce n'est pas complètement spontané tout de suite. Moi, j'ai eu besoin de revoir un peu la situation dans ma tête avant de prendre la parole...oui je pense qu'il y a eu un blanc et que je me suis lancée après avoir remis dans ma tête ce qui m'avait gêné à ce moment-là »* (interne 9).

Mais deux participantes, ont évoqué le fait, qu'elles n'avaient pas eu besoin de faire l'un ou l'autre, puisque le cas présenté avait été maintes fois *« réfléchi »* (interne 8) dans leur esprit, ou, discuté avec d'autres collègues : *« je me l'étais déjà beaucoup ressassé (sourire). Et que j'en avais déjà parlé en plus...c'était une énième fois parce que moi j'en avais déjà discuté. J'en avais déjà discuté avec ma maitre de stage, j'en avais bien discuté avec mes amis. Parce que ça m'avait marqué mais c'est vrai que j'y avais repensé souvent. Donc je pense que je l'ai exprimé comme je voulais parce qu'à force d'y avoir pensé on a un peu de recul »* (interne 9).

L'une des autres particularités de la présentation orale, abordée par quelques participantes, est son interactivité : *« c'était intéressant de le présenter à l'oral parce qu'on a des retours immédiats... Alors que présenter une situation comme ça, en groupe interactif, en groupe de parole, il y a quand même un retour immédiat par une dizaine de personnes, toutes différentes les unes des autres, donc avec des avis différents et donc c'est plus instructif »* (interne 8).

Finalement, une participante a observé que la liberté et la spontanéité de la présentation orale, lui avaient permise rapidement de se projeter dans le vécu et les habitudes professionnelles de ses collègues : on voit *« quand même comment les gens ont l'habitude de fonctionner. C'est pour ça que c'est quand même assez personnel comme truc. On voit vite, on imagine vite, comment sont les médecins avec leur patient... Et donc après, oui c'est sûr pour une même personne, le premier cas qu'elle raconte et le dernier cas, on ne l'analyse pas pareil »* (interne 3).

4- Les silences annonciateurs

Au début de chaque séance ou entre les cas, les leaders posent la fameuse question *« qui a un cas ? »*, s'ensuit alors ce qui est appelé le silence annonciateur : *« quand un cas est terminé... il y a un grand silence et puis après ça on réfléchit, et puis il y en a un qui balance un cas parce qu'il ose enfin à se lancer »* (interne 4).

Ce *« très long silence, là au début, où personne ne veut parler »* (interne 4), a été au début un peu déstabilisant, pour certaines participantes : *« quand on était tous en rond, un grand silence et puis chacun attendait de prendre la parole, et puis on osait pas parce que voilà... c'est un peu bizarre, c'est un peu impressionnant. Et puis en fait, ça c'est plutôt bien passé dans mon souvenir »* (interne 4).

Voir même, assez mal vécu par d'autres : *« moi j'avais beaucoup de mal avec les temps de silence. Alors les leaders arrêtaient pas de dire que c'était bien, que c'était une bonne chose, que ça permettait de réfléchir ... mais j'avais beaucoup de mal avec les temps de silence parce que j'avais plus l'impression que c'était juste que personne voulait présenter aucun cas et que finalement je me disais dans ma tête : « il va falloir que tu présentes quelque chose, essaie de trouver une histoire ». Je trouve que c'était plus anxiogène, que vraiment pour se « recueillir » entre guillemets »* (interne 8).

Alors qu'à certaines séances, les premières surtout, les temps de silence étaient très courts voire inexistantes : *« il y a pas eu de très long silence. Souvent quelqu'un avait quelque chose à dire »* (interne 7), *« il y a des personnes qui se sont proposées rapidement »* (interne 3).

En effet, chez certaines participantes la présentation d'un cas a pu revêtir un caractère quasi impérieux : *« vous vous rendez compte, il y a eu un silence qui a été très, très, court. Elle s'est presque précipitée sur... l'opportunité de... oui ... De vider ! Surtout que cette jeune femme a parlé d'emblée... Et elle avait laissé un très, très, très bref temps là ! »* (leader 2).

Limitant ainsi, la présentation de cas de certaines participantes : *« je ne me préparais pas dans ma tête, je ne me disais pas avant la séance tiens je pourrais parler de ça à la prochaine séance. Du coup je n'avais pas d'idées donc au moment où on me posait la question je*

réfléchissais, et puis le temps que je trouve quelque chose il y avait quelqu'un qui avait déjà commencé à dire quelque chose » (interne 7).

Ce qui a fait l'objet de regret exprimé par certaines participantes : *« il y a eu des blancs et au final souvent on a eu l'impulsion de parler en même temps (sourire) ! ... Voilà, je me rappelle qu'il y avait un autre cas que je voulais présenter et je n'ai pas eu le temps » (interne 7), « Surement qu'il aurait mieux valu y penser avant et venir en me disant la prochaine fois je raconterais cette histoire » (interne 7).*

Et également les leaders : *« si j'ai un petit peu un bémol à apporter c'est en ce sens-là. Comme il n'y avait que 4 séances, qu'il y avait donc un début et une fin, il n'y a peut-être pas eu de silences, de blancs... il n'y a peut-être pas eu assez de possibilités de prendre du temps, de réfléchir, d'apprendre à écouter... enfin bon, c'était déjà beaucoup que de faire 4 séances, c'était déjà important » (leader 2).*

Mais offrant ainsi l'occasion à d'autres de rester plus en retrait : *« c'est plus par le fait que vu qu'il y avait toujours quelqu'un qui se proposait, je ne me suis pas jetée sur l'occasion » (interne 3).*

Mais au final, le groupe a réussi globalement à bien mettre à profit ses temps de silence.

Soit pour sélectionner et préparer un cas : *« oui je pense qu'il y a eu un blanc et que je me suis lancée après avoir remis dans ma tête ce qui m'avait gêné à ce moment-là... moi, il me faut un peu de temps pour prendre la parole (rire gêné) » (interne 9).*

Soit pour laisser la parole circuler : *« parfois laisser un blanc, comme faisaient les leaders, ça poussait à la parole finalement. Ca on l'a vraiment expérimenté, de juste laisser ouvert. On le voit en consultation, parfois il suffit de se taire pour qu'enfin sorte ce qu'il voulait » (interne 9).*

Ou bien tout simplement, comme l'a exprimé l'équipe encadrant, pour permettre aux participants de poser leur esprit et de mieux appréhender une nouvelle séance en groupe : *« oui je pense que c'est à la 3ème et à la 4ème séance, où il y a eu un blanc un petit peu au départ. C'est le moment où on peut se reconcentrer, se poser... voilà le groupe arrive, il arrête ses activités, il se pose et où l'on repart sur un autre rythme et une autre logique d'expressions, une même logique d'écoute qu'on ne trouve pas ailleurs. Donc je pense qu'on a besoin de ce temps de pose et que finalement le groupe se retrouve et repense peut-être à ce qui a été dit avant finalement » (enseignant).*

5- Opposition Script/Balint

Plusieurs participantes ont comparé la méthodologie des scripts à celle de la présentation orale de cas dans une initiation au groupe Balint, d'autant plus, que certaines ont présenté des cas qu'elles avaient déjà rédigé sous forme de script (cf. partie prise de décision dans le choix des cas présentés).

Voilà ce qu'elles en ont pensé :

Dans un script on est limité par la taille du récit :

« A l'oral on peut vraiment développer sur ce qu'on a ressenti, sur la façon que ça s'est passée. Voilà quand on écrit un script, il ne faut pas que ça fasse 15 pages non plus » (interne 9).

Dans un script on doit respecter un certain fil conducteur du récit :

« A chaque fois, on allait tout de suite dans le soucis principal. Et voilà on peut se le permettre à l'oral, à l'écrit il faut quand même un peu plus développer. A l'oral on développe moins en fait... ça fait discussion, ça fait pas exposé » (interne 1).

Dans un script, il n'y a pas la spontanéité de l'oralité :

« Je trouve que le poser à l'écrit ça demande un ... en fait on intellectualise un peu plus le truc » (interne 2).

« Moi je trouve ça plus simple de présenter sans support écrit en fait » (interne 2).

Dans un script on ne retranscrit pas toujours les faits comme ils se sont déroulés :

« Moi j'ai tendance à modifier, un peu, je trouve, quand j'écris. Ce que je relis, ça semble pas forcément le reflet de la réalité » (interne 2).

« De le dire à l'oral sans le préparer, je pense que du coup c'est fidèle parce qu'on n'a pas le temps de se mettre dans des phrases où on rajoute des choses... je ne sais pas comment dire... mais je trouve quand on écrit les choses ne sont pas forcément aussi réel que ce qu'on a vécu » (interne 5).

Dans un script, le récit est figé, il n'évolue plus :

« Quand on écrit un récit, des scripts, les gens sélectionnent souvent l'information, sinon on a des récits qui sont un peu trop long. Le fait de l'écrire, après, on se limite à ce qu'on a écrit » (interne 2).

Dans un script, il est plus difficile de mettre des mots sur des faits ou des émotions :

« Moi j'ai eu l'impression de vraiment réussir à verbaliser ce qui m'avait un peu gêné dans cette relation, alors qu'à l'écrit, je pense que j'aurais fait 15000 détours pour ne pas dire les choses » (interne 5).

Dans un script, il n'y a pas la même écoute des collègues à qui on le présente :

« C'est plus facile pour moi de parler en plus petit groupe, qu'avec un script concret devant toute la salle qui n'écoute pas » (interne 5).

« C'était intéressant de le présenter à l'oral parce qu'on a des retours immédiats, le script permet simplement de réfléchir sur soi-même. Il n'y a pas le retour d'autres personnes qui sont rassurantes, qui posent des questions » (interne 8).

6- Et pour celles qui n'ont pas présenté de cas...l'écoute active

Comme cela a été dit un peu plus haut, un tiers des participantes n'ont pas présenté de cas :

« je n'ai jamais donné quelque chose concernant ma propre expérience » (interne 7).

Les raisons en sont multiples.

Pour deux participantes, les raisons évoquées étaient, en premier lieu, leurs appréhensions à s'exprimer en groupe : « c'est pas évident forcément de parler devant tout le monde » (interne

7), « *les inconvénients, pour moi, c'est de parler en public. Pour moi, c'est l'inconvénient majeur* » (interne 6).

Elles ont même fait part de leur soulagement d'avoir gardé leur liberté de ne pas s'exprimer sur un « *cas personnel* » (interne 7) : « *comment dire, moi ça m'allait parce que je me suis dit qu'au moins c'était fini et je n'allais pas à avoir à raconter d'histoires* » (interne 6).

Car elles n'en avaient vraiment pas envie : « *après bon, je me suis dit si vraiment on me force, je vais bien trouver un truc, mais bon... je n'ai pas très envie...* » (interne 6).

En effet, la liberté de s'exprimer et de participer est la base d'une initiation et d'un groupe Balint, comme l'a confirmé une participante : « *j'ai participé aux discussions mais je n'ai pas présenté de cas, vu que c'était sur la base du volontariat (rire)* » (interne 3).

Et puis les « *silences annonciateurs* », étant le plus souvent très court (« *il y a des personnes qui ce sont proposées rapidement* » (interne 3)), elles n'ont pas eu forcément l'opportunité de le faire, comme nous l'avons développé plus haut.

Une des participantes a, elle, également expliqué son choix par le fait qu'elle ne ressentait pas dans sa pratique de difficultés d'ordre relationnelles : « *je n'ai pas l'impression d'avoir des sentiments exagérés, tu vois pour les choses. Donc je relativise assez facilement donc ... je vis pas des situations invivables auxquelles je pense des mois et des mois... où je m'en veux parce que j'ai pas fait-ci ou pas fait-ça. Du coup je ne ressens pas un besoin particulier de partager mes expériences avec les gens puisque en général ça me pose pas plus de problèmes que ça... tant que je me sens bien, que j'ai l'impression que ça va bien avec les patients, que j'ai un bon relationnel, je ne pense pas que j'aurais la nécessité de venir en parler, de prendre du temps pour ça en fait* » (interne 7).

D'autres participantes, et pas seulement celles faisant partie des internes n'ayant pas présentés de cas, ont exprimé leur préférence d'écouter les autres plutôt que de prendre elles-mêmes la parole : « *c'était un moment que j'aimais bien finalement, de pouvoir écouter. En fait, je pense que j'ai préféré écouter (sourire) que de parler* » (interne 9), « *j'avais plus envie d'écouter ce que les autres avaient à dire (rire)...je trouvais ça plus intéressant d'écouter que de parler à ce moment-là. C'est aussi, je pense, mon caractère* » (interne 3).

En effet, certaines participantes ont déclaré avoir écouté « *attentivement* » (interne 4) et s'être « *impliqué* » (interne 4) dans « *l'histoire* » de leur consœur (interne 6) « *parce que c'est intéressant d'abord* » (interne 4) : « *c'est notre métier, moi j'aime bien parler médecine, j'aime bien écouter quand les gens racontent une histoire de patient. Parce que ça m'intéresse...D'abord ça m'intéressait pour moi, l'histoire en elle-même* » (interne 4), « *Moi je trouvais ça intéressant vu que moi je suis un peu...enfin isolée, je n'ai pas beaucoup de récits d'autres personnes, donc là, ça m'intéressait* » (interne 3).

Et aussi, parce que les récits de cas renvoient à des expériences personnelles, comme cela a été souligné par la majorité des participantes : « *c'est toujours des circonstances qu'on peut être amenées à connaître, on a toujours des cas plus ou moins similaires dans notre pratique et c'est toujours intéressant de voir comment l'a vécu un autre je pense. C'est un peu égocentrique ce que je dis. Quand on écoute c'est toujours... ça résonne toujours en nous* » (interne 9), « *ce que disaient les autres me ramenaient à des propres expériences pour lesquelles j'avais envie de parler, de m'exprimer...* » (interne 7). « *J'ai toujours eu l'impression que j'aurais pu raconter la même histoire un jour ou l'autre* » (interne 5).

Du coup, cela devient utile pour leur propre pratique : « *ça permet d'avancer aussi sur des questions qu'on s'était jamais posées* » (interne 4), « *et moi est-ce que j'aurais eu les mêmes ? Est-ce que j'aurais réagi de la même façon ?* » (interne 3). « *Les cas des autres nous aident vraiment* » (interne 4), « *ce que les autres ont raconté, moi je l'avais aussi vécu d'une certaine manière. C'est des choses qui me parlaient, donc je pouvais aussi m'en servir pour moi* » (interne 3). Ecouter « *des expériences de chacun, chacune* » (interne1), c'est « *à chaque fois, je pense, un enseignement* » (interne 9).

Et puis, dans ce concept de groupe de discussion interactif « *il fallait s'exprimer sur le cas donc il fallait écouter attentivement* » (interne 3) afin d'essayer de mettre en lumière les « *problématiques : qu'est ce qui a posé problème à la personne qui raconte* » (interne 3).

Et c'est alors, que certaines participantes, se sont senties utiles auprès de leurs collègues : « *eh bien on est là pour être en groupe et quand l'autre propose un cas et qu'on a peut-être quelque chose à dire, même une petite phrase toute bête, mais qui va le faire avancer, un truc qu'il n'avait pas vu comme ça. Et donc en plus on est là pour lui* » (interne 4).

A noter, qu'une seule participante a émis le regret de ne pas avoir présenté de cas : « *ben je ne sais pas si ça m'a apporté plus, peut-être que présenter un de mes cas m'aurait apporté plus que d'écouter celui des autres. Mais ça je ne le sais pas puisque je ne l'ai pas fait* » (interne 6).

Finalement, l'équipe encadrant a souligné le fait que « *ceux qui ne disent rien, ne sont pas forcément ceux qui en pensent le moins* » (enseignant) comme l'a confirmé également une des participantes : « *il y en a qu'on n'a pas entendu, je trouve du coup que c'est dommage de ne pas leur avoir donné la parole...(gêne) voilà sans forcément présenter un cas mais je suis pratiquement sûr qu'elles avaient leurs avis, que c'était probablement pertinent* » (interne 2).

Mais aussi que l'implication d'un participant ne s'évalue pas seulement par le nombre de ses interventions orales mais aussi par sa « présence » : « *elle n'a pas participé par la parole mais elle a participé par sa présence, le regard... c'est le travail des animateurs que de voir un petit peu tout ça. Et le fait qu'elle n'a jamais été absente. À sa façon elle a participé. Elle était très, très, attentive* » (leader 2).

E-Appports du Balint, au-delà du savoir

1- Ce que permet le cadre du balint

La première notion exprimée par les participantes, lorsqu'on leur a demandé de donner une définition de cette initiation au groupe Balint, est celle d'avoir fait « *partie d'un groupe* » (interne 3).

En effet, bien qu'il ait été qualifié de « *groupe d'internes* » (interne 5), de « *groupe de pairs* » (interne 1), de « *groupe de confrères* » (interne 6), de « *groupe de professionnels de santé* » (interne 8), de « *groupe de parole entre médecins* » (interne 9) de « *groupe d'échanges* » (interne 2), c'est bien la notion d'appartenance à un groupe qui a été mise en avant. Car comme l'a dit une participante : « *c'est la seule fois où on peut avoir un peu de confraternité je pense (rire). C'est pas dans les courriers, les relations dans les congrès que l'on expérimente ça* » (interne 3).

L'objectif des groupes Balint est bien de « *permettre... à des médecins de pouvoir parler de leurs problèmes, de se confronter à leurs confrères en toute confraternité* » (leader 1) et c'est ce qui s'est passé comme en ont témoigné les leaders : « *j'ai quand même noté un sentiment d'appartenance entre vous, vous faisiez partie d'un groupe. Il s'était dit des choses, vous étiez détentrices de quelque chose que vous gardiez entre vous, dont personne n'a reparlé ... c'est sûr qu'il y a eu quelque chose de l'ordre d'un changement. Une cohésion, j'ai senti une cohésion* » (leader 1), « *ça allait plus loin que la confraternité, il y avait de l'amitié, il y avait de la cohésion* » (leader 2).

De cette notion de confraternité générée par un groupe Balint, découle des notions de soutien : « *oui, je pense que c'est aussi pour ça que les médecins le font aussi après quoi. Pour se sortir un peu la tête du guidon (rire) et voir avec d'autres ce qui se passe ailleurs. Se sentir un peu soutenue* » (interne 3).

Mais aussi de réassurance : « *ça m'a un petit peu rassuré... parce que j'ai eu l'impression qu'il y a d'autres personnes qui n'auraient pas su non plus comment réagir... Parce qu'on m'a encouragé à ne pas me laisser faire...* » (interne 9).

Ensuite la deuxième notion, qui a été mise en avant, est celle de l'échange, car selon une participante « *ce n'est pas trop dans la mentalité du corps médical de parler comme ça spontanément* » (interne 3).

Et pourtant c'est ce dont les participantes étaient demandeuses : « *je pense qu'on est vraiment dans une recherche de ça, d'échanges avec des confrères* » (interne 4).

D'ailleurs, c'est comme cela qu'elles ont qualifié cette initiation : « *un lieu, où l'on peut dire ses doutes, ses interrogations, ses joies mais aussi ses difficultés* » (leader 2), un espace pour « *pouvoir discuter librement, dire ce que l'on ressent, c'est pas mal* » (interne 7), « *trouver des oreilles attentives pour en parler et essayer d'échanger, de construire* » (interne 5). « *Que simplement ça soit une discussion... pas un cours théorique* » (interne 8), avec « *des allers retours à l'un et à l'autre* » (interne 4), « *l'occasion de se retrouver avec quelques confrères, pour raconter 2,3 petites choses et parler de ton exercice. Ça fait du bien !* » (interne 3).

« *La relation médecin-patient* » (interne 2), étant le thème principal des discussions au sein d'une initiation ou d'un groupe Balint en général, l'objectif est donc d'« *échanger sur des situations complexes qu'ils ont rencontrées dans leur milieu professionnel* » (interne 8), afin « *de comprendre ou au moins de trouver des stratégies* » (interne 5) et d'« *analyser avec les*

autres, pourquoi ce problème s'est présenté et quelles sont les solutions qu'on aurait pu apporter, même si on ne ressort pas avec une solution fixe, mais des pistes, des ouvertures de réflexion, sur comment résoudre le problème, s'il se reproduit » (interne 6).

Mais aussi, cela permet « *de débriefer* » (interne 1), de faire office de « *sas de décompressions* » (interne 5), de « *remettre le doigt sur les situations difficiles qu'on encaisse régulièrement et sur lesquelles on ne se pose pas et on ne parle pas ... exorciser certaines choses qui sont jamais vraiment dites* » (interne 7).

Car comme l'a dit une participante, « *on n'est pas obligé de tout ramener à la maison, on peut en laisser un peu aussi à ses confrères et chacun, à son tour, de s'aider* » (interne 5).

Mais c'est également un outil pour faire le point, « *une aide à la réflexion sur son rôle de médecin, tout simplement* » (interne 3) car « *à la fin d'une journée, on sort, on n'a pas forcément envie de réfléchir à tout ce qu'on a pu faire, pu être, donc ... Grâce aux autres on se pose des questions et on avance un peu ... c'est l'occasion de se connaître un peu mieux* » (interne 3).

Il est donc question, à chaque instant dans le cadre des groupes et des initiations Balint, du « *moi professionnel* » (leader 2) et non du « *moi personnel* » (leader 2) : « *ça nous avait été dit qu'on ne devait pas partir sur du personnel, ce n'est pas l'objectif du groupe Balint* » (interne 2). Même si pour certaines participantes, « *forcément la frontière est hyper ténue... quand on dit le patient m'a mis en échec pour tel problème, il ya forcément un moment où l'on parle de ce à quoi ça nous renvoie de façon très personnelle* » (interne 4), parce que « *qu'on le veuille ou non, il y aura toujours du personnel qui transparaîtra avec les patients* » (interne 5).

Mais les leaders sont présents, pour justement l'éviter, comme ils nous le soulignent : « *notre rôle c'est de bien cloisonner le moi-professionnel du moi-personnel. Bien-sûr, derrière tout ça, cela se rejoint. Mais notre rôle à nous, c'est toujours d'être sur la facette professionnelle. Donc quand quelqu'un souffre de certains éléments de son quotidien professionnel, c'est le lieu où il doit et il peut l'exprimer* » (leader 1) et si ce n'est pas le cas « *et bien on va défendre le groupe d'être envahi par une problématique personnelle* » (leader 1).

Par ailleurs, les échanges au sein d'une initiation ou d'un groupe Balint, y sont d'autant plus « *intéressants* » (interne 1) qu'ils sont nourris de la liberté d'expression permise par l'absence de jugement : « *personne ne jugeait. Voilà ce n'était pas du tout ambiance jury. C'était plutôt : on discute, on voit chacun son point de vue, chacun est différent. Voilà, pas du tout de jugement, c'était simple* » (interne 1).

Mais aussi par la « *confidentialité* » (leader 2), qui est une règle absolue : « *c'est toujours hyper rassurant c'est ça. On a vraiment l'impression que tout ce qu'on dit dans le groupe reste dans le groupe* » (interne 4), car en effet « *ça fait partie du contrat, tout ce qui se passe dans le groupe doit rester dans le groupe* » (leader 1)

Sans oublier le fait que toutes les participantes entre elles se sont identifiées aux cas des autres grâce à l'effet miroir : « *eh bien oui, dès qu'il y avait quelqu'un qui racontait une situation, forcément on se reconnaissait dans ce qu'on avait déjà vécu... De plus ou moins près, ou moins bien vécue aussi* » (interne 1), « *ça fait écho* » (interne 4) « *parce que la plupart du temps c'est des situations qui ressemblent à ce qu'on a déjà vécu avant* » (interne 2), car « *que ce soit des situations en remplacements ou des difficultés dans des relations avec des patients dans des prises en charge, dans des relations avec des confrères. J'ai toujours eu*

l'impression que j'aurais pu raconter la même histoire un jour ou l'autre » (interne 5) parce qu' « on fait tous la même chose donc forcément il y a des points communs » (interne 6). En effet, « c'est toujours des circonstances qu'on peut être amenées à connaître, on a toujours des cas plus ou moins similaires dans notre pratique et c'est toujours intéressant de voir comment l'a vécu un autre je pense » (interne 9). Du coup cela permet de « sentir, de voir qu'on a toutes les mêmes problèmes, les mêmes problématiques en tout cas... Et en fait, tu te rends compte qu'on procède toutes un peu de la même façon, c'est quand même assez uniforme » (interne 3).

Et ceci est l'un des piliers des groupes Balint, comme le rappelle l'un des leaders : *« permettre aux médecins qui participent à des groupes Balint, de se rendre compte qu'ils ne sont pas seuls, qu'ils peuvent partager les mêmes interrogations, les mêmes bousculades, éventuellement les mêmes souffrances et que les personnes qui sont autour, qu'ils soient étudiants ou qu'ils soient des médecins confirmés, sont des confrères qui ont les mêmes préoccupations, les mêmes interrogations et que justement cela peut aider à mieux comprendre son patient » (leader 2).*

Car cela fait appel aux qualités d'empathie du médecin : *« Le groupe prend en compte cette émotion, cette problématique et chacun y réfléchit comme si ça lui arrivait à lui... il se met à la place de l'autre... à la place et avec » (leader 1).*

Mais à l'inverse, chacune a aussi remarquée, que bien qu'ayant partagé le même cursus et exerçant la même profession, les participantes ont des « expériences différentes » (interne 4), « d'autres avis, d'autres points de vues » (interne 8), « des sensibilités différentes et du coup un panel de façon de voir » (interne 2), qui enrichissent les discussions.

A noter également, l'importance que revêt le respect de l'individualité de chacun pour les leaders : *« personne ne dit à l'autre ce qui est bon, ce qu'il doit faire... la personne est respectée dans sa trajectoire, elle est simplement accompagnée dans sa trajectoire » (leader 1). « Le groupe Balint n'amène ni recettes, ni solutions, ça amène une ouverture, d'autres questions, de nouvelles questions » (leader 2). Lorsqu'un cas est traité en groupe, « il y a des solutions qui ne sont pas imposées mais proposées » (interne 6). « Le grand respect de chacun, c'est de les laisser faire leurs choix. On ne détient pas la vérité des autres » (leader 1).*

De ce fait, une initiation ou un groupe Balint, permet à ses participants un apprentissage de l'autonomie dans la gestion des cas par le médecin, comme le confirme l'équipe encadrant : *« les internes ont pu après réfléchir à leurs points de vue, et ça leur a permis aussi en dehors de l'apport du groupe lui-même de finaliser une circulation de la pensée pour amener à trouver, elles-mêmes, des solutions adaptées à leurs problématiques » (enseignant). « Le confrère va soigner ses difficultés professionnelles, mais lui-même ! ça n'est pas les autres qui vont le soigner... Il est à la fois seul au milieu des autres, mais il acquiert une capacité de plus en plus riche, plus en plus cohérente pour pouvoir prendre en compte les problèmes qu'il traverse » (leader 1).*

Cela rejoint la notion d'« espace d'expérience » (leader 1) : en parlant « des expériences de chacun chacune » (interne 1) « c'est nous qui avons créé notre propre enseignement... ils (les leaders) ne nous ont pas donné les clefs de toutes les problématiques qu'on abordait. En fait c'est le fait d'en discuter qui nous apporte des réponses, il n'y a pas le maître qui dit c'est comme ça et pas autrement » (interne 9), « on est vraiment dans une recherche de ça,

*d'échanges avec des confrères et pas d'enseignement... voilà... vertical, où il y a le savoir qui vient du prof... Donc là c'était vraiment quelque chose d'horizontal » (interne 4).
Il s'agit donc plutôt d' « une formation d'expérience par l'expérience » (leader 1).*

Le concept d'enrichissement mutuel y est donc très fort : « là ce n'est pas que c'est égoïste, mais on y va pour les autres mais on y va aussi vachement pour soi en Balint, pour améliorer sa propre pratique... Le groupe Balint se nourrit des intérêts individuels de chacun. En fait on avance parce qu'on a tous un intérêt à être là, personnel, et que du coup ça fait progresser le groupe » (interne 4).

Afin de poursuivre sur les particularités du cadre Balintien, il faut noter son approche originale des cas au travers de la spontanéité des émotions : « c'est essentiellement pouvoir discuter librement, dire ce qu'on ressent, c'est pas mal » (interne 7). Car « ce qui fait vraiment la particularité d'un groupe Balint c'est qu'il n'y a pas de rivalité, on ne se confronte pas à un savoir, on se confronte simplement à un niveau émotionnel qu'on livre comme ça au groupe » (leader 1).

Du coup, « on a le droit de dire des bêtises dans un groupe Balint » (leader 2) et cela est très bien comme l'a confirmé une participante : « je n'avais pas honte de dire une bêtise ou d'avoir l'air un peu stupide en racontant mon truc... j'ai peut-être dit des idioties, mais au final peut-être qu'il fallait les dire aussi » (interne 2).

*Le concept Balintien, se caractérise également par une approche analytique des situations par les leaders, comme l'a exprimée une des participantes : « je trouvais que c'était bien de voir aussi des gens qui sortaient un peu de la médecine, plus dans la psychologie, la psychanalyse. Je trouvais ça très enrichissant... C'était un peu un moteur dans la réflexion » (interne 3).
En effet, comme l'a noté une des participantes dans sa définition des groupes Balint, l'un des objectifs est entre autres de « travailler sur le transfert et le contre-transfert » (interne 4), bien que les leaders, à juste titre, diraient plutôt qu' « en groupe Balint justement on apprend à travailler avec son contre-transfert et jamais sur le contre-transfert parce que cela se passe à titre personnel, éventuellement ailleurs » (leader 2).*

Ceci a été illustré par les propos d'une autre participante : « ça m'a permis d'accepter que oui j'ai le droit de ne pas aimer certains patients. Ce n'est pas grave. Ce n'est pas pour autant que je les soignerais mal, mais il y a des solutions. Les patients ont le droit aussi de ne pas m'aimer, ce n'est pas grave. Qu'on peut trouver des solutions à tout ça » (interne 5).

Enfin, la présence des 2 leaders agréés par la SMB et de l'enseignant, donnait de la « valeur », du poids aux échanges des participantes : « je sais pas si c'est les leaders qui m'ont aidé, disons que c'est la présence des leaders qui a validé un petit peu ce que les autres disaient » (interne 8), « c'était accompagné par des enseignants, par des leaders dans le cadre de ce groupe, donc c'était aussi validé par des gens un peu au-dessus et qui ont l'habitude de ça » (interne 8).

2- Amélioration du Savoir-être

Avant d'entamer les chapitres suivants, il faut noter que pour certaines des participantes, bien qu'elles aient perçu quelque chose de l'ordre d'un changement ou d'un mieux, elles n'ont pas réussi à y mettre des mots dessus : « *oui, il y a eu un apport du groupe ça je sais parce que j'ai vraiment eu le sentiment d'une avancée après ça, c'est certains. Mais ce n'est pas tout à fait palpable... Ca m'a aidé dans mon cheminement mais sans que ça soit précis...* » (interne 4), « *j'ai l'impression d'avoir progressé mais je saurais même plus en quoi* » (interne 4), « *en fait quelque chose a évolué mais je serais pas dire avec précision, en fait exactement, ce qui vient du groupe* » (interne 4).

En effet, il est difficile pour un bon nombre d'internes de savoir si les changements constatés sont en lien direct avec leur participation à l'initiation : « *mais est-ce que c'est vraiment Balint ? (dubitative)* » (interne 9).

Ou si cela ne provient pas également de la formation du DES de Médecine Générale : « *il y a aussi tes consultes avant, ton expérience, tes cours...* » (interne 6) et que comme le rappelle aussi un des leaders, « *on a fait que 4 séances ! Il n'y a pas de magie, ce n'est pas un groupe magique* » (leader 1).

Mais finalement, bien que quelques participantes aient déclaré ne pas avoir observé « *de changements radicaux* » (interne 3), ou bien ne pas avoir eu l'impression que cela leur avait « *apporté quelque chose, quelque chose de plus, quelque chose d'autre* » (interne 8), elles ont toutes au fil des entretiens mises en avant des apports divers et variés.

Pour commencer et d'une façon générale, cette initiation au groupe Balint a été perçue par la majorité des participantes comme un outil de réflexion sur leur « *propre pratique* » (interne 4), mais aussi « *sur son rôle de médecin* » (interne 7): « *c'est une aide à la réflexion* » (interne 3), « *c'est vraiment une analyse de pratique* » (interne 8). « *Ils m'ont permis de réfléchir sur ma pratique, comment faire pour faire mieux* » (interne 7) car « *tout simplement, à la fin d'une journée, on sort, on n'a pas forcément envie de réfléchir à tout ce qu'on a pu faire, pu être, donc c'est un petit moment, un break, où on se pose un peu et ... Grâce aux autres on se pose des questions et on avance un peu* » (interne 3).

Car comme le rappelle un des leaders, la démarche d'une initiation ou d'un groupe Balint, « *c'est d'apprendre à réfléchir, à écouter, à se poser des questions, à se dire qu'il n'y a pas qu'une seule réponse peut-être, que la question posée par le malade n'est peut-être pas la question qu'il veut poser ...* » (leader 2).

Ensuite, plusieurs participantes ont remarqué que cette initiation leur a permis de mieux « *se connaître* » (interne 3) : « *c'est un groupe d'internes qui m'a permis de m'ouvrir un peu plus sur la relation médecin-médecin, relation entre consœurs et d'apprendre plus des autres et au travers de leurs difficultés apprendre sur moi-même* » (interne 5). « *C'est un enseignement sur soi...oui je trouve on apprend à se connaître* » (interne 9), « *et même si ce n'est pas un enseignement théorique sur comment traiter un rhume, on a quand même appris beaucoup de choses que ça soit sur nous ou sur les autres* » (interne 5).

Mais aussi, c'est un lieu qui « *permet de respirer, de souffler, de parler, d'être soi-même, d'avancer, d'apporter de meilleures réponses, de meilleurs dialogues, une meilleure écoute de son patient* » (leader 2). Car « *quand on sera installé, qu'on aura des vies un peu... quand tout s'enchaîne, on aura envie d'aller au Balint pour décompresser, raconter nos petits trucs* »

et revenir tout content » (interne 1). « C'est un petit moment, un break, où on se pose un peu... Ça fait du bien, ça oxygène » (interne 3).

Du coup, de nombreuses internes ont exprimé que leur participation à cette initiation leur avait permis de « mieux vivre » leur « métier » (interne 3) : « je sais que ça m'a aidé, que ça m'a mise dans un état d'esprit où j'étais bien » (interne 4), « oui voilà, mieux vivre, me détacher ou avoir une attitude qui ferait du coup que je me sentirais moins en porte à faux, moins en désaccord avec ce que je ressens vraiment, des valeurs que je défends » (interne 4). « Parce que ce qui pèse au bout d'un moment je pense que c'est les questions relationnelles, les problèmes qu'on peut avoir, le sentiment d'impuissance qui revient, qui peut revenir assez souvent. Savoir qu'on peut influencer ça, qu'on peut changer, s'améliorer, que c'est aussi normal... (Rire) » (interne 3).

C'est en effet, l'un des objectifs des initiations et des groupes Balint qu'ont souhaité transmettre les leaders : permettre à « des étudiants qui sont un petit peu tout seul, tout-nu, sans parachute, quand ils vont se retrouver devant un patient » (leader 2), de « trouver des outils qui leur permettront de mieux vivre leur pratique » (leader 1) et de « faire en toute sérénité et en tout plaisir ce fabuleux métier ». « Que les étudiants aient un lieu pour eux, à eux, dans leur pratique quotidienne, pour justement que les difficultés ne deviennent pas majeures » (leader 2).

Ensuite, plusieurs d'entre elles ont remarqué que ce qui était très souvent mis en avant, durant les séances, c'est qu'il fallait « prendre soin du thérapeute » (interne 2), « protéger le soignant » (interne 4) : « elle avait insisté sur le fait qu'on devait toujours se sentir bien dans notre travail et qu'il fallait prendre soin de soi. Et ça, ça m'a marqué, l'idée m'a un peu marqué. C'est vrai que maintenant j'essaie de m'en souvenir pendant les consultations. On a souvent parlé des consultations qui ne sont pas agréables, où le patient est franchement mal poli, où on a envie de le virer... il faut prendre un peu de distance et prendre soin de soi » (interne 2). « Garder plaisir à travailler ... prendre soin de soi pour prendre soin des autres » (interne 2).

Du coup, certaines participantes ont abordé le fait que cela pouvait être permis dans une certaine mesure par une limitation de son implication personnelle auprès des patients : « il faut quand même à chaque fois ne pas trop se prendre, voilà pas trop le prendre à cœur en fait, ne pas trop s'investir dans les situations, personnellement... » (interne 1), « ne pas trop se laisser emporter par ses sentiments quels qu'ils soient. Parce que sinon, pour moi, ça serait compliqué » (interne 1) car « imagine qu'on s'investisse avec tous les patients. Alors bien sûr il y en a qui nous touchent plus que d'autres mais ça c'est sûr, il faut quand même que ça reste professionnel. Il faut pas ramener les soucis à la maison » (interne 1), « il faut savoir prendre un peu de recul et rester professionnel » (interne 5), « rester professionnel, c'est se protéger un peu » (interne 1).

De plus, quelques internes ont observé que cette initiation était à l'origine d'un certain changement dans leur façon de percevoir la relation avec leur patient : « ça n'a pas changé ma façon d'être avec les patients, ça a plutôt changé ma façon à moi de voir, d'analyser avec les patients. Ça m'a permis d'accepter que oui j'ai le droit de ne pas aimer certains patients. Ce n'est pas grave. Ce n'est pas pour autant que je les soignerais mal, mais qu'il y a des solutions. Les patients ont le droit aussi de ne pas m'aimer, ce n'est pas grave. Qu'on peut trouver des solutions à tout ça. Ça a plutôt changé moi ma vision, oui, que j'ai de ma relation avec les patients, mais dans le fond je pense que je suis restée la même avec les patients » (interne 5).

Ceci rejoint la notion de « médecin-remède » exprimée par les leaders : « *la façon dont vous allez poser la question, la façon dont vous allez donner l'ordonnance, la façon dont vous allez prescrire, la façon dont vous allez vous prescrire, vous n'allez pas avoir effectivement le même résultat, avec beaucoup de guillemets, avec votre patient* » (leader 2).

L'initiation au groupe balint a également aidé, certaines participantes, à mieux relativiser les aléas ou les difficultés de leur pratique : « *c'était normal de temps en temps d'être perturbé par ce qui se passe au travail, mais que, effectivement, il faut savoir prendre un peu de recul* » (interne 5). « *Peut-être que je le relativise un petit peu plus : il faut que je prenne mon temps, de toute façon je verrais tout le monde et calmer un peu le jeu* » (interne 2). « *Ce regard extérieur permet de relativiser un petit peu ce qui semble sur le moment comme un... échec, c'est un bien grand mot, mais une chose qu'on aurait mal faite* » (interne 2).

Mais en plus, cela a permis d'initier une démarche de remise en question chez d'autres participantes : « *dans notre pratique on a l'image que nous renvoie les patients mais on se voit pas forcément tout le temps en permanence. C'est l'occasion de se connaître un peu mieux sur ce versant* » (interne 3). « *Je pense que j'ai plus tendance à analyser un petit peu mes réactions ...* » (interne 9). « *Voilà ça permettait de mettre un petit peu d'eau dans mon vin* » car « *j'avais tendance en fonction de certaines réactions et en fonction de mon caractère, j'avais tendance à m'énerver facilement, à être outrée et puis ça m'a permis de me dire que sur certaines situations j'étais un peu trop dure et puis à l'inverse sur certaines situations j'étais un petit peu trop laxiste et qu'il fallait que je sois un peu plus vigilante. Voilà ça m'a permis de mélanger un petit peu mon caractère et ma vision des choses avec celle des autres et du coup de modifier un petit peu l'interprétation de certains comportements de patients* » (interne 8).

Même si « *raconter ses interrogations, ses difficultés, ses bousculades dans un groupe ce n'est pas facile, il y a certainement une retenue et une méfiance* » (leader 2) parce que, comme le souligne une participante, « *il y a forcément une part de nous qu'on essaie un peu de cacher et qui est obligée de ressortir à ce moment-là. Parce que s'il y a des choses qui nous mettent en échec, c'est pas pour rien* » (interne 5).

Par ailleurs, cette initiation a également permis, à plusieurs participantes, de se rendre compte que les groupes Balint étaient un outil pour lutter contre l'isolement professionnel : « *les généralistes qui sont installés, ils ont un bon niveau de vie et en fait ils sont malheureux. Moi je pense que c'est parce qu'ils sont isolés tout simplement. Que quand tu as l'occasion de te retrouver avec quelques confrères, pour raconter 2,3 petites choses et parler de ton exercice, ça fait du bien. Je pense que ça nous a montré l'utilité de faire ça* » (interne 3), « *surtout de ne pas rester isolé, car petit à petit la motivation, les connaissances s'amenuisent un peu, donc il faut assister à des choses en groupe* » (interne 3).

En effet, comme le confirme une des leaders, « *vous vous rendiez compte que vous n'êtes pas tout seul, que vos collègues sont dans le même cas mais que vous avez un lieu où vous pouvez parler* » (leader 2). Et c'est réellement ce qu'a eu l'impression de vivre une des participantes : « *je regardais les gens et je leur disais : qu'est-ce que je vais faire ? Mais il y avait quelqu'un à qui le dire plutôt que d'être toute seule dans mon bureau* » (interne 4).

Du coup, pour certaines participantes, cela a été plus facile de demander de l'aide quand elles en ont eu besoin : « *le jour où j'ai eu besoin de parler à un enseignant du DMG dans mon stage, parce que ça ne se passait pas bien, je pense que j'y suis allée avec d'autant plus de facilité. Je les ai plus perçus comme des confrères et comme des médecins, plutôt que comme*

des profs. Donc voilà j'ai beaucoup moins hésité à appeler un enseignant pour demander de l'aide : « voilà, je ne suis pas bien, ça se passe mal ». Finalement c'était un point positif » (interne 4). « Ca m'a surtout permis de... me conforter dans l'idée que on est tous en difficulté, on le saura toujours, mais qu'on est suffisamment entouré par d'autres médecins, qu'on les connaisse bien ou pas, mais en tout cas il y a toujours une solution pour en parler avec d'autres... ça m'a plutôt rassuré sur le côté où quand on a une difficulté ça sert à rien de se la garder » (interne 5).

Par conséquent, le fait qu'une initiation ou un groupe Balint, soit un outil de prévention du surmenage professionnel ou « burnout » a été implicitement évoqué par les étudiantes : « on pense souvent au burnout des médecins, ça fait peur aussi. Tiens, les généralistes qui sont installés, ils ont un bon niveau de vie et en fait ils sont malheureux. Moi je pense que c'est parce qu'ils sont isolés tout simplement » (interne 3). Par exemple, « lui il s'est fait complètement bouffer par le patient... c'est bien la preuve quand même... c'est des petits signaux d'alarmes pour soi » (interne 4).

Car en effet, comme le rappellent les leaders, « le médecin généraliste souffre. Un groupe Balint permet, justement, d'évacuer cette souffrance et de ne pas se retrouver dans le burnout, qui arrive. Ce ne sont pas des cas rarissimes. C'est vrai que c'est une grosse sécurité » (leader 2), « ils ont la chance de connaître Balint à ce moment-là, si vraiment ils veulent vraiment aller plus loin, c'est un cadeau qu'ils se font, c'est un vrai cadeau qu'ils se font. Ça vient parfaire et finir une formation. Car je trouve que passer à côté de ça ce serait vraiment terrible... » (leader 1).

3- Amélioration du Savoir-écouter

Cette initiation, a permis aux participantes, d'améliorer leur qualité d'écoute, et ce sont les leaders et l'enseignant qui étaient le mieux placés pour s'en rendre compte : « au départ, tout le monde se coupait la parole, tout le monde voulait en rajouter. Et puis vers la 3^{ème} séance, les gens écoutaient » (leader 1), « vous vous regardiez... le regard circulait comme ça (en faisant des gestes) » (leader 1). « La qualité de l'écoute était assez naturelle » (enseignant). A la fin, « la parole prenait une valeur de plus en plus importante. Ecouter l'autre, ça apprend aussi, à écouter ses patients » (leader 1).

En effet, « dans un groupe Balint, on apprend à mieux écouter et soi-même et les autres, et que bien entendu dans une consultation il est important de savoir écouter. Il est important aussi de se dire qu'en tant que médecin on est là pour écouter, conseiller, proposer... » (leader 2), car « si on ne pose des questions, on n'aura que des réponses. Donc il ne faut pas seulement poser des questions, il faut aussi se laisser percevoir, se questionner » (leader 1).

D'ailleurs, une participante déclare y avoir été sensibilisée : « je pense que je suis plus dans un dialogue avec les patients. Je le faisais avant, mais encore plus peut-être. De demander aux patients : qu'est-ce que vous en pensez, est-ce que ça vous va ? Ce n'est pas le Balint en soi qui fait ça mais c'est d'avoir réfléchi ... sur ce thème là... Je suis plus à l'écoute encore » (interne 4).

Mais cette capacité d'écoute ne va pas sans la capacité à poser des temps de silence comme le rappelle une interne : « j'ai appris du silence aussi... Parfois laisser un blanc, comme ils faisaient les leaders, ça poussait à la parole finalement. Ca on l'a vraiment expérimenté, de

juste laissé ouvert. On le voit en consultation, parfois il suffit de se taire pour qu'enfin ça sorte ce qu'il voulait» (interne 9).

4- Amélioration des pratiques et du Savoir-faire

La plupart des participantes, ont considéré que, dans l'ensemble, cette initiation leur a permis d'améliorer leur pratique : *« moi ça m'a enrichi je pense dans ma pratique » (interne 9), « ils m'ont apporté forcément, même si je ne l'ai pas vécu, on va dire, un peu « d'expériences » entre guillemet. Parce que tu prends un peu aussi de ce que les autres racontent, de l'histoire des autres et ça t'enrichi forcément un peu pour ta pratique future » (interne 6). « Petit à petit la motivation, les connaissances s'amenuisent un peu, donc il faut assister à des choses en groupe. Après, ce qui convient personnellement, se stimuler un peu, progresser quoi. Je pense que les groupes Balint c'est un bon moyen » (interne 3).*

Et de façon plus précise, cette initiation au groupe Balint, leur a *« permis vraiment de s'améliorer sur la relation avec les patients » (interne 4) car « nous ne travaillons que sur les problèmes que suscitent la pratique, les problèmes relationnels qui sont suscités par la pratique au quotidien » (leader 1) comme le souligne les leaders.*

Mais cette *« ouverture » (interne 5) sur la relation médecin-patient ne s'est pas seulement limitée au cadre de l'initiation, elle s'est aussi pour certaines participantes, transposée dans leur activité professionnelle quotidienne : « je me dis quand il y a un souci dans la relation, il faut que j'essaie de creuser un petit plus pour essayer de voir quel a été le problème pour ne pas rester aux choses superficielles. Ça m'a apporté sur le fait d'avoir une réflexion un petit peu plus poussée sur pourquoi il y a eu ce soucis » (interne 6). Mais aussi prendre « plus le temps de réfléchir à une situation qui me pose problème, qu'avant j'aurais continué d'avancer, je serais passé à autre chose... Faire la démarche du groupe Balint mais toute seule » (interne 7).*

Cette initiation a également permis, à certaines participantes, de mieux appréhender la notion de temps.

En effet, certaines participantes, après l'initiation, se sont rendues compte qu'elles avaient augmenté leur temps de consultation : *« je ne sais pas si passer de 20 minutes au lieu d'un quart d'heure ça fait partie de ça ? Je ne sais pas si ça était insufflé par ça ? Peut-être... probablement » (interne 4).*

Ou bien, qu'elles prennent, avec plus de facilité, du temps sur la consultation suivante, pour approfondir un entretien avec un patient : *« au début, j'étais assez stressée par le temps et maintenant beaucoup moins. Je me dis si j'ai l'impression qu'il y a quelque chose qui ne passe pas dans la communication, je vais prendre plus de temps pour essayer de débayer ça. Et je pense que le fait d'en avoir beaucoup discuté en groupe Balint, ça m'a conforté là-dedans » (interne 9).*

Ou alors, elles se sont rendues compte que la prise en charge d'un patient se faisait aussi sur du long terme : *« je me suis dit effectivement que j'avais peut-être un objectif un peu trop important pour une seule consultation. C'est... oui il fallait que je laisse le temps en fait... c'est le principe de prendre en charge sur plusieurs consultations. Il faut accepter qu'une consultation peut pas tout résoudre » (interne 2).*

Du coup, cette initiation leur a permis d'être plus sensibles aux enjeux de la relation médecin-patient, en essayant d'être « *plus attentives à ce que peut attendre le patient, à ce qu'il attend de la relation* » (interne 4) : « *je pense que je consacre un peu plus de temps à essayer de comprendre la demande du patient* » (interne 9). « *Ca m'a permis de mélanger un petit peu mon caractère et ma vision des choses avec celle des autres, et du coup, de modifier un petit peu l'interprétation de certains comportements de patients* » (interne 8). « *J'essaie de réfléchir plus sur ma relation médecin-patient. Il y a des choses qui se trament, qui se jouent dont on n'est pas conscient souvent. Et du coup j'essaie vraiment ... d'être plus attentive à ce qui se dit, enfin tout ce qui ne se dit pas et qui gravite autour de la consultation, et que ça peut être utile pour dénouer des choses, pour avoir une vision un peu plus psychologue... Je pense que ma démarche est plus réflexive dans ma relation avec les patients. Je me pose plus de questions, et du coup à priori c'est mieux pour ma relation avec les patients* » (interne 4), « *je différencie attentes et demandes, vraiment je fais plus attention à tous les signes non verbaux* » (interne 4).

Mais aussi, cela a permis, à certaines participantes, d'être confortées dans l'idée qu'il faut savoir « *poser un cadre* » (leader 1), lors des consultations : « *sur certaines demandes un peu inappropriées... par exemple de prescriptions, de certificats un peu inappropriés, on sait que ce n'est pas faisable comme ça, qu'il faut dire non. C'est vrai que quand la situation s'est représentée après en avoir discuté... Tu te dis : je résiste encore plus* » (interne 6), de ce fait « *j'espère que je serais plus à même de m'imposer, je ne peux pas le garantir (sourire). Je pense quand même, le fait d'en avoir discuté, je pense que je serais plus performante, j'espère (sourire)... je pense* » (interne 9).

Car en effet, comme le rappelle un des leaders, « *si vous ne savez pas poser un cadre, vous ne pourrez pas faire bien votre travail* » parce que « *la fonction d'un cadre c'est d'être contenant et protecteur. A la fois pour le médecin et à la fois pour le patient. Mais, que ce n'est pas quelque chose de rigide. La preuve, avec certaines personnes, vous poserez un type de cadre, et avec d'autres personnes, vous poserez un autre type de cadre. C'est éminemment interchangeable le cadre. C'est justement la richesse du praticien, sa capacité à être à l'aise dans ce qu'il fait et dans sa capacité d'être en relation, qui va lui permettre d'être très créateur au niveau des cadres... c'est justement toute la valeur d'un cadre, qu'il soit thérapeutique parce qu'il est thérapeutique pour le médecin aussi. C'est important de savoir poser un cadre et ça on l'apprend en groupe Balint. On n'apprend pas ça à la fac de médecine* » (leader 1).

Par ailleurs, la notion de prise en charge globale du patient est très importante dans notre profession, comme nous le rappelle les leaders : « *un patient est une personne entière* » (leader 2) et « *le but c'est de soigner des malades ce n'est pas de soigner des maladies* » (leader 1).

Du coup, pour plusieurs participantes, présenter un cas en initiation Balint, leur a permis de « *prendre du recul sur chaque situation* » (interne 1), d'« *avoir une vision plus globale* » (interne 3) du patient, « *pour se sortir un peu la tête du guidon (rire)* » (interne 3), car « *quand c'est à posteriori, c'est toujours plus enrichissant de prendre un peu de recul que quand on est dedans* » (interne 1).

Et la présence des autres internes a beaucoup participé à cela, car le « *regard extérieur permet de relativiser un petit peu* » (interne 2), « *d'avoir d'autres avis, d'autres points de vue* » (interne 8) car « *justement quand on écoute l'histoire des autres, on n'a pas vécu la situation... donc forcément... on se rend compte peut-être de certains problèmes dans la relation* » (interne 6).

Pour finir, la quasi majorité des participantes, a observé que cette initiation leur a facilité la possibilité « *de pouvoir anticiper d'autres situations qu'on n'a pas encore vécu* » (interne 7), d'avoir l'impression « *d'être un peu plus armée si jamais ça se reproduisait* » (interne 9), d'être « *forcément plus sereine* » (interne 5) : « *j'aurais peut-être plus de recul, et comme j'ai déjà été confrontée à cette situation forcément je réagirai un peu différemment, sans doute, avec plus de maturité* » (interne 5). « *J'irai toujours avec ma sensibilité, mon bon sens, mais j'aurai déjà réfléchi dessus, donc je me sentirai un petit moins perdue. Je me dirai, c'est quelque chose que j'ai déjà vécue, j'en ai déjà discuté... donc un peu plus sûre de moi dans cette situation... j'aurai plus de confiance* » (interne 4).

Mais au-delà de ces résultats, il faut aussi prendre en compte le fait qu'elles sont conscientes de la difficulté de la mise en pratique au quotidien : « *ceci dit je ne sais pas si la situation se représente... je ne sais pas si j'arriverai à dire hop, hop, hop, on reste tranquille, on ne s'énerve pas...* » (interne 1), « *oui j'essaierai, mais après on ne sait jamais comment on réagit. Ça va vite, il y a plein de choses qui se passent, tu es stressée, tu es en retard, il y a le téléphone qui sonne... il y a plein de truc qui font que, ça se trouve, tu feras encore pire que dans la situation* » (interne 6).

Cela est sûrement plus « évident », après avoir acquis plus de pratique : « *ce n'est pas évident... et puis sur le moment c'est toujours pareil... On ne le fait pas, ou alors on le fait au bout de 15 ou 20 fois. Quand on sera vieille ! (rire)* » (interne 1). « *Je pense qu'en en faisant régulièrement, tu peux arriver à un bon niveau, à te poser des questions sur le moment dans ta pratique. Tiens, tiens, si le groupe Balint était là... il dirait que... (Rire)* » (interne 3).

F-Place du Balint dans le DES de Médecine Générale

Comme nous l'avons vu précédemment, cette initiation au groupe Balint a été intégrée à l'enseignement théorique du 6ème semestre à la place des autres cours sur la relation médecin-patient, sous la forme « *de cours et de formation* » (enseignant). Il nous a donc paru intéressant d'interroger les étudiantes sur leur vécu.

Leurs réponses ont été extrêmement variées.

En effet, deux internes ont répondu que cela avait été perçu comme un enseignement, car c'était une découverte : « *pour le coup j'ai tout découvert moi. C'est en ça que c'était un enseignement* » (interne 1). « *Un enseignement, parce que je ne l'avais jamais fait, je ne savais pas ce que c'était. Ça m'a permis, au moins, de découvrir ce que c'était qu'un groupe Balint* » (interne 5).

Pour une autre, cela a été perçu comme une découverte mais pas comme un enseignement : « *je le qualifierais plutôt d'une découverte, d'une pratique, qui pourra nous être proposée plus tard dans notre métier. Voilà, plutôt qu'un enseignement, parce qu'après l'idée, c'était surtout de parler ensemble, il n'y avait pas grand-chose à apprendre ou à comprendre* » (interne 7).

Trois participantes ont, elles, plutôt considéré que c'était un enseignement, car elles avaient acquis un savoir-faire : « *même si ce n'est pas un enseignement théorique sur comment traiter un rhume, on a quand même appris beaucoup de choses que ça soit sur nous ou sur les autres* » (interne 5). « *Je trouve qu'on arrivait quand même à sortir de cours en ayant quelques tuyaux, quelques réponses, pour pouvoir être paré pour des situations un peu identiques plus tard. Voilà, alors que les cours théoriques, pour le coup, ne nous apportaient pas grand-chose* » (interne 8), « *même si ça ne ressemblait pas à un cours théorique, au final, il y avait plus d'enseignement qu'un cours théorique* » (interne 8), « *enseignement oui parce que, dans le sens, qu'à partir du moment où tu ressors avec plus ou moins des pistes, où tu penses avoir appris ou compris des choses, c'est un enseignement* » (interne 6).

Finalement une participante, a elle fait la distinction entre les séances, considérées comme « *une découverte* » (interne 4), et les interventions du Dr Petregne admises, comme un enseignement mais où « *l'on sentait qu'à nouveau, on retournait bien dans le monde du cours et de l'université. Ce n'était plus vraiment le Balint, c'était la fin de la séance, on était plus en groupe Balint* » (interne 4).

Il y a donc une grande diversité des avis, mais ce qui retient surtout l'attention c'est que cette initiation n'a pas été perçue comme un cours théorique : « *un enseignement oui mais pas un enseignement, on va dire, au sens propre du terme. On n'avait pas l'impression d'être en cours quand même. Plutôt l'impression de venir parler ensemble, ça ne faisait pas très cours* » (interne 6).

Et la raison à cela nous l'avons déjà abordé un peu plus haut, car, une initiation ou un groupe Balint, est un espace d'expérience où chacun apprend des expériences des autres et de ses propres expériences, « *c'est en ça que ce n'est pas un enseignement classique* » (interne 9).

De ce fait, certaines participantes ont comparé l'initiation au groupe Balint à leur cursus de formation théorique.

Plusieurs internes ont déclaré que « *par rapport aux autres groupes standard à côté, ça n'avait rien avoir. C'était beaucoup plus enrichissant* » (interne 1), « *parce que les cours, ce n'est quand même pas très constructifs, je trouve. Donc ça permet d'approfondir différemment les choses, de parler de situations sous un autre versant, on va dire* » (interne 6). « *On est vraiment dans une recherche de ça, d'échanges avec des confrères et pas d'enseignements voilà... vertical... C'est le genre de chose que j'attends de notre formation, que ça nous permette justement d'échanger sur notre pratique etcetera* » (interne 4).

Une participante a même déclaré, gênée, que ce fût « *l'enseignement le plus important qu'on ait eu pendant les 3 ans (rire)* », car « *c'était le plus proche de ce qui nous attend. C'est ce qui nous aidera par la suite* » (interne 3).

Mais l'une d'entre elle a quand même reconnu que « *c'est très complémentaire des cours théoriques* » (enseignant) car « *si on n'avait que ça comme cours, je pense que ça ne serait pas non plus une bonne solution. Mais en complément, de temps en temps, ça change un peu quand même* » (interne 6). En effet, « *dans l'optique des cours, qui sont présentés à la fac, ça nous permet d'aborder les situations sous un autre angle... Donc ça permet d'approfondir différemment les choses, de parler de situations sous un autre versant* » (interne 6).

Pour continuer sur la place de cette initiation dans le DES de Médecine Générale, la majorité des étudiantes, sauf une, estime que la fin du cursus, c'est à dire « *en dernier semestre* » (interne 1), pendant le « *stage en SASPAS* » (interne 4), est le moment adéquat pour participer à cette initiation au groupe Balint.

Les raisons en sont multiples.

Tout d'abord, pour une question « *de quantité d'expérience* » (leader 1) : « *il faut avoir vécu des choses, et en plus il faut que ça soit des choses en autonomie et pas en supervision directe. Là, il y avait beaucoup de situations, qui en fait, étaient, soit quand on était chez le maître de stage en SASPAS qui n'était pas là, soit, pendant des remplacements par-ci par-là* » (interne 6). Mais aussi, parce qu' « *il fallait vraiment qu'on ait fait du stage en cabinet... Parce qu'on était vraiment sorti des demandes qu'on a quand on est jeune interne... on a dépassé le stade de la pathologie et de la médecine biomédicale* » (interne 4). Et puis, il fallait avoir fait un peu de « *médecine générale libérale* » (interne 1), car un groupe Balint s'adresse avant tout aux médecins généralistes et moins aux médecins hospitaliers.

Ensuite pour une « *raison de maturité* » (leader 1): « *on a eu le temps d'acquérir suffisamment de pratiques pour pouvoir prendre du recul sur certaines choses et pouvoir présenter les situations d'une façon qu'elles puissent être discutées et analysées. Je pense que trop tôt, ce ne serait pas une bonne chose parce que ça ne permettrait pas d'avoir suffisamment de bagages pour pouvoir aborder les situations complexes comme on l'a fait* » (interne 8). « *Sur un 2ème stage prat, on a plus de faciliter à voir ce qui pose question* » (interne 2), « *avant, on aurait eu du mal à se rendre compte de l'objectif, je pense, du groupe* » (interne 1). Avant « *je n'aurais pas été prête, je ne sais pas si j'aurais vraiment compris le sens et l'utilité* » (interne 3).

La participante qui a, elle, estimé que cette initiation pourrait être aussi mise en place au début du cursus du DES de Médecine Générale, a mis en avant le fait « *qu'au début de l'internat on se pose plein de questions, on a plein de choses... de petites choses qui nous perturbent* » et que ce « *serait intéressant d'en parler plus tôt* » (interne 5).

Une étudiante s'est, elle, questionnée sur le fait que peut-être on était « *un peu jeune pour être vraiment dans le groupe Balint comme Balint l'entendait* » parce « *qu'il y a d'autres problématiques qui se posent avant* » telles que le « *biomédical* », « *la technique* », « *le savoir* »... (interne 9).

Mais ces interrogations sont aussi partagées par les leaders : « *la question d'ailleurs se pose de savoir à quel moment un étudiant s'enrichira de cette pratique et à quel moment cela pourra être gênant dans le cursus de ses études. J'ai souvent soulevé l'importance de la maturité et je crois qu'on ne sera pas très utile, on peut même être perturbant si on propose ce type de réflexions, sur sa propre pratique, trop tôt. Je crois que l'étudiant doit acquérir un savoir puis un savoir-faire, et c'est qu'après qu'il se sentira suffisamment stable sur ses bases, qu'on pourra l'interpeller sur son savoir-être. Je crois que c'est le dernier parcours d'un médecin* » (leader 1).

Finalement, en ce qui concerne le caractère optionnel de l'initiation, toutes ont répondu, à l'unanimité, « *que c'est indispensable* » (interne 8) : « *oui il ne faut pas être obligé d'y aller. On n'est pas dans un bon état d'esprit* » (interne 9) et se serait « *difficile pour ceux qui parlent d'avoir quelqu'un qui est là, qui observe, qui ne parle pas, qui n'est pas dans cette démarche-là. Je pense que ça gênerait un peu les choses que ça soit obligatoire... pour les autres* » (interne 5).

En effet, « *il faut être volontaire, car si on est là forcée, je pense déjà qu'il y aura du jugement sur ce qui sera raconté, et qu'on n'aura pas la même liberté de parler* » (interne 2). De plus, « *si on n'a pas envie d'y aller à ce moment-là on apporte rien... Parce qu'on a quand même dit qu'on apportait des choses au Balint et que si on n'a pas envie d'apporter quelque chose, au contraire on va apporter de la gêne* » (interne 4), « *faut pas le faire à moitié quand on y est* » (interne 9).

Cet avis est aussi partagé par l'équipe encadrant : « *ce qui est important c'est d'être motivé pour être dans ce groupe et pas subir un groupe si on n'est pas intéressé par la question* » (enseignant).

Le seul avantage qu'ait trouvé une des participantes, à un caractère obligatoire, serait que « *peut-être des gens qui ne sont pas venus parce qu'ils ont eu peur... ils seraient venus, ça leurs auraient plu et ils auraient connu le groupe* » (interne 6).

G- Bilan de l'initiation

1- Points forts et points faibles des séances

Tout d'abord, les points forts de cette initiation, selon les participantes, ont été, en premier lieu, le fait d'avoir pu découvrir ce qu'était les groupes Balint, même si ce n'était qu'une initiation : « *de cette initiation, alors voilà l'avantage c'est que ça nous a vraiment permis de savoir ce que c'était un groupe Balint* » (interne 4). « *C'est vraiment l'occasion de se dire ok ça se passe comme ça, est ce que j'ai vraiment envie de faire la démarche quand je serais plus grande de faire un groupe Balint aussi, ou, finalement c'était sympa mais ce n'est pas la peine ! Donc ça vraiment, ça m'a apporté la dessus, parce que je me suis dit : bon ben ok ça correspond pas tout à fait à l'image que j'en avais, mais c'est un principe qui me plaît* » (interne 4).

Ensuite, l'autre point fort de cette initiation, c'est le travail en « *petit nombre de participantes* » (interne 5) : « *les avantages c'est que l'on ne soit pas trop nombreuses. Ça c'est évident, parce que même 10, c'est maxi, maxi. Au-delà, ça devient vraiment compliqué* » (interne 1).

Un point fort également exprimé, par une participante, a été la disposition du groupe : « *on en a parlé au début, mais la disposition, le fait de ne pas prendre de notes, d'être quelque part obligé de s'écouter, c'est vraiment un gros avantage parce qu'on échange* » (interne 5).

Un autre point fort, exprimé par une participante, a été aussi la diversité des cas : « *les avantages, ça me paraît évident, plus il y a de cas plus c'est intéressant* » (interne 9).

Pour continuer sur les points forts évoqués, une participante a abordé l'homogénéité du groupe : « *non c'était assez cohérent comme groupe. Ca ne l'aurait peut-être pas été s'il y avait eu des différences, des médecins plus vieux, on aurait peut-être moins parlé. Ils auraient plus parlé eux et nous on aurait eu du mal, nous, nos petits soucis, là, qu'ils auraient vu un peu dérisoire (rire). Alors que là non, on était toutes sur le même niveau* », « *c'est bien comme ça, une dizaine de même niveau d'expérience, sinon je pense qu'on serait plus gênées* » (interne 1).

Et pour finir, un dernier point fort évoqué a été la dynamique du groupe, stimulante pour les internes aimant les discussions de groupe : « *comme autres avantages... (Silence) je pense que pour ceux qui parlent beaucoup, c'est beaucoup plus dynamique comme groupe (rire), pour ceux qui interviennent pas mal, qui aiment bien s'exprimer et tout ça... doit être plus sympathique* » (interne 6).

Ensuite les points faibles.

Un point faible qui a été exprimé par un grand nombre de participante, a été le fait que le cadre de l'initiation au groupe Balint a été mal expliqué, selon elles : « *sur la 1ère séance, je pense que ce n'était pas aussi clair que ça* » (interne 2), « *je n'ai pas eu l'impression qu'on nous expliquait vraiment profondément le principe* » (interne 7), « *effectivement, on est arrivé à la 1ère séance et puis en gros on nous a dit faites comme vous pensez que ça se passe. Et*

puis finalement ça, ne s'est pas très bien passé parce qu'il y a eu des débordements ... Et ça c'est peut-être un point négatif » (interne 4). En effet, « qu'est-ce qu'on doit amener au groupe et puis qu'est-ce que le groupe peut nous apporter ? Qu'est-ce qu'on peut demander au groupe et qu'est ce qui est un peu déplacé ? Qu'est ce qui n'a pas lieu d'être dans un Balint, qui pourrait être dans un repas avec des confrères autour d'une table mais qui n'a pas lieu dans un Balint ? Ce n'est pas facile en fait. On a un petit peu touché du doigt en initiation, mais je pense qu'on n'a pas encore tout perçu bien » (interne 4).

Ensuite, un autre point faible, exprimé par de nombreuses participantes, a été le fait que le groupe était exclusivement féminin : *« les autres inconvénients ? Il n'y avait pas d'hommes (rire) » (interne 3), « je trouvais ça dommage qu'il n'y ait que des femmes » (interne 9), « il n'y avait pas de mecs et ça je trouve ça dommage » (interne 8).*

Ensuite, un autre point faible, exprimée, est le fait que, dans cette initiation, la sélection des participants est déterminée à l'avance : *« une initiation c'est bien mais comme je disais on n'a pas choisi ... je pensais surtout à l'entente avec les autres participantes » (interne 3), par exemple « il y avait une personne, moi, mais c'est son caractère et je la connaissais d'avant, qui parle beaucoup, ne s'arrête pas forcément, ne laisse pas beaucoup la place aux autres... » (interne 1). « Il y en avait une, j'avais un peu un a priori négatif, je pensais qu'elle était assez un peu prétentieuse » (interne 4), alors « que dans les groupes Balint, enfin, de ce que j'ai vu en ville, c'est quand même par affinité, ils se connaissent un peu. Oui bon, on s'entend bien on va faire un groupe Balint. Là c'était le hasard qui nous avait réuni » (interne 3), « mais ça c'était personne dépendante, on n'y peut rien » (interne 1), « après il faut trouver les personnes avec qui tu t'entends... bon ça il faut essayer, c'est comme tout » (interne 3).*

Ensuite un autre point faible, évoqué, c'est que dans un groupe, il est facile pour certains de rester en retrait et de ne rien apporter aux autres : *« le groupe ça permet de se cacher. L'inconvénient du groupe, oui, c'est de pouvoir se cacher derrière les autres. On peut ne pas être dans la réflexion, ne pas accompagner l'autre, être un peu dans son coin et ne pas participer » (interne 2).*

De plus une participante a, elle, évoqué sa déception de ne pas avoir pu bénéficier de conseils plus directifs : *« oui bien voilà c'était une discussion (hésitation) mais pas vraiment ce que j'attendais » (interne 1), « personne ne m'a dit : ah oui, moi j'aurais fait comme ça (en prenant la voix de quelqu'un d'autre) et j'aurais fait comme-ci, savoir-ci... bon après c'est des points de vue personnel, je sais pas trop ce que ça peut apporter, mais c'est toujours intéressant... » (interne 1).*

Pour finir sur les points faibles, une participante a évoqué la problématique des horaires des séances : *« ouais, ouais (hésitation), c'est vrai que ça aurait pu être sympa en fin de journée... à 10 heures du matin, enfin c'est la vie ! (rire) » (interne 1) parce que « si c'est organisé plutôt en soirée... quand c'est après une journée de consultation, je pense que c'est différent l'approche » (interne 1).*

2- Eléments à modifier ou à améliorer

Certaines participantes ont répondu sur le fonctionnement du groupe et d'autres d'un point de vue individuel.

Sur le fonctionnement du groupe,

Pour la majorité des participantes, il aurait été intéressant que le groupe soit mixte. Parce que d'un côté, « *il y a quand même pas mal d'hommes dans les cabinets médicaux (rire)* » (interne 2), du coup « *ce n'est pas très représentatif de la médecine* » (interne 9), et « *plus de diversité c'est toujours plus riche* » (interne 9).

Et d'un autre côté, « *comme on était que des filles, on a posé plus de questions, je ne sais pas, plus personnelles. Peut-être qu'avec un mec, ça aurait été différent, dans sa vision, je ne sais pas... Peut-être que les réflexions proposées auraient été différentes* » (interne 6), « *on aurait eu d'autres approches* » (interne 8) car « *cela diversifie un peu la façon de penser, la façon de voir* » (interne 2).

Mais comme se le demande une des étudiantes, « *est ce qu'on a une pratique médicale différente en fonction de son genre ?* » (interne 2).

Ce que répond par l'affirmatif un des leaders : « *la vision, le vécu de garçons ne peut pas être la même chose que le vécu des filles. Ça c'est évident ! Les groupes mixtes sont bien plus riches. Au niveau de la sensibilité, au niveau de ce qui est pris en compte, au niveau de ce qui est accepté ou refusé, c'est très, très, très différent. Un médecin femme ne pratique pas du tout sa profession, son métier, de la même façon qu'un homme. Mais alors pas du tout !* » (leader 1).

Ensuite, deux participantes, ont évoqué qu'il pourrait être intéressant de former un groupe plus diversifié : « *j'essaierai, pourquoi pas, de faire un groupe avec différents niveaux. Que les SASPAS soient aussi entourés de médecins remplaçants, de médecins installés, que ça soit plus diversifié* » (interne 9) car « *on se rendait compte qu'on avait les mêmes problématiques, toutes, parce qu'on est au même niveau, parce qu'on n'a pas encore une grande expérience, qu'on était toutes en stage, donc forcément on retrouvait les mêmes trucs et puis on n'avait pas forcément de réponses à se donner. Donc ça pourrait être intéressant de faire participer des médecins installés, des gens qui ont plus d'expériences* » (interne 9).

Ce que confirme un des leaders : « *dans les groupes Balint, on n'est pas là pour confronter des savoirs ou des savoirs faire. Donc il y a une sorte d'humilité, de respect de la personne. Ce n'est pas en fonction de son âge que l'on respecte quelqu'un, mais on est là pour comprendre des difficultés qu'on a déjà comprises, qu'on a déjà traversées, on a trouvé nos solutions. Comme personne ne donne de conseils, par contre, on peut questionner de façon plus riche. Mais non ça ne pose pas de problème, la différence d'âge. Au contraire, je trouve que c'est plus riche parce qu'il y a des expériences et puis il y a des rappels : « tiens, je me souviens moi aussi, j'avais des difficultés, je n'avais personne pour en parler à cette époque, d'ailleurs le malade n'est pas revenu parce que ça n'avait pas marché »* (leader 1).

D'autres participantes, aurait souhaité qu'il y est du temps consacré, pendant les séances, pour connaître l'évolution des cas présentés antérieurement : « *en même temps, on a envie de savoir : la copine qui a dit que elle avait eu du mal avec cette patiente, on a envie de savoir si elle l'a revue, on a envie de savoir comment ça s'est passé, même si c'est juste 5 minutes. Mais c'est vrai quelque part, on a aussi envie de savoir un petit peu les affaires de la fois d'avant : comment ça s'est réglé, est-ce que ça s'est réglé, pour repartir sur autre chose* » (interne 5). Bien que « *après si on veut vraiment faire un suivi, savoir comment s'est passée la*

prochaine consultation avec le patient avec qui il y avait eu un souci, et bien 4, c'est vrai que ça fait un peu cours. On ne les a pas forcément revus. Après on est étudiant, on ne retombe pas forcément sur les mêmes patients, même si on se revoit au bout de la 10^{ème} séance » (interne 6). « Je ne sais pas si c'est le but du groupe Balint, mais ça permet d'avoir peut-être une petite conclusion sur les discussions qu'on a eu, savoir ce que ça donne après » (interne 6).

Par ailleurs, pour la plupart des participantes, même si cela a été verbalisé sous forme de reproche, il aurait été intéressant au début de la première séance que le cadre théorique d'une initiation au groupe Balint soit mieux expliqué : *« peut-être qu'on aurait dû être un peu plus... avoir peut-être une explication théorique au début. Après ça est ce que ça nous aurait peut-être un peu trop brimé, est ce qu'on n'aurait pas osé aller dans certaine réflexion, je ne sais pas. Mais peut-être que ça a manqué de ça. »* (interne 4).

Sur le plan individuel,

Une participante a exprimé le souhait que *« si c'était à refaire »*, elle *« essaierait de trouver un cas ...pour pouvoir discuter de sa (ma) propre expérience »* (interne 7).

Finalement, une autre *« essaierait plus de réfléchir à un cas à l'avance, plutôt que de réfléchir justement pendant qu'on dit : est-ce que quelqu'un a un cas ? Pas laisser trainer 5 minutes un grand silence »* (interne 4), *« de penser à la séance d'après en consultation »* (interne 4), *« penser au Balint entre les Balint »* (interne 4).

H- Et après l'initiation...Envie de poursuivre l'expérience Balint ?

Sur les neuf participantes, une seule d'entre elle a clairement fait part de sa volonté de poursuivre l'expérience au-delà de l'initiation : « *ça me donne envie maintenant d'en trouver un. Un vrai pas une initiation* », « *C'est clair que je le referais, ça c'est sûr* » et « *avec un grand OUI !* » (interne 4).

En ce qui concerne les autres, les réponses ont été plus évasives ou remises à plus tard : « *on verra en tous cas pas tout de suite* » (interne 1), « *là non, je ne vais pas aller m'inscrire tout de suite* » (interne 6), « *groupe Balint ou groupe de pairs, je ne sais pas trop. Pourquoi pas réessayer* » (interne 8) « *oui pourquoi pas. C'est un peu compliqué parce que la situation ne s'y prête pas mais oui* » (interne 2).

La première raison, à ce doute sur l'envie ou pas de continuer, est lié au fait que les étudiantes ont des difficultés à se projeter dans leurs futures activités professionnelles et qu'elles savent qu'un « *vrai* » (interne 4) groupe Balint, s'adresse à des médecins généralistes faisant du suivi de patients sur le long terme : « *et bien ouais pourquoi pas. Je ne sais pas si on peut participer...* » (interne 1), « *pour l'instant là, l'activité que j'ai ne le permet pas* » (interne 2), mais « *après je pense que quand plus tard je déciderai de faire des remplacements ou m'installer, je pense que c'est quelque chose que j'essaierai, que je chercherai soit un groupe Balint ou autre chose. En tout cas, un groupe de pairs où l'on peut échanger sur nos difficultés* » (interne 5) car « *quand on sera installé, qu'on aura des vies un peu... quand tout s'enchaîne, on aura envie d'aller au Balint pour décompresser, raconter nos petits trucs et revenir tout content. Ça sera peut-être pas mal. On verra...* » (interne 1).

Ensuite, une autre raison évoquée, est que l'envie de continuer une expérience professionnelle dans un groupe Balint dépend de « *l'entente* » (interne 3) avec les autres confrères qui y participent : « *après, il faut voir, je sais pas où je vais m'installer mais si je m'installe et qu'il y a des confrères autour de moi avec qui ça se passe bien, si on décide d'entamer ce genre d'expériences avec des gens avec qui je me sens bien, pourquoi pas !* » (interne 6), car « *tous les groupes fonctionnent un peu différemment quand même* » (interne 3).

Mais aussi, certaines participantes ont exprimé le fait que pour l'instant, elles n'ont « *pas spécialement le besoin de participer à des groupes Balint* » (interne 7) : « *pas tout de suite parce que ouais tant que je me sens bien, que j'ai l'impression que ça va bien avec les patients, que j'ai un bon relationnel, je ne pense pas que j'aurais la nécessité de venir en parler, de prendre du temps pour ça en fait* » (interne 7).

D'autres participantes, pour des raisons personnelles, pensent que cela ne leur conviendrait pas « *et pas par mauvaise expérience de ce groupe-là* » (interne 6) : « *le fait de parler comme ça, moi, ça ne me convient pas. Mais ce n'est pas parce que l'initiation était mauvaise, c'est plus par rapport à ma personnalité... me connaissant, si c'est pour stresser à chaque fois* » (interne 6), « *oui c'est enrichissant, mais il faudrait un peu que je me fasse violence pour y aller au début, je pense* » (interne 9).

Mais que cela pouvait aussi changer avec le temps, lorsqu'elles auraient acquis plus d'expérience et de maturité : « *j'ai l'impression que ce serait plus enrichissant un peu plus tard quand je serais un peu débarrassée de.... Comment dire...je ne sais pas d'ailleurs si*

c'est possible (pour elle-même)... que quand j'aurais l'impression d'être plus sûre de moi dans ma prise en charge » (interne 9).

Par ailleurs, certaines participantes, bien que n'ayant « *jamais participé à un groupe de pairs* » (interne 1), pensent que cela les « *intéresserait un peu plus* » (interne 1) ou correspondrait plus à leur besoin actuel : « *je suis plus souvent confrontée à des difficultés diagnostiques comme n'importe quel médecin donc du coup ça m'apporterait plus de pouvoir discuter de cas cliniques pures que d'expériences vécues* » (interne 7). « *J'ai l'impression que le groupe de pairs c'est quand même plus accès, non seulement sur la relation médecin-patient, mais aussi sur les décisions de traitements, les décisions médicales. Les groupes de pairs ça permet de se tenir au courant aussi des nouveautés, des modifications... choses que j'ai l'impression, qu'en groupe Balint, on n'aborde pas du tout* » (interne 8).

Finalement, d'autres internes, ont elles souligné des problèmes d' « *emplois du temps* » (interne 1) : « *je préférerais passer du temps à autre chose quitte à refaire des recherches, des choses, des trucs...* » (interne 7), « *et puis honnêtement il faut trouver le temps de le faire aussi. Mais je pense que c'est utile, mais moi, déjà, si je trouvais le temps de faire du sport, je serais contente (rire)* » (interne 9).

Mais malgré leurs hésitations, plusieurs participantes ont demandé à savoir comment il fallait faire pour s'inscrire à un groupe balint : « *j'ai pris leurs coordonnées, elles sont dans mon téléphone* » (interne 4). « *Peut-être que c'était dans le dernier cours, mais savoir comment s'inscrire dans un groupe Balint après, plus tard, je ne sais pas s'ils en ont parlé après...* » (interne 3) « *je ne sais pas s'ils organisent... il faudrait que je me renseigne...* » (interne 1).

I- Et les leaders-enseignant qu'en pensent-ils ?

En ce qui concerne les leaders, ils ont, tout d'abord, beaucoup apprécié animer cette initiation : « *j'ai trouvé beaucoup de plaisir à travailler avec ce groupe* » (leader 2), « *ah non plutôt un grand plaisir, un grand plaisir* » (leader 1), « *vous étiez toutes pleines d'allant, d'entrain, très participantes, très combatives et j'ai trouvé ça très agréable* » (leader 2).

D'ailleurs, les leaders répondent « *présent* » (leader 1) et « *avec vraiment grand plaisir* » (leader 2) pour recommencer l'initiation, « *sous la même forme* » (leader 1), puisque « *l'expérience est reproposée pour l'année prochaine* » (leader 1) et qu' « *on souhaite le pérenniser* » (enseignant), selon le Dr Petregne.

Mais les leaders ont aussi verbalisé un sentiment de frustration à la fin des 4 séances : « *le sentiment un peu de la frustration, qu'on ne pourrait pas avoir de suite. Que ça s'arrêtait là !* » (leader 1), « *je suis un peu frustré moi aussi de ne pas savoir si le groupe en a retiré quelque chose et si oui quoi...* » (leader 2).

Probablement lié au fait que la durée de l'initiation était, selon eux, trop courte : « *c'est très bref 4, c'est très bref...* » (leader 2), « *si j'ai un petit peu un bémol à apporter c'est en ce sens-là. Comme il n'y avait que 4 séances, qu'il y avait donc un début et une fin, il n'y a peut-être pas eu de silences, de blancs... il n'y a peut-être pas eu assez de possibilités de prendre du temps, de réfléchir, d'apprendre à écouter... enfin bon, c'était déjà beaucoup que de faire 4 séances, c'était déjà important* » (leader 2), mais « *c'est un peu court dans le temps, 4, mais c'était mieux que rien* » (leader 2).

Du coup, ils auraient souhaité eux aussi qu'il y ait plutôt 6 séances : « *j'aimerais que ça soit un peu plus, qu'il y en ait deux de plus* » (leader 2).

De plus, ils ont aussi exprimé une envie forte de connaître le vécu des séances par les participantes : « *j'aimerais avoir un retour pour justement...* » (leader 2) « *qu'on puisse vous entendre. Qu'est-ce que vous avez retiré de cela, qu'est-ce que ça vous a amené ?* » (leader 2) et du coup « *je me suis demandé si il ne serait pas bon justement de voir toutes ces personnes pour qu'elles puissent faire une synthèse* » (leader 1).

D'où l'intérêt du travail de thèse, à leurs yeux et à ceux de l'enseignant.

Pour, soit, en savoir plus sur le vécu de l'initiation par les participantes, d'un point de vue individuel : « *il aurait été aussi intéressant de ... Vous nous direz dans votre thèse (en parlant à la thésarde) ce qu'elle en a retiré ou comment elle a vécu les choses... elle a effectivement beaucoup participé...* (En parlant d'une participante)» (leader 2).

Soit, pour connaître l'opinion des participantes, d'un point de vue plus général, afin de proposer des améliorations : « *ce travail nous apportera certaines réponses aux questions qu'on se posait aussi sur les modalités d'organisation, de fonctionnement. Si on peut apporter des améliorations, ça c'est important de faire ce travail, pour pouvoir rebondir dessus et évidemment solliciter à la fois les étudiants en formation en médecine générale mais aussi les étudiants de façon générale en 2ème cycle, pour les initier au groupe Balint* » (enseignant).

Ensuite, les leaders sont revenus sur leur rôle dans le groupe, et notamment sur celui qui est le moins visible, c'est-à-dire, celui d'observer le groupe au travers du regard analytique : « *il y a un leader psychanalyste. Pourquoi psychanalyste ? C'est une vaste question, mais parce qu'il*

y a de l'inconscient qui circule bien-sûr, parce que le leader est là pour sécuriser la parole et le groupe. Pour bien parler, il est important que le leader amène une sécurité totale aux membres du groupe. Donc le leader encadre, propose, écoute, bien-sûr, et puis le leader psychanalyste est certainement à même de travailler sur l'inconscient qui circule dans le groupe. Il ne faut pas oublier quand même que le Balint c'est le carrefour, la rencontre, entre la médecine et la psychanalyse » (leader 2).

En effet, ils nous rappellent que « dans un groupe Balint, il y a les transferts, bien-sûr, il y a un transfert y compris sur les leaders, surtout à long terme, et puis il y a les transferts collatéraux. C'est à dire les transferts qui se passent entre les membres participants au groupe. Il y avait des transferts collatéraux qui étaient nets, d'autant plus que quand on est étudiant on a toujours des copains, des amis... donc là il y avait des transferts collatéraux » (leader 2) et « ça c'est le rôle du leader, de veiller aussi à ce que ces transferts collatéraux se passent tranquillement, qu'il n'y est pas trop de sympathie ou trop d'antipathie. Là il y avait des transferts collatéraux qui ont été régulés, je dirais d'une façon, j'espère, qui n'était pas trop apparente de la part des leaders. C'est difficile de vous en dire plus là-dessus parce que vraiment il y aurait à dire beaucoup. On voyait qui se connaissaient mieux que d'autres et qui avaient des atomes crochus plus que d'autres ! Effectivement, selon la personne qui présentait le cas, et c'était tout à fait naturel, les réactions, les aides par les transferts collatéraux n'étaient pas les mêmes, selon les personnes qui présentaient bien-sûr. Ce qui est tout à fait dans le cadre du groupe Balint. Mais dans un cadre de groupe Balint à long terme, on peut le travailler, ça, on peut le discuter. Alors que dans un groupe clos dans le temps, avec en plus des étudiants, ça c'est un petit peu la frustration des leaders, parce qu'on ne peut pas le travailler avec le groupe » (leader 2).

Ils ont aussi confirmé que leur rôle était de protéger le groupe : « quand on voit qu'il y a un problème personnel » (leader 1) « et bien on va défendre le groupe d'être envahi par une problématique personnelle et notre rôle aussi c'est d'aller contenir la personne qui est dans ce mouvement un peu fort, pour l'adresser, pour lui faire comprendre qu'il est important qu'elle aille faire un travail personnel et qu'elle souffre vraiment d'un problème à régler » (leader 1). Par exemple, « on adresse un confrère, chez un praticien, psychothérapeute ou psychanalyste, pour qu'il aille régler ses problèmes personnels » (leader 1). Car comme ils nous le rappellent encore une fois, « ce n'est pas un groupe thérapeutique, nous ne soignons pas les problèmes personnels de la personne. C'est un groupe de formation de médecin et ce n'est pas un groupe thérapeutique » (leader 1).

De plus, les leaders ont également souhaité revenir sur le fait qu'on ne pouvait pas proposer de participer à une initiation ou à un groupe Balint, à tout le monde et que cela ne dépend pas seulement de la maturité ou d'une quantité d'expérience.

En effet, ils se sont attardés à nous parler de ces médecins qui ne reconnaissent pas avoir de difficultés relationnelles avec leurs patients, qui « préfèrent se cacher derrière un savoir » (leader 1) : « le « même pas mal » croyez-moi ça existe ! » (leader 1). Ce sont des personnes qui diront : « Mon problème ce n'est pas de vous dire que ça m'a blessé et de savoir pourquoi ça m'a blessé, mon problème c'est ça ne m'a rien fait » (leader 1), « tout va bien...oui, oui, ça ne m'a pas touché, non, non, j'ai fait ce qu'il fallait...D'ailleurs il faut que je sois forte » (leader 1).

Car, « c'est différent d'y être confronté et de pouvoir en dire quelque chose » (leader 1).

Et selon un des leaders, « le groupe Balint n'est pas bon pour tout le monde » (leader 1). Car « vous pouvez lui faire plus de mal à cette personne ? En lui disant : « mais, allons, quand même... »...Non, on ne peut pas faire ça. On ne peut pas être à l'origine de l'effondrement

des défenses, on est là pour maintenir des défenses et enrichir ce qui est défendu. On n'est pas là pour faire craquer les gens » (leader 1).

Enfinement, les leaders ont voulu développer un peu la notion de médecin-médicament : *« le meilleur médicament que puisse avoir un malade est bien-sûr son médecin généraliste » (leader 2). « Mais comme tout remède, il y a des indications, il y a des contre-indications, il y a des remèdes toxiques, il faut essayer d'être un bon remède et on voit bien que certains patients disent : « ah ben depuis que vous m'avez donné rendez-vous, il n'y a plus rien, je vais mieux », alors que je ne lui ai encore rien donné » (leader 1).*

De plus, il faut faire attention *« à être un médicament pour le malade mais peut-être pas La Solution et voir avec lui, voir avec lui, parler avec lui, lui donner du temps » (leader 2). Du coup ça permet de comprendre que « j'ai des ressources et je peux puiser dans mes ressources, et non pas seulement dans mon savoir » (leader 1).*

Pour continuer, les leaders ont souhaité revenir sur la place qu'a tenu le Dr Petregne durant les séances : *« François Petregne, dans ce groupe-là, il est le garant de l'institution... il est aussi le témoin. Il est le témoin accompagnateur, il est le référent pour vous. Ça s'est passé sous ses yeux. En fait, le fait qu'il soit là, donne une importance à ce qui se passe aussi. Sinon vous n'y seriez jamais venu » (leader 1).*

Il a été aussi *« comme le chef de gare, qui donne l'autorisation au train de démarrer. Il a lancé, il a permis quelque chose. Vous étiez déjà dans cette espèce de dynamique avant de nous avoir connus. On vous a pris en marche, il y avait déjà un mouvement qui était mis en marche » (leader 1).*

Enfin, *« il était observateur muet, avec la double casquette de l'enseignant. Donc en pleine frustration, mais il a vraiment été tout à fait parfait et efficace, puisque le fait qu'il ne parle pas et qu'il puisse être observateur, mais pas plus, a permis une circulation tout à fait tranquille » (leader 2).*

Au final, les leaders reconnaissent qu'il a tenu son rôle parfaitement bien que cela n'était pas évident : *« j'ai beaucoup admiré François Petregne » (leader 2), « il a été exactement comme il fallait qu'il soit. Vraiment j'ai beaucoup apprécié qu'il participe à sa façon. C'est à dire en écoutant beaucoup, en prenant des notes, en étant très attentif, parce que sa position n'est pas facile : se taire devant ses étudiants ce n'est quand même pas... C'est très agréable de pouvoir travailler dans ces conditions-là » (leader 2). « Donc c'était très agréable de travailler avec lui. La place était parfaite, je pense que personne n'en a été gênée, ni lui, ni vous, ni nous » (leader 2).*

De son côté, le Dr Petregne confirme cette frustration qu'il a pu ressentir durant les séances : *« La 1ère séance a été assez pénible en ce qui me concerne, moi, parce que j'étais observateur et j'étais pas très impliqué dans le fonctionnement. Donc j'ai senti que c'était un petit peu compliqué pour un peu tout le monde, et certaines personnes en particulier » (enseignant). « Moi j'étais très bridé parce que je n'ai pas pu solliciter la parole en tant qu'enseignant et ça, ça m'a un peu... il a fallu que je me mette une fermeture éclair sur ma bouche pour ne pas m'exprimer, pour ne pas relancer et réagir et donner la parole... » (enseignant).*

Mais son bilan est, lui aussi, *« très positif » (enseignant) avec la satisfaction « que ça ait pu se mettre en place, que les internes soient restés pendant les 4 séances. Je les ai sentis motivés, elles se sont exprimées, tout le monde... certaines ont peut-être parlé plus que d'autres, mais à chaque fois, des cas ont été présentés. Même celles qui n'ont pas présenté de cas ce sont*

exprimées et on fait profiter le groupe de leurs expertises. Donc ça c'était tout à fait positif. Il y a eu une communication avec les leaders qui était tout à fait intéressante et chaque fois très adaptée aux circonstances et aux problématiques. Donc je trouve que ça a bien fonctionné. Et ça, c'était au-delà de mes espérances en matière de fonctionnement. Je crois que tout le monde a été ravi, enfin c'est mon sentiment à moi » (enseignant).

Il faut noter cependant, que l'ensemble de l'équipe encadrant a émis plusieurs points à améliorer :

D'abord le cadre, un peu plus contenant et mieux expliqué aux étudiants :

« Je me suis posé la question si ça ne vous a pas vous, groupe étudiants, trop bousculé, est-ce qu'on n'a pas été trop bousculant ? Est-ce qu'il ne vaudrait pas mieux que ça soit plus doux, plus soft ? » (leader 2), car « il me semble que les leaders n'ont pas été assez contenant à ce moment-là, à cette 1ère séance. Ça sera à revoir avec eux » (enseignant) et du coup « j'espère que la prochaine fois, on essaiera de commencer ...et que les leaders, il faudra que j'en discute avec eux, puissent mettre un point d'orgue sur cette 1ère séance » (enseignant).

Ce qu'ils reconnaissent : « je demanderai la prochaine fois ...si tout le monde sait ce qu'il vient faire, pour qu'il n'y ait pas le quiproquo de cette jeune femme » (leader 2).

Ensuite améliorer la circulation de la parole :

« Je pense que c'est aux leaders, à un moment donné, de ne peut-être pas couper, surtout pas, mais de refaire circuler la parole » (enseignant). « C'est aux leaders de donner la parole à tout le monde, je crois que c'est très important. Je pense que ceux qui ne disent rien, ne sont pas forcément ceux qui en pensent le moins. Et ça, à mon avis, ça a manqué un peu. Il faut absolument qu'on en reparle avec les leaders, avant de recommencer » (enseignant). « Je pense qu'il faut mieux détailler les cas, assez poser de questions et faire parler tout le monde » (enseignant).

Puis également libérer un espace de temps pour permettre au groupe de revenir sur les cas précédents :

« Est-ce qu'on peut commencer la séance par : est-ce que vous avez eu des nouvelles d'un ancien cas que vous avez présenté ? Des nouvelles, oui il y en a, ou non, il n'y en a pas. Mais pour relancer, et ça permet d'avoir des nouvelles, de repositionner finalement quelles solutions ont été apportées ou données par le groupe et qu'est ce qui en réalité a été fait par l'intervenante » (enseignant) de façon « assez rapidement mais pour avoir un œil, un nouveau éclairage de la situation » (enseignant). Car « ça c'est important de le dire, ça n'a pas été fait, et normalement dans les groupes Balint s'est toujours fait. Donc ça, ça soutient, ça permet de valoriser ce qui a été présenté et de voir comment ça été revu par les intervenants, pendant les consultations qui ont suivi. Ça c'est enrichissant » (enseignant).

Mais aussi théoriser un peu plus sur les concepts Balintiens:

« J'aurais aimé qu'ils soient plus dans une approche au-delà du contenant et du contenu, un peu plus théorique. Pour permettre qu'on puisse après un peu plus rebondir sur la théorisation sur la fin de séance. Au-delà du fonctionnement naturel du groupe Balint je ne sais pas si c'est leurs fonctions... mais là je trouve que ça a manqué...pas forcément plus de psychanalyse brute mais plus de liant, d'explications. Comme on est dans le cadre d'une initiation et de cours de formation, pour qu'on puisse rebondir sur des éléments, souligner un peu plus dans les cas ce qui a mis en difficultés les internes » (enseignant), « décortiquer les

cas pour vraiment avoir les tenants et les aboutissants des questions qui ce sont posées, pour renvoyer à l'expertise du groupe et à leur réflexion » (enseignant). En fait, « que les leaders s'impliquent un tout petit peu plus » (enseignant).

Mais les leaders répondent à cela que ce n'est pas leurs rôles de faire un cours :

« Nous, on n'est pas là pour faire des cours, on n'est même pas là pour faire la synthèse de ce qui s'est passé. Dans le cadre de l'université, parce que c'est quand même dans le cadre de l'université, dans le projet de l'université, on se rejoint, mais ce n'est pas notre projet d'en faire des cours, nous ne sommes pas là pour faire des cours. Nous ne sommes pas là pour diffuser du savoir, nous sommes là pour prévoir un espace d'expérience » (leader 1).

Et pour finir, même si cela a été implicitement dit, faire en sorte qu'un étudiant ne se retrouve plus dans une initiation au groupe Balint avec son maître de stage faisant parti de l'équipe encadrant : *« je craignais qu'il y ai effectivement des enjeux de séduction vis à vis de François Petregne, ce qui aurait été naturel, mais on ne peut pas dire que cela ce soit trop manifesté, beaucoup manifesté. Il y a 1 ou 2 participantes, pour qui cela s'est produit » (leader 2), « il y avait une participante qui était particulièrement touché par ça, qui était en SASPAS avec lui en stage » (leader 2) et « effectivement le fait qu'il soit son maître de stage embrouillait les liens, embrouillait la parole » (leader 2).*

En conclusion, un dernier mot des leaders :

« Je pense qu'il est important que les étudiants sachent que ça ne va pas être simple, que les idées reçues vont bien-sûr tomber par rapport à la relation médecin-malade » (leader 2) et que « c'est toujours agréable de voir l'expérience des autres, les interrogations des autres et comment on peut, dans un groupe, arriver à progresser, à s'enrichir de l'expérience des autres, de sa propre expérience et à être un meilleur médicament pour son malade et à ne pas souffrir » (leader 2). « Balint permet de respirer, de souffler, de parler, d'être soi-même, d'avancer, d'apporter de meilleures réponses, de meilleurs dialogues, une meilleure écoute de son patient » (leader 2). C'est « une fenêtre, une ouverture sur un espace qui sera le leur et une façon de l'aborder. D'avoir transmis un peu d'expérience, de leur avoir un peu montré le chemin. C'est notre rôle » (leader 1) et « c'est un vaste programme » (leader 2). « Et puis se dire qu'ils ont la chance de connaître Balint à ce moment-là, si vraiment ils veulent vraiment aller plus loin, c'est un cadeau qu'ils se font, c'est un vrai cadeau qu'ils se font. Ça vient parfaire et finir une formation » (leader 1).

VI- Discussion

A- Limites et biais de l'étude

Tout d'abord, bien que l'échantillon de l'étude soit imposé par la question de recherche, il n'en reste pas moins que sa taille est petite. De toute façon, toutes les participantes ont répondu aux entretiens.

Ensuite, le groupe, qui a été formé à l'initiative du DMG, est faiblement représentatif de la population étudiante : 100% de filles, uniquement des étudiants en dernier semestre et en SASPAS, et se connaissant pour certaines.

D'autre part, les critères d'inclusion à l'initiation n'ont pas été exclusivement respectés, puisque le Dr Petregne a autorisé une participante, ne répondant pas aux critères d'inclusion, à intégrer la 1^{ère} séance et qu'elle n'est, en plus, jamais revenu par la suite.

Nous pouvons également observer le biais de sélection suivant : le fait qu'il s'agisse d'une participation optionnelle sur la base du volontariat, peut conduire à une perte d'objectivité des résultats, par sélection de participants déjà sensibilisés, voire acquis à cette méthode de formation.

De plus, le nombre de séances était faible (4 séances de 2h réparties sur 6 mois), ceci pouvant limiter l'impact de l'initiation sur les étudiantes.

En effet, comme l'ont souligné certaines participantes lors des entretiens, les évolutions des « savoir-faire » et « savoir-être » constatées ne sont peut-être pas seulement liées à la participation à l'initiation au groupe Balint, mais également liées à leurs participations aux cours, au stage en SASPAS avec les contacts répétés auprès des maîtres de stage.

Pour continuer, les situations cliniques présentées lors des séances par les étudiantes ne correspondaient pas vraiment au suivi sur le long terme de patients chroniques dont on a seul la prise en charge.

Par ailleurs, la thésarde (c'est à dire moi-même) a participé au groupe Balint comme les autres. Et bien que je n'aie su que j'allais réaliser ce projet de thèse qu'à la dernière séance, ma participation n'a pas été la même qu'aux autres séances.

De plus, le fait de connaître les participantes et d'avoir moi aussi vécu les séances, a probablement influencé les réponses de mes collègues lors des entretiens.

Dans ce même registre, la présence du Dr Petregne lors des séances d'initiation a pu engendrer des phénomènes de transferts collatéraux auprès des étudiantes, bien que les leaders n'en aient pas noté beaucoup les manifestations.

De plus, le fait qu'il soit le directeur de thèse, cela a également pu modifier les réponses des internes lors des entretiens.

Ensuite, les conditions d'entretiens n'ont pas été identiques d'une participante à l'autre. Des entretiens ont, également, été réalisés pour les deux leaders et le professeur en charge du groupe. Bien que cela soit un élément novateur qui n'a jamais été réalisé auparavant dans les autres thèses portant sur la même thématique, cela a pu influencer les résultats du travail de recherche.

De même, l'analyse des résultats a été faite par deux participants à l'initiation au groupe Balint : la thésarde et le directeur de thèse, le Dr Petregne.

Pour finir, d'autres points sont directement en rapport avec les caractéristiques de la méthode de recherche : le caractère semi directif des entretiens pouvant être à l'origine de questions orientées, de paroles coupées, l'abord de notions subjectives non mesurables, mon manque d'expérience dans la conduite des entretiens.

En ce qui concerne les critères de reproductibilité, nous pouvons répondre oui et non ! Car chaque groupe est unique et la vie d'un groupe dépend de chaque participant. On ne peut donc pas généraliser les résultats.

B-Mise en place d'une initiation au groupe Balint dédiée à des internes de Médecine Générale en dernier semestre et en SASPAS

1- Place de l'initiation au groupe Balint dans la formation initiale à la relation médecin-patient

Selon notre étude et celles de notre revue de littérature, les étudiants en médecine partagent, le plus souvent, le même sentiment de ne pas avoir eu de formation à la relation médecin-patient pendant leur cursus universitaire [38, 42, 46, 47], mais également qu'ils ne se sentent pas préparés correctement pour affronter les problèmes relationnels [2, 9, 10, 20, 38, 42].

En effet, en France, les études médicales sont essentiellement orientées sur l'acquisition de connaissances scientifiques et les moyens pédagogiques de formation à la relation médecin-patient manquent de coordination entre les différentes universités, malgré les efforts entrepris [10, 48].

La relation médecin-patient ne peut pas s'enseigner de façon théorique ou magistrale [2, 9, 10]. Bien que le stage chez le praticien confronte aux problèmes relationnels et que les maîtres de stage sont le plus souvent là pour apporter des réponses satisfaisantes [10, 20, 48], les étudiants restent nombreux à demander à pouvoir bénéficier d'une formation complémentaire spécifique à la relation médecin-patient [9, 10, 20, 42].

Cette situation est donc paradoxale dans un système de soins qui sollicite du médecin une compétence professionnelle dans le registre bio-psycho-social.

En ce qui concerne les différentes méthodes de formation à la relation médecin-patient, on observe que plus les étudiants avancent dans leur cursus universitaire et plus ils sont nombreux à connaître les groupes Balint [20]. C'est ce qu'on retrouve dans notre étude, puisque 2/3 des participantes, à la fin de leur internat, connaissaient les groupes Balint.

De plus, l'origine de la connaissance des groupes Balint par les étudiants est variée : écho d'autres participants, réunions d'information à l'entrée en 3^{ème} cycle, lectures conseillées, congrès/séminaires de médecine générale, sites internet, maîtres de stage, cours de 2nd cycle ou de 3^{ème} cycle... [9, 10, 33, 42].

Nous avons même dans notre étude, deux étudiantes, issues de la faculté de Paris-Créteil (XII), qui avaient bénéficié, pendant leurs cours de deuxième cycle, du module obligatoire d'« Enseignement d'initiation à la relation médecin-malade ».

Mais les autres participantes, même si elles connaissaient l'existence des groupes Balint, ignoraient son fonctionnement et ses objectifs [2, 10, 33]. Un groupe Balint, il faut donc y participer pour vraiment comprendre de quoi il s'agit [10].

Les groupes Balint sont donc de plus en plus abordés dans la formation des étudiants en médecine et l'information est également bien relayée par les médecins généralistes enseignants et maîtres de stage.

En ce qui concerne les autres groupes de formation destinés au médecin généraliste, très peu d'étudiants y ont déjà participé [10], probablement parce qu'ils les connaissent mal [2].

Pour exemple, alors que les GEAPI sont intégrés à leurs cours de médecine générale depuis le début de leur internat, la majorité des étudiantes de notre étude ont déclaré ne pas avoir participé à des groupes d'analyse de pratique.

Par ailleurs, celles qui ont reconnu y avoir participé, avouent ne pas les considérer comme tel. Peut-être ignorent-elles que leurs fonctionnements sont similaires à ceux qu'elles pourraient trouver à l'extérieur de la faculté quand elles seront installées ou remplaçantes ? Peut-être y a-t-il des problèmes de pédagogie, d'organisation ou de communication de la part des enseignants ?

Mais ce constat de mauvaise presse, auprès des étudiants de notre étude, on ne le retrouve pas seulement pour les GEAPI mais également pour les Scripts et les cours en général, qu'elles ont qualifiés de rébarbatif et de non adapté à leur pratique.

Les outils pédagogiques mis en place (cours de DES sous forme de Script, GEAPI...) ne répondent peut-être pas entièrement aux attentes des étudiants quant à la relation médecin-patient.

L'initiation au groupe Balint serait alors un moyen de répondre à ce manque.

En effet, pour de nombreux participants, cette formation leur a permis de mieux approcher la dimension relationnelle des consultations. Elle a été jugée de bonne qualité, utile et intéressante [9, 38, 41, 42, 47], répondant en majorité à leurs attentes [9, 41].

Ils ont déclaré que c'était un mode de réflexion nouveau et original [2, 9, 42, 49] vécu comme une coupure par rapport à la formation universitaire traditionnelle [2, 33, 49].

2- Le choix d'étudiant en dernier semestre et en SASPAS

Le choix d'inclure, dans cette initiation au groupe Balint, uniquement des étudiants de troisième cycle en DES de Médecine Générale est très répandu dans les autres facultés ce qui correspond aux résultats de notre revue de littérature [2, 9, 10, 32, 33, 41, 42, 4]).

Mais réserver cette initiation aux seuls étudiants en SASPAS n'a été retrouvé que dans un seul sujet d'étude [41] et il s'agissait en plus d'un psychodrame Balint. Dans seulement une des études [32], on retrouve la nécessité d'avoir réalisé au minimum le stage chez le praticien pour pouvoir intégrer le groupe.

Dans la plupart des cas, ces initiations étaient intégrées aux cours du DES de Médecine Générale, sauf dans deux études où les séances étaient organisées en dehors de la faculté [10, 42].

Les internes des autres initiations pouvaient être alors indépendamment en stage praticien ou en stage hospitalier.

Le choix, pour cette initiation bordelaise, d'être exclusivement destinée aux étudiants en DES de Médecine Générale et en SASPAS, a pour objectif de se rapprocher le plus possible du cadre d'exercice des médecins généralistes participant habituellement au groupe de M. Balint. La différence étant la pleine et entière responsabilité des patients qui dans le cas des internes et, ce, quel que soit leur semestre, est toujours partagée avec le maître de stage.

De nombreux étudiants ont exprimé leurs inquiétudes concernant leurs manques d'expériences ou de maturité pouvant être un facteur limitant à la formation Balint.

Ils pensent d'ailleurs que le dernier semestre du DES de Médecine Générale est un bon moment pour participer à une initiation au groupe Balint [41, 42] et qu'il est nécessaire que cette initiation soit réservée aux internes [2, 10] qui ont fait au moins leur stage chez le praticien [42].

Mais d'autres résultats vont dans le sens inverse, avec le regret exprimé par des internes sur le caractère trop tardif des initiations dans la formation [9, 10, 32, 33] avec la nécessité de les proposer dès l'externat et de les poursuivre ensuite pendant l'internat [10, 47].

Ce désaccord est d'ailleurs partagé par certains auteurs :

D'après Guy Even, « *plus les étudiants avancent dans leur cursus, plus ils ont des connaissances et plus ils auront la possibilité de se réfugier derrière leur savoir et de créer des résistances dans l'évaluation de la relation médecin-malade* » [50].

Mais d'après J. L. Rouy, « *autant on peut penser qu'ils soient pertinent de proposer un groupe Balint au 3^{ème} cycle, autant il serait prématuré de le programmer plus tôt* » [51].

3- Une initiation, pas un vrai groupe Balint ?

Au cours de ce projet, depuis sa création jusqu'à ce travail de thèse, il a été mis l'accent sur le fait que ces 4 séances étaient des initiations et non un vrai groupe Balint.

Voyons ce qu'il en est vraiment.

- **Les leaders**

La participation de deux leaders accrédités par la SMB pour animer le groupe n'est pas très courante. En effet, on retrouve l'encadrement des initiations par des leaders accrédités dans seulement deux thèses [10, 48]. Dans ces deux expériences, ils ne sont pas seuls mais associés soit à un enseignant du DMG, soit à un psychanalyste. De plus, dans l'une de ces thèses on retrouve une participation financière des étudiants pour dédommager les leaders [10] car les séances se déroulent en dehors du cadre universitaire.

Dans les autres sujets d'études, il est question d'animation par des médecins généralistes enseignants ou de formation psychanalytique ou alors ayant seulement une expérience en tant que membre d'un groupe Balint [2].

Ceci est en effet dommage car le rôle des leaders est essentiel, comme nous avons pu le mettre en évidence dans ce travail de thèse et dans ceux de notre revue de littérature.

De plus, leurs rôles ne diffèrent pas de celui qu'ils tiennent dans un groupe classique pour bien des points.

En effet, le rôle des leaders est avant tout de **favoriser l'expression de tous** les participants [10, 37, 38, 42], en créant un climat de confiance et de **respect mutuel** [10, 37, 38, 42], ainsi qu'une atmosphère pour que chaque participant est « *le courage de sa propre bêtise* » [37].

« *Le médecin présentant un cas difficile doit avoir le sentiment que le leader et les membres du groupe savent ce que c'est que d'être médecin. L'atmosphère ne doit pas être critique. Un groupe Balint ne doit ni prouver, ni enseigner la bonne façon de faire mais se préoccuper d'aider le présentateur à comprendre comment sont les choses entre lui et le patient et non comment elles devraient être. Pour cela on a besoin d'une atmosphère de respect au sein de laquelle les membres du groupe puissent écouter soigneusement la propre manière de faire de chaque médecin et permettre un espace pour inclure également les sentiments du médecin* » [52].

« *L'individu peut affronter plus facilement la reconnaissance de ses erreurs lorsqu'il sent que le groupe les comprend, peut s'identifier avec lui dans ses erreurs et lorsqu'il s'aperçoit qu'il n'est pas le seul à les commettre* » [28].

Ils sont les garants de la **non-évaluation**, mais font aussi respecter les règles du groupe [10, 37, 38, 42], en garantissant la **confidentialité** [10] et en faisant respecter le domaine privé des participants [37].

« La liberté engendrée par un groupe Balint [...] dépend de l'observation d'une discipline, c'est à dire des frontières claires acceptées par les membres du groupe et tenues par le leader » [52].

Ils se mettent en second plan pour laisser les participants parler car ils ne sont là que pour réguler le groupe. C'est à l'expertise du groupe que l'on fait appel et non à celle des leaders.

« Pour les étudiants, il doit être bien clair d'emblée que l'enseignant présent n'est pas là pour leur transmettre un savoir déjà constitué comme cela se passe pour les autres matières. Il leur sera nécessaire de rompre ici avec le système auquel ils sont habitués et qui consiste pour eux à recevoir passivement un savoir d'un maître qui fait autorité » [53].

Ils incitent les participants à découvrir, par eux-mêmes, la meilleure façon pour traiter les problèmes qu'ils rencontrent avec leurs patients [10, 49], car le groupe n'est en fait qu'un support, qui n'impose pas une démarche au praticien.

« Le leader modélise la méthode de travail des médecins et cherche à laisser idées et réflexions se développer dans le groupe, peut-être en encourageant celles qui sont le plus productives, ou relevant et articulant quelques-uns des conflits et tensions du groupe, en les apportant à l'examen, à la lumière de la relation médecin-malade. De cette manière, le leaders installe une « approche » que les médecins peuvent s'approprier et développer dans leur propre travail avec les patients » [52].

Ils rappellent les fondements du comment bien vivre son métier, chose que l'on pressent au fond de soi mais dont il n'est jamais question à la faculté.

Pour remplir leur mission, il faut donc qu'ils soient deux [37, 42, 47], formés et avoir de l'expérience dans l'animation des groupes Balint [42].

Mais ils doivent aussi être neutres [10, 42] et indépendants vis à vis de la faculté [42]. En effet, au sein d'un groupe où les étudiants parlent d'eux-mêmes et de leurs expériences professionnelles en stage, il est important que les leaders ne connaissent pas les maîtres de stage des participants, afin de ne pas avoir de préjugés.

Mais l'encadrement d'un groupe étudiant nécessite une autre approche de la part des leaders. En effet, les étudiants sont plus vulnérables, ils nécessitent plus d'encouragements et de renforcements positifs de la part des leaders, qui sont plus actifs et sollicités à décrire leurs expériences [54].

Faisant face à cette fragilité, les leaders doivent *« créer une atmosphère telle que chacun puisse supporter le choc de ce qu'il va découvrir, et qui peut remettre en cause une partie de ses croyances antérieures » [55].*

Dans un groupe étudiant, *« la demande faite au leader est d'ordre didactique et souvent d'une grande intensité. Le groupe s'adresse au leader comme à un expert dont le savoir souvent idéalisé viendrait combler le manque récemment reconnu » [56].*

Leur place devient donc plus éducative et ils doivent constamment vérifier que le groupe est engagé dans un processus d'apprentissage [57].

Mais une étude réalisée auprès d'étudiants, tend à montrer que la démarche des étudiants glisse peu à peu, au fil du temps, vers une autonomie dans une perspective de fonctionnement comme un vrai groupe Balint. Laisser la possibilité aux étudiants de faire cette transition en toute tranquillité est positif et source d'adhésion au groupe [58].

Ceci rejoint donc la définition des leaders par Balint lui-même : « *permettre à chacun d'être lui-même, de s'exprimer à sa propre manière et à son heure, en attendant le bon moment* » [28].

Respecter cette notion nécessite de s'adapter au groupe mais cela lui permet aussi d'évoluer progressivement vers l'autonomie.

- **L'enseignant observateur du groupe**

Comme nous venons de le signaler, il n'est pas inhabituel dans les autres expériences de groupe Balint pour étudiants qu'un enseignant fasse parti des leaders du groupe. Mais c'est la première fois, que son rôle d'observateur passif et de tiers au groupe est mis en avant dans une étude.

La question importante, à laquelle nous ne pouvons pas répondre, est celle de savoir si ses leaders-enseignants avaient un lien hiérarchique directe avec les étudiants.

En effet, si l'animateur fait uniquement référence dans la spécialité des étudiants mais qu'il est indépendant sans lien hiérarchique direct, alors sa présence donne une légitimité au travail et permet une intégration plus aisée des réflexions et analyses du psychanalyste [59].

Alors que lorsqu'il s'agit d'un médecin qui a un lien hiérarchique direct avec les participants ou qui est une figure forte de leur enseignement universitaire, cela peut faire ressurgir de l'insécurité et la peur de l'erreur, vestiges compétitifs, et donc réduire la liberté amicale du groupe [10].

Dans notre expérience bordelaise, l'enseignant coordinateur était un observateur passif du groupe. Il ne présentait pas de cas et n'avait pas à charge le groupe en tant que leader. Il faisait la passerelle, auprès des étudiants, entre les représentants de la SMB et la faculté. Garant de la qualité de la formation dispensée aux étudiants, il a mis en place, en fin de séance, une synthèse à visée pédagogique, pour théoriser les points essentiels de la séance. Au début de la cession, il a également tenté d'expliquer brièvement le fonctionnement et les objectifs des séances.

A noter, que seul le Dr Petregne a pris des notes pendant les séances. Son utilité était de relater les thématiques abordées par le groupe, à la fois, pour réaliser une synthèse en fin de séance, mais aussi pour s'en servir de matériel durant ce travail de recherche.

En ce qui concerne l'influence de sa présence auprès des participants, nous pouvons dire que nous avons été confrontés aux deux cas de figures cités plus haut.

En effet, pour l'une des participantes, le Dr Petregne était son maître de stage en SASPAS. Elle a donc ressenti une certaine absence de liberté à participer à l'initiation ou à présenter un cas, ou peut-être une absence de possibilité à dire non. Elle a donc opté, durant ces 4 séances, pour un comportement plus neutre et plus en retrait par rapport aux autres participantes.

A l'inverse, les autres participantes ont elles déclaré avoir complètement fait abstraction de la présence du Dr Petregne. Bien qu'enseignant au DMG, elles ont déclaré très peu le connaître. Et les leaders ont avoué que sa présence légitimait leurs interventions.

Il y a donc là quelque chose d'intéressant et de nouveau.

La présence d'un observateur muet, représentant la faculté mais sans position hiérarchique directe avec les internes, faciliterait le travail des leaders auprès des étudiants en leur apportant une **légitimité**, un **cadre sécurisant**, et viendrait compléter l'approche analytique du groupe et des leaders par une **synthèse plus didactique** se rapprochant de leur pratique quotidienne.

L'apprentissage de l'expérience par l'expérience a ainsi été complété, au travers de ses interventions en fin de séance, par un enseignement plus concret et plus rassurant pour les étudiants.

- **Le cadre des groupes Balint**

Plusieurs participants ont évoqué leurs difficultés à percevoir le cadre, le fonctionnement et les objectifs des initiations aux groupes Balint [9] : qu'est-ce qu'on a le droit de dire ou de ne pas dire en Balint ?

D'autres ont avoué être plus en difficultés par rapport à leur connaissances théoriques pures ou à leur manque d'expérience [9, 42, 47] et être plus en recherche de solutions pratiques. Certains étudiants ont aussi évoqué le regret qu'il n'y ait pas plus d'analyse sur le versant de la psychanalyse [42].

Finalement, des internes ont avoué leurs difficultés lors de leurs tentatives de mise en pratique des « solutions » du groupe liées à leurs conditions de stage [10, 42].

Tout ceci participe au sentiment exprimé par bon nombre d'étudiants que ces groupes sont une simple initiation, un « Balint light », avec des apports limités [42].

Ceci est corroboré par diverses études, qui montrent que malgré la compréhension de l'objectif des groupes Balint, la demande principale des étudiants est d'ordre didactique, axée sur les problèmes d'organisation, sur les besoins de stratégies concrètes de prise en charge de certains types de patient [59]. Ils sont plus en attente d'une réflexion basée sur la résolution des difficultés et peuvent se sentir frustrés de l'absence de solutions pragmatiques [58].

Ces éléments témoignent donc des limites à utiliser comme outil de travail le matériel latent, sous-jacent de la discussion de cas, et ses multiples dimensions inconscientes. Ces limites peuvent s'opposer aux principes mêmes de fonctionnement d'un groupe Balint [10].

Mais n'est-ce pas le cas de tous les groupes Balint ? Il est pourtant admis que les groupes Balint ne peuvent pas correspondre à tous les profils de médecin, pourquoi en serait-il autrement avec les étudiants ? Certes les attentes et appréhensions diffèrent mais les résistances sont les mêmes.

- **Conclusion**

Malgré la qualité de cette initiation et de ses intervenants, cette expérience ne peut rester qu'une initiation car elle se déroule sur une **courte période** (six mois) au sein d'un **cadre pédagogique** avec un **tiers enseignant**, car selon M. Balint, il faut environs deux ans pour commencer à appréhender tous les bénéfices d'une telle formation à la relation médecin-patient.

4- Pourquoi ces difficultés à créer un groupe de taille suffisante ?

Dans notre étude, nous avons mis en lumière les difficultés pour une équipe enseignante de réunir un groupe de taille suffisante pour réaliser une initiation au groupe Balint destinée à une population d'interne en médecine générale en fin de cursus.

Les raisons initialement évoquées par les participants au cours des entretiens, ont été les carences du mode de présentation des initiations lors du choix de stage.

En effet, le choix de stage, comme lieu de présentation des initiations, n'a probablement pas donné entière satisfaction. Ce constat est lié à plusieurs éléments : étudiants absents ce jour-là ou distraits, mais aussi ne se sentant peut-être pas concernés initialement par la proposition puisque n'étant pas certains d'obtenir un SASPAS ce jour-là.

Heureusement, d'autres moyens d'information sont venus en compléments : mails d'informations, bouche à oreille, maîtres de stage... Mais c'est surtout la ténacité du Dr Petregne par ses relances téléphoniques qui ont permis de réunir un groupe d'une taille minimale de dix participants. Son objectif était de présenter à nouveau ce projet d'initiation au groupe Balint, son fonctionnement et ses objectifs dans l'étude de la relation médecin-patient, afin de leur donner envie de participer.

Nous n'avons pas retrouvé, dans la revue de littérature, d'informations concernant le recrutement des participants dans les autres facultés où les initiations sont sur la base du volontariat. Il serait intéressant, dans un autre projet d'étude, d'interroger les étudiants sur leurs raisons à ne pas souhaiter intégrer les initiations aux groupes Balint.

5- Les motivations et attentes des étudiants à intégrer une initiation au groupe Balint

Dans notre revue de la littérature, une des études avait pour population un groupe mixte d'étudiants et de médecins installés [46], et une autre étudiait les deux types de groupes mais séparément [48].

Dans cette dernière il a été mis en évidence des différences d'attentes entre les étudiants et les médecins installés. Les résultats avancés seraient que les attentes des étudiants se porteraient plus sur un « savoir-faire » plutôt que sur un « savoir-être » avec les patients. L'étudiant semblerait éprouver un manque qui questionne sa position de « médecin-sans-savoir » en quête de savoir, de savoir-faire, de savoir-mieux-faire, au moyen peut-être de recettes et conduites à tenir comme proposées dans l'enseignement classique. Alors que dans l'évaluation de groupe Balint à destination de médecins installés, les motivations premières à suivre une telle formation se dessineraient plutôt autour de la recherche d'une meilleure compréhension et d'une meilleure gestion de ses propres émotions et réactions, autrement dit sur un « savoir-être » [48].

En ce qui concerne les études concernant uniquement les étudiants, les motivations peuvent être réparties en trois catégories :

- **Pour le patient**

Dans plusieurs études, comme dans la nôtre, il a été retrouvé la motivation des étudiants à améliorer leurs compétences dans la compréhension des patients sur le plan des émotions et

des réactions [2, 9, 38, 41, 46, 47] en s'intéressant différemment à l'histoire du patient et en modifiant son rapport au corps du patient [38].

Ils sont en attente de pouvoir améliorer leurs pratiques professionnelles [33, 46, 47, 48] à travers l'acquisition de nouvelles compétences relationnelles [2, 9, 37, 38, 41, 48].

Ils sont demandeurs d'être mieux préparés à la gestion des consultations difficiles [33] et souhaitent pouvoir être formés à la psychothérapie de soutien [9] et à l'optimisation de l'observance thérapeutique [9].

- **Pour les autres collègues internes**

Ils sont en attente d'un lieu d'écoute et de soutien [2, 37, 42, 47, 48] afin d'échanger au sein d'une relation de pairs et de pouvoir bénéficier des apports d'autres confrères [2, 9, 10, 38, 41, 46, 47]. Certains espèrent même pouvoir apporter leur soutien à des confrères dans une démarche altruiste [38].

Ils ont aussi exprimé leurs envies d'observer leurs confrères [38, 46] afin de pouvoir bénéficier de l'effet miroir des cas des autres [33, 37, 46]. Mais aussi, tout simplement, pour le plaisir d'être avec des collègues et de favoriser les liens amicaux [2, 37, 46].

- **Pour soi**

La curiosité de découvrir une nouvelle pratique [33, 41, 42, 46], tout comme la curiosité d'y participer pour ceux qui en ont déjà entendu parler [10, 33, 41, 42, 46] sont des motivations fréquentes.

D'autres étudiants sont plus en attente d'une approche plus « psychologique » de la médecine [10, 33, 41, 42, 46], alors que d'autres expriment clairement la volonté de faire de la recherche en médecine générale [33, 46].

Dans un autre registre, l'on retrouve fréquemment l'aspect contraignant de devoir valider des heures d'enseignements obligatoires même lorsque sa participation est volontaire [33, 41, 42, 47].

Les étudiants sont finalement en attente d'un espace pour lutter contre l'isolement professionnel [37, 46, 47] et bénéficier du « pouvoir soulageant de la parole » [46, 47].

C- Organisation et Fonctionnement d'une initiation au groupe Balint dans le cadre d'un stage en SASPAS pour internes en DES de Médecine Générale.

1- Organisation des séances

- **La liberté de participation**

Dans notre revue de la littérature, l'on retrouve beaucoup plus d'initiations proposées sur un mode participatif [2,10, 32, 38, 39, 41, 42, 46, 47], qu'obligatoire [9, 33, 48].

Mais des contradictions, quant au souhait des étudiants sur le caractère facultatif ou obligatoire de la participation aux initiations de groupes Balint, sont apparues et étaient fortement influencés par le mode participatif mis en place par leur université.

En effet, de nombreux résultats d'études sont clairement en faveur du volontariat avec la notion que les groupes Balint, même pour étudiants, ne peuvent s'inscrire qu'au sein d'une démarche personnelle [2, 9, 10, 38, 41, 42, 47, 49]. Pour l'une d'entre elle, certains étudiants ont envisagé qu'un caractère obligatoire pourrait, éventuellement, être mis en place uniquement pour la 1^{ère} séance [41], dans une optique de découverte de la pratique.

A l'inverse, les autres études sont en faveur d'un caractère obligatoire avec la notion que le travail sur la relation ne peut pas être optionnel [9, 10, 33, 48].

Dans une formation basée sur les échanges, et l'interaction dans un groupe, si des personnes viennent au groupe par la force et non par l'envie, il existe un risque que le groupe s'affaiblisse et perde de son intérêt. Le mot «obligatoire» est souvent mal vécu. Cette obligation va à l'encontre de la libre circulation de la parole, risquant de générer une atmosphère peu propice aux échanges surtout quand il faut parler de soi.

Mais le fait de ne la proposer qu'aux volontaires risque d'entraîner un biais de sélection en ne touchant que les étudiants déjà sensibilisés à ces questions.

Dans les universités françaises, les avis divergent aussi [32] : Pour Chantal Masson : « *l'inconvénient majeur de cette participation obligée est apparu pour les participants qui acceptèrent de se risquer à parler. Ils ont pu éprouver une violence insupportable, face à la réaction de leurs collègues, violence qui a pu faire fermeture ; de telle sorte qu'il est maintenant clair pour moi que même de loin, le Balint ne peut être lié à un quelconque caractère obligatoire* » [63].

Alors que pour Louis Velluet: « *cette formation doit être obligatoire. [...] Le volontariat, qui a d'ailleurs été évoqué par Balint lui-même en ce qui concerne la constitution des groupes de médecins en activité dans le milieu de vie des patients, n'est pas de mise à l'Université. Certains formatages familiaux ou sociaux, certains conditionnements inconscients, risquent ainsi d'être solidifiés du fait du choix initial de ne pas se confronter à tout un pan de la réalité humaine. Un Sur-Moi médical organiciste viendra alors recouvrir et durcir précocement les Sur-Moi d'origine construits sur une vision mécaniste des phénomènes vitaux* » [64].

A l'université Paris Descartes, les groupes sont devenus obligatoires en DCEM, suite à une étude [9] montrant que les personnes, au départ, non intéressées par ce type de formation et qui n'auraient pas participé si les séances avaient été facultatives, ont finalement changé

d'avis à l'issue des groupes en estimant le bénéfice d'une telle formation, voire même leur envie de continuer en TCEM.

Une étude effectuée à l'université de Tel-Aviv [65] montre que l'aspect facultatif ou obligatoire des groupes ne change pas la satisfaction des médecins quant au déroulement des groupes et à leurs apports sur le développement professionnel et personnel.

En Europe, le caractère obligatoire ou facultatif reste controversé également. En Allemagne, les médecins sont tenus de participer à dix séances de groupe Balint pour valider leur spécialité.

En 2005, lors du 14e congrès de la Fédération Internationale Balint à Stockholm, John Salinski dans son discours parlait d'intégrer de manière obligatoire les Groupes Balint au cursus de Médecine Générale, en vertu des apports de ce type de formation.

Néanmoins, même si le Balint a été jugé d'une grande valeur, le rendre obligatoire n'a pas été retenu et chaque université a choisi sa propre manière de pratiquer le Balint.

- **Nombre et fréquence des séances : « un peu plus mais pas trop ! »**

Globalement, les participantes de notre étude, tout comme les étudiants des autres thèses, auraient souhaité que le nombre de séances et donc la durée des groupes soient plus importants afin d'obtenir « *un changement limité bien que considérable de la personnalité du médecin* » [2, 9, 10, 38, 41, 42].

Mais pas trop non plus, car ils se considèrent déjà très occupés [42] par les stages et les cours. Ils souhaitent donc en majorité que les initiations au groupe Balint puissent s'intégrer facilement dans leur emploi du temps autour d'un compromis : pas trop souvent pour permettre d'avoir de nouveaux cas à présenter, mais régulièrement pour permettre de se souvenir de la séance précédente, de revenir sur les cas exposés et de laisser à tout le monde l'occasion de présenter un ou plusieurs cas [2, 42].

De nos entretiens avec les étudiantes Bordelaises, il ressort qu'une initiation sur un semestre avec une séance par mois environs, soit six séances, était un compromis adapté aux besoins de chacun.

2- Fonctionnement des séances

- **Retour sur la 1ère séance et son importance**

Au-delà de la découverte de cette initiation au groupe Balint, la 1ère séance a surtout été marquée par l'inattendue de l'intervention de cette participante inconnue dont nous n'avons aucun témoignage direct.

En effet, nous nous sommes rendu compte uniquement à la fin de notre enquête, en ne retrouvant pas de témoignage correspondant, qu'elle n'avait jamais fait partie de la liste initiale des participantes, qu'elle faisait partie d'une autre CPL, qu'elle n'était, du coup, ni en SASPAS, ni en stage praticien, puis qu'elle n'était jamais revenue par la suite.

Après réflexion, nous avons estimé, avec le Dr Petregne, que d'un point de vue méthodologique, il était trop tard pour l'inclure dans l'échantillon et essayer de la retrouver. Bien qu'il ait été intéressant de connaître la façon dont elle a vécu cette séance.

C'est le Dr Petregne, qui a autorisé, quelques minutes avant le début de la 1ère séance, cette étudiante à participer. En effet, le groupe d'étudiants en cours ce jour-là a été scindé en deux : ceux qui s'étaient inscrits en « initiation Balint », d'un côté, et les autres en GEAPI. Intéressée par le descriptif de la méthode Balint, elle s'est autorisée à y participer et le Dr Petregne était déjà, lui, dans une démarche de liberté de participation de chacun.

Elle a alors trouvé l'occasion, auprès de confrères écoutant, de soulager, par la parole, le poids de ce qu'elle venait de vivre.

Comme l'ont démontré les leaders au cours de nos entretiens, cette étudiante a été l'élément starter du groupe. Par son « passage à l'acte », en s'autorisant à parler dans un groupe qui n'était pas le sien, d'un cas si vif et émotionnellement difficile, avec cette question centrale qui est au fond « ai-je bien fait, ai-je dit les mots justes à mon patient ? », elle a créé d'emblée une identité au groupe. Chacune des participantes a « fait bloc » autour de cette consœur en souffrance. Le groupe a pris corps dans cette épreuve émotionnellement forte où chacune des participantes a pu s'identifier à sa manière.

Bien que le groupe se soit senti démuni, il a été au contraire, à la fois, soutenant et il a aussi apporté son expertise dans la compréhension du cas.

Le fait que par la suite, elle ne soit jamais revenue, alors qu'il a été dit à plusieurs reprises qu'il fallait s'engager à faire toutes les séances, montre bien qu'elle savait qu'elle s'était trompée de groupe. Ou alors, elle a mal vécu la séance et n'a pas osé revenir.

Au final, cette 1ère séance a permis aux participantes de comprendre le cadre du groupe, les limites du moi-professionnel et du moi-personnel, la place des leaders ainsi que leur rôle auprès de leurs consœurs.

Les leaders ont craint pour le groupe mais cela l'a fait tout simplement démarrer plus vite.

- **Fonctionnement général : la position essentielle des participants en cercle**

Les difficultés à participer et à prendre la parole en groupe [42, 46] ont été particulièrement importantes dans cette initiation, sans pour autant que cela est entravé la dynamique du groupe.

En effet, une fois que le groupe est installé en cercle, les participants, à l'instar des cours, sont comme obligés d'être à l'écoute des autres, de s'impliquer dans la dynamique du groupe. Les étudiants ne peuvent se dérober derrière une table, un livre, une feuille de papier ou même un ordinateur. A la fois, ils s'exposent aux autres et rentrent dans l'intimité professionnelle de leurs collègues [37, 41, 42, 49].

Les thématiques de la relation médecin-patient ont bien été respectées et la majorité des thématiques concernait la pratique de la médecine générale et très peu celle de la médecine hospitalière. Les participantes ont bien observé que les thèmes abordés devaient concerner un acte lors de leur stage en autonomie (SASPAS).

Notre groupe a été marqué de constater un nombre important de situations relationnelles difficiles provoquées par le fait qu'elles étaient en SASPAS avec la présence, inconsciente ou consciente, du maître de stage. C'est ce qu'on appelle la notion de tiers-personnes dans la relation médecin-patient, mais qui, lorsqu'il s'agit d'un maître de stage, devient une particularité propre aux groupes Balint étudiants [32].

En effet, les participantes ont relaté nombres de situation cliniques, où elles avaient des difficultés à se positionner en tant que professionnel, à limiter leur implication affective, à fixer un cadre, dans le temps et l'espace.

Le Dr Petregne, a relevé, au cours des séances, d'autres thématiques toutes aussi intéressantes que celles abordées par les participantes, durant les entretiens.

Par exemple, le fait de se faire instrumentaliser par les patients au travers de manœuvres de séductions, ou bien de servir de « bouc-émissaire » devant une situation médico-sociale non satisfaisante pour le patient et son entourage.

Mais aussi, le fait de se retrouver dans la délicate position de conseiller conjugal, ou alors d'être comme « pris en otage » par un patient souhaitant qu'on accède à toutes ses requêtes et exigences...

Pour la première fois, des étudiants ont mis en opposition la **présentation orale d'un cas** dans une initiation au groupe Balint et la **présentation écrite de cas sous forme de Script** en cours.

Nous avons retrouvé cette comparaison de l'écrit et de l'oral dans une seule autre thèse [46] qui met en parallèle des groupes d'inspiration psychanalytique (groupe Balint, psychodrame Balint..) avec des Ateliers Français de Médecine Générale, mais s'adressant essentiellement à des médecins généralistes installés. Seuls deux étudiants invités sur douze participants de l'étude ont été interrogés. Sa conclusion était que les apports étaient les mêmes mais que la présentation écrite permet de mettre plus à distance les émotions et donc de travailler plus sur la réflexion. Elle est également plus adéquate à une transmission du savoir.

Dans notre étude, nous avons plutôt mis en évidence que le récit est plus libre et n'est pas limité par un nombre de page, il n'y pas de fil conducteur du récit délimité à l'avance. La situation est présentée par libre association d'idées, elle s'enrichie des interventions des uns et des autres, elle se complexifie ou s'éclaircit au fil des échanges. La parole est spontanée, authentique, fidèle à la réalité qu'a vécu le confrère dans toute sa subjectivité. Le moi-professionnel est au cœur de l'attention mais il est fait une place aux émotions et ressenties vécues qui sont plus facile à verbaliser à l'oral auprès d'un groupe restreint de collègues bienveillants et attentifs.

Si de nombreuses participantes ont regretté parfois, qu'au cours des séances, le moi-personnel ait été si poignant, il n'a jamais été fait d'interprétations de ces éléments par les leaders ou le groupe. Ils ont été évoqués mais c'est ensuite le moi-professionnel qui a été au centre de la discussion.

« Dans le contexte de nos séminaires de discussion, nous sommes particulièrement attentifs à préserver la dignité, l'indépendance et la responsabilité adulte des médecins qui participent sans quoi ils ne pourraient fonctionner comme membre à part entière d'une équipe de recherche. C'est pourquoi nos interprétations ne concernent presque jamais les motivations cachées du comportement thérapeutique du médecin, sphère que nous en sommes venus à appeler son « transfert privé ». Ceci n'est pas plus touché que sa vie privée. Ce qui nous intéresse, c'est son « transfert public », c'est-à-dire l'aspect de son travail professionnel qui, à travers son rapport du cas, sa participation à la discussion, est peu à peu connu de tous les membres du séminaire. Et même sur ce point, notre but est d'abord et avant tout de le rendre capable de faire par lui-même des découvertes, et c'est pourquoi nous utilisons très rarement les interprétations directes » [66].

Dans l'ensemble, nos étudiantes, comme ceux des autres études, ont qualifié les initiations au groupe Balint comme un **espace de répit** où l'on partage de bons moments [2, 33, 41, 42, 49],

un lieu **émotionnellement libre, amical, convivial et détendu** [2, 37, 42, 49], où le **contact entre collègues est agréable et moteur** [46, 48]. Les participants s'y intègrent dans un esprit de **bonne entente et de cohésion** [33, 37, 38, 41, 42], où **chacun s'implique personnellement** [42].

Ils ont observé que le groupe travaillait ensemble dans un but commun, ce qui s'oppose à l'idée d'individualisme [9, 32,33, 37, 38], dans un **lieu d'égalité et de non-concurrence** entre confrères [49].

Ils ont bien appréhender que les règles y étaient la confidentialité (*« tout ce qu'on dit dans le groupe, reste dans le groupe »* (interne 4)), la confiance et la bienveillance de chacun envers les autres [10, 32, 33,41, 42, 49], mais sans volonté protectrice exagérée, ainsi que **l'absence de jugement** [9, 10, 32, 33, 37, 41, 42, 47] des uns par rapport aux autres qui est une condition sine qua none.

A noter que les critiques formulées à l'encontre des leaders ont quasiment été toutes faites par la même participante (interne 8).

Le fait qu'elle analyse si négativement la place et le rôle des leaders dans le groupe interroge car elle faisait pourtant partie des deux seules étudiantes qui avaient participé pendant leur externat à une initiation Balint.

Peut-être que son expérience passée était trop différente de celle-ci à la fois sur le type d'encadrement, la façon de présenter les cas ou sur l'analyse qui en était demandé ? Ses attentes étaient peut-être plus orientées vers une analyse en profondeur et elle attendait peut-être trop de réponses (*« recettes »*) des leaders ?

Le fait de ne pas seulement avoir une place passive d'écoute mais d'avoir aussi un rôle *« d'expert »* auprès de ses collègues en difficultés est très probablement déstabilisant pour tous au début.

D- Apports d'une initiation au groupe Balint dans la formation à la relation médecin-patient au cours du DES de Médecine Générale.

1- Questionner ses identifications professionnelles

Le troisième cycle des études médicales destiné aux étudiants du DES de Médecine Générale, a pour objectif de mettre l'interne dans des situations de stages cliniques variées afin de lui permettre d'acquérir des compétences pluridisciplinaire qui feront de lui un omnipraticien. Ainsi tous les semestres l'étudiant change de service et de spécialité mais aussi souvent de ville ou de centre hospitalier. Ces changements multiples de contexte et d'environnement ne sont pas sans soumettre l'étudiant à des facteurs de stress.

De plus, lors de son passage de l'Hôpital à la ville, lors des stages ambulatoires obligatoires ou facultatifs (SASPAS), il perd ses repères antérieurs et se confronte pour la première fois à une relation duelle [4, 56].

« Il existe un clivage entre la science médicale telle qu'elle est pratiquée dans les hôpitaux, et la pratique générale qui se fait dans le cabinet du médecin » [28].

Face à des situations cliniques et relationnelles nouvelles, l'étudiant initié à la pratique de la médecine générale, remet en question son **identité professionnelle**, en tant que soignant mais aussi en tant que médecin de famille ou médecin de la communauté.

Le groupe Balint semble être le support adéquat de cette **remise en question**.

« Il nous semble que le moment dans lequel une telle expérience peut s'inscrire correspond à une phase critique pendant laquelle les participants remettent en question un certain nombre de leurs identifications professionnelles » [56].

En effet, l'étudiant pratiquant un groupe Balint trouve un **espace pour questionner ses fonctionnements antérieurs** et les modèles de médecins et de professeurs qui lui ont été transmis. Il prend conscience que son bagage professionnelle ne repose pas uniquement sur un savoir mais aussi sur des attitudes, des valeurs, des comportements initiés par des confrères ou des supérieurs hiérarchiques, transmis et incorporés inconsciemment lors de son parcours clinique [67].

En effet, dans notre étude, certaines participantes ont évoqué une transmission des modèles hospitaliers tels que le « blindage émotionnel », pour assurer une sécurité au médecin et mettre à distance les émotions et affects liés au patient, mais aussi la dilution des responsabilités au cours de la prise en charge hospitalière des patients, lors de l'évocation du cas de la première séance.

Mais il n'y a pas que les modèles hospitaliers auxquels se réfèrent les internes en médecine en apprentissage, il y a aussi les modèles de médecin généraliste-maître de stage.

Dans de nombreuses études, comme dans la nôtre, on constate que les groupes ou les initiations Balint favorisent une **meilleure connaissance de soi** sur le versant des émotions, des attitudes, des capacités, mais aussi des limites [2, 9, 10, 32, 33, 37, 38, 41, 42, 46, 47, 48,

49]. « *Le participant apprend à mieux connaître ses limites, et surtout à mieux les accepter* » [68].

A travers la présentation de cas et son analyse, **la personnalité du médecin prend forme**. Des éléments et caractéristiques d'ordre personnel émergent dans le discours, et traduisent son fonctionnement qu'il lui revient de prendre en compte en tant qu'individu médecin unique. L'histoire du patient sert de narration à l'histoire professionnelle du rapporteur, et raconte aussi, implicitement, sa sphère privée.

« Parlant du patient, il se trouve ainsi peu à peu amené à une certaine prise de conscience de ce qui le détermine à être et à réagir de telle ou telle façon dans la rencontre. Que ce soit dans ses propres réactions émotionnelles, dans les questions qu'il pose, ou à travers le cas qu'il présente, chacun va ici être conduit à se retourner sur ce qu'il fait, dit et pense ; c'est à dire finalement sur ce qu'il est » [50].

Ainsi, ce regard sur sa propre pratique est propice à la remise en question et à l'**autocritique** [9, 10, 33, 37, 41, 42, 46, 49]. La remise en question de ses identifications antérieures conduit alors à la perception d'une certaine nécessité de **changer de modèle**, pour retrouver une identité professionnelle cohérente et personnelle.

Le fait que les initiations au groupe Balint rassemblent des étudiants ayant le même cursus et la même formation, permet, à chacun des participants, de **s'identifier à un groupe** qui ressemble à ce qu'ils sont. Ils se reconnaissent dans leurs insatisfactions mais aussi par la communauté de leurs intérêts et certains aspects de leurs personnalités.

En effet, certaines études suggèrent que participer à un groupe Balint nécessite une personnalité propice, sensible [69], et que les membres d'un groupe ont des caractéristiques communes, « un talent naturel pour le travail Balint » [59].

En effet dans notre revue de la littérature, comme chez nos participantes, on constate que les étudiants ont les mêmes motivations. Ils manifestent un intérêt pour une approche plus « psychologique » de la médecine, et pour ceux qui connaissent déjà les groupes Balint une envie réelle de le pratiquer [10, 33, 41, 42, 46]. Ils présentent également une disposition propice à l'introspection [10] et à la compréhension des phénomènes d'ordre psychique et relationnel [2, 9, 10, 38, 41, 46, 47]. Leurs participations relèvent également d'une curiosité intellectuelle [10, 33, 42, 46, 47], témoignant d'un goût pour la nouveauté, mais traduisant aussi quelque chose du manque quant à la formation universitaire à la relation [10, 38, 42, 46, 47], ne se sentant pas préparé correctement pour affronter les problèmes relationnels [2, 9, 10, 20, 38, 42].

De plus, plusieurs de nos participantes partagent certains traits de personnalité : une tendance au doute, au manque de confiance, un besoin d'être rassuré sur ces capacités de soignant. Elles semblent par ailleurs particulièrement impliquées dans la prise en charge des patients, éprouvant des difficultés à se distancer de leur problématique qui envahissent leur sensibilité.

En partageant des caractéristiques, des objectifs, et des situations professionnelles et relationnelles communes, le groupe Balint est un moyen de se regarder en regardant l'autre. C'est ce qu'on appelle l'**effet miroir** [2, 10, 32, 33, 37, 41, 42, 47, 48].

Cet effet miroir, crucial dans la « fonction Balint », permet à l'étudiant de se refléter dans un groupe qui lui ressemble et de comprendre à travers lui sa fonction de médecin. Il lui permet de caractériser sa pratique personnelle pour l'intégrer et l'inscrire dans une entité professionnelle.

Après avoir remis en question ses modèles et identifications passés, et trouvé au sein du groupe une culture et des affinités communes, l'étudiant ou le médecin, **apprend à reconnaître ses limites et à se décentrer**, ce qui favorise progressivement l'authenticité, l'humilité et le respect d'autrui [37, 47, 49].

Les « modèles négatifs » sont rejetés par la sensibilité du groupe et la démarche d'amélioration de la qualité relationnelle [67].

Ce « *changement limité bien que considérable de la personnalité du médecin* », si cher à Balint, au travers d'une **démarche active et dynamique de changement d'état d'esprit** et d'amélioration des pratiques professionnelles devient un moteur pour la relation thérapeutique [2, 9, 32, 33, 46, 49].

Le participant, au travers du groupe, construit petit à petit son « moi professionnel » [10, 49] dont parlait M. Balint [70].

2- Promouvoir satisfaction et qualité de vie professionnelle

« *La relation médecin-patient est le cœur de la profession. Alors qu'elle est souvent gratifiante, elle est aussi une source de risque émotionnel sévère* » [71].

Autrement dit, la relation médecin-patient peut être un facteur majeur de stress si celui-ci n'est pas encadré, maîtrisé puis dépassé [72].

Dans notre étude, et dans de nombreuses autres études issues de notre revue de littérature, nous avons mis en évidence que suivre des séances d'initiation au groupe Balint participe au **bien-être personnel** du futur praticien par des mécanismes de **réassurance et de soutien** [9, 10, 33, 37, 41, 42, 46, 47, 49], en enlevant de la charge émotionnelle (abréaction) [33, 41, 46, 48, 49], grâce au « **pouvoir soulageant de la parole** » [42].

Pour nos participantes, comme pour tous les étudiants en médecine, marqués souvent par le doute, le manque d'assurance, le « blindage émotionnel », les initiations au groupe Balint vont renforcer l'**estime de soi**, améliorer la **motivation au travail** [10, 48, 49], et améliorer la **satisfaction personnelle au travail** [10, 33, 37, 46, 49].

Du coup, les initiations au groupe Balint ouvrent un espace de répit, un lieu de ressourcement créatif et revitalisant [10, 70] permettant d'aider à maîtriser voire dépasser le risque potentiel lié à la relation.

« *Quand ils fonctionnent, ce sont de véritables opérateurs de prévention de la souffrance psychique aussi bien pour le patient qui en bénéficie que pour celui qui le soigne* » [55].

3- Prévenir le surmenage professionnel

Quand on a dit tout cela, il n'y a plus qu'un pas pour dire que les groupes Balint pour étudiant, tout comme les groupes Balint pour médecin généraliste, sont un moyen de lutte contre le surmenage professionnel ou burnout. En effet, cette hypothèse a été avancée dans notre étude mais aussi dans plusieurs autres thèses [10, 38, 41, 49].

Le burnout se définit comme un « *épuiement physique, émotionnel et mental causé par une exposition, à long terme, à des situations demandant une forte implication émotionnelle* » (définition de l'United States National Center for Post Traumatic Stress Disorder [73]).

Les symptômes sont la dépression, le cynisme, l'ennui, le découragement, le manque de compassion et peut-être d'empathie.

Les facteurs favorisant sont l'isolement professionnel, une patientèle difficile, un temps de travail excessif.

Et ce n'est pas la démographie médicale actuelle, le vieillissement de la population, la judiciarisation de la médecine de plus en plus fréquente, ni la pression de résultats demandée par les autorités de tutelle qui vont ralentir sa progression.

Mais ce phénomène touche également la population étudiante.

En Ile de France, près de la moitié des internes de médecine générale sont en burnout d'après une étude réalisée en 2006 [74], tout comme les internes de Strasbourg, selon une étude réalisée plus récemment en 2009 [75]. Ces valeurs seraient proches de celles des médecins généralistes français [76].

Les aspects spécifiques constitutifs du burnout des étudiants en médecine sont largement évoqués : climat compétitif du *numerus clausus*, statut de « sous-fifre », dévalorisation du choix de la médecine générale dans le climat académique ambiant contrastant avec une idéalisation fantasmée de la médecine générale, impossibilité de trouver un lieu de parole pour les difficultés rencontrées dans les stages, absence de décodage dans les services lors de situations problématiques, harcèlement dont ils peuvent être victimes de la part du personnel et des patients, modèle rébarbatif de médecins hospitaliers cyniques et carriéristes, etc... [77]. D'autres auteurs avancent que le manque d'expérience professionnelle conférerait une certaine fragilité au burnout (pic de burnout en début de carrière) [78], ainsi que, de par son parcours universitaire sélectif, l'étudiant serait perfectionniste, consciencieux et ambitieux, qui sont des facteurs prédisposant au stress et au burnout [72].

Mais comme il a été démontré dans notre étude, comme d'en bien d'autres, participer à une initiation au groupe Balint permet de réduire les principaux facteurs favorisant le burnout [10, 38, 42, 49].

En effet, elle augmente la **satisfaction professionnelle** [10, 33, 37, 46, 49] comme nous venons de le développer précédemment.

Nos participantes ont observé que c'était un moyen de **lutte contre l'isolement professionnel**. En effet, participer à une initiation au groupe Balint permet de prendre conscience de la nécessité de travailler en groupe pour lutter contre l'isolement professionnel lié à l'activité libérale en cabinet mais aussi pour tous les apports de l'expertise du groupe [2, 10, 32, 33, 37, 41, 42, 46, 47, 48, 49].

Elle permet de **lutter contre le sentiment de dépersonnalisation du médecin** [79]. En effet, nous avons observé que cette initiation avait fait office de « soupape de sécurité » et cela a également été mis en évidence dans d'autres études : en proposant un espace d'expression des « ras-le-bol », les initiations participent à la **lutte contre le sentiment d'exaspération** [38, 49]. De plus, au travers de l'expression d'une difficulté relationnelle par la verbalisation des émotions, il a été mis en évidence, dans une autre étude, que les initiations au groupe Balint permettent de **lutter contre la déshumanisation du soignant** (alexithymie, cynisme) [38].

Dans d'autres thèses, il a également été mis en évidence que c'était une aide dans l'identification des répercussions sur le plan personnel de son activité professionnelle [32, 33, 37], et que les groupes Balint sont un moyen de **lutte contre le sentiment de culpabilité** [49].

Dans notre étude, et dans d'autres, nous avons mis en évidence que l'initiation participe à l'amélioration de la **gestion de la temporalité dans la relation**, que cela soit dans la gestion du temps au cours d'une consultation ou dans le suivi à long terme des patients [37, 42, 46, 48, 49]. Certaines études ont même mis en évidence que cela permettait d'améliorer la gestion de l'organisation professionnelle [10, 32, 37, 48].

Elle permet, par ailleurs, une aide dans la **gestion des patients difficiles**. En effet, elle facilite l'anticipation, l'approche, l'analyse des consultations difficiles [10, 32, 33, 38, 41, 42, 46, 47, 48, 49], en permettant cette prise de recul sur une situation vécue dans le cadre professionnel [8, 10, 32, 33, 37, 41, 42, 46, 47, 49] grâce notamment à l'effet miroir des cas de ses collègues [2, 10, 32, 33, 37, 41, 42, 47, 48]. Cela favorise aussi une **meilleure compréhension de son rôle de médecin** lors d'une situation difficile [9, 46, 49] car en parlant au groupe le praticien peut changer de point de vue sur sa relation avec le patient et il se sentira moins démuni en trouvant les mots justes ou en abordant des sujets avec lesquels il était avant mal à l'aise [49]. Cela permet également d'**apprendre à poser un cadre** avec ses patients, de mieux s'affirmer en ayant une meilleure gestion de la consultation et en apprenant à dire non [49].

La présence des leaders au sein du groupe pourrait permettre, finalement, un meilleur **repérage des premiers signes d'épuisement professionnel** chez les participants et donc de faciliter leur orientation vers un soutien psychologique personnalisé [10].

Et c'est ce qu'a démontré une étude qualitative Suédoise publiée en 2008. La participation à un groupe Balint accroît la qualité de vie professionnelle des médecins en augmentant leurs compétences, en renforçant leur identité professionnelle, leur confiance en eux, leur endurance au travail et leur satisfaction professionnelle. La conclusion est que les groupes Balint sont un moyen de contrecarrer les effets du burnout [80].

4- Améliorer les compétences relationnelles

Dans la continuité de sa formation, l'étudiant en troisième cycle participant à un groupe Balint, perçoit et acquiert des compétences. En effet, l'internat est une période charnière dans l'acquisition des compétences professionnelles et dans l'élaboration des processus d'apprentissages de la fonction de médecin.

Quelles compétences dans la relation du médecin à son patient, les initiations au groupe Balint peuvent-elles apporter aux étudiants ?

- **Une approche centrée sur le patient**

Comme il a été observé dans de nombreuses études, à travers la formation par le groupe Balint, le soignant tout comme l'étudiant développe, dans sa démarche de soin, une « approche centrée sur le patient » [2, 49, 81].

Celle-ci peut se définir en 5 points [82, 83] :

« La perspective biopsychosociale », ou la prise en compte des facteurs sociaux et psychologiques dans la maladie, au même titre que les facteurs biomédicaux.

En effet, il a été mis en évidence dans cette étude et dans d'autres, que l'étudiant participant à une initiation au groupe Balint prend conscience de la nécessité d'une **prise en charge globale, holistique du patient** [9, 10, 37, 38, 46, 47, 48, 49] en percevant l'importance d'intégrer dans son accompagnement le contexte familial, environnemental, culturel et socio-

économique dans lequel il évolue. C'est ce que M. Balint appelait « *la médecine de la personne entière* » [28].

« Le patient en tant que personne », ou tenir compte du sens que prend la maladie pour chaque patient pris individuellement.

En effet, nous avons mis en évidence que participer à des groupes Balint permettait une meilleure compréhension de la nécessité de **rechercher et d'identifier les demandes et attentes du patient**, parfois latentes ou exprimées de manière indirecte, afin de pouvoir adapter au plus juste sa réponse [9, 10, 46, 48, 49].

Cela témoigne de la volonté de s'éloigner du diagnostic focal, centré sur la plainte, pour saisir le « *diagnostic approfondi* » de M. Balint [28].

« L'alliance thérapeutique », ou le développement d'objectifs thérapeutiques communs resserrant les liens entre médecin et patient.

En effet, en améliorant sa capacité à recentrer sa prise en charge sur le patient et non la maladie, il a été mis en évidence que l'étudiant en formation améliore la **relation et l'alliance thérapeutique** avec son patient dans un objectif de projet de soin personnalisé [2, 9, 10, 33, 37, 42, 46, 47, 48, 49]. Ce qui lui permet de se libérer des prises en charge consensuelles standardisées [49].

Selon le Pr Sackett, du Centre de Recherche et de Développement de l'Evidence-Based Médecine à l'Université d'Oxford, l'EBM est une jeune discipline dont la pratique intègre les circonstances cliniques, les préférences du patient et les données actuelles de la science [84]. Le praticien doit pouvoir, à la fois, remettre dans leur contexte les preuves issues de la recherche scientifique, évaluer chaque situation individuellement et prendre en compte les perspectives, besoins, attentes, capacités de son patient pour lui apporter une réponse la plus adaptée et la plus humaine possible.

Les groupes Balint avec l'étude de la relation médecin-patient s'intègrent tout à fait dans une approche moderne et actuelle de la médecine en utilisant l'EBM comme outil d'aide à la décision dans les consultations.

Par conséquent, la satisfaction du patient augmente au moyen d'une prise en charge adaptée à ses attentes et à son individualité, qui favorise les conseils et les interventions psycho-sociales [85]. Cela n'est possible que dans une relation de confiance où patient et médecin ont développé une « **compagnie d'investissement mutuel** », c'est à dire lorsque patients et médecins élaborent ensemble une stratégie diagnostique et thérapeutique. C'est ce qu'on appelle « le partage du pouvoir et des responsabilités ».

Le patient se sent ainsi acteur de sa propre santé [49].

De plus, comme nous avons pu l'observer, l'expertise du groupe peut parfois aider le soignant dans le choix d'une décision concernant un patient [37, 42, 46, 49].

Mais le professionnel de santé participant à un groupe Balint, prend également conscience que d'**apprendre à « ne rien faire »**, dans le sens de limiter sa prescription d'examen complémentaires et de médicaments ou ne pas avoir forcément de solutions immédiates à apporter au patient, c'est déjà « faire quelque chose » [37, 49] dans le sens qu'il n'y a pas toujours de réponse technique à apporter au patient.

En effet, dans un article publié en 2006 dans le Lancet, la consommation médicale est corrélée à un phénomène dont le médecin et son patient sont souvent responsables conjointement : la somatisation, qui est « *le fait de la demande du patient mais aussi de l'offre du médecin* »

[86]. Nous pouvons constater que l'un comme l'autre sont aussi « *préoccupés par la quête d'une cause organique* » [86].

En effet, du côté du patient, la peur existentielle d'une maladie grave est fréquente ainsi que la croyance que l'on ne doit pas être malade et que tout problème médical doit être résolu.

Quant au praticien, il est conditionné, par sa formation majoritairement hospitalière, à choisir d'abord un diagnostic physique « *qu'il comprend mieux car il en a beaucoup plus appris sur le sujet* » [28]. Mais aussi par la peur de passer à côté d'un diagnostic organique et des conséquences judiciaires de l'erreur médicale.

Du coup, « *lorsqu'aucun diagnostic organique ne peut être posé, le patient se sent dévalorisé et le médecin incompetent* » [86].

En apprenant aux médecins à se détacher de cette obligation de trouver une solution, les groupes Balint permettent à leurs participants de prendre conscience qu'ils ont d'autres solutions à offrir que la surenchère de prescriptions médicamenteuses et d'exams complémentaires.

De plus, la formation Balint permet à ses soignants de prendre conscience que les patients mais aussi les médecins sont des **sujets subjectifs et complexes** (« le médecin en tant que personne »).

« *Le participant apprend à mieux connaître ses limites, et surtout à mieux les accepter* » [68].

Au fil du temps, le médecin compose avec ce qu'il est, en plus grande connaissance avec son intime, et en tentant de se dégager d'une toute puissance qualifiée par M. Balint de « **fonction apostolique** » [87]. « *Les phénomènes qui constituent la fonction apostolique sont essentiellement les expressions de la conduite personnelle du médecin avec ses patients, autrement dit des expressions de sa personnalité* » [28].

Prendre conscience de la notion de « **remède-médecin** », ou de « **médicament-médecin** » [28, 37, 42], c'est prendre conscience de l'influence des qualités personnelles et de la subjectivité du médecin sur sa pratique médicale.

Au final, savoir et pouvoir prodiguer au patient, mais aussi à son entourage, les soins médicaux et les interventions psychosociales dont ils ont besoin, c'est permettre au soignant d'accroître son efficacité thérapeutique.

De plus, cela permet au praticien de se libérer des prescriptions médicamenteuses inutiles et donc au final de réduire le coût de la santé.

- **L'apprentissage de l'écoute active**

Dans une initiation au groupe Balint, comme dans un groupe classique, tout débute autour du fait qu'un petit groupe de participants (moins de dix) s'assoie librement, en cercle, avec les leaders, dans une démarche de volontariat, sans trace orale ou écrite de ce qu'on y dit [32, 42]. Cela permet pour les étudiants un **détachement par rapport au cadre facultaire** [32], et également, **d'éliminer la position hiérarchique de l'enseignant ou des leaders** par rapport au reste du groupe [37, 42, 49].

Le fait clairement établi qu'il s'agit d'un espace **libre dénué de jugement** [9, 10, 32, 33, 37, 41, 42, 47] et de préjugé, et que les règles y sont la **confidentialité**, la **confiance** et la **bienveillance** de chacun envers les autres [10, 32, 33, 41, 42, 49], sont les conditions nécessaires au travail qui mobilise les mouvements transférentiels [59, 80].

Chacun se sent libre d'être écoutant et tous participent à leur façon d'après leur propre vécu. En effet, très souvent, les thèmes abordés par les collègues font partie du quotidien de chacun. On peut s'y identifier, ils rappellent des situations plus ou moins proches qu'on a vécu [2, 10, 32, 33, 37, 41, 42, 47, 48]. Du coup en apportant en retour sa propre expertise, chacun peut se sentir utile auprès de ses collègues en souffrance ou en difficultés [38].

Le fait d'être en petit groupe et en cercle, permet plus facilement de **capter l'attention** et donc de prendre la parole. Et ceci est primordial, quand on observe que la plupart des participants ont des appréhensions parfois importantes à prendre la parole en groupe [10, 42], à s'exposer, à se livrer au groupe [10, 37, 41, 42] et à prendre la décision de présenter un cas qu'ils ne considèrent pas assez intéressant pour les autres [2].

En effet, lorsque l'on est assis en cercle, chacun se voit et peut lire sur le visage de l'autre ses émotions mais aussi son désir de participer. C'est ce qu'on appelle la **communication non verbale**.

Par ailleurs, certaines participantes ont évoqué une gêne vis à vis des temps de silence considérés trop longs [33, 42], alors que la plupart des participants ainsi que les leaders ont plutôt considéré au contraire qu'ils avaient été très courts voire inexistantes.

Mais les **silences annonciateurs** sont pourtant bénéfiques pour appréhender une nouvelle séance, se remémorer un cas dont on a envie de parler, profiter de l'ambiance particulière du groupe (temps de répit) et surtout pour donner la possibilité à chacun de prendre la parole. En effet, ils permettent une prise de conscience de la nécessité de respecter les temps de silences pour permettre l'émergence de la parole [10, 42, 48].

Les groupes Balint sont donc un **lieu d'expérimentation du silence** : les temps de silence rythment la séance et font partie de cet apprentissage de l'écoute de l'autre.

Apprendre à écouter l'autre c'est aussi **apprendre à prendre son temps**. En effet, comme le conseillait M. Balint : «*Dans le doute, ne vous hâtez pas mais écoutez*» [28].

Et cela a été bien mis en évidence dans notre étude, comme dans d'autres, avec l'amélioration de la gestion de la temporalité dans la relation que cela soit dans la gestion du temps au cours d'une consultation ou dans le suivi à long terme des patients [37, 42, 46, 48, 49].

Et c'est ce qu'une étude allemande, effectuée en 1993, met en évidence. Après un an de Balint, le médecin, d'une part, parle moins et **écoute d'avantage** son patient, et, d'autre part, pose plus de **questions ouvertes** que de questions suggestives et **essaye moins de convaincre** [88].

Au final, l'apprentissage de l'écoute de l'autre dans le groupe [32, 37] améliore les **qualités d'écoutes du patient, de communication et d'empathie** [2, 9, 10, 32, 33, 37, 41, 42, 46, 47, 48, 49].

On parle bien d'apprentissage, car cette qualité d'écoute, nous l'avons bien souligné dans les entretiens, est venue progressivement au fil des séances.

« L'une des choses les plus importantes à acquérir dans un groupe Balint est la capacité d'écouter. Les médecins doivent écouter leurs patients mais il s'agit d'une écoute active : pas seulement les mots mais aussi le langage corporel, les modèles ou représentations des patients, les remarques à moitié exprimées, parfois contradictoires. En tant que médecin dans un groupe Balint, vous commencez à apprendre à écouter vos collègues selon le même processus qui vous conduit à écouter vos patients » [52].

- **Comprendre, se préparer et gérer les consultations difficiles**

Une étude suédoise menée auprès d'internes en Gynécologie-obstétrique, montre que les principaux sujets de discussion en initiation au groupe Balint, sont les situations de rencontres et de relations difficiles ou dramatiques, ainsi que la gestion de demandes impossibles ou excessives exprimées sur un mode agressif [59].

Les sentiments et émotions liés au patient sont très présents dans les discussions de cas des étudiants [67].

Et c'est que nous avons pu observer durant ces quatre séances d'initiations au groupe Balint mais également dans d'autres thèses.

En effet, les étudiants sont demandeur d'acquérir des compétences relationnelles nouvelles [2, 9, 37, 38, 41, 48] afin de mieux se préparer à la gestion des consultations difficiles [33], afin de ne pas réitérer les mêmes erreurs.

Dans les situations abordées par les internes, l'on retrouve très souvent des cas émotionnellement intense [42, 46] avec des difficultés relationnelles par incompréhension du patient [42, 46], agressivité du patient ou alors sentiment d'échec, d'impasse thérapeutique ou de manque de compétence...

Mais, nous avons pu mettre aussi en évidence, dans cette étude et dans d'autres, que la participation aux séances d'initiations au groupe Balint, permettait d'améliorer **l'anticipation, l'approche, l'analyse des consultations difficiles** [10, 32, 33, 38, 41, 42, 46, 47, 48, 49].

En effet, l'étudiant travaille ses compétences relationnelles au travers de l'amélioration des compétences d'écoute, d'empathie [2, 9, 10, 32, 33, 37, 42, 47, 48, 49], et de communication [9, 10, 37, 41, 42, 46, 48].

Il acquiert une meilleure **compréhension de la relation médecin-patient** [10, 32, 33, 37, 42, 46, 48, 49] en affinant ses **capacités à mieux nommer, analyser et élaborer les émotions** [9, 10, 33, 37, 38, 48, 49], ce qui lui permet, face à un patient difficile, d'avoir un répertoire plus large de réponses à lui offrir [89]. Il se sentira moins démuné en trouvant les mots justes ou en abordant des sujets avec lesquels il était mal à l'aise auparavant [49].

Mais aussi, cela favorise une meilleure compréhension de son rôle de médecin lors d'une situation difficile [9, 46, 49]. En effet, en parlant de son cas au groupe, le praticien peut changer sa façon de percevoir sa relation avec le patient, grâce à la **prise de recul** [10, 32, 33, 37, 41, 42, 46, 47, 48, 49] permise par l'approche des problématiques de la relation à travers d'autres angles et points de vue [2, 10].

La méthode Balint permet, en plus, **l'anticipation de situations complexes** jamais rencontrées au travers des cas des autres confrères [10], grâce à l'effet miroir [2, 10, 32, 33, 37, 41, 42, 47, 48].

Cela permet finalement, d'apprendre qu'il est possible de se prémunir de certaines situations relationnelles désagréables en prenant conscience de la nécessité de **poser un cadre** avec ses patients, pour mieux s'affirmer et apprendre à dire non [49]. C'est ce que nous appelons savoir « *prendre soin du thérapeute* » (interne 2).

E-Apport de l'expertise psychanalytique dans l'étude de la relation médecin-patient et dans l'étude de la vie d'un groupe.

1- L'expertise du groupe et l'analyse de la relation médecin-patient

Cette initiation au groupe Balint a permis aux participants d'établir un **questionnement autour de la rencontre avec un patient**. En se distanciant des références et des prises en charges consensuelles, elle a permis d'ouvrir une nouvelle dimension à la pratique soignante. Elle a offert aux participants la **liberté d'expérimenter et de penser** aux aspects les plus importants et les plus personnels de leur travail professionnel qui, autrement, resteraient inconnus et non-analysés.

Un groupe Balint n'a pas pour objet de se focaliser seulement sur le patient, mais d'inclure également dans le travail réflexif du groupe, les difficultés du médecin et d'explorer ce qui se passe entre le patient et le médecin, ce qui pour une grande part, n'est pas du tout clair aux yeux des participants quand ils rapportent un cas.

Les étudiants ont bien mis en évidence qu'une initiation au groupe Balint est un lieu d'échange et d'écoute [10, 49]. Un **lieu interactif et actif** [9, 33, 41], où l'expression y est libre [9, 32, 33, 38, 41, 10, 49], avec les notions d'authenticité de la parole [33], de **tolérance des opinions** [10, 32, 33, 37, 38] et de **liberté de choix de ses temps de paroles** (agréable de ne pas se sentir obligé de prendre la parole) [10].

Ils ont bien appréhendé que la présentation orale d'une situation clinique vécue, par **libre association d'idées**, sans support écrit [32, 42], permettait une spontanéité [46] des propos et donc une fidélité à la réalité des faits. En effet, la parole ne trahit pas la pensée, le récit s'enrichit au fur et à mesure des interventions de chacun.

«Les groupes Balint accordent de l'importance à ce que le médecin fasse une présentation plus libre du malade, plus subjective [...] Parler d'un patient sans avoir la sécurité et le confort de notes est une avancée significative pour nombre de médecins. La présentation d'un cas selon cette méthode (l'« association libre ») donne la liberté de parler spontanément et d'inclure des sentiments qui appartiennent à la narration » [52].

La présentation orale, telle qu'expérimentée par les étudiants, a eu pour particularité de remettre celui qui l'expose dans la situation émotionnelle de la consultation [42, 46]. Le narrateur revit la situation, il se revoit faire les mêmes gestes, dire les mêmes paroles, ressentir la même anxiété ou difficultés à comprendre son patient. Sauf que là, il a un auditoire bienveillant et soutenant à qui en parler et qui l'aide à explorer les éléments de cette consultation.

« Il faut une atmosphère émotionnelle libre et amicale pour qu'on puisse accepter de reconnaître qu'un comportement diffère souvent radicalement de celui qu'on voulait avoir et de ce qu'on a toujours cru fermement qu'il était. Il n'est pas facile de reconnaître l'écart entre son comportement réel et ses intentions et croyances. Mais si la cohésion entre les

médecins du groupe est bonne, les erreurs, aveuglements et limitations de chacun des participants peuvent être mises à jour et au moins partiellement acceptés par lui. Le groupe améliore régulièrement la compréhension de ses propres problèmes, à la fois du point de vue individuel et collectif. L'individu peut affronter plus facilement la reconnaissance de ses erreurs lorsqu'il sent que le groupe les comprend, peut s'identifier avec lui dans ses erreurs et lorsqu'il s'aperçoit qu'il n'est pas le seul à les commettre. D'ailleurs, le groupe découvre rapidement que la technique de chaque membre, y compris celle du psychiatre leader du groupe, est une expression de sa personnalité et qu'il en est évidemment de même de ses erreurs habituelles » [28].

De plus, les étudiants ont déclaré que participer à une initiation au groupe Balint permettait de mieux nommer, analyser et élaborer les émotions de son patient [9, 10, 33, 37, 38, 48, 49], mais aussi les siennes [2, 9, 10, 32, 33, 37, 38, 41, 42, 46, 47, 48, 49] comme nous l'avons déjà développé.

Reconnaître ses émotions, ses sentiments comme un signe, un symptôme à entendre de la relation avec un patient est une attention nouvelle, générée par les échanges. Au fil des récits, des éléments refoulés, associations d'idées et autres lapsus peuvent être mis au jour [10]. Cette place d'énonciation subjective fait émerger alors ce qui peut se jouer dans l'implication du médecin. Elle permet de **reconnaître « la dimension inconsciente et émotionnelle de la rencontre »** [90].

Soutenir l'imprévu de la rencontre peut être un effet de cette formation, en permettant de se décaler d'une position de savoir, de toute-puissance et de maîtrise, et d'accueillir ainsi ce qui vient de l'autre. Le participant apprend à composer avec ce qu'il est, en plus grande connaissance avec son intime [87]. C'est ce que M. Balint appelait **prendre conscience de sa propre « fonction apostolique »** : «*les phénomènes qui constituent la fonction apostolique sont essentiellement les expressions de la conduite personnelle du médecin avec ses patients, autrement dit des expressions de sa personnalité*» [28]. Et le groupe a pour fonction d'en prendre conscience et de tenter de s'en dégager [9, 10, 32, 33, 37, 48, 49].

Au final, selon les étudiants, il y a une meilleure **compréhension de la relation médecin-patient** [10, 32, 33, 37, 42, 46, 48, 49], permise par une réflexion plus approfondie autour d'un cas [32, 33, 41, 46, 47, 48], à la fois sur les problématiques sous-jacentes que le groupe doit progressivement apprendre à découvrir, et, sur les pistes de résolution des problèmes que le participant doit trouver **par lui-même grâce à l'expertise du groupe** [10, 49].

« Les médecins apprennent d'eux-mêmes sur eux-mêmes, à travers leurs périples et les péripéties cliniques, grâce aux questionnements et aux discussions » [91].

Les leaders de notre groupe ont appelé cela une « *formation d'expérience par l'expérience* » (leader 1) soutenu et valoriser par la fonction groupale.

A. Elder complète cela en disant qu'« *un groupe Balint se présente davantage comme un apprentissage par la découverte que comme un enseignement* » [52].

M. Balint préférait nommer ses rencontres des « *séminaires* » et désigner leur activité par les mots « *formation recherche* » [28].

2- Les leaders : faire avancer le groupe sans le devancer

Les leaders, comme nous venons de le voir, ont pour rôle d'encadrer et d'accompagner l'expertise du groupe mais pas seulement.

En effet, il arrive au bout d'un certain temps au cours de la réflexion autour d'un cas, que le groupe se sente en impasse. Et notre groupe n'a pas fait exception. Chaque piste d'analyse proposée par l'expertise du groupe est au bout d'un moment rejeté par celui qui expose le cas, car, soit déjà tenté, ou alors n'étant pas, dans l'état, applicable à la situation.

«Après quelques réponses initiales, questions et commentaires, quelque chose d'assez mystérieux survient : le médecin rapporteur du cas commence à se comporter un peu comme le malade vis-à-vis des autres médecins de groupe, qui eux-mêmes prennent le rôle du médecin. Après une première phase au cours de laquelle les commentaires du groupe éclaircissent peu à peu les choses, le groupe commence alors à « coller » au médecin exactement comme le médecin s'est « collé » au patient. Le médecin comprend peut-être (à ce moment-là) que quoi qu'il essaye, le patient bloque tout progrès dans le traitement. Et le médecin rapporte cette frustration dans le groupe [...] puis après 5 ou 10 minutes de suggestions diverses, le médecin commence à se comporter un peu comme le patient, commençant à ne plus vouloir aller plus loin et bloquant les suggestions du groupe. Ainsi le conflit qui existe dans la relation médecin-patient, quel qu'il soit, est inconsciemment repris peu à peu et rejoué dans le groupe » [52].

Et c'est là qu'intervient la formation psychanalytique des leaders.

En effet, les étudiants, ont déclaré que le rôle des leaders était aussi d'aider les participants à prendre conscience et à verbaliser leurs émotions et réactions en rapport avec une situation vécue avec un patient afin d'apprendre à mieux les comprendre [37, 38, 49] et notamment tout ce qui est de l'ordre des **transferts** et surtout des **contre-transferts**. Mais ils doivent aussi être à l'écoute et attentif à tout ce qui se passe au sein du groupe [37, 42], notamment tout ce qui est de l'ordre des **transferts collatéraux**, entre participants, comme l'ont déclaré nos leaders.

En effet, « la difficile tâche du leader est d'essayer d'observer et de penser comment le processus groupal reflète les conflits sous tendant le cas dont il est question [...] Il doit s'obliger à être rivé aux préoccupations du groupe (cela serait difficile de faire autrement) mais aussi à en être suffisamment détaché pour penser à ce qu'il ressent et à le commenter d'une façon utile. Dans un groupe Balint, de tels commentaires sont effectués en relation avec les difficultés professionnelles du médecin et à la façon dont le groupe y a réfléchi, et non en relation avec les difficultés personnels du médecin. En travaillant de cette façon-là, le leader offre un champ supplémentaire de réflexion à travers lequel le groupe peut être capable de générer de nouvelles perspectives pour aider le présentateur du cas à parvenir à une manière nouvelle de voir les choses avec le patient dont il est question » [52].

Et c'est peut-être pour cela, que certains étudiants, ont émis des regrets sur le fait qu'il n'y ait pas eu assez, dans leurs initiations, d'analyse sur le versant de la psychanalyse, que cela soit une simple initiation, un « Balint light » [42].

Mais sur une initiation de quelques séances, les leaders ne sont pas là pour déstabiliser les participants et ce « *changement limité bien que considérable de la personnalité du médecin* » ne peut pas s'opérer brutalement sur une courte durée.

La méthode Balint a avant tout pour rôle, comme le confiait les leaders de notre initiation, de **renforcer les défenses du médecin** et non de les affaiblir. La fonction Balint doit donc aider le praticien à consolider ses bases avant de les remettre en question. Les leaders doivent ainsi toujours s'assurer que chaque participant est prêt pour un travail d'analyse de la relation à son patient, puis il doit l'accompagner sur cette voie, sans jamais trop le devancer pour ne pas le heurter [10].

Le travail en groupe Balint ne peut donc pas correspondre à tous les profils de médecin comme d'étudiants [33, 38, 49, 50], car certains **mécanismes de défense** seront impénétrables au travail sur la relation médecin-patient en groupe, comme nous l'avons observé à plusieurs reprises dans notre initiation. Mais c'est parfois ceux qui ont le moins envie de faire ce travail sur eux-mêmes qui en ont le plus besoin [49].

Au final, « *la nécessité de la formation psychanalytique du leader n'implique aucunement que cette formation sera communiquée aux participants, mais elle est nécessaire pour comprendre et dévoiler ce qui se joue* » [92].

3- Une initiation Balint n'est pas une psychothérapie de groupe

C'est la première fois qu'autant d'étudiants, ayant participé à une initiation au groupe Balint et interrogés dans le cadre d'un travail de thèse, déclarent avoir ressenti participer à une « *psychothérapie de groupe* » (interne 8).

En effet, ce terme avait été auparavant utilisé dans une autre étude [49] par des médecins généralistes installés, mais pour le décrire : « *c'est sûrement pas une psychothérapie individuelle, ni de groupe ça c'est clair* » [49].

Car les groupes Balint ont pour vocation de **traiter des difficultés professionnelles** et pas de tenter de résoudre des difficultés d'ordre personnelles. Le travail d'analyse de la relation médecin-patient s'effectue **avec** le contre-transfert du médecin et pas **sur** le contre-transfert.

En effet, M. Balint, dans sa démarche initiale, voulait donner les moyens au plus grand nombre de médecins généralistes, de prendre en charge les cas légers de névrose, mais qu'il lui semblait peu réalisable de leur demander à tous de se soumettre à la cure analytique. Bien qu'il soit illusoire de prétendre séparer le Moi-personnel du Moi-professionnel, les leaders sont présents pour **encadrer le domaine privé des participants** et veiller à ce qu'il ne soit pas gênant pour les autres membres du groupe. Ils peuvent participer également à la détection des conflits personnels chez un praticien puis à son orientation vers une prise en charge individuelle adaptée.

Les groupes Balint ne sont donc pas une « psychothérapie de groupe ».

F-Perspectives

1- Devenir des étudiants en groupe Balint

Alors que plus de la moitié des étudiants des autres thèses ont déclaré, lors de leurs entretiens, vouloir intégrer un groupe Balint ou un psychodrame Balint à plus ou moins long terme après la fin de leur cursus [9, 41, 42, 47], nos participantes ont été moins enthousiastes dans leur façon de l'exprimer, bien que quelques-unes d'entre elles étaient très désireuses de poursuivre ultérieurement.

Mais ce qui est, toutefois, mis en avant dans les entretiens des étudiants de cette revue de littérature, sont les contraintes à initier une telle démarche.

Les raisons évoquées par les participants sont, tout d'abord, les **difficultés d'ordre pratique** : contraintes personnelles et géographiques, manque de temps [2, 42, 46, 49], le fait qu'il y ait très peu de groupe Balint répertorié [49], la problématique de ne pas savoir où chercher ou vers qui se tourner pour trouver un groupe Balint dans lequel s'engager [42].

Ensuite, d'autres études ont mis en lumière le besoin, dans un premier temps, de «**se poser**» soit en tant que médecin remplaçant soit en tant que médecin installé [42]. Mais aussi des **appréhensions** à poursuivre l'initiation par peur de s'intégrer à un groupe déjà formé ou parce qu'ils considèrent **manquer d'expérience professionnelle** [9,42, 47] et de **maturité**, [42, 49]. Dans nos entretiens, certaines participantes, du fait de leurs **difficultés à se projeter** dans leurs futures activités professionnelles, pensent qu'elles ne pourront pas s'intégrer à un groupe Balint s'adressant à des médecins généralistes installées faisant du suivi de patient sur le long terme, ce qui ne correspond pas vraiment à leurs activités de remplaçantes.

De plus, certains évoquent son image « d'élite intellectuelle » [49]. Ils craignent de **se remettre en question** [10, 42, 47], ou ils redoutent la **présence du leader psychanalyste** qui pourrait faire resurgir trop d'éléments du moi-personnel [10, 49].

D'autres étudiantes ont fait part de leur **mal être** à participer à un groupe [42, 46]. En effet, la peur de prendre la parole en groupe [10, 42], la peur de s'exposer et de se livrer au groupe [10, 37, 41, 42] et l'appréhension à trouver un cas [42] ou que le cas exposé ne soit pas assez intéressant pour les autres participantes [2], sont communes à la majorité des étudiants entrant dans une initiation au groupe Balint.

Ils ont également verbalisés les difficultés de **la vie en groupe**, tels que les problèmes relationnels avec les autres [42, 46,47], la promiscuité des participants qui se connaissent trop [9, 10, 42, 48], les difficultés de donner son avis sur le cas d'un autre sans être mal perçu par le groupe [42], la gêne à rentrer dans l'intimité professionnelle de ses collègues [37, 41, 42], la peur d'être stigmatiser [37, 42], le désagrément de ceux qui parlent trop ou pas assez [42]...

Finalement, certains participants ont exprimé des raisons se rapprochant plus des **mécanismes de défenses et de résistances** [33, 42], tels que le fait de déclarer ne pas vivre de problèmes relationnels avec sa patientèle, ou de déclarer qu'une formation plus biomédicale correspondrait plus à leurs besoins actuels.

Ces résultats, chez les étudiants, sont confirmés, chez les médecins généralistes installés, par plusieurs études.

Une étude australienne réalisée par Marion Lusting [60], affirme que la pauvreté de la pratique du Balint est liée :

- A l'ignorance des médecins généralistes à l'égard de la méthode Balint,

Les groupes Balint **manquent de publicités**. Les médecins ne savent pas où les trouver ou à qui s'adresser, pour en faire partie [61].

- A la **difficulté d'évaluer cette méthode** qui n'est ni didactique, ni focalisée sur les résultats,

En effet, dans le domaine médical, c'est par une publication validée qu'une étude ou qu'une formation se fait connaître. Or la formation par les groupes Balint est peu évaluée pour plusieurs raisons [49] :

- Une démarche évaluative est peu adaptée à la complexité de la formation Balint comme pour toutes les évaluations systématiques concernant un travail psychanalytique.
- Dans la grande majorité des pays, les groupes Balint sont rares et il est très difficile de monter une étude randomisée en double aveugle.
- Dans de nombreux pays, il existe des groupes Balint dit « sauvages », c'est à dire non affiliés à une SMB et donc non contrôlés au niveau de la qualité.
- Enfin, les critères de qualité d'un groupe Balint peuvent varier d'un pays à l'autre et une étude faite aux USA n'aura pas forcément le même sens qu'une étude faite en Allemagne.

- A la croyance qu'elle est actuellement **dépassée** par d'autres méthodes.
- A la **répartition démographique des leaders** qui se concentrent dans les grandes villes, sans compter les groupes Balint non affilié à la SMB et ne faisant pas partie des annuaires régionaux [49].
- Aux **pressions professionnelles** qui pèsent sur les médecins généralistes (temps et argent).
- A l'**anxiété des praticiens** à l'idée d'étaler leurs failles et difficultés.
- A la culture médicale et personnelle actuelle des praticiens : leur participation à un groupe Balint **remettrait en question** leur position de celui qui détient toutes les réponses.

Une étude qualitative suédoise [61] met en évidence, pour expliquer un taux d'abandon important (10%) des groupes Balint, que :

- Les membres d'un groupe font parti d'un système psychosocial complexe qui interfère en de nombreuses manières avec la participation à un groupe Balint : éloignement géographique, horaires de travail du conjoint, problèmes de santé...
- Les leaders ont rencontré beaucoup de difficultés avec des groupes « obligatoires » d'internes, particulièrement lorsqu'ils étaient en conflit avec la faculté. Leur présence contrainte est néfaste pour la dynamique du groupe, le leader peut être assimilé à un

représentant de la faculté et cela peut générer des conflits. Ils ont également observé que certains pouvaient être déçus par la méthode et attendaient quelque chose se rapprochant plus de l'enseignement magistral. Mais il y a aussi la vie inhérente à chaque groupe : rivalité, bouc émissaires, désaccord sur les horaires des séances...

- Le monde de la santé est soumis aux contraintes sociales, économiques, politiques et culturelles. Il en va de même pour les groupes Balint qui peuvent être limités par la surcharge de travail ou encore l'investissement financier...

En 2012, Le Dr Puel confirmait le constat fait en 2002 par le Pr Sautron de l'UFR de Nice [62], qu'il existe toujours de nombreuses disparités concernant l'enseignement du Balint au sein des facultés de médecine françaises : certaines l'introduisent dès la P1 durant les cours de Sciences Humaines et Sociales, d'autres n'en parlent pas du tout, et certains l'intègrent au DCEM, dès les stages hospitaliers. La manière d'enseigner la relation médecin-patient est aussi hétérogène : cours magistraux, groupes Balint, groupes de paroles, jeux de rôle...

Au total, l'on voit bien toutes les difficultés auxquelles sont confrontés les groupes Balint pour attirer de nouveaux membres.

Une véritable avancée serait que toutes les facultés de Médecine en France homogénéisent le cursus des études médicales sur le plan de la formation à la relation médecin-patient, afin que chaque étudiant puisse avoir une information claire sur la nature des groupes Balint [10, 42, 49], et puisse librement participer et se faire son propre jugement sur son caractère utile au sein de son parcours professionnel.

La création d'un annuaire national des groupes Balint et la poursuite d'études de qualité sur les groupes Balint seraient intéressantes.

2- La suite : une 2^{ème} initiation déjà réalisée

Entre le mois de mai 2013 et celui d'octobre 2013, une nouvelle session a été mise en place sur l'université Bordeaux II, Victor Segalen.

Devant le nombre plus important d'étudiants volontaires, correspondant aux mêmes critères d'inclusion que cette initiation, deux groupes ont été mis en place.

Pour cela, le Dr Petregne a fait appel à deux médecins généralistes récemment accrédités en tant que leader par la SMB et faisant également parti des enseignants ou maîtres de stage du DMG. Quant aux deux leaders de la première session, ils ont avec enthousiasme renouvelé l'expérience.

Au final, les deux groupes se composaient d'une dizaine d'étudiants en 6^{ème} semestre et en SASPAS, encadrés chacun par deux leaders. Le Dr Petregne, quant à lui, a continué à suivre un groupe en tant qu'observateur.

Les groupes ont été mixtes, et on a veillé à ce que les participants ne se retrouvent pas dans le même groupe que leur maître de stage. Les 4 séances de 2 heures, ont été réalisées en parallèle de leurs cours de DES de Médecine Générale.

3- Perspectives personnelles

Cela fait maintenant bientôt deux ans que j'ai participé à cette initiation et que j'élabore ce travail de thèse.

Je garde un souvenir très vif de ces quatre séances d'initiation avec mes consœurs. Nous avons vécu, je pense, quelque chose d'émotionnellement fort et de très enrichissant d'un point de vue professionnel et humain.

Lorsque j'ai réalisé les entretiens, j'ai parfois été surprise de constater que nous n'avions pas vécu toutes les séances de la même manière et que certains souvenirs ne correspondaient pas aux miens. Et puis, au fil de la rédaction de cette thèse, leurs souvenirs sont devenus les miens, leur vécu est devenu, d'une certaine façon, le mien aussi.

Au point qu'il me serait bien difficile de répondre maintenant à ma propre grille d'entretien, tellement ce que j'ai vécu, ressenti, expérimenté durant ces quatre séances se mêle avec ce travail d'élaboration de thèse : documentation, recherche bibliographique, analyse des entretiens, réflexions personnelles, réflexions conjointes avec mon directeur de thèse, mise en pratique dans mon activité de médecin généraliste remplaçante...

J'ai la chance, depuis que j'ai débuté mon activité de médecin généraliste remplaçante il y a plus d'un an, de pouvoir suivre certaines patientèles régulièrement mais également d'intervenir au sein d'EHPAD où je peux apprécier le travail en équipe.

A mes yeux, si je devais résumer en quelques mots, les apports de cette initiation au groupe Balint et de ce travail de thèse qui en découle, je dirais que ce que j'ai constaté comme changement le plus notable et le plus rapide dans ma gestion des consultations au quotidien, c'est un gain en sérénité qui se traduit de multiples façons.

J'essaie le plus possible de poser des questions ouvertes et ce dès le début de chaque entretien. J'essaie de ne jamais couper la parole au patient et de laisser suffisamment de temps de silence pour lui permettre de s'exprimer. Je me force à ne pas essayer de convaincre ou de rassurer faussement les patients, mais tente de les accompagner dans leurs cheminements. Enfin, j'essaie de me donner du temps, à moi aussi, pour apprécier l'ensemble de la situation médico-psychosociale du patient, afin d'adapter au mieux mon discours et ma prise en charge, en proposant toujours mais en n'imposant surtout pas.

Mais c'est un long apprentissage...

Il y a parfois des situations que je ne comprends pas, des patients pour qui je pense avoir cerné le problème et pourtant je constate que je n'arrive pas à les aider...

Des patients, qui me bouleversent ou qui arrivent à m'émouvoir...d'autres qui parviennent à m'angoisser avant même qu'ils ne franchissent la porte du cabinet...

Bref, j'ai encore beaucoup de choses à explorer, comprendre, expérimenter dans ma relation au patient et j'espère que les groupes Balint pourront m'accompagner dans cette démarche active et dynamique de changement d'état d'esprit, salutaire à l'amélioration de ma pratique professionnelle.

G- Propositions pédagogiques

Le but de ce chapitre est de regrouper certaines propositions pédagogiques, issues des réflexions autour de ce travail de thèse, afin de faciliter la mise en place des prochaines sessions et d'en améliorer la qualité.

Groupe de dix étudiants maximums.

Etudiants en 5^{ème} ou 6^{ème} semestre réalisant leur SASPAS.

Favoriser la mixité du groupe.

Encadrement par deux leaders accrédités par la SMB et indépendants de la faculté.

Présence d'un enseignant du DMG pour l'aspect pédagogique.

L'enseignant ne doit pas être le maître de stage de l'un des participants.

Présenter les objectifs et le fonctionnement d'une initiation au groupe Balint au début de chaque nouvelle session.

Laisser un espace de temps, lors de chaque séance, pour revenir sur les cas précédents.

Organiser l'initiation au rythme des séances des cours classiques mais sur une plus longue période afin d'avoir au minimum six séances.

Favoriser l'expression de tous les participants en leur donnant la parole.

Laisser à chacun la liberté de présenter un cas ou pas.

Maintenir un espace d'intervention pour l'enseignant en fin de séance pour la réalisation d'une synthèse et d'une sensibilisation aux concepts psychanalytiques qui auront été suggérés au travers des analyses de cas et avec l'accord des leaders.

Améliorer la présentation de l'initiation au groupe Balint à l'ensemble de la population étudiante concernée afin de la promouvoir et d'en faciliter l'accès.

H- Propositions de recherche

Réaliser une étude sur un plus long terme avec une initiation réalisée sur plusieurs semestres.

Augmenter la puissance de l'étude car nous n'avons probablement pas atteint de saturation des données.

Faire une étude avec témoins pour connaître les raisons du faible nombre de participations volontaires initiales.

Réaliser une étude avec les mêmes participants à distance afin de savoir ce qui leur reste de cette initiation et si elles ont intégré un groupe Balint ou projettent de le faire.

VII- Conclusion

Ce travail confirme l'intérêt de promouvoir l'enseignement de la relation médecin-patient, en l'intégrant à la formation initiale des étudiants en médecine.

Une initiation au groupe Balint, destinée aux internes en DES de Médecine Générale et en SASPAS, répond, à la fois, aux attentes des étudiants, et offre une réflexion originale, intéressante et efficace dans la perspective de cet enseignement.

Nous avons mis en évidence dans cette étude, une bonne implication des participantes au travail en groupe et un niveau important de satisfaction à son issue.

Par une parole qui s'est instituée, au fil du temps, libre, confiante et bienveillante, les étudiantes ont trouvé un lieu d'échange entre confrères. L'expertise du groupe d'internes dynamisant l'expression de chacun, a favorisé une écoute active et empathique.

Le recul favorisé par les questionnements et réflexions du groupe a autorisé un autre regard sur le patient et sa demande, mais aussi sur le soignant, et sur leur rencontre.

Entendre la subjectivité dans la relation entre le patient et le soignant a permis de compléter une position uniquement basée sur le savoir et la maîtrise. Cette place laissée à l'imprévu d'une rencontre entre patient et médecin, a privilégié une position de « non-savoir » et de « laisser-être ».

Les participantes ont amélioré leur « savoir-être » par une prise en compte de leurs émotions dans leur rôle de médecin. Elles ont aussi amélioré leur « savoir-faire », par l'acquisition de compétences en communication et par une réflexion sur leur pratique médicale.

Les leaders, formés et indépendants, ont su s'adapter aux particularités d'un groupe composé uniquement d'internes en fin de formation, encore habitués à rechercher un savoir. Par leurs expériences, ils ont su les orienter progressivement vers un apprentissage par eux-mêmes et pour eux-mêmes.

Les points forts de cette initiation ont été son organisation avec des séances s'intégrant parfaitement aux emplois du temps des participants, ses leaders bénévoles agréés par la SMB, et son enseignant coordinateur, garant de la qualité de la formation.

L'analyse du verbatim par le logiciel Nvivo9® a permis d'augmenter le volume et la qualité des informations traitées.

Au final, cette initiation a eu pour effet de créer du lien et du sens à la fonction soignante. Elle participe pleinement à la définition de l'identité professionnelle du futur praticien, à son bien-être et à sa satisfaction professionnelle. Elle devrait donc pouvoir être proposée à un plus grand nombre d'étudiants.

Pour ma part, cette expérience a été d'un grand enrichissement.

Au-delà de ma propre expérience du groupe, l'écriture de ce travail m'a permis de poursuivre le cheminement de mes réflexions sur la relation médecin-patient et sur ma fonction soignante.

Ainsi cette thèse, venant finaliser mes études, a une grande valeur dans l'élaboration de ma propre identité de médecin, et a initié un dynamisme, qui pourra, je l'espère, nourrir mon exercice professionnel futur.

VIII- Références

- 1- Gay B, Druais PL, Renard V. Les 30 ans du CNGE : l'émergence de la médecine générale universitaire. *Exercer*. 2013 ; (110) : 244-9
- 2- Osmond L Une formation à la relation médecin-malade : pourquoi ? comment ? : création d'une initiation au groupe Balint à l'UFR de médecine de Caen. Thèse Med : Université de Caen ; 2008. 119 p.
- 3- WONCA EUROPE 2002. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille [Internet]. [cité 28 janv. 2014]. Disponible sur : <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/MG%20externes/woncadefmg.pdf>
- 4- Bacque MF Les vérités du cancer. Partager l'information. Installer la relation. Paris : Springer ; 2007
- 5- Bourcier JE La judiciarisation et l'exercice de la médecine générale en 2005 : réflexion à propos d'une enquête auprès de 136 médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées. Thèse Med : Université de Toulouse 3 ; 2006. 102 p.
- 6- Moreau A Selon quels critères de qualité évaluer la relation médecin-malade ? *Rev Prat Med Gen*. 1999 ; (477) :1835-8
- 7- Rouy JL, Pouchan D. La relation médecin malade. Elsevier SAS. 2004 ; 15-51
- 8- Collège National des Généralistes Enseignants [Internet]. [cité 25 nov 2013]. Disponible sur : http://www.cnge.fr/le_cnge/
- 9- Bourreau S Formation à la relation médecin-malade en 3ème cycle des études médicales de médecine générale : évaluation d'une formation Balint. Thèse Med : Université de Paris V ; 2005. 149 p.
- 10- Cherif Beck S La relation médecin-patient et la formation initiale : l'expérience des groupes Balint pour étudiants de 3ème cycle. Thèse Med : Université de Strasbourg ; 2011. 219 p.
- 11- SASPAS > Formation pratique > Formation en Médecine Générale > SYRC-IMG [Internet]. [cité 21 oct. 2013]. Disponible sur : <http://www.syr-img.com/formation-mg/formation-pratique/290,le-saspas.html> <http://www.syr-img.com/formation-mg/formation-pratique/290,le-saspas.html>
- 12- Règles de validation du DES 2010-2011-reval10.fr [Internet]. [cité 21 oct. 2013]. Disponible sur : <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/3ecyDESp7/reval10.pdf>

- 13- Programme d'enseignement du DES de Médecine Générale. DMG : Département de Médecine Générale Bordeaux 2 [Internet]. [cité 28 janv. 2014]. Disponible sur : <http://www.dmg.u-bordeaux2.fr/enseignement/programme.html>
- 14- Acker I Evaluation du portfolio par les internes en médecine générale d'Angers. Thèse Med : Université de Nantes ; 2011. 40 p.
- 15- Le port folio mode d'emploi. DMG : Département de Médecine Générale Bordeaux 2 [Internet]. [cité 28 janv. 2014]. Disponible sur : http://www.dmg.u-bordeaux2.fr/portfolio/mode_d_emploi.html
- 16- Le portfolio : Scripts de situations complexes et authentiques. DMG : Département de Médecine Générale Bordeaux 2 [Internet]. [cité 28 janv. 2014]. Disponible sur : http://www.dmg.u-bordeaux2.fr/portfolio/scripts_situations_complexes.html
- 17- Haute Autorité de Santé - Développement Professionnel Continu [Internet]. [cité 28 janv. 2014]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288556/fr/developpement-professionnel-continu
- 18- HAS. Groupes d'analyse des pratiques entre pairs. Peer review. Juin 2006 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/traceur_fiche_epp_pr.pdf
- 19- Groupes d'échanges de pratique Développement professionnel continu des internes en DES de Médecine Générale de l'université Paris Descartes. John Libbey Eurotext : Éditions médicales et scientifiques France : revues, médicales, scientifiques, médecine, santé, livres - Texte intégral de l'article [Internet]. [cité 22 oct. 2013]. Disponible sur : <http://www.jle.com/e-docs/00/04/74/88/article.phtml>
- 20- Bonel S La formation à la relation médecin-malade. Enquête auprès de 123 internes de D.E.S. de médecine générale à l'Université de Toulouse interrogés en Janvier 2008. Thèse Med : Université de Toulouse 3 ; 2009. 173 p.
- 21- Girardeau S Implantation et valorisation des GEAPI dans le cursus du 3ème cycle des études de médecine générale. Mémoire pour le diplôme interuniversitaire de pédagogie médicale des facultés de médecine de Limoges, Poitiers et Tours ; 2010. 24 p.
- 22- Reynolds AM, Velluet L. Une expérience pédagogique originale: la table ronde de médecine générale. Rev Med Psychosom. 1978 ; (1) : 69-82
- 23- Velluet L, Catu-Pinault A. La table ronde de médecine générale. Pédagogie de la relation thérapeutique, editoo.com. 2003 ; 109-125.

- 24- Bellivier F Apprentissage de la relation médecin-malade : intérêt des jeux de rôle en complément des cours magistraux et des enseignements dirigés. Mémoire de pédagogie médicale de la faculté de Créteil. 2005
- 25- Girard G, Clavet D. Boulet R. Planifier et animer un jeu de rôle profitable pour l'apprentissage. Pédagogie médicale 2005 ; (6) :178-85
- 26- Moreau Ricaud M, Balint M. Le renouveau de l'Ecole de Budapest. Toulouse : Eres ; 2000
- 27- Société Médicale Balint France [Internet]. [cité 28 janv. 2014]. Disponible sur : <http://www.balint-smb-france.org/>
- 28- Balint M Le médecin, son malade et la maladie. Bibliothèque Scientifique Payot ; 1988
- 29- Balint M, Balint E. Techniques psychothérapeutiques en médecine. Paris, Petite bibliothèque Payot ; 2006
- 30- Ferenczi S Œuvres complètes, IV, Paris, Payot ; 1982 : p. 192-4
- 31- Velluet L Le champ de la subjectivité, Pédagogie de la relation thérapeutique. editoo.com : Paris ; 2003
- 32- Montecot C Expérience d'analyse des pratiques, de type Balint, dans un groupe d'internes de médecine générale : vers une élaboration psychique. Thèse Med : Université d'Angers ; 2011. 157 p.
- 33- Lecarpentier G La pratique du groupe Balint pour les internes de Paris VII : une ouverture vers la relation médecin-malade. Thèse Med : Université Paris VII ; 2009. 85 p.
- 34- Association International du Psychodrame Balint - accueil [Internet]. [cité 28 janv. 2014]. Disponible sur : <http://www.psychodrame-balint.com/accueil.html>
- 35- Berton F Le psychodrame Balint. Enseignement ? Apprentissage ? Champ psychosomatique. 1998 ; (14) :55-60
- 36- Baier R La formation à la relation en Allemagne et en France. Thèse Med : Université de Strasbourg ; 1986. 25 p.
- 37- Fouhety C Le « Balint » en médecine générale à partir d'une expérience limousine. Thèse Med : Université de Limoges ; 2001. 154 p.

- 38- Paillard C Des processus de changement induits par un groupe de type Balint. Thèse Med : Université de Poitiers ; 2008. 182 p.
- 39- Fabre de Morlhon O L'empathie en DCEM2 : les capacités empathiques sont-elles améliorées grâce au module "formation à la relation thérapeutique", un groupe Balint pour étudiants ? : étude analytique quantitative avec groupe témoin. Thèse Med : Université Paris VI ; 2010. 143 p.
- 40- Even G Enseignement de la relation médecin-malade. Présentation d'une expérience pédagogique développée à la faculté de médecine de Créteil. Pédagogie Médicale 2006 ; (7) : 165-73
- 41- Brenuchot S Psychodrame Balint pour les internes en médecine générale : étude qualitative. Thèse Med : Université Paris V ; 2010. 135 p.
- 42- Begot MP Perception de la formation à la relation médecin-patients à travers la pratique de groupes Balint chez les internes de médecine générale de la région centre. Etude qualitative de type entretiens semi-dirigés menés auprès des internes de médecine générale de la région centre. Thèse Med : Université de Tour ; 2012. 126 p.
- 43- Moreau A, Dedienne MC, Lettrilliart L, Le Goaziou MF, Labarere J, Terra JL. S'approprier la méthode du focus groupe. Rev Prat Med Gen. 2004 ; (645) : 382-4
- 44- Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : L'entretien. Paris : Edition Nathan, Collection 128. 1992 ; (125) : 40-61
- 45- Kakai H Contribution à la recherche qualitative, cadre méthodologie de rédaction de mémoire. Université de Franche Comté Février 2008 [internet]. [cité 28 janv. 2014]. Disponible sur : http://www.carede.org/IMG/pdf/RECHERCHE_QUALITATIVE.pdf
- 46- Rampillon R Dire ou écrire : quels apports pédagogiques dans la formation en médecine générale. Thèse Med : Université Bobigny Paris 13 ; 2011. 249 p.
- 47- Payre-Dumontel S Comment les étudiants en médecine générale perçoivent les groupes de parole dans le cadre de la formation à la relation médecin-patient ? Thèse Med : Université Lyon 1 ; 2008. 107 p.
- 48- Maincent E Peut-on évaluer des formations à la relation médecin-malade ? Quels en sont les apports thérapeutiques ? : à propos de divers mode de formation selon la méthode Balint pour internes en médecine générale et médecins généralistes installés. Thèse Med : Université Paris V ; 2006. 68 p.

- 49- Peyre-Muller A Apport des groupes Balint en médecine générale : étude qualitative de type groupes focalisés. Thèse Med : Université Toulouse 3 ; 2011. 178 p.
- 50- Even G Former les étudiants en médecine à la relation. *Champ psychosomatique*. 2001 ; 2(22) : 133-42
- 51- Rouy JL Fantômes de la liberté. *Exercer*. 2000 ; (56) :18-22
- 52- Elder A Le rôle du leader de groupe Balint. *SMB Le bulletin*. 2012 ; (75) : 37-40
- 53- Sapiel G Théorie et pratique de la formation psychologique de l'étudiant en médecine. *Revue de médecine psychosomatique et de psychologie médicale*. Paris, Privat. 1980 ; 22(2) : 210
- 54- Brazeau C, Boyd L, Rovi S, Tesar CM. A one year experience in the use of Balint groups with third year medical students. *Fam Syst Health*. 1998 ; (16) : 431-6
- 55- Delion P La fonction Balint. Sa place dans l'enseignement et dans la formation psychothérapeutique et son effet porteur dans la relations soignants-soignés. *VST- Revue du champ social et de la santé mentale*. 2007 ; (95) :48-52
- 56- Bachmann JP Réflexions sur la formation à la relation soignant-soigné à partir de l'expérience Balint. *Psychothérapies*. 1990 ; (2) :101-9
- 57- Laperrière S, Turgeon J. Du changement par la formation Balint : expérience avec des résidents en médecine familiale. *Rev Can Psy*. 1993 ; (38) :507-13
- 58- Smith M, Anandarajah G. Mutiny on the Balint : Balancing resident developmental needs with the Balint process. *Fam Med*. 2007; 39 (7): 495-7
- 59- Ryding EL, Jablonski H. Reflections from the battlefield. From mission impossible to possible. An evolution of Balint group work for junior doctors in obstetrics and gynecology at the Karolinska university hospital. *Bulletin Balint*. 2010 ; 12 (46): 19-24
- 60- Lusting M Balint Groups. An Australian perspective. *Aust Fam Physician*. 2006 Aug ; 25(8) : 639-42

- 61- Kjeldmand D, Holmström I. Difficulties in Balint groups: a qualitative study of leaders'experiences. Br J Gen pract. 2010 ; (60) : 808-14
- 62- Puel MA Formation à la relation médecin-malade en groupe à l'université : état des lieux, intérêt, difficultés, évaluation. Atelier proposé au congrès CNGE LYON ; 2012
- 63- Masson C Le Balint au cours de la formation médicale, quelle place, quelle transmission ? Monographie du 32^{ème} congrès national de la société Médicale Balint ; 2002
- 64- Velluet L La place du groupe Balint dans la formation des étudiants en médecine. Monographie de la Société Médicale Balint ; octobre 2010
- 65- Matalon A, Maoz B, Nahmani T. Rabin S. Les groupes Balint d'étudiants : obligatoires ou facultatifs ? Bulletin Balint. 2007 ; (55) : 28-30
- 66- Balint M Psychanalyse et pratique médicale. In : Missenard A (dir.), *L'expérience Balint : histoire et actualité*, Paris, Dunod-Bordas, coll. Inconscient et culture. 1982 ; p. 27
- 67- Torppa MA, Makkonen E, Martenson C, Pitkälä KH. A qualitative analysis of student Balint groups in medical education: Contexts and triggers of case presentations and discussion themes. Patient Educ Couns. 2008 ; (72) : 5-11
- 68- Anzieu D Le travail psychanalytique dans les groupes. Paris : Dunot ; 1972
- 69- Guillou P, Puel MA, Jaury P, Velluet L, Bacqué MF. Culture Balint et cancers. Psycho oncologie. 2008 ; (2) :1-5
- 70- Balint M Gosling ER. Hildebrand P. Le médecin en formation. Paris : Payot, 1979
- 71- Armetz B Psychosocial challenges facing physicians of today. Soc Sci Med. 2001; (52) : 203-13
- 72- Toviola K Medical students' Balint groups in forming professional identity and well-being at work. Balint bulletin. Jun 2010; 12 (46): 10-11
- 73- Fidley C editor. Coping with traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New work: Brunner/Mazel; 1995

- 74- Guinaud M Evaluation du Burnout chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés. Thèse Med : Université Paris XII ; 2006. 79 p.
- 75- Ernst M Le syndrome de Burnout des internes de médecine générale à la faculté de médecine de Strasbourg : prévalence et analyse d'entretiens. Thèse Med : Université de Strasbourg ; 2009. 114 p.
- 76- Pattinson E Le syndrome d'épuisement des professionnels de santé chez les étudiants en troisième cycle de médecine générale en Aquitaine. Thèse Med : Université de Bordeaux II ; 2007. 76 p.
- 77- Piquard D Les ateliers d'inspiration Balint destinés aux étudiants du 4^{ème} doctorat. Rev Med Brux 2006 ; 27 : S 401-3
- 78- Truchot D Le Burnout des médecins libéraux de Bourgogne. Rapport de recherche pour l'Union Régionale des Médecins libéraux de Bourgogne ; 2001 :48
- 79- Vaquin-Villeminey C Prévalence du Burnout en Médecine Générale : Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles. Thèse Med : Université Paris V ; 2007. 59 p.
- 80- Kjeldmand D, Holmström I. Balint Groups as a Means to Increase Job Satisfaction and Prevent Burnout Among General Practitioners. Ann Fam Med. 2008; (6) : 138-145
- 81- Kjeldmand D, Holmström I, Rosenqvist U. How patient-centred am I? A new method to measure physicians' patient-centeredness. Patient Educ Couns. 2006 jul; 62 (1): 31-7
- 82- Mead N, Bower P. Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Social Science & medicine. 2000 ; 51 (7): 1087-1110
- 83- Mead N, Bower P. Patient-centered consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. Patient Education and Counseling. 2002; 48 (1): 51-61
- 84- Sackett DL et al. Evidence Based Medicine. BMJ. 1996 ; (312): 71-2

- 85- Margalit APA, Glick SM, Benbassat J, Cohen A. Effect of a Bio psychosocial Approach on Patient Satisfaction and Patterns of Care. *J Gen Intern Med.* 2004; (19) : 485-91
- 86- Bensing JM, Verhaak PFM. Somatisation: a joint responsibility of doctor and patient. *Lancet.* 2006; (367) : 452-3
- 87- Auger F, Gradeler JD. ETP : un regard Balintien. *Rev Prat Med Gen.* 2010 ; (24) : 650-1
- 88- Khöle K, Obliers R. Les modifications dans le dialogue entre le médecin et le patient après un travail en groupe Balint. Etude psycho linguistique de cohorte de l'Université de Cologne en Allemagne, citée en 2002 par le Dr Heide Otten, présidente de The International Balint Fédération. [document cité par 49].
- 89- Yeheskel Kiderman A, Borkan J, Herman J. A course for teaching patient-centered medicine to family medicine residents. *Acad Med.* 2000 ; (75): 494-7
- 90- Even G Comment fonctionne un groupe Balint. *Rev Prat Med Gen.* Mars 2001
- 91- Raimbault G Clinique du Réel. Edition Seuil ; 1982 : p. 30
- 92- Kay J Traumatic de-idealisation and future of medicine. *JAMA.* 1990; (263) : 572-3

IX- Annexes

A- Les grilles d'entretien

1- Grille d'entretien à destination des internes du groupe Balint

Phrase introductive aux entretiens : cette thèse, réalisée en collaboration avec le Dr Pet rène, a pour objectif d'étudier les apports d'une initiation aux groupes Balint pour les internes de médecine générale en SASPAS. L'entretien consistera à parler **de ton expérience personnelle** dans ce groupe à travers un canevas de questions ouvertes. Arrête-moi si tu ne comprends pas les questions et n'hésites pas à être la plus sincère possible car cet entretien est anonyme.

Nom :

Prénom :

Pseudonyme :

Age :

Faculté d'origine :

Expérience personnelle en médecine générale hors internat : stage 2ème cycle ?

Remplacements ?

Projet d'avenir : remplacement, installation, salariat ?

Nombre de séances auxquelles tus as participé :

Présentation et organisation de l'enseignement

Q1/ Comment as-tu entendu parler de l'enseignement de la relation médecin-patient par une initiation aux groupes Balint mis en place sur l'université pour les internes de médecine générale ?

(Lors du choix de stage du dernier semestre, en cours... les documents remis...)

Q2/ Avais-tu déjà participé à des groupes d'analyses de pratique, des groupes Balint ou autres ?

Q3/ La participation au groupe Balint étant sur la base du volontariat, qu'est-ce qui t'as décidé à y participer ? (raisons : pour le patient, pour les autres (connaissances des participantes), pour soi...)

Q4/ Quelles étaient tes attentes initiales ?

(Quelles étaient tes réticences ?)

Fonctionnement d'une séance

Q5/ Te souviens-tu de comment nous étions installés lors des séances ? D'après toi, qu'est-ce que (la disposition des participants en cercle) cela a apporté ?

(Et à propos de l'expression individuelle ou en groupe ?)

Q6/ Quels étaient pour toi le rôle des leaders dans ce groupe ?

(Leur présence, leurs interventions)

Q7/ Quel était pour toi le rôle de l'enseignant dans le groupe en fin de séance ?

(Théorisation, reformulation synthétique, mise en forme des concepts)

Q7bis/ Sa présence a-t-elle put modifier ta participation au sein du groupe ? (regard d'un enseignant, intrusion d'un tiers dans le groupe...)

Q8/ Te rappelles-tu de la 1ère séance ? En quoi était-elle particulière pour toi ? Comment l'as-tu vécu ?

(Débordements émotionnels ? l'intensité de la 1ère séance t'a-t-elle fait demander si tu allais revenir ?)

Q8bis/ Et les autres séances ?

Présentation d'un cas et implication de l'interne : « avez-vous un cas à présenter ? »

Q9/ Combien de cas as-tu présenté ?

- Si 1 cas : Quel était le cas dont tu as parlé ?

Qu'est-ce qui t'as donné envie de parler de ton cas ?

- Si plusieurs cas : Qu'est-ce qui t'as donné envie de parler de tes cas ?

Quel était le cas dont tu as parlé qui t'as le plus marqué et pour lequel tu pourrais nous en dire quelques mots ?

- Si aucun cas présenté : Qu'est-ce qui a fait que tu n'avais pas envie ? Qu'est-ce qui a été difficile ?

En quoi, écouter le cas des autres t'a apporté plus que de présenter ton propre cas ?

Q10/ En quoi la présentation orale sans support écrit d'un cas non préparé a-t-elle était singulière ? (inhabituelle, difficile, facile)

Q11/ Qu'as-tu pensé de la présentation de ton cas ?

(Partage d'expérience, remémoration, fidélité à la réalité, formulation, revivre la scène, finalisation, présentation ouverte sans questions formalisées)

Q12/ Comment t'es-tu sentie ?

Q13/ Qu'est-ce que les membres du groupe (et les leaders) t'ont apporté sur le cas que tu as présenté ?

(Cerner la problématique, approche globale, vision complémentaire, remises en question, pistes d'amélioration des problèmes du cas...)

Ecoute (participative) des cas des autres participants

Q14/ En quoi t'es-tu senti impliqué dans l'écoute des autres participants ?
(Effet miroir, prise de parole, avis personnel, circulation de parole, dynamique de groupe...)

Q15/ De manière générale, lors de la présentation des différents cas, qu'ont apporté les leaders du groupe au niveau de l'écoute, de la communication entre les participants ?

Q16/ Que t'ont apporté tous les cas exposés lors des 4 séances ?
As-tu observé une progression des thématiques ?

Fonctionnement du groupe : Avantages et inconvénients

Q17/ Quels sont les avantages du groupe pour toi ?

Q18/ Quelles inconvénients as-tu rencontré dans ce groupe auquel tu as participé ?
(Difficultés d'ordre pratique, relationnelle, personnelle...)
(T'es-tu posé la question de quitter le groupe ?)

Pour conclure

Q19/ Comment définirais-tu maintenant les groupes Balint après cette initiation ?

Q20/ En quoi cette initiation au groupe Balint a-t-elle été vécue comme un enseignement ?
Si c'était à refaire y apporterait-tu des modifications ? (plus tôt dans le cursus ? nombre de séances ? caractère optionnel ?...)

Q21/ Quels changements cette initiation au groupe Balint t-a-t-il apporté dans ta vision de la relation médecin-patient ?

Q22/ Sur le plan pratique dans ton activité de médecin remplaçant as-tu observé des changements ?

Q22 bis/ Et si tu étais de nouveau confronté à une situation proche d'un cas que tu as présenté comment te sentirais-tu ?

Q23/ Penses-tu avoir envie de renouveler cette expérience dans un groupe Balint classique ?

2- Grille d'entretien à destination des leaders du groupe Balint

Phrase introductive aux entretiens : cette thèse, réalisée en collaboration avec le Dr Petregne, a pour objectif d'étudier les apports d'une initiation aux groupes Balint pour les internes de médecine générale en SASPAS. L'entretien consistera à parler de votre expérience dans le groupe en tant qu'animateur, de leader, du groupe. N'hésitez pas à être le plus sincère possible, car votre témoignage sera anonyme.

Nom :

Prénom :

Pseudonyme : leader 1 ou 2

Age :

Introduction

Q1/ Pouvez-vous vous présenter ?

Q2/ Comment avez-vous été invité à participer à cet enseignement ?

Q3/ Quels étaient vos objectifs ?

Expérience personnelle

Q4/ Aviez-vous déjà animé des groupes Balint en général ?
Et pour étudiants en particulier ?

Q5/ Pouvez-vous nous préciser votre rôle de leader dans les groupes Balint en général ?

Fonctionnement du groupe

Q6/ Qu'avez-vous pensé de la première séance ?
De façon plus générale, quels types d'expressions émotionnelles avez-vous observées ?
Comment ont-elles été analysées et surmontées ? Par vous et par les participants.

Q7/ et les séances suivantes ?

Q8/ Quelles ont été les particularités de fonctionnement de ce groupe ?
(Positif ou contraintes et difficultés)

Q9/ Comment qualifieriez-vous la dynamique de ce groupe ?
En quoi était-elle différente des autres groupes Balint destinés aux médecins généralistes installés ou remplaçants que vous avez animé ?

Q10/ Pouvez-vous me parler des thèmes abordés par le groupe ?
Quels en sont les particularités ?
(SASPAS et maître de stage et enseignement)

Evolution

Q11/ Que pouvez-vous me dire des changements que vous avez observé au fil des séances ? (Choix, présentation, problématiques des cas... attitude des participantes, qualité de l'écoute et du travail en groupe...)

Q12/ Par votre approche lors de ses séances, que pensez-vous avoir apporté aux internes participants ? (Rôle de leader dans cette initiation au groupe Balint pour internes de médecine générale en SASPAS)

Conclusion

Q13/ Pour vous, quel a été le rôle de l'enseignant ? (observateur non intervenant)
Et sur le contenu de l'enseignement en fin de séance ?

Q14/ Comment analysez-vous le fait qu'il n'y ait eu que des étudiants féminins dans ce groupe ?

Q15/ Quel a été votre ressenti général sur ces quatre séances ?
Êtes-vous prêt à recommencer ? Sous quelle forme ?

Q16/ Pour quelles raisons recommanderiez-vous ou ne recommanderiez-vous pas la pratique des groupes Balint dans la formation initiale à la relation médecin-patient pour les étudiants en médecine générale ?
Sous quelle modalité ? (période du cursus pour débiter (2ème cycle ?, quand dans 3é cycle ?, groupe fixe ou pas, obligatoire/ volontariat, SASPAS ou stage hospitalier....)

Q17/ commentaires générales ou synthèse ?

Evolution

Q12/ Que pouvez-vous nous dire des changements que vous avez observé au fil des séances ? (Choix, présentation, problématiques des cas... attitude des participantes, qualité de l'écoute et du travail en groupe...)

Conclusion

Q13/ Comment avez-vous perçu le rôle des leaders dans le groupe ? Qu'ont-ils, selon vous, apporté aux participants ?

Q14/ Comment analysez-vous le fait qu'il n'y ait eu que des étudiants féminins dans ce groupe ?

Q15/ Quel a été votre ressenti général sur ces quatre séances ?

Q16/ Pour quelles raisons recommanderiez-vous ou ne recommanderiez-vous pas la pratique des groupes Balint dans la formation initiale à la relation médecin-malade pour les étudiants en médecine générale ?

Sous quelle modalité ? (période pour débiter, groupe fixe ou pas, obligatoire/ volontariat, SASPAS ou stage hospitalier....)

Q17/ Réitéreriez-vous cette expérience au DMG de Bordeaux ? Des projets en cours ?

B-Sélection de deux verbatim

1- Entretien n°3 : « Cécile »

Lieu : chez elle ; Durée : 42 min 39 sec.

Thésarde : cette réalisée en collaboration avec le Dr Petregne a pour objectif d'étudier les apports d'une initiation au groupe Balint pour les internes de médecine générale en SASPAS. L'entretien consistera à parler de ton expérience personnelle durant ces 4 séances d'initiation au groupe Balint à travers un canevas de question ouverte. L'entretien est anonyme donc n'hésites pas à être le plus sincère possible, le Dr Petregne ne saura pas qui est qui. Et puis arrêtes-moi si tu ne comprends pas les questions.

Donc pour une question d'anonymat, je vais te demander de choisir un pseudonyme.

Cécile : d'accord, je vais m'appeler Cécile.

Thésarde : Cécile ! D'accord. Quel est ton âge ?

Cécile : alors j'ai 27 ans.

Thésarde : ta faculté d'origine ? Tu es de Bordeaux ?

Cécile : Toulouse.

Thésarde : ah Toulouse, je ne savais pas. Tu es de Toulouse. Donc tu es venu après l'internat.

Cécile : voilà tout à fait.

Thésarde : très bien. Donc tu avais une expérience de médecine générale en dehors de l'internat ?

Cécile : non pas du tout parce que je n'avais pas fait de stage en cabinet pendant que j'étais externe. Voilà et puis après... pendant les groupes Balint c'est ça que tu veux dire ?

Thésarde : euh, oui si tu avais fait également des remplacements du coup parallèlement pendant tes stages obligatoires ?

Cécile : euh, non, non, non. Ben ensuite, pendant le groupe Balint par contre j'avais fait le stage chez le praticien déjà, mais pas de remplacements.

Thésarde : Donc ton projet d'avenir ?

Cécile : pour l'instant remplaçante (rire), et ensuite une installation. Une installation dans les prochaines années, quoi ce n'est pas dans l'immédiat.

Thésarde : ce n'est pas pressé...

Cécile : ...oui.

Thésarde : A combien de séances tu avais participé ?

Cécile : alors j'ai participé à 3 séances.

Thésarde : d'accord, lesquelles ? Laquelle tu as manqué ?

Cécile : la dernière.

Thésarde : la dernière d'accord...et c'était pour des raisons...

Cécile : oui, parce que je ne pouvais pas, j'étais en congé cette semaine-là.

Thésarde : pour des problèmes de congés, d'accord...

Cécile : après j'ai assisté à l'autre cours mais du coup il n'y avait pas de groupe Balint. C'était les autres groupes classiques.

Thésarde : donc les premières questions vont poser sur la présentation et l'organisation de l'enseignement. Comment as-tu entendu parler de cet enseignement à la relation médecin patient sous forme d'une initiation au groupe Balint ?

Cécile : et bien déjà c'est le Dr Petregne qui m'a contacté (rire) parce qu'il y avait la création du groupe à la fac et ensuite, j'avais lu en partie le bouquin du Dr Balint. On nous en avait parlé en cours, les profs, auparavant, donc je me suis dit bon, je vais essayer, voir ce que ça donne et ensuite vu qu'il y a eu le groupe et je me suis dit tiens ça ce serait sympa de voir ce que ça donne en vrai.

Thésarde : donc tu avais quel livre ?

Cécile : la relation...

Thésarde : le médecin, le patient et sa maladie...

Cécile : oui, c'est ça.

Thésarde : parce que tu étais intéressée...

Cécile : oui, oui, oui... je savais qu'il y avait des groupes balint aussi quand on était généraliste installé. Oui je me disais voir un petit peu, explorer. Peut-être que ça m'aurait tenté plus tard...

Thésarde : d'accord. Et tu n'en avais pas entendu parler lors du dernier choix de stage ?

Cécile : si, si, si, aussi (rire). Si, si c'est vrai ils en ont parlé dans l'amphi. Ils ont distribué un papier. Je l'ai pas rempli, oui...

Thésarde : oui, tu t'en souviens. Très bien. Avais-tu déjà participé à des groupes d'analyse de pratique, des groupes de pairs ?

Cécile : oui, il y avait dans mon stage chez le généraliste, un médecin qui m'a emmené dans une soirée groupe Balint. Comme ça, du coup j'ai regardé.

Thésarde : ah, d'accord.

Cécile : il voulait que je voie ça. C'était bien, ils se connaissaient depuis longtemps. Ça a duré quand même 3 heures. Voilà, ils discutaient, c'était très organisé. Il y avait un chef, qui dirigeait la séance. Un autre qui tapé le compte rendu sur ordinateur en temps réel. Et ensuite ils devaient travailler sur une question qu'ils avaient eu la fois précédente. Donc après ils parlaient, en fonction du thème, de cas qu'ils avaient rencontré. Ils faisaient un récit assez bref et puis ensuite tout le monde, à tour de rôle, donnait son avis. Voilà.

Thésarde : et c'était un groupe Balint (interloqué) ?

Cécile : oui, oui c'était un groupe Balint. Parce que le médecin qui dirigeait la séance avait fait une formation Balint.

Thésarde : et il y avait des thèmes imposés ?

Cécile : ils se le fixaient en fait pour la séance suivante. Oui, oui.

Thésarde : et toi, ta place ? Tu observais...

Cécile : oui, oui. Je regardais, j'écoutais... je suis allé qu'une fois mais ils se connaissaient depuis longtemps, ils se parlaient facilement. C m'a surprise.

Thésarde : du coup c'était avec le Dr ...

Cécile : non c'était pendant mon SASPAS, donc après.

Thésarde : en même temps en fait.

Cécile : oui.

Thésarde : donc tu as eu ce groupe Balint classique et puis cette initiation...

Cécile : oui tout à fait.

Thésarde : d'accord. La participation au groupe Balint étant sur la base du volontariat qu'est ce qui t'as décidé à y participer ?

Cécile : euh, et bien déjà l'appel téléphonique du Dr Petregne (rire).

Thésarde : (rire) l'élément déclencheur !

Cécile : non, parce que après je savais pas du tout en quoi cela consistait. Donc, il m'a appelé rapidement et il m'a expliqué et ça m'a intéressé. Je trouve ça... ça permettait de changer des cours classiques, surtout à la fin on a fait un petit peu le tour du système. Donc c'était bien.

Thésarde : tu avais des attentes particulières ?

Cécile : non pas du tout, parce que vu que je découvrais. Non l'attente, peut-être c'était que ce soit justement différent de ce qu'on pouvait avoir eu jusqu'alors à la fac. Un peu moins académique, un peu plus libre. Ce qui a été le cas je pense.

Thésarde : des réticences ? Des appréhensions ?

Cécile : ben oui, s'exprimer personnellement. Ca ce n'est jamais facile. Surtout on se croise à la fac et tout ça... entre internes on ne parle pas toujours forcément de nos pratiques chacun de notre côté. C'était voir un petit peu aussi comment fonctionnait les autres. Oui, c'était marrant.

Thésarde : et tu les connaissais les autres un peu plus ou c'était de simple connaissance de vu ?

Cécile : non, non du tout ; non, non parce que moi du coup je ne suis pas de Bordeaux. Non je ne connaissais pas plus que ça. Les gens que j'ai rencontrés c'était pendant mes stages. Je ne les retrouvais pas forcément en cours.

Thésarde : on va parler du fonctionnement d'une séance. Est-ce que tu te souviens de comment on était installé ?

Cécile : oui, on était en cercle. Avec... voilà on avait disposé 4 tables autour, au milieu... tous en cercle on devait être une bonne dizaine je pense.

Thésarde : qu'est-ce que ça a apporté cette disposition ?

Cécile : et bien au départ c'est un peu déconcertant, parce qu'on n'a pas l'habitude depuis... depuis l'école maternelle on est en rang (rire). Voilà donc en plus face à toi il y a d'autres personnes, tu peux voir tout le monde quasiment. Ça c'est vrai c'est un déstabilisant au début. Mais après, ça s'avère plus facile pour s'exprimer aussi.

Thésarde : qu'est ce qui est déstabilisant ?

Cécile : voilà, c'est quand tu parles, par exemple, tout le monde te regarde en même temps (rire gêné). Alors que quand tu es en rang, tu regardes le professeur qui t'interroges et c'est tout. C'est plus restreint comme public. Oui c'est ça et puis le manque d'habitude tout simplement.

Thésarde : le manque d'habitude de quoi ?

Cécile : de discuter face à plusieurs personnes, d'être dans ce schéma là pour un cours à la faculté.

Thésarde : les leaders, quel rôle ils avaient pour toi ?

Cécile : alors les leaders moi j'en compte 3 : il y avait Mr Petregne qui dirigeait un petit peu l'ensemble et puis il y avait 2 personnes supplémentaires qui étaient plus spécialisées dans le groupe Balint. Ils faisaient ça régulièrement. Ils ont quand même beaucoup intervenus et puis, ils ont dirigeaient la séance. Ils disaient : non à toi de parler ou alors on sort du sujet. Ils

posaient des questions, parce que spontanément on ne s'exprime pas non plus très facilement donc ils posaient des questions pour qu'on poursuive quoi.

Thésarde : pour relancer...

Cécile : oui, relancer, réorienter un peu...

Thésarde : d'accord. Et leur présence...

Cécile : est-ce qu'elle nous a gênés... ?

Thésarde : oui.

Cécile : non je trouvais que c'était bien de voir aussi des gens qui sortaient un peu de la médecine, plus dans la psychologie, la psychanalyse. Je trouvais ça très enrichissant. Ils ont été compréhensif, ils ne nous ont pas mis mal à l'aise, je n'ai pas l'impression. On voyait qu'ils avaient l'habitude eux aussi. Ce n'était pas nouveau pour eux. Je pense que les questions qu'ils ont posé, au final, elles sont logique mais on y pense pas forcément spontanément. C'était un peu un moteur dans la réflexion. Oui c'était bien.

Thésarde : d'accord, ça a amené de la réflexion...

Cécile : oui, oui.

Thésarde : et donc le Dr Petregne, il faisait des interventions en fin de séance ?

Cécile : oui, il nous demandait notre impression sur comment c'était déroulé la séance, ce qu'on en pensait, ce qu'on en attendait pour la prochaine fois. Je crois qu'il nous a aussi demandé de faire des résumés des séances précédentes. Et ça je sais plus si c'était lui ou si c'était les autres intervenants. Mais il me semble que quand on arrivait à une séance, il fallait qu'on fasse déjà le résumé de la séance d'avant. Et puis, déjà c'est lui qui nous a expliqué en quoi ça consistait au départ, Mr Petregne. Voilà faire une synthèse à la fin.

Thésarde : une synthèse de quoi ?

Cécile : une synthèse de la séance.

Thésarde : de ce qui était dit.

Cécile : oui.

Thésarde : sa présence n'a pas modifié ta façon de participer dans le groupe ?

Cécile : non. Il n'y a eu aucun jugement à aucun moment, donc non il était neutre. Et puis, non, non, il ne m'a pas dérangé (rire).

Thésarde : est-ce que tu te rappelles de la 1ère séance ?

Cécile : oui (rire), je m'en rappelle ! Oui, oui, je m'en rappelle.

Thésarde : en quoi elle était particulière ?

Cécile : déjà c'était la lére, donc tout le monde découvrait, était un peu en interrogation sur le déroulement. Et ensuite, (réflexion) c'est allé assez loin (rire gêné) dans les discussions. Voilà, voilà c'était prenant. Oui, il y avait une de nos collègues qui a fait un récit très (hésitation) très chargé en émotions. Donc ça, c'était compliqué un peu... je pense déjà pour elle, et puis pour l'ensemble du groupe, parce que ce n'était pas prévu au départ (rire). Donc d'un autre côté, les intervenants ont laissé la séance se dérouler comme ça. Est-ce que c'est aussi le but. En tout cas ils n'ont pas dit bon ben maintenant on a assez discuté, on va s'arrêter là.

Thésarde : tu trouves qu'ils ont poursuivi ... qu'ils sont allés loin...

Cécile : oui, oui. Peut-être que tu l'interrogeras, je ne sais pas si ça lui a servi en positif, si ça lui a rendu service ou pas. Je ne peux pas dire à sa place et je t'avoue que je ne sais pas.

Thésarde : comment tu l'as vécu cette intensité émotionnelle ?

Cécile : j'étais mal à l'aise forcément, parce que justement le groupe ne se connaissait pas. Moi en plus je ne connaissais pas forcément les autres. Peut-être que vous, vous vous connaissiez entre vous. Oui, c'était très, très, intime, ça m'a surprise qu'il y ait eu ce récit là à ce moment-là. Je ne sais pas.

Thésarde : et après cette séance tu t'es demandé si tu allais revenir ?

Cécile : non, je me suis demandé si personne n'allait aimer (rire gêné). Non, ça m'a pas dérangé parce que c'est... je ne pense pas que je me serais retrouvé un jour dans cette situation. Enfin, voilà, d'avoir envie de parler de truc très personnel au groupe Balint, que je n'ai pas encore analysé ou débriefer. Je sais pas, je ne pense pas que je l'aurais fait. Donc, je ne me sentais pas non plus concerné. Pas par son récit, ce qui lui est arrivé ça peut nous arriver à tous, mais pas le fait d'avoir envie d'en parler à ce moment-là.

Thésarde : et les autres séances, tu te souviens....

Cécile : c'était plus... (Rire) soft ! Après c'était des cas de personnes qui racontaient une expérience professionnelle, un cas clinique qu'il avait vécu. Ça se rapprochait plus de ce que je m'imaginai, oui. Mais au final, je pense qu'on a tous bien parlé. Il n'y avait pas de moment de flottement où c'était trop important. Donc je trouve que ça c'est bien passé. Et je n'ai pas revu (rire gêné)...

Thésarde : oui c'est vrai (en parlant de celle qui avait présenté le cas). Bon on va maintenant parler de la présentation d'un cas. La fameuse question « qui a un cas ? ». Tu te souviens de combien de cas tu as présenté ?

Cécile : euh, je ne crois pas que je n'en ai pas présenté. J'ai participé aux discussions mais je n'ai pas présenté de cas, vu que c'était sur la base du volontariat (rire).

Thésarde : et pourquoi tu n'as pas eu envie de présenter un cas ?

Cécile : ben déjà parce qu'il y a des personnes qui se sont proposées rapidement. Et ensuite, j'avais plus envie d'écouter ce que les autres avaient à dire (rire). J'avais pas de cas qui me tracassaient particulièrement, après on peut discuter de tous les cas avec...ça il n'y a pas de problème.

Thésarde : discuter de tous les cas avec qui ?

Cécile : ben, tous les cas qu'on rencontre on peut les discuter en groupe Balint je pense. Il n'y a pas forcément besoin que ça soit un truc extrême ou très compliqué. C'est plus par le fait que vu qu'il y avait toujours quelqu'un qui se proposait, je ne me suis pas jeté sur l'occasion.

Thésarde : et en quoi écouter le cas des autres t'a apporté plus que si tu avais présenté un cas à toi ?

Cécile : ben déjà, de toute manière, ce que les autres ont raconté moi je l'avis aussi vécu d'une certaine manière. C'est des choses qui me parlaient, donc je pouvais aussi m'en servir pour moi quoi. Et ensuite, ouais je trouvais ça plus intéressant d'écouter que de parler à ce moment-là. C'est aussi, je pense, mon caractère. Des gens qui aiment plus faire à leur façon, moi je trouvais ça intéressant vu que moi je suis un peu...enfin isolé, je n'ai pas beaucoup de récit d'autres personnes donc là ça m'intéressait.

Thésarde : (silence). Tu as déjà plus ou moins répondu, mais en quoi tu t'es senti impliqué dans l'écoute des autres participantes ?

Cécile : c'est à dire qu'après il fallait s'exprimer sur le cas donc il fallait écouter attentivement quoi. Essayer (rire) ...des problématiques, qu'est ce qui a posé problème à la personne qui raconte. Et moi est-ce que j'aurais eu les mêmes ? Est-ce que j'aurais réagi de la même façon ? Voilà.

Thésarde : et tu as exprimé ces idées-là, c'est idées ... tu as essayé de transmettre ces idées-là ?

Cécile : ouais, ouais. Oui parce qu'on avait la possibilité de poser des questions. Pourquoi tu as fait ça, est-ce que... comment tu t'es senti...

Thésarde : et de manière générale lors de la présentation des différents cas, qu'ont apportés les leaders au niveau de l'écoute, de la communication ?

Cécile : ils nous ont aidé des fois à formuler une question, parce qu'ils comprenaient le sens rapidement et puis, après, voilà, ils nous aidaient à poser une question précise pour pouvoir avancer. Ensuite ils donnaient aussi leurs avis sur ce qu'ils avaient entendu, sur ce qu'ils pensaient. Donc du coup ça faisait un avis supplémentaire sur lequel rebondir. C'est nous aider à formuler.

Thésarde : formuler quoi ?

Cécile : formuler nos questions, formuler... à mettre en ordre nos idées.

Thésarde : et dans questions tu veux dire quoi ? Les problèmes de la relation ? Qu'est-ce que tu entends par question ? C'est qui qui avait des questions, c'est les participants ou celui qui exposait le cas ?

Cécile : non, non dans les 2 cas. Vu que j'étais dans le rôle de l'écoute et dans celui de questionner, ils m'ont aidé dans ce cas-là.

Thésarde : ils t'ont aidé à formuler les questions que tu voulais poser ?

Cécile : oui, oui tout à fait. Prendre du recul sur le cas, avoir une vision plus globale parce que on est tenté au début de parler que du médical, est-ce que tu as fait tel geste, ou tel examen complémentaire et en fait rapidement ils nous ont fait comprendre que ce n'était pas ça le but des séances, et que c'était plus voilà se regarder, voir comment on réagit. Ils étaient là aussi pour ça. J'ai ressenti ça comme ça.

Thésarde : qu'est-ce que tous les cas, exposés lors des 4 séances, t'ont apporté ?

Cécile : (réflexion) pas simple ça (rire). Euh ben déjà de se sentir, de voir qu'on a tous les mêmes problèmes, les mêmes problématiques en tout cas. Parce qu'on se dit que oui on fait tous des stages chacun de notre côté et au final personne n'a pas la même formation, au final. Et en fait, tu te rends compte qu'on procède tous un peu de la même façon, c'est quand même assez uniforme. Elle a du se sentir, moins seule... (Rire). Du coup...

Thésarde : donc en participant au groupe, tu vois ça comme un moyen de sentir moins seule ?

Cécile : oui, je pense que c'est aussi pour ça que les médecins le font aussi après quoi. Pour se sortir un peu la tête du guidon (rire) et voir avec d'autres ce qui se passe ailleurs. Se sentir un peu soutenu, faire partie d'un groupe. Oui, oui, je pense que c'est une part importante du phénomène.

Thésarde : et dans les thématiques qui ont été abordées, des cas exposés...

Cécile : il y avait pas mal de médecine générale quand même, vu qu'on avait tous fait des stages en libéral et puis qu'on était quand même en dernier semestre, il y en avait pas mal en SASPAS. Tous d'ailleurs. Non je trouvais que c'était assez varié, justement on s'est pas trop attardé sur le côté médical, donc ça c'était bien. Cela aurait perdu de son intérêt je pense. On se serait vite essoufflé.

Thésarde : ce n'est pas l'objectif, oui.

Cécile : mais ça aurait pu je pense, car spontanément c'est ce qu'on fait. C'est ce qu'on a l'habitude de faire. C'était bien. C'est là que les intervenants avaient tout leur rôle à jouer.

Thésarde : et tu as vu une progression dans les thèmes qu'on a traité, ou c'était toujours un peu les mêmes thèmes, les mêmes problématiques ?

Cécile : non je pense qu'en fait le groupe a vite compris ce qu'il fallait faire parce que je trouve dès la 1ère séance c'était ça. Je ne pense pas qu'on se soit trompé ou fait du hors sujet. Donc à ce niveau-là, je trouve que ça a été constant. Après avec l'habitude, les échanges sont plus faciles, quand on a compris le système, qu'on se connaît un peu, c'est plus simple de

poser les questions, d'écouter différemment. Oui je pense qu'il y a une progression quand même. Après ce n'est pas énorme 4 séances non plus. Moi je n'en ai fait que 3. Je pense que en en faisant régulièrement, tu peux arriver à un bon niveau, à te poser des questions sur le moment dans ta pratique. Tiens, tiens, si le groupe Balint était là... il dirait que... (Rire). On s'influence pas mal je pense aussi après...

Thésarde : c'est une histoire d'influence ?

Cécile : on valide quand même comment les gens ont l'habitude de fonctionner. C'est pour ça que c'est quand même assez personnel comme truc. On voit vite, on imagine vite comment sont les médecins avec leur patient.

Thésarde : oui, quand ils en parlent...

Cécile : oui. Ça c'est malgré nous quand on fait le récit. Et donc après, oui c'est sûr pour une même personne le 1^{er} cas qu'elle raconte et le dernier cas on ne l'analyse pas pareil parce que on est un peu on sait que...

Thésarde : on la connaît un peu et on s'imagine...

Cécile : oui on peut faire que ça

Thésarde : en train de consulter... d'accord.

On va parler du fonctionnement du groupe : des avantages et des inconvénients. Par quoi tu veux commencer ?

Cécile : les inconvénients (rire). Les inconvénients du groupe. On était nombreux déjà, pour s'exprimer ça peut être un facteur limitant. Ce n'était pas choisi, parce que dans les groupes Balint, enfin de ce que j'ai vu en ville, c'est quand même par affinité, ils se connaissent un peu, oui bon on s'entend bien on va faire un groupe Balint. Là c'était le hasard qui nous avait réunis. Les autres inconvénients ? Il n'y avait pas d'homme (rire).

Thésarde : pas d'hommes ?

Cécile : de participants hommes... ah si Mr Petregne c'était le seul avec l'autre Mr aussi. Oui, en participant il n'y avait pas d'hommes. (Silence)

Thésarde : et qu'est-ce que un homme aurait apporté ?

Cécile : euh... justement on ne sait pas... (Rire). Non, après est ce qu'on a une pratique médicale différente en fonction de son genre ? Peut-être je n'en sais rien. Cela aurait été intéressant quand même. Parce qu'il y en a quand même pas mal des hommes dans les cabinets médicaux (rire).

Thésarde : il en reste quand même une proportion honorable (rire) ;

Cécile : oui voilà ! Cela aurait été intéressant de voir. Je ne sais pas pourquoi il n'y en a pas eu. Si c'est le hasard des chiffres ou si ils n'ont pas voulu venir. Je ne sais pas (rire).

Thésarde : tu as rencontré des difficultés d'ordre pratique ? Le fait que ça soit en même temps que les autres cours, ça te convenait les horaires des séances ?

Cécile : oui. Le fait que ça se substitue aux autres cours c'était une très bonne chose (rire). C'était qu'un avantage. C'était quand même beaucoup plus agréable.

Thésarde : des difficultés relationnelles avec certains participants ou avec certains intervenants ?

Cécile : je pense que c'est toujours le même problème dans n'importe quel groupe. Il ne faut pas qu'il y est quelques personnes qui prennent plus de temps de parole que les autres. C'est la seule difficulté mais je pense que là ce n'était pas vraiment le cas parce qu'il y avait des médiateurs qui répartissaient aussi la parole. Quand ils voyaient quelqu'un qui ne s'exprimait pas trop, ils lui posaient une question. Sinon je pense que spontanément, forcément il y a 2, 3 personnes qui s'expriment et puis...là, ça ne s'est pas passé grâce au médiateur.

Thésarde : tu t'es posé la question à un moment de quitter le groupe ?

Cécile : non.

Thésarde : on va finir par quelques questions de conclusion. Donc maintenant comment définirais-tu les groupes Balint ?

Cécile : c'est...on va dire confraternel (rire). C'est la seule fois où on peut avoir un peu de confraternité je pense (rire). Ce n'est pas dans les courriers, les relations dans les congrès que l'on expérimente ça. Et puis c'est de l'expression... je ne dirais pas libre car il y a quand même des règles, heureusement, mais euh... c'est une aide à la réflexion.

Thésarde : la réflexion sur ?

Cécile : la réflexion sur son rôle de médecin, tout simplement. A la fin d'une journée, on sort, on n'a pas forcément envie de réfléchir à tout ce qu'on a pu faire, pu être, donc c'est un petit moment, un break, où on se pose un peu et on se dit : ouais tiens... Grâce aux autres on se pose des questions et on avance un peu. Ça fait du bien, ça oxygène.

Thésarde : c'est intéressant, tu as dit pu faire et pu être. Parce qu'on peut réfléchir sur le soi.

Cécile : ah oui, oui. Parce que dans notre pratique on a l'image que nous renvoie les patients mais on se voit pas forcément tout le temps en permanence. C'est l'occasion de se connaître un peu mieux sur ce versant.

Thésarde : en quoi cette initiation au groupe Balint a t'elle été vécue comme un enseignement pour toi ou pas du tout ?

Cécile : ben oui quand même, c'est peut-être même l'enseignement le plus important qu'on ait eu pendant les 3 ans (rire). Donc, le reste... rien, n'est jamais nul mais bon c'était le plus proche de ce qui nous attend. C'est ce qui nous aidera par la suite. Après les autres cours, ça nous a aidés à faire... soit rechercher, soit se poser des questions médicales. Mais bon après en cours il faut beaucoup d'apports supplémentaires. Alors que je pense ... si on pense souvent au burnout des médecins, ça fait peur aussi. Tiens les généralistes qui sont installés,

ils ont un bon niveau de vie et en fait ils sont malheureux. Moi je pense que c'est parce qu'ils sont isolés tout simplement. Que quand tu as l'occasion de te retrouver avec quelques confrères, pour raconter 2,3 petites choses et parler de ton exercice, ça fait du bien. Je pense que ça nous a montré l'utilité de faire ça. Parce que après on n'est pas obligé...

Thésarde : donc c'est la confraternité...

Cécile : oui, je pense que c'est ça...

Thésarde : et si c'était à refaire tu y apporterai des modifications ?

Cécile : (réflexion) peut-être... quand j'avais vu dans le groupe Balint des médecins, ils se donnaient une fois sur l'autre un petit sujet de recherche. Par exemple...je ne sais pas moi... c'était plus médical c'est sûr mais au final ça leur renvoyait à leur pratique ; c'est comment... je ne sais pas sur les dernières avancées il faut...je ne sais pas sur les dernières publications, ils s'aidaient aussi pour analyser les dernières infos médicales. Je ne sais pas il y a tel médicament ou tel indication qui est sorti pour tel médicament, qu'est-ce que vous en pensez ? Ils s'aidaient aussi sur le côté médical mais bon c'était des séances plus longues. Ils se voyaient souvent. C'était aussi parce que ça les déchargeait vu que ils faisaient en groupe, ils analysaient en groupe, ils avaient une vision un peu plus précise plus rapidement. Rajouter ça.

Thésarde : rajouter ça, ça manquait ! Et par rapport au cursus, le fait que ça soit en dernier semestre tu aurais aimé, envisagé ça plus tôt ?

Cécile : non, par pour moi en tout cas. J'aurais pas été prête, je ne sais pas si j'aurais vraiment compris le sens et l'utilité. Non, non. Pas avant le dernier semestre. Par contre après, peut-être que c'était dans le dernier cours, mais savoir comment s'inscrire dans un groupe Balint après, plus tard, je ne sais pas s'ils en ont parlé après...

Thésarde : oui, ils ont donné leur adresse internet et leur numéro de téléphone. Si ça t'intéresse je pourrais te redonner leur coordonnées. Et dans la fréquence des séances ?

Cécile : bof, ce n'était pas beaucoup. C'était une fois par mois ou mois et demie, ce n'est pas énorme. Oui mais bon d'un autre côté c'est le rythme des cours à la fac, alors il aurait fallu que ça soit en plus. Non pour une initiation je pense que c'est bien.

Thésarde : le fait qu'il n'y est eu que 4 séances ? Tu aurais souhaité plus, moins ou c'était bien ?

Cécile : non je pense que c'était bien.

Thésarde : et le caractère optionnel tu penses qu'il faut qu'il soit maintenu ?

Cécile : oui. (Rire), oui il ne faut pas forcer les gens à parler, à venir. Il faut ne surtout pas forcer, je ne pense pas. Il y a quand même eu du monde sur la base du volontariat, je ne pense pas qu'il y en aura moins sur les autres années. Je pense qu'il faut être volontaire.

Thésarde : quels changements cette initiation au groupe Balint a-t-il apporté dans ta vision de la relation médecin patient ?

Cécile : du recul (rire), que ces questions-là sont importantes aussi quoi. Déjà pour mieux vivre je pense son métier, parce que ce qui pèse au bout d'un moment je pense que c'est les questions relationnelles, les problèmes qu'on peut avoir, le sentiment d'impuissance qui revient, qui peut revenir assez souvent. Savoir qu'on peut influencer ça, qu'on peut changer, s'améliorer, que c'est aussi normal... (Rire)

Thésarde : qu'est ce qui est normal ?

Cécile : et bien d'avoir ce genre de problème, ce genre de difficultés. Ça c'est tout à fait normal. On nous en parle pas beaucoup auparavant, tu seras un bon médecin si tu sais lire les recommandations et les appliquer... il s'avère que ce n'est pas vrai ! Et après je pense que ce n'est pas trop dans la mentalité du corps médical de parler comme ça spontanément. Il faut que ça soit dans une structure, encadré, avec des gens justement qui veulent y assister. Parce que même le peu que j'ai vu dans les cabinets d'associés bon ... si oui ils peuvent discuter de quelques cas qui leurs ont posé vraiment problème mais c'est jamais très personnel. Même travailler en groupe je ne pense pas que ça peut toujours aider de ce côté-là.

Thésarde : ce n'est pas pareil de travailler en groupe et de parler avec un associé que d'aller s'exposer dans un groupe...

Cécile : oui, ça c'est sûr.

Thésarde : et sur le plan pratique dans ton activité de médecin remplaçant, tu as vu des changements dans ta façon d'être ou de faire ?

Cécile : (rire) ce n'est pas facile à dire, je n'ai pas assez de recul (rire) je pense pour voir si j'ai changé ou pas. Il y a déjà pas mal de problèmes organisationnel à assumer. Après je me dis que ça viendra au fur et à mesure aussi. De changements radicaux non je n'en ai pas vu.

Thésarde : une prise de conscience...

Cécile : oui voilà. Surtout de pas rester isolé car petit à petit la motivation, les connaissances ça s'amenuise un peu, donc il faut assister à des choses en groupe. Après à ce qui convient personnellement, se stimuler un peu, progresser quoi. Je pense que les groupes Balint c'est un bon moyen. Après il faut trouver les personnes avec qui tu t'entends... bon ça il faut essayer c'est comme tout.

Thésarde : (silence) je pense que tu y as répondu mais penses-tu avoir envie de renouveler l'expérience dans un vrai groupe Balint ?

Cécile : oui voilà. Une initiation c'est bien mais comme je disais on n'a pas choisi ... donc là je choisirais (rire).

Thésarde : tu choisiras quoi ?

Cécile : déjà ... parce que tous les groupes fonctionnent un peu différemment quand même. Même si c'est sur le même principe, prendre celui qui convient quoi. Et je pensais surtout à l'entente avec les autres participantes. Voilà.

Thésarde : je te remercie.

2- Entretien n°9 : « Django »

Lieu : chez elle ; Durée : 59 min 56 sec.

Thésarde : cette thèse réalisée en collaboration avec le Dr Petregne a pour objectif d'étudier les apports d'une initiation au groupe Balint pour les internes de médecine générale en SASPAS. L'entretien consistera à parler de ton expérience personnelle sous forme d'un canevas de questions ouvertes. N'hésites pas à être le plus sincère possible car l'entretien est anonyme, et n'hésites pas à m'arrêter si tu ne comprends pas les questions. Je vais te demander de choisir un pseudonyme.

Django : un pseudonyme oh là je ne sais pas moi (rire), tu me prends au dépourvu là. Euh, il ne faut pas que...

Thésarde : il ne faut pas que ça soit trop non plus olé, olé (rire) parce que ça va être dans une thèse. Choisis une actrice de cinéma, un chanteur ou...

Django : Django. C'est le dernier film que j'ai vu.

Thésarde : D'accord, ça s'écrit comment ?

Django : tu ne connais pas ? DJANGO.

Thésarde : d'accord c'est un truc de western je crois.

Django : oui c'est le truc de Tarentino, c'est très bien.

Thésarde : d'accord très bien. Quel est ton âge ?

Django : 27 ans.

Thésarde : 27 ans, ta faculté d'origine ?

Django : Tour.

Thésarde : Tour. Ton expérience de médecine générale en dehors de l'internat ?

Django : alors j'avais fait un stage quand j'étais en D2 de 15j en médecine générale en zone rurale en région centre. En réalité c'était un stage d'observation, j'avais suivi 2 médecins généralistes qui travaillaient dans des petits villages de Sologne. Voilà, et puis.... C'est pour la médecine générale les questions ?

Thésarde : oui, oui.

Django : et puis... et avant j'avais fait en ... je sais plus ça devait être en P2, j'avais déjà fait 1 semaine, non ça devait être 3 jours, d'initiation à la médecine générale en stage aussi à Tour.

Thésarde : ah oui, dans un cabinet...

Django : dans un cabinet, c'était proposé par la fac, c'était sur du volontariat. Les 2, les 2 trucs c'était sur du volontariat. Voilà mais ça j'en ai pas beaucoup de souvenirs à vrai dire... c'était 3 jours... 3 fois une demi-journée chez un médecin généraliste. Voilà.

Thésarde : et tu as fait des remplacements parallèlement à tes stages chez le prat ?

Django : à partir du dernier semestre.

Thésarde : ton projet d'avenir au niveau professionnel ?

Django : de m'installer en cabinet ... de groupe.

Thésarde : un peu plus ou moins à court terme, moyen terme ?

Django : pour le moment je n'ai pas trop de vision tout de suite. Moyen terme je dirais, court ou moyen terme.

Thésarde : le nombre de séances auxquelles tu as participé ?

Django : toutes, et je me demandais tout à l'heure si c'était 5 ou 6 ?

Thésarde : 4.

Django : c'est tout !

Thésarde : oui.

Django : on n'a eu que 4 séances !

Thésarde : oui.

Django : ah bon, alors toutes j'étais là à toutes.

Thésarde : toutes. On va parler de l'organisation et de la présentation de l'enseignement. Comment as-tu entendu parler de l'enseignement de la relation médecin-patient sous forme de groupe Balint à l'université ?

Django : c'était pendant mes cours en P1 qu'on en avait parlé en sciences humaines. J'ai acheté et lu le livre de Balint, le médecin, le malade et le patient.... Le médecin, le patient et sa maladie.

Thésarde : dès le P1 tu étais....

Django : oui, oui parce que on était très sensibilisé à ça à ma fac à Tour. Et puis je l'avais acheté avant même d'arriver en P1, ça faisait partie des livres qu'ils nous avaient conseillé de lire pendant les vacances avant l'année de la P1.

Thésarde : c'est vrai ! Au moment où l'on s'inscrit à la fac...

Django : oui, je sais plus... c'était quand on s'inscrivait, ils nous donnaient des conseils pour se mettre à niveau avant de commencer.

Thésarde : d'accord, donc tu avais lu le bouquin...

Django : j'avais... j'avais lu le bouquin, enfin j'avais lu... je n'avais pas tout lu mais c'est gros ! J'avais lu pas mal de bouquin de sciences humaines qui nous avaient conseillé aussi. Voilà, en fait ce que je connaissais depuis longtemps.

Thésarde : et par la suite tu...

Django : après, en cours de sciences humaines et puis après plus tellement pendant tout le... et après on en a entendu parler à l'internat pendant nos cours de médecine générale.

Thésarde : ah oui, pendant nos cours de médecine générale, les profs...

Django : oui, ils ont... oui souvent c'était évoqué. J'ai trouvé. A Bayonne, souvent. Pau, Bayonne.

Thésarde : et particulièrement ce groupe Balint qu'on a monté pour les internes comment tu en as entendu parler ?

Django : ah alors ça... c'était au choix de stage et après j'avais reçu un appel du Dr Petregne, une fois que j'ai choisi le SASPAS en fait. Il m'avait appelé et je lui avais dit que ça m'intéressait.

Thésarde : parce qu'au choix de stage, qu'est-ce que tu te souviens qu'ils avaient dit ? Ils avaient fait un exposé...

Django : ils avaient... non ils nous avaient dit, je sais plus qui c'était, mais il y avait eu une prise de parole à propos du fait qu'ils allaient mettre en place un groupe Balint pour les gens qui feraient un SASPAS au semestre d'après.

Thésarde : donc en fait le Dr Petregne t'a appelé et puis...

Django : il m'a appelé sur mon portable et comme je me souvenais qu'ils en avaient parlé...je sais plus s'ils ne nous avaient pas demandé d'envoyer, de remplir une fiche...

Thésarde : oui.

Django : j'avais du remplir la fiche alors. C'est pour ça qu'il m'a rappelé pour me demander si je confirmais.

Thésarde : tu avais déjà participé à des groupes d'analyse de pratique, des groupes de pairs ou des groupes Balint ?

Django : non, pas avant. En dehors des cours qu'on avait...

Thésarde : aucun prat ne t'avait emmené...

Django : non.

Thésarde : la participation au groupe Balint étant sur la base du volontariat qu'est ce qui t'as décidé à y participer ?

Django : ben la curiosité, je me suis dit que ça devait être enrichissant et en plus je trouvais peu d'intérêt aux cours jusqu'à présent (sourire). A la façon que les cours étaient organisés ça m'intéressait peu, je me disais que j'avais rien à perdre à essayer.

Thésarde : ok, tu avais des attentes initiales ?

Django : euh des attentes... (Réflexion). Je sais plus exactement au moment d'y aller. Je trouvais intéressant de voir, d'avoir la vision d'autres personnes qui faisaient comme moi, d'avoir leur ressenti. Voilà, après pas d'attentes... c'était la curiosité surtout après.

Thésarde : et des appréhensions, des réticences ?

Django : des appréhensions... je trouve que ce n'est pas trop facile de ... d'exprimer ses impressions toujours devant des gens qu'on ne connaît pas. Oui ça peut-être. J'ai pas beaucoup de facilité à prendre la parole en public, à être écouter, tout ça... après ce n'était pas non plus une appréhension angoissante. Je me demandais si ça allait être assez animé, si on allait pouvoir être assez libéré.

Thésarde : tu avais peur qu'on soit... trop formel...

Django : ouais, oui et puis qu'on est du mal à débattre... débattre c'est peut-être pas le mot ouais, mais à dire tout ce qu'on avait sur le cœur.

Thésarde : lié à la présence des encadrant par exemple, des enseignants...

Django : non pas vraiment...

Thésarde : par rapport à nous...

Django : par rapport à nous ouais, vraiment ce qu'on ressent profondément. Ce n'est pas toujours évident, parce que c'est assez intime finalement. Voilà. Et comme on ne se connaissait pas forcément... moi je ne connaissais pas les gens avec qui on allait partager ça. Quoi que ça peut-être plus facile avec les gens qu'on ne connaît pas. Mais c'était plus ça mon appréhension, que ça soit pas assez sincère finalement parce qu'on n'est pas assez libéré vis à vis de la parole.

Thésarde : qu'on reste sur des choses superficielles...

Django : ouais, ou peut-être aussi la peur du jugement des autres. Quand on n'est pas fière de ce qu'on a fait, on n'a pas forcément envie de le crier sur tous les toits (rire).

Thésarde : ok, on va parler du fonctionnement d'une séance. Te souviens-tu de comment nous étions installés dans la salle ?

Django : oui, on était assis en cercle sur des chaises, sans table, sans crayon. Voilà. Il y avait les enseignants qui étaient dispersés parmi nous. Voilà.

Thésarde : et qu'est-ce que ça apporte la disposition en cercle pour toi ?

Django : ben on est vraiment tous face aux autres, les uns... c'est plus ...conviviale je dirais. On ne peut pas se cacher derrière une table, derrière un carnet. C'est vrai qu'on est plus exposé.

Thésarde : quel était pour toi le rôle des leaders dans le groupe ?

Django : d'essayer ben déjà de débiter la séance, d'avoir... pour initier la séance et puis de recadrer un peu parfois, quand on prenait la parole en même temps. De nous orienter un petit peu, de nous encourager à parler. Et puis au début il y avait toujours un petit mot pour résumer la séance d'avant. Ils nous encourageaient surtout je trouve, en nous disant qu'il trouvait que c'était intéressant, qu'on était sur le bon chemin (sourire).

Thésarde : c'est vrai ils disaient ça ?

Django : oui, que c'était assez fort ce qu'on disait et tout. Ça avait l'air d'être intéressant, qu'on suivait bien l'objectif du groupe Balint. Moi c'est ce que j'ai compris dans leurs phrases, souvent au début, ils nous disaient cela. Je me disais oui peut-être que ça aboutissait à quelque chose. Oui sûrement ; D'ailleurs je le ressentais à la fin de la séance en général, que ça avait été riche. Pas toute d'ailleurs, je n'ai pas ressenti ça à chaque fois mais (sourire) il y aura sûrement des questions là-dessus après (rire gêné).

Thésarde : des interventions plutôt en début de séance alors...

Django : et puis après, ils étaient assez discret quand même. Mais parfois juste relancer un peu, savoir si... enfin il y avait simplement une phrase : qui a un cas ? Et puis voilà...

Thésarde : on était prolifique...

Django : oui voilà, ouais non mais ils n'étaient pas très présents finalement. Je pense que ce n'était pas le but.

Thésarde : et le rôle de l'enseignant en fin de séance ?

Django : et je sais plus, ils disaient que c'était fini (rire). Je suis désolé mais à la fin je ne me souviens pas qu'il y ait un gros débriefing à la fin.

Thésarde : c'était le Dr Petregne qui intervenait à la fin... je ne sais pas si tu te souviens de quelque chose.

Django : je me souviens qu'il notait des trucs pendant la séance, mais après à la fin... euh non parfois il intervenait pour sa pratique personnelle, c'était rare.

Thésarde : ça veut dire...

Django : ben il disait qu'en effet il y avait des situations où lui aussi avait du mal, il intervenait dans son... mais je me souviens pas trop qu'à la fin il disait quelque chose de particulier.

Thésarde : ok, et sa présence est-ce qu'elle a modifié ta participation ?

Django : non je ne crois pas.

Thésarde : tu ne le connaissais pas...

Django : je le connaissais pas, non, j'avais dû l'avoir 1 fois ou 2 en séances de 2 heures là. Je n'ai pas fait beaucoup de cours à Bordeaux. Non je ne le connaissais pas bien.

Thésarde : est-ce que tu te rappelles de la 1ère séance ?

Django : oui. Je crois.

Thésarde : en quoi elle était particulière pour toi ?

Django : moi je l'ai trouvé assez... éprouvante parce qu'il y avait des cas difficiles je trouve. Il y a eu beaucoup d'émotions il me semble aussi. Celles... il y avait que des filles... celles qui ont pris la parole, elles avaient beaucoup été très ébranlées parce qu'elles racontaient. Et moi j'avais trouvé ça difficile à supporter en fait. J'avais pas... cette séance-là moi je n'ai pas très apprécié (rire gêné). Ça m'a... je me suis dit qu'on apportait pas grand-chose à parler... que c'est pas la solution d'en discuter comme ça avec des gens qu'on connaissait pas, que ces cas-là précis, je me souviens que je m'étais dit mais pourquoi elles n'en avaient pas discuter avant, pourquoi ça sort là, c'est un trop plein. J'avais ressenti le fait qu'elles auraient dû débriefer avant pour éviter que ça leur fasse aussi mal quelques jours après. Je me disais que si elles avaient pu en discuter à chaud, elles l'auraient mieux vécue en fait. Et je ne sais pas, j'ai eu l'impression qu'on les aidait pas quoi, là.

Thésarde : que ce n'était pas constructif...

Django : oui voilà ce n'était pas constructif exactement. Et du coup après j'appréhendais un peu la suite, je me disais si à chaque fois on se met dans des états pareils ça va pas être très constructif, voilà.

Thésarde : au fond de toi personnellement ça t'a ému aussi ?

Django : oui, oui, ben oui ça m'a ému. Oui j'ai trouvé que c'était à chaque fois des situations... en fait je m'en souviens surtout d'une et du coup on avait un peu rebondi sur que des situations douloureuses comme ça et je m'étais dit... forcément on le ressent toute je pense... on a tous vécu des trucs pareil. Oui je m'étais dit que c'était triste d'arriver à un groupe Balint... de ne pas avoir pu en discuter avant, que ça reste encore trop, trop vif et trop douloureux.

Thésarde : ça t'a rappelé des situations à toi que tu avais vécu ?

Django : certainement, je n'ai pas un souvenir très vif de ça parce que je pense que je n'ai pas vécu des situations aussi douloureuse à priori. Mais je sais que j'ai toujours été très entouré,

moi mon ami il est médecin aussi et je me rends compte que très souvent quand il y a un truc qui m'a un peu touché plus ou moins, j'en parle beaucoup et ça m'aide beaucoup. Mais en effet si on n'est pas forcément entouré de gens qui font comme nous, ça m'aide beaucoup justement d'en discuter avec des gens qui font comme moi, qui savent un peu de quoi je parle. Mais en fait je pense que je me fais un peu mes groupes Balint avec mes amis qui font... bien que je pense que la parole soit pas la même quand on se connaît, quand c'est nos amis. Mais ça m'aide beaucoup quand même de débriefer. Voilà, oui cette 1ère séance je m'en souviens bien et ça m'avait... j'étais mal à l'aise en fait de voir... mais je pense que c'est mon caractère aussi je n'aime pas non plus voir les gens répandre trop leurs émotions (rire gêné) sans pouvoir faire quelque chose.

Thésarde : oui c'est ça, on se sent désemparé...

Django : voilà exactement. Et puis c'est gênant parce qu'on se connaissait pas, que l'on sentait que voilà il y avait un truc fragile et tout et qu'on grattait dessus et moi ça me gêne. Ça me gênait que les gens se mettent à nu comme ça devant du monde qui se connaisse pas.

Thésarde : tu trouves que les leaders, ils ont eu quel rôle dans cette séance ? Tu trouves qu'ils ont fait ce qu'ils devaient ?

Django : je ne sais pas ce qu'ils devaient faire en fait. Oui ils n'ont pas non plus cherché à ... (réflexion) je me rappelle pas trop la façon dont ils ont réagi, il y a pas eu de réactions en fait. En fait on a laissé ... la parole était libre, il y a pas eu...

Thésarde : ... de coupures...

Django : non je n'ai pas eu l'impression. Je n'ai pas eu l'impression qu'ils étaient beaucoup intervenus.

Thésarde : ils ont laissé les flots de la parole sans essayer de la contenir...

Django : je ne me rappelle pas qu'ils aient voulu donner un virage ou un autre.

Thésarde : et tu t'es dit à la fin de cette séance, tu t'es posé la question si tu allais revenir à la suivante ?

Django : ah non, non, non. Je me suis dit que j'allais revenir. Non je n'ai pas douté que je reviendrais mais j'ai espéré que ce serait différent (sourire), oui... je me souviens qu'on avait cours après et ce n'était pas la dernière heure il me semble...

Thésarde : oui je sais plus, si ce n'était pas la pause de midi, non c'était un début d'après-midi ?

Django : oui c'était peut-être le matin, je sais plus mais on avait encore cours après et j'avais l'impression... ça m'avait un peu déconnecté, je n'étais pas très concentré après. C m'avait un peu ébranlé, pourtant je n'avais pas parlé moi, de moi en tout cas.

Thésarde : et les autres séances ?

Django : les autres j'ai eu l'impression que ça se passait plus ... facilement, peut-être qu'on se connaissait un peu mieux du coup. C'était moins ... émouvant, moins triste (sourire) j'ai trouvé. Et du coup après j'ai trouvé que c'était plus intéressant, plus constructif, qu'on avait essayé de faire avancer un peu les... qu'on avait trouvé quelques réponses aux problématiques qu'on se posait. On a pu partager sur ce qu'on disait, ce n'était pas juste un récit et puis point. Il y avait un peu de dialogue entre nous.

Thésarde : on a échangé et ça avait été constructif...

Django : oui, je trouve, un peu plus à chaque fois j'avais l'impression.

Django : on va aller un peu plus dans le détail alors. On va parler de la présentation d'un cas et de l'implication de l'interne avec la fameuse question : « qui a un cas ? » Est-ce que tu te souviens du nombre de cas que tu as présenté durant les 4 séances ?

Django : oui je crois que j'en ai présenté un seul. 1 ou 2. Non je crois que j'en ai présenté un seul.

Thésarde : qu'est ce qui t'avais donné envie de parler de ce cas-là ?

Django : ben parce que le m'étais sentie désemparée pendant une consultation. Que j'avais eu l'impression de ne pas avoir bien réagi face à un patient.

Thésarde : tu peux nous en reparler en quelques mots ?

Django : ben c'était un patient qui était ... obnubilé par son téléphone... à qui je n'arrivais pas du tout à avoir un dialogue avec lui, il n'a pas lâché son appareil. Et j'avais eu l'impression qu'il me manquait de respect et je savais pas du tout comment réagir face à ça et du coup la relation médecin-patient était très mauvaise parce que je n'écoutais pas ses plaintes en fait, mais qu'il ne m'écoutait pas non plus. Enfin, c'était ... il y avait pas de communication du tout, c'était parasité. Voilà je crois que c'est le cas que j'ai présenté, le seul...

Thésarde : oui je me souviens... il était revenu à plusieurs consultations...

Django : oui et qu'à chaque fois c'était la même chose... (Rire)

Thésarde : (rire) ok. En quoi la présentation orale, sans support écrit, d'un cas non préparé a t'elle été singulière pour toi ?

Django : en quoi c'était singulier ?

Thésarde : oui, particulier ? Le fait de pas préparer et que ça soit oral...

Django : ben c'est des cas... je pense que ça aurait été difficile de l'écrire déjà. D'ailleurs j'avais fait un script dessus. Non je trouvais que c'était bien que ça soit à l'oral justement et que ça soit préparé... c'est sûr que ce n'est pas facile de prendre la parole comme ça, je pense qu'on prépare un peu avant c'est pour ça qu'il y avait des blancs...

Thésarde : tu veux dire dans sa tête pendant les silences...

Django : oui, on prépare comment on peut exprimer ce qu'on veut... ce n'est pas complètement spontanée tout de suite. Moi, j'ai eu besoin de revoir un peu la situation dans ma tête avant de prendre la parole. Je ne peux pas...

Thésarde : tu savais que tu voulais le présenter mais il fallait un peu de temps pour...

Django : oui je pense qu'il y a eu un blanc et que je me suis lancée après avoir remis dans ma tête ce qu'il m'avait gêné à ce moment-là. Je pense. Et d'ailleurs, il y a eu des blancs et au final souvent on a eu l'impulsion de parler en même temps (sourire) ! Alors que le blanc durait depuis 1 minute ou 2. Voilà, je me rappelle qu'il y avait un autre cas que je voulais présenter et je n'ai pas eu le temps. Je sais plus ce que c'était. Mais moi il me faut un peu de temps pour prendre la parole (rire gêné).

Thésarde : c'était difficile ces longs moments de silence ?

Django : ben non, parce que moi j'avais la tête... je pensais à mes trucs... ça m'a pas pesé.

Thésarde : c'était plus facile que quand tu as essayé de le faire à l'écrit ce cas ?

Django : ben c'était différent. Non c'est pas plus facile. Ça rend pas... là à l'oral on peut vraiment développer sur ce qu'on a ressenti, sur la façon que ça s'est passée. Voilà quand on écrit un script, il ne faut pas que ça fasse 15 pages non plus. Et puis à l'oral, les autres participantes pouvaient poser des questions et du coup on précise des choses parce qu'on ne sait pas ... quand on a vécu la situation on oublie peut-être de décrire certaines choses. Donc à l'oral c'est plus facile de développer.

Thésarde : et qu'est-ce que tu as pensé de ta présentation ?

Django : euh je ne sais pas.

Thésarde : c'était fidèle à ce que tu voulais retranscrire ?

Django : oui je pense, je pense.

Thésarde : d'accord. Tu t'es pas senti... mal à l'aise, ce n'était pas difficile de revivre, de se remémorer le cas ?

Django : non parce que je me l'étais déjà beaucoup ressassé (sourire). Et que j'en avais déjà parlé en plus. Et du coup ce n'était pas non plus douloureux d'en reparler mais ce n'était pas non plus... je pense qu'il y a eu des situations bien plus douloureuses à propos desquelles on a eu l'occasion d'en parler. Celle-ci était désagréable mais ça ne m'a pas ému tant que ça de le raconter et puis c'était une énième fois parce que moi j'en avais déjà discuté. J'en avais déjà discuté avec ma maitre de stage, j'en avais bien discuté avec mes amis. Parce que ça m'avait marqué mais c'est vrai que j'y avais repensé souvent. Donc je pense que je l'ai exprimé comme je voulais parce qu'à force d'y avoir pensé on a un peu de recul.

Thésarde : est qu'est-ce que les membres du groupe ont apporté dans ton cas ?

Django : ben ça m'a un petit peu rassuré, parce que j'ai... rassuré ! Parce que j'ai eu l'impression qu'il y a d'autres personnes qui n'auraient pas su non plus comment réagir. Donc

que je n'étais pas un cas isolé. Et puis, je pense que ça m'a aidé, après j'avais l'impression d'être un peu plus armé si jamais ça se reproduisait. Parce qu'on m'a encouragé à pas me laisser faire, mais ce qu'avait déjà fait ma maitre de stage. Ca remettait une couche quoi !

Thésarde : ça confirmait un petit peu ce que tu pensais déjà...

Django : parce que ce que les autres m'avaient déjà... et puis après il y a eu des appuis vis à vis de ce cas parce qu'il y a d'autres personnes qui ont raconté que eux aussi ils avaient eu des cas similaires. Donc on se dit que ce n'est pas insurmontable et que ça peut arriver à d'autres et ça finira par plus nous toucher à ce point. Oui ça m'a aidé d'en reparler quand même.

Thésarde : et les leaders ils t'ont aidé ? Ils t'ont apporté des choses ?

Django : ben je me souviens qu'ils ont parlé de l'indifférence que c'était ce qu'il y avait de pire. Et c'était ça en effet qui m'avait le plus touché, j'avais vraiment eu l'impression que je lui étais complètement indifférent. Ils ont mis des mots peut-être sur ce que je ressentais.

Thésarde : tu n'arrivais pas à formuler et c'est eux...

Django : oui peut-être, il me semble que ça s'est passé comme ça.

Thésarde : on va parler de l'écoute des cas des autres participants. En quoi tu t'es sentie impliquée dans l'écoute des cas des autres internes ?

Django : en quoi je me suis sentie impliquée ?

Thésarde : quand tu écoutais le cas que présentait tes collègues internes ?

Django : ah oui à chaque fois je me suis sentie... enfin ça ne m'a jamais pas intéressé. Je n'ai jamais été indifférente aux cas qui m'étaient présentés.

Thésarde : tu as toujours trouvé un intérêt...

Django : oui, ça m'a toujours intéressé.

Thésarde : et en quoi ?

Django : ben parce qu'à chaque fois je pense que c'est un enseignement. C'est toujours des circonstances qu'on peut être amené à connaître, on a toujours des cas plus ou moins similaires dans notre pratique et c'est toujours intéressant de voir comment l'a vécu un autre je pense. C'est un peu égocentrique ce que je dis. Quand on écoute c'est toujours... ça résonne toujours en nous. Donc voilà. (Rire).

Thésarde : on fait ça pour soi... on ne fait pas ça tout le temps pour les autres...

Django : oui, oui. Non mais oui je trouvais que c'était toujours intéressant, j'ai jamais été... je me suis jamais sentie complètement à côté.

Thésarde : de manière générale lors de la présentation des différents cas qu'ont apportés les leaders au niveau de l'écoute et de la communication entre les participants ?

Django : euh de manière générale... je me souviens qu'ils nous encourageaient à pas parler en même temps, à prendre la parole un à un. Ça c'était important. Et puis... moi en fait j'ai eu l'impression qu'ils étaient très discret tout le long, qu'il y avait pas beaucoup... parfois comme je te disais ils m'étaient des mots sur des ressenties. Ça permet de préciser un peu les choses mais pas plus que ça sinon c'était assez bref leurs interventions j'ai trouvé. Ils nous répétaient qu'on était là pour le médecin... qu'il fallait penser à nous quoi. Mais j'ai trouvé qu'ils étaient assez discrets.

Thésarde : ils te l'ont dit pour ton cas ça ?

Django : de penser à soi ? Oui c'était assez valable pour tous. Il me semble que oui ça était dit.

Thésarde : que t'ont apporté tous les cas exposés lors des 4 séances ?

Django : comme je te disais je pense que c'est enrichissant. Ça résonne toujours par rapport à des cas qu'on rencontre. On prend un peu des idées des autres, comment ils ont fait face à ça, comment... et puis on rend compte qu'on a tous les mêmes faiblesses quoi, je pense. Enfin non d'ailleurs pas tous, mais par rapport à ce qu'on a vécu dans notre vie... dans notre avis personnelle aussi. Moi j'ai trouvé que c'était enrichissant de voir qu'on avait tous des failles et que il fallait faire avec et puis qu'il y avait quelques petites solutions. Et que c'était toujours... ça faisait du bien de pouvoir en discuter, de pouvoir se dévoiler un peu, de ce qu'on ressentait.

Thésarde : se dévoiler...

Django : mettre à nu nos faiblesses.

Thésarde : et dans les thématiques qui ont été abordé tu as vu une progression, une redondance ?

Django : ça a commencé très fort, c'était vraiment... le thème c'était vraiment les souffrances. Et puis après il y a eu des séances où c'était un peu plus.... J'ai l'impression que c'était plus ou moins léger dans l'échelle de souffrance (sourire). Mais pas progression ni régression, ça dépendait de la séance. Après on s'entraînait souvent sur le même terrain, à partir du 1^{er} cas ça nous faisait penser...

Thésarde : à une histoire un peu similaire...

Django : oui voilà, on partait souvent parce que ça nous faisait penser à un truc. Une progression, non ... après j'ai remarqué. J'ai trouvé par contre, à chaque fois que la discussion était un peu plus interactive, et plus... on arrivait plus à aller au fond du cas. La progression je l'ai vu là-dedans, dans la façon d'analyser les trucs mais pas dans les thèmes.

Thésarde : un entrainement au fur et à mesure...

Django : oui, je pense que le 1^{er} on ne savait pas trop. Voilà mais les thèmes...

Thésarde : bon on va parler du fonctionnement du groupe : les avantages, les inconvénients. Qu'est-ce que tu veux commencer, par quoi tu veux commencer,

Django : ben les avantages ça me paraît évident, plus il y a de cas plus c'est intéressant. Enfin on ne peut pas faire un groupe Balint tout seul (rire). C'est quoi de ce groupe-là les avantages ?

Thésarde : oui, de ce groupe, de cette expérience-là.

Django : ah oui ! Mais du fait que ça soit en groupe ?

Thésarde : les avantages et les inconvénients à avoir participé à ce groupe, à cette initiation.

Django : ah je n'avais pas compris. Ben c'est un peu redondant ce que je te dis.

Thésarde : c'est des questions pour savoir si tu n'as pas autre chose à ajouter...

Django : oui, non je ne sais pas... les avantages ... je pense que c'était... moi ça m'a enrichie je pense dans ma pratique, c'était un moment que j'aimais bien finalement, de pouvoir écouter. En fait je pense que j'ai préféré écouter (sourire) que de parler.

Thésarde : pour toi c'était plus enrichissant d'écouter que d'exposer...

Django : oui c'est peut-être parce que j'ai exposé qu'un seul cas aussi. Dans la globalité du truc je me souviens plus d'avoir écouté. Et ça j'ai trouvé ça intéressant. Après, en plus de ça je préférerais largement ça plutôt que les cours. C'est aussi un avantage que j'ai trouvé (sourire). Après inconvénients, de ce groupe, je trouvais ça dommage qu'il n'y ait que des femmes.

Thésarde : qu'est-ce que ça aurait apporté ?

Django : je ne sais pas mais du coup ce n'est pas très représentatif de la médecine. Je pense que plus de diversité c'est toujours plus riche. Voilà je ne vois pas d'autres inconvénients.

Thésarde : des difficultés d'ordre relationnels ou pratique ?

Django : non.

Thésarde : bon on va faire quelques questions de conclusions. Comment tu définirais maintenant les groupes Balint ? Tu as déjà lu le livre (sourire) mais comment tu donnerais une définition à quelqu'un qui ne saurait pas ce que c'est ?

Django : c'est un groupe de parole entre médecins qui permet d'exposer des cas qui nous ont semblé compliqué dans le cadre de la relation médecin-patient. D'exposer et d'échanger, sans jugements.

Thésarde : en quoi cette initiation a-t-elle été vécue comme un enseignement ? Ou pas ?

Django : (réflexion) un enseignement... (Silence). Non, pour moi, ce n'est pas vraiment un enseignement... (Gêné), ça l'est pas moins que les cours qu'on a. Mais après... c'est un enseignement sur soi et sur son... je ne sais pas trop (rire gêné).

Thésarde : c'est un enseignement sur soi...

Django : oui, parce qu'on apprend un peu à se connaître je trouve... oui je trouve on apprend à se connaître. Mais après je ne sais pas quelle est la définition de l'enseignement finalement (sourire).

Thésarde : oui c'est ça, qu'est-ce qu'on entend par ce mot-là ? Parce qu'à la base ça était conçu comme un enseignement à la relation médecin-patient.

Django : oui mais pour le coup, les enseignants nous ont pas appris grand-chose, ils nous ont rien appris d'ailleurs, c'est nous qui...

Thésarde : c'est nous qui avons créé notre propre enseignement tu veux dire...

Django : oui, ils ne nous ont pas donné les clefs de toutes les problématiques qu'on abordait. En fait c'est le fait d'en discuter qui nous apporte des réponses, il n'y a pas le maître qui dit c'est comme ça et pas autrement. Justement ce n'était pas du tout l'objectif. C'est en ça que ce n'est pas un enseignement classique.

Thésarde : et si c'était à refaire tu y apporterais des modifications ?

Django : je ne pense pas non. J'essaierais, pourquoi pas de faire un groupe avec différents niveaux... que les SASPAS soient aussi entourés de médecins remplaçants, de médecins installés, que ça soit plus diversifié. Je pense que là il y avait beaucoup de difficultés qui venaient du fait qu'on était stagiaire aussi. Donc je pense que ce n'est pas les mêmes problématiques quand on est installé. Parce qu'il arrive souvent des conflits entre... souvent ! il y avait souvent des problèmes par le fait qu'on était que stagiaire et que du coup notre parole n'équivalait pas forcément à celle du médecin dans le bureau dans lequel on était.

Thésarde : tu vois plus un mélange de SASPAS et de médecin....

Django : je pense que ça pourrait être intéressant de mélanger plus comme je disais qu'il faudrait des garçons, c'est pareil ça pourrait être intéressant. D'ailleurs je trouvais ça intéressant quand Mr Petregne nous faisait part de ces cas à lui, d'ailleurs il n'a pas présenté de cas mais de ces situations...

Thésarde : oui de sa propre expérience...

Django : oui de sa propre expérience...

Thésarde : parce qu'il avait une vision de médecin installé...

Django : oui et que pour le coup pour moi c'est encore enrichissant de savoir comment un médecin qui est installé depuis plusieurs années et tout, comment il peut gérer des situations similaires, parce que là pour le coup c'est plus de l'enseignement. Et moi c'est ce que je recherche en tant que jeune médecin. J'aime bien avoir des avis plus expérimentés que moi. Mais du coup ça perd aussi peut-être la fonction première du groupe Balint. Je pense qu'on est peut-être un peu jeune pour être vraiment dans le groupe Balint comme Balint l'entendait, parce que nous ce qu'on recherche c'est des conseils, de la réassurance, qu'on nous dise oui tu

as fait ça mais ce qu'on peut faire la prochaine fois c'est ça...c'est plus le débriefe avec le maitre de stage qui peut...

Thésarde : on est plus à la recherche de recettes prés emballé...

Django : des petites astuces pour nous aider, parce que juste de déballer ce qu'on a ressenti on peut le faire avec son copain, avec ses parents... on attend parfois quelques conseils.

Thésarde : est ce que les autres participants n'en ont pas donné...

Django : si, si il y en a eu des conseils, si, si. Mais c'était souvent finalement on se rendait compte qu'on avait les mêmes problématiques toutes parce qu'on est au même niveau, parce qu'on n'a pas encore une grande expérience, qu'on était toutes en stage, donc forcément on retrouvait les mêmes trucs et puis on n'avait pas forcément de réponses à se donner...

Thésarde : on n'avait pas encore trouvé...

Django : oui voilà. Donc ça pourrait être intéressant de faire participer des médecins installés, des gens qui ont plus d'expériences. Oui pourquoi pas.

Thésarde : mélanger les générations...

Django : mais après ça n'a pas la même, pour le coupe on n'aurait pas la même liberté de parole peut-être. Parce que là on se sentait assez libre parce qu'on était toutes justement jeunes. Je dis ça parce que j'ai participé à un ...comment ça s'appelle... à un focus groupe, pour une thèse, et j'étais la plus jeune quoi. Et du coup, c'était en plus sur un thème scientifique, ça n'a rien avoir avec le groupe Balint, mais du coup moi qui ne prend pas déjà la parole très facilement j'avais du mal à donner mon point de vu face à des gens qui étaient installés depuis 15, 20 ans. Je me disais que ça n'apporte pas grand-chose. Donc peut-être que cela aurait cet inconvénient si on mettait des plus vieux.

Thésarde : ce serait difficile de s'affirmer...

Django : peut-être ouais. Je dis ça pour moi mais je suis sûre que dans le groupe il y avait des filles qui n'auraient pas été gênée.

Thésarde : par rapport au cursus, le fait qu'on l'a débuté au dernier semestre, c'est une bonne chose ?

Django : oui je pense qu'avant c'est trop tôt.

Thésarde : par rapport à ce que tu dis...

Django : oui je pense qu'avant ça ne sert à rien. On n'est pas... avant on pense surtout... comment dire... au biomédical. C'est surtout la technique, le savoir qui nous importe. Déjà je trouve que c'est déjà tôt pour nous de faire du groupe Balint.

Thésarde : et pourtant il y a déjà des difficultés relationnelles...

Django : oui, oui bien sûr. C'est sûr. Mais j'ai l'impression qu'il y a d'autres problématiques qui se posent avant. Enfin, j'ai l'impression que souvent notre mal être il vient du fait qu'on n'est pas sûr de nous en fait, sur le savoir. Tu vois qu'on ne sait pas apporter de réponses au patient et du coup on est mauvais dans la relation. J'ai l'impression qu'il y a beaucoup de ça. Et c'est pareil quand on est en 1^{er} semestre, souvent les problèmes relationnels c'est ça, on arrive, on ne sait pas répondre aux familles, aux patients, et que du coup on se sent nul, et puis, que eux ils sentent très bien qu'il y a un truc qui cloche. Souvent c'est ça le nœud du problème. Donc bon on n'avance pas beaucoup. Je pense que c'est bien de le faire en dernier semestre.

Thésarde : et le nombre de séances, 4...

Django : je pensais qu'il y en avait 5 (rire). C'était un peu trop peu.

Thésarde : tu aurais aimé un peu plus...

Django : ouais, je pense que ça aurait été intéressant de continuer un peu.

Thésarde : et la fréquence une fois par mois ?

Django : non la fréquence c'est bien je trouve.

Thésarde : pas le faire trop souvent...

Django : non c'est bien d'avoir le temps de murir un peu... non c'est bien.

Thésarde : et le caractère optionnel ?

Django : ça paraît indispensable, il faut ne pas être trainé...

Thésarde : quoi, trainé, entraîné...

Django : oui il ne faut pas être obligé d'y aller. On n'est pas dans un bon état d'esprit je pense. Il n'y a qu'à voir comment se déroulent les cours (rire).

Thésarde : et pourtant on faisait l'appel aussi... à la fin on signait en bas de la feuille...

Django : ah oui, mais c'était obligatoire mais au moins on avait fait le choix de ce mode-là, de s'engager dans le groupe. Après il fallait y aller, oui. On avait choisi d'essayer ça. Et je pense que tous les étudiants n'ont pas envie de faire ça et je le respecte. Il ne faut pas le faire à moitié quand on y est.

Thésarde : oui il faut vraiment s'impliquer...

Django : ben oui, sinon ça n'a vraiment aucun intérêt. Ils ont continué là ou pas ?

Thésarde : je crois que cet hiver il n'y en a pas eu, il ne m'en a pas parlé...

Django : ah bon

Thésarde : il attend un petit peu...

Django : parce qu'il y a autant de SASPAS l'hiver...

Thésarde : c'est un problème de leader surtout. Quels changements cette initiation au groupe balint a apporté dans ta vision de la relation médecin patient ?

Django : changements (sourire)...

Thésarde : est-ce que tu vois tes patients différemment maintenant ?

Django : non (rire), non je ne vois pas mes patients différemment...

Thésarde : et ta relation avec eux tu la perçois différemment ?

Django : (silence) je ne pense pas vraiment, pour être honnête, ça ne m'a pas... je pense que j'ai plus tendance à analyser un petit peu mes réactions peut-être, quoi que je le faisais déjà avant beaucoup, je me suis toujours posé beaucoup de questions (rire). Mais je ne pense pas, ça ne m'a pas changé la vision.

Thésarde : et sur le plan pratique dans ton activité de médecin remplaçant, as-tu observé des changements ?

Django : ben je ne sais pas trop parce que je n'avais pas commencé avant.

Thésarde : oui mais entre le moment où tu étais en SASPAS et maintenant où tu es médecin remplaçant est-ce que tu fonctionnes différemment ?

Django : ah oui forcément, mais est-ce que c'est Balint ?

Thésarde : oui voilà, forcément quelque chose que tu pourrais rapprocher à des choses que tu as vécues dans le Balint...

Django : (silence), sûrement mais j'aurais du mal à l'exprimer. Je pense que je consacre un peu plus de temps à essayer de comprendre la demande du patient, mais est-ce que c'est vraiment Balint (dubitative). Au début, j'étais assez stressée par le temps et maintenant beaucoup moins. Je me dis si j'ai l'impression qu'il y a quelque chose qui ne passe pas dans la communication je vais prendre plus de temps pour essayer de déblayer ça. Et je pense que le fait d'en avoir beaucoup discuté en groupe Balint, ça m'a conforté là-dedans. Et j'ai appris du silence aussi. Déjà en cours à Bayonne ils nous avaient beaucoup sensibilisés là-dessus. Parfois laisser un blanc, comme ils faisaient les leaders, ça poussait à la parole finalement. Ca on l'a vraiment expérimenté, de juste laissé ouvert. On le voit en consultation, parfois il suffit de se taire pour qu'enfin ça sorte ce qu'il voulait voilà.

Thésarde : et si tu étais de nouveau confrontée à une situation proche de celle que tu as présenté comment tu te sentirais ?

Django : ben j'espère que je serais plus à même de m'imposer, je ne peux pas le garantir (sourire). Je pense quand même le fait d'en avoir discuté, je pense que je serais plus performante, j'espère (sourire)

Thésarde : directe...

Django : oui.

Thésarde : oui je suis curieuse de te demander qu'est-ce que tu ferais ?

Django : ben je pense que je ne le laisserais pas rentrer avec son portable (rire). Je lui demanderais de l'éteindre tout de suite ou alors on verra une autre fois.

Thésarde : et du coup ça ne t'ai pas arrivé de nouveau cette situation ?

Django : non mais je ne travaille plus avec ce médecin-là. Ce monsieur-là je ne l'ai jamais revu. Et je n'ai pas eu de cas similaire. J'en ai eu un cette semaine mais il a, quand je l'ai appelé dans la salle d'attente, il avait son portable et il l'a éteint quand même avant d'entrer dans le cabinet. Mais c'est vrai ça m'a fait penser, je me suis dit : ouah-là il va falloir qu'il l'éteigne vite son portable (rire). Ca a mis un peu la pression et finalement il l'a fait tout seul.

Thésarde : est-ce que tu penses avoir envie de renouveler l'expérience dans un vrai groupe Balint ?

Django : oui pourquoi pas, après c'est... C'est vrai que ça m'impressionnera un peu (sourire). Mais non je pense que... oui c'est enrichissant, mais il faudrait un peu que je me fasse violence pour y aller au début, je pense. Et j'ai l'impression que ce serait plus enrichissant un peu plus tard quand je serais un peu débarrassé de... Comment dire... je ne sais pas d'ailleurs si c'est possible (pour elle-même)... que quand j'aurais l'impression d'être plus sûre de moi dans ma prise en charge peut-être, dans ma prise en charge technique peut-être. Parce que c'est encore souvent ça qui me met mal à l'aise moi, c'est quand je ne sais pas. Et donc là ce n'est pas le fait d'en discuter, ça ne m'apporte pas grand-chose d'en discuter, il faut que j'apprenne quoi (rire).

Thésarde : que tu apprennes à dire je ne sais pas ou que tu apprennes à avoir toutes les réponses ?

Django : non, non pas toutes les réponses mais il y a des choses que je devrais, il y a des choses que j'ai oublié depuis l'internat par exemple, et ça ce n'est pas bien de pas pouvoir répondre au patient. Donc ça c'est du travail technique. J'ai l'impression que ça me parasite un peu l'esprit et que du coup ce n'est pas la communication pure qui fait défaut. C'est le fait que derrière je ne sais pas, j'ai un manque de connaissance médical pur. Et puis honnêtement il faut trouver le temps de le faire aussi. Mais je pense que c'est utile, mais moi déjà si je trouvais le temps de faire du sport je serais contente (rire).

Thésarde : oui c'est vrai tu travailles beaucoup, tu travailles 5 jours, 6 jours...

Django : 5 jours et demi oui, et voilà mais il faudrait... il faudrait. Après je ne veux pas te garantir que la semaine prochaine j'entre dans un groupe Balint. Mais je pense que c'est enrichissant vraiment.

Thésarde : ok bon ben c'est fini.

C- Serment Médical

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

NOM DE L'AUTEUR : GOURRIN Emilie

TITRE DE THESE : Apports d'une initiation au groupe Balint dans la formation à la relation médecin-patient des étudiants en SASPAS en DES de Médecine Générale. Etude qualitative par entretien semi-directif.

RESUME

Contexte : Le Département universitaire de Médecine Générale a souhaité mettre en place une initiation au groupe Balint dans le but d'améliorer la formation à la relation médecin-patient en sixième semestre du DES de Médecine Générale.

Objectif : Décrire la mise en place d'une initiation au groupe Balint dédiée à des internes de médecine générale qui sont en dernier semestre et en SASPAS. Etudier le fonctionnement et définir les apports de ce groupe Balint proposé aux internes et qui a été intégré à leur enseignement théorique.

Méthode : Une étude qualitative par entretien semi-dirigé a été réalisée par une interne du groupe auprès des 9 participantes, des 2 leaders et de l'enseignant coordinateur. Les résultats ont été analysés avec l'aide du logiciel QRS Nvivo9®.

Résultats : L'étude montre une bonne implication des participantes aux quatre séances de deux heures sur un semestre. Apport du Balint au-delà du savoir grâce à la qualité des échanges dans le groupe, les participantes ont amélioré leur savoir-être par une prise en compte de leurs émotions dans leur rôle de médecin. Elles améliorent aussi leur savoir-faire, par l'acquisition de compétences en communication, en psychologie et par une réflexion sur leur pratique médicale.

Discussion : La place de cette initiation permet d'aborder l'enseignement à la relation médecin-patient en théorisant l'approche contextuelle. L'expertise du groupe d'internes dynamise l'expression de chacun, permet une écoute active et empathique, et est une aide à la réflexion individuelle. Tout ceci participe à la définition de l'identité professionnelle du futur praticien, à son bien-être et à sa satisfaction professionnelle.

Conclusion : Cette initiation au groupe balint proposée aux internes en DES de Médecine Générale offre une réflexion originale, intéressante et efficace dans la perspective de cet enseignement à la relation médecin-patient et devrait pouvoir être proposée à un plus grand nombre d'étudiants.

Titre en Anglais : Contributions to the doctor patient relationship of a general medicine students Balint group initiation. Qualitative study based on semi-supervised interview.

Discipline-Spécialité doctorale : Médecine Générale

Mots clés : formation initiale, relation médecin-patient, groupe Balint, internes en médecine générale, entretiens qualitatifs.

Date de la soutenance : le 20 mai 2014.