



HAL
open science

Étude de la relation médecin/patient via l'initiation aux groupes Balint chez les internes de 6ème semestre de médecine générale en SASPAS à Bordeaux : analyse qualitative par focus groups et entretiens semi-dirigés

Sidonie Gérard-Labat, Julie Girault

► To cite this version:

Sidonie Gérard-Labat, Julie Girault. Étude de la relation médecin/patient via l'initiation aux groupes Balint chez les internes de 6ème semestre de médecine générale en SASPAS à Bordeaux : analyse qualitative par focus groups et entretiens semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02498511

HAL Id: dumas-02498511

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02498511>

Submitted on 4 Mar 2020

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

Année 2019

Thèse n° 206

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par **Mme Gérard-Labat Sidonie**

Née le 10/12/1990 à Morlaix

Et par **Mme Girault Julie**

Née le 14/12/1988 à Pessac

Le 20/11/2019

**Etude de la relation médecin/patient via l'initiation aux
groupes Balint chez les internes de 6^{ème} semestre de
médecine générale en SASPAS à Bordeaux.**

Analyse qualitative par focus groups et entretiens semi-dirigés.

Directeur de thèse

Pr Pétrègne François

Jury

Madame la Professeure Daubech-Tournier Marie	Présidente
Monsieur le Professeur Castera Philippe	Rapporteur de thèse
Monsieur le Docteur Montariol Yves	Juge
Monsieur le Docteur Sangaré Habib	Juge
Monsieur le Professeur Pétrègne François	Directeur de thèse

Remerciements

À **Madame la Professeure Daubech-Tournier Marie**, présidente du jury,
Professeure des Universités - Praticien Hospitalier de Médecine Psychiatrique
Vous nous faites le très grand honneur de juger ce travail et de présider ce jury. Nous vous prions de croire en notre gratitude et notre profond respect.

Au jury,

À **Monsieur le Docteur Castera Phillippe**, rapporteur de thèse
Professeur associé de Médecine Générale.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger notre travail. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

À **Monsieur le Docteur Montariol Yves**.

Maître de conférence associé de Médecine Générale.

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Permettez-nous de vous témoigner notre profond respect.

À **Monsieur le Docteur Sangaré Habib**.

Médecin généraliste, animateur de groupes Balint, chargé d'enseignement supérieur.

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de ce jury et d'avoir encadré notre initiation à cette méthode à l'Université. Permettez-nous de vous témoigner notre profond respect.

À notre directeur de thèse **Monsieur le Docteur Pétrègne François**

Professeur associé de Médecine Générale.

Merci d'avoir accepté d'être notre directeur de thèse. Nous vous remercions pour votre encadrement et l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Vous nous avez guidé dans une réflexion et le développement de compétences qui nous serviront dans notre exercice futur. Merci pour toutes les autres discussions qui ont découlées de ce travail de recherche.

Remerciements Gerard-Labat Sidonie

A tous les internes qui ont accepté de nous répondre et d'analyser leur vécu et leur pratique.
A Julie pour les discussions, ta disponibilité et les réflexions apportées par ce travail.

A tous les maîtres de stage, co-internes et équipes unis et dévoués croisés durant mon internat avec qui j'ai partagé des moments difficiles et d'autres plus festifs.

A Sébastien, Jean-Marc, Bénédicte, Victor, les praticiens qui m'ont donné le goût de la médecine générale.

A Anne, Julien, Christophe et Bertrand avec qui c'est un plaisir de travailler depuis 2 ans et qui m'ont accompagné dans le début de mon exercice.

A mes amis :

A Coline et Hélène parce que vous pouvez bien partir au bout du monde, on se retrouvera toujours. 20 ans de rires, pleurs, bêtises, fêtes et voyage à vos côtés. A mes amis du collège et du lycée que je suis toujours ravie de retrouver.

A l'équipe bordelaise pour ces années de folie de la rue du cerf-volant aux férias, de Budapest à Lima ; pour les voyages, les weekends filles, les jeux, les déguisements, les raclettes, le ski, la Suze, les barbous, la vache qui tache... A Emilie, JB, Pauline, Marion, Alex, Alice, Camille, JF, bébé Charlie, Mathilde, Jamie, Aurore, Clochette, Petit...A Thibault, Ines et Apolline pour tous ces beaux instants d'amitié déjà partagés et tout ce qui est à venir à Mont-de, Hossegor, Lamonzie, Bonnery ou ailleurs. Ce groupe est né il y a 10 ans, espérons que les prochaines années soient aussi riches et drôles que celles écoulées.

A Mathilde et Fabien parce que vous êtes partout, inclassables, toujours là. Merci pour votre aide et votre amitié, vous êtes toujours disponibles et attentionnés. Que vous veniez en courant, en pédalant ou en ramant, une chambre sera toujours prête pour vous.

Et parce que je ne m'attendais pas à cela en arrivant à Agen il y a 5 ans : Merci à Alix pour ce premier stage ensemble et tout ce qu'on a tissé depuis. A Morgane, Marion, Yacine et Jonathan mes merveilleux colocataires de l'internat, merci pour les débats, l'escalade, les escape-games. Trois années passées en un claquement de doigt tellement c'était intense. A Simon, David, Emma, Salman, Rachel, PL, Ambre. Aux Palois : Lucie, Ines, Clément, Noam, Manon. De l'internat au manoir, des Bardenas à l'Ethiopie, en kilt, à Noel, autour du babyfoot ou d'une guitare... Merci pour tous ces souvenirs et à très vite pour la suite.

Aux copains de Romain devenus les miens : Martin, Elisa, Jordan, Laura, Sophie, Jonathan, Gaelle, Tim, merci pour tous les travaux (souvent les plus difficiles), les soirées, la pétanque.

Aux nouvelles rencontres et retrouvailles à Bergerac, Arnaud, Amélie, Barbara, Etienne, Thibault, Maeva, Constance et tous leurs enfants.

A ma famille :

A mes parents pour leur soutien et leur générosité. Vous m'avez tant transmis ; merci papa pour l'humour et les rêves ; merci maman pour l'empathie et l'introspection. Merci pour l'enfance riche en rires et en voyage, pour la confiance que vous nous avez toujours accordée et l'épanouissement qu'elle a permis.

A Pacôme mon petit frère, on ne se l'avouera jamais mais on reste heureux de se retrouver, ces années de jeux et chamaillades nous ont soudés. Nos chemins sont différents mais j'admire ton côté créatif et ton indépendance. A Clémentine, bébé clem, tu as grandi vite, je

suis partie à Bordeaux et te voilà devenue grande, intrépide, pleine de projets. Bientôt c'est toi qui vas déménager mais crois moi tu ne seras jamais loin de mon cœur.

A mes grands-parents qui m'ont gâté, encouragé et soutenu depuis l'enfance. A mes oncles et tantes, merci pour les vacances, la Tranche, les premières soirées ; les filles vous m'avez guidé et inspiré dans beaucoup de réflexions. A mes 20 cousins : les grands pour les bêtises partagées, les moyens que je n'ai pas vu grandir malgré le nombre de fois où je les ai gardés, les petits pour leur joie contagieuse. A tous les autres cousins plus éloignés mais pourtant si proches. Vous êtes une famille de fous, vivement les prochaines retrouvailles !

A ma belle-famille, Cathy et Christophe merci de m'avoir toujours si bien accueilli, de vous occuper avec tant d'amour de notre Nana. A Paul et Nathan, mes presque petits frères, merci de me faire sentir chez moi dans votre famille, vous êtes d'adorables tontons.

A Romain, mon point de repère, mon meilleur ami. Que te dire que tu ne saches déjà, toi qui me connais par cœur. Merci pour ta patience durant ces années d'étude, pour ton soutien dans mes projets les plus extravagants, pour la tendresse avec laquelle tu me regardes. Merci pour la joie et les rires dont tu emplies notre maison. Avec toi la vie a mille couleurs.

A Hanaé, ma petite Suzette. Tes éclats de rire sont de magnifiques rayons de soleil. Ta peau douce, tes premières farces et ton appétit joyeux nous comblent tous les jours.

Remerciements Girault Julie

Aux **internes ayant participé à cette initiation aux groupes Balint**,
Merci de votre implication et de votre sincérité tout au long des séances partagées ensemble, merci de votre confiance et de nous avoir permis de pouvoir réaliser cette thèse, vous m'avez accompagné pendant tout ce travail.

À **Sidonie**,

A nos échanges et à notre travail enrichis par ses idées pertinentes et sa générosité.

À **tous les médecins de mon entourage**,

Ceux que j'ai rencontré pendant des études, ceux qui ont pris du temps pour mon contribuer à mon apprentissage, ceux qui m'ont touché par leur humanité, ceux qui m'ont fasciné par leur compétences mises au service des patients.

À **Mes Parents Chéris**,

Mes boussoles, MERCI! Votre amour sans fin, vos valeurs et votre courage ont toujours été un moteur pour moi. Merci d'avoir été ma soupape de décompression par téléphone ou au coin du feu. Merci de m'avoir permis de choisir cette voie et de m'avoir soutenu pendant ces très longues études. Ma réussite vous revient en partie.

Aux séances de devoirs du dimanche soir.

À **mon Frère**,

À la force tirée de nos différences, à nos affinités si attendrissantes.

À **Mamie Ama**,

Magnifique gardienne chérie du mantra que j'aspire à adopter un jour, « là il y a de la gêne, il n'y a pas de plaisir ».

À **mon Oncle Philippe**,

À toutes nos conversations passionnantes et passionnées.

À **ma Belle-mère Marie-Christine**,

Merci pour votre soutien et de votre présence, Merci d'avoir élevé un amour de garçon.

À **mes Foraines Chics, Bern, Camille, Dedeck, Pedes et Soso**,

Ces études sans vous auraient manqué d'amour et de joie. J'ai eu la grande chance de grandir à vos coté, rajeunissons ensemble maintenant !

À **tu-te-s Mes ami-e-s, Marion, Olympe, et tous les autres**,

Quel bonheur de vous retrouver à chaque fois !

The last but not the least,

À Mon Merveilleux Oliv,

Mon Monde, quel bonheur d'avoir traversé toutes ces années à tes côtés ! Ton amour, ton humour et ta bienveillance sont mon Paradis.

A toutes nos futures aventures, Je t'aime Fort.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	13
1 AVANT-PROPOS DE SIDONIE GERARD-LABAT	13
2 AVANT-PROPOS DE JULIE GIRAULT	13
CONTEXTE DE L'ETUDE	14
1 LE GROUPE BALINT	14
1.1 <i>L'œuvre de Balint</i>	14
1.2 <i>Définition d'un groupe Balint</i>	19
1.3 <i>Balint et les étudiants</i>	21
2 LA GESTION DES EMOTIONS ET DU RESSENTI EN MEDECINE	22
2.1 <i>L'impact des émotions sur la pratique</i>	22
2.2 <i>Professionnels de santé et burn-out</i>	26
2.3 <i>Impact psychologique de l'internat</i>	29
3 JUSTIFICATION DE L'ETUDE	34
LA QUESTION DE RECHERCHE	35
1 LA PROBLEMATIQUE	35
2 L'INITIATION AU GROUPE BALINT POUR LES INTERNES EN SASPAS A BORDEAUX	35
3 LES OBJECTIFS DE L'ETUDE	36
MATERIEL ET METHODE	37
1 ELABORATION DE L'ETUDE	37
2 RECHERCHE QUALITATIVE	37
3 ENREGISTREMENT DES GROUPES	37
4 ENTRETIENS SEMI DIRIGES (THESARDE S)	38
4.1 <i>Grilles d'entretien</i>	38
4.2 <i>Contact avec les participants</i>	38
4.3 <i>Recueil des données</i>	38
4.4 <i>Déroulement des entretiens</i>	38
5 FOCUS GROUPS (THESARDE J)	39
5.1 <i>Grille d'entretien</i>	39
5.2 <i>Contact avec les participants</i>	40
5.3 <i>Recueil des données</i>	40
5.4 <i>Déroulement des entretiens</i>	40
6 TRAITEMENT DES DONNEES	41
6.1 <i>Retranscription des enregistrements</i>	41
6.2 <i>Analyse des données</i>	41
RESULTATS	43
1 LIEU DE PAROLE	45
1.1 <i>Organisation du lieu</i>	45
1.2 <i>Etat d'esprit Particulier</i>	46
1.3 <i>Lieu d'échange bienveillant</i>	47

1.4	<i>Libération de la parole</i>	47
1.5	<i>Lieu unique</i>	48
2	PARTAGE D'EMOTION	49
2.1	<i>Aborder l'émotion dans la pratique</i>	49
2.2	<i>Intimité</i>	49
2.3	<i>Rompre la solitude</i>	50
2.4	<i>Répondre à une souffrance</i>	50
2.5	<i>Accompagnement empathique</i>	51
3	DECORTIQUER LA SITUATION	52
3.1	<i>Aider l'interne présentant à analyser la situation</i>	52
3.2	<i>Approfondissement du cas par les questions</i>	53
3.3	<i>Comprendre le patient</i>	53
3.4	<i>Dénouer la situation</i>	54
4	RESONANCE	54
4.1	<i>Echo</i>	54
4.2	<i>De la résonance qui invite au partage</i>	55
4.3	<i>Mise en situation virtuelle</i>	55
4.4	<i>Impression de symbiose</i>	56
4.5	<i>De la résonance née l'empathie</i>	56
5	CHEMINEMENT COLLECTIF (ET INDIVIDUEL)	56
5.1	<i>Apprendre de l'expérience des autres</i>	56
5.2	<i>Fonction apostolique</i>	57
5.3	<i>L'individu au sein du groupe</i>	57
5.4	<i>Volonté de faire progresser le groupe</i>	58
5.5	<i>Réassurance du groupe</i>	58
6	SILENCE, ECOUTE ET TEMPS	59
6.1	<i>Les silences</i>	59
6.2	<i>L'écoute</i>	60
6.3	<i>Le temps</i>	61
7	MODIFICATION DE LA PRATIQUE	63
7.1	<i>S'approprier et appliquer la réflexion</i>	63
7.2	<i>Définir son rôle</i>	64
7.3	<i>Mieux comprendre le patient</i>	65
7.4	<i>Améliorer la relation</i>	66
8	MODIFICATION DU VECU	68
8.1	<i>Gérer l'émotion</i>	68
8.2	<i>Gérer l'imprévu</i>	69
8.3	<i>Être plus tolérant avec soi-même</i>	69
8.4	<i>Être à l'aise dans sa pratique</i>	71
9	PASSER DE LA CLINIQUE AU RESENTI	71
9.1	<i>Présentation plus tournée vers le ressenti</i>	71

9.2	<i>Réponses autres que biomédicales</i>	72
9.3	<i>Sortir de la vision scolaire formatée et de la PEC standardisée</i>	72
9.4	<i>Approfondir la subtilité de la relation</i>	72
10	BALINT THERAPEUTIQUE	73
10.1	<i>Le soin Balint</i>	73
10.2	<i>Impression de participer en groupe à une séance de thérapie</i>	73
11	USAGE ET UTILITE DU TEMPS	74
11.1	<i>Amélioration du temps d'écoute</i>	74
11.2	<i>Clé des silences</i>	74
11.3	<i>Prendre le temps</i>	74
12	APPORT DU LEADER	75
12.1	<i>Bienveillance</i>	76
12.2	<i>Discrétion, laisse la discussion évoluer</i>	76
12.3	<i>Analyse plus fine de la discussion</i>	76
12.4	<i>Guide -garant méthode Balint</i>	76
12.5	<i>Statut différent de celui des autres participants</i>	76
12.6	<i>Débute et conclue la séance</i>	76
13	DECOUVERTE DE LA METHODOLOGIE BALINT	77
13.1	<i>Attentes de l'interne</i>	77
13.2	<i>Organisation des séances</i>	78
13.3	<i>Thèmes et problématiques abordés</i>	81
13.4	<i>Définition du Balint</i>	83
14	CHRONOLOGIE DE L'EVOLUTION	84
14.1	<i>Pendant</i>	84
14.2	<i>Après</i>	85
14.3	<i>A venir</i>	86
15	DIFFERENCES ENTRE PARTICIPANTS ET ECOUTANTS	87
15.1	<i>Pourquoi présenter un cas ?</i>	87
15.2	<i>Motivations de non-présentation</i>	88
15.3	<i>Bénéfices ressentis sans présenter</i>	89
	DISCUSSION	91
1	FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	91
1.1	<i>Forces de l'étude</i>	91
1.2	<i>Principaux biais</i>	91
1.3	<i>Comparaison à la littérature</i>	92
2	PRINCIPAUX RESULTATS	94
2.1	<i>Un lieu unique de parole et d'échanges</i>	94
2.2	<i>Les processus psychiques mis en place et l'effet du groupe</i>	95
2.3	<i>Un abord plus approfondi de la relation et du vécu</i>	96
2.4	<i>La réponse à une souffrance, une solitude chez les internes</i>	98
2.5	<i>Le développement de compétences professionnelles</i>	100

2.6	<i>Un rapport au temps, aux silences, à l'écoute en évolution</i>	102
2.7	<i>Particularités entre présentant et écoutants</i>	103
3	PERSPECTIVES	104
4	PROPOSITIONS PEDAGOGIQUES	104
5	PROPOSITIONS DE RECHERCHE	105
CONCLUSION		106
REFERENCES		107
ANNEXES		111

ABREVIATIONS

ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France

CHU : Centre hospitalo-Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

CNIL : Commission Nationale Informatique et Liberté

DMG : Département de Médecine Générale

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

GEAP : Groupe d'Echange et d'Analyses des Pratiques

ISNAR : Inter-Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

ISNI : Inter-Syndicale Nationale des Internes

MBI : Inventaire de Burn-out de Maslach

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SMB : Société Médicale Balint

URLM : l'Union Régionale des Médecins Libéraux

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.

Introduction

1 Avant-propos de Sidonie GERARD-LABAT

Ce travail a été un moment important pour moi, la fin de 9 ans d'étude, le début de ma profession, les projets d'installation et finalement un sujet qui résume mais aussi aide à analyser ce qui s'est passé durant tout ce temps.

Je suis arrivée en médecine avec des envies de chirurgie, d'hôpital, d'urgences mais il m'a rapidement paru évident que ce n'était pas ce qui correspondrait à ma personnalité. J'ai vite remarqué que, finalement, ce qui m'intéressait c'était bien le contact, la relation avec le patient, avec les équipes, avec les familles.

L'internat est selon moi une étape difficile de nos études et de notre vie en général, il marque l'entrée dans la vie active mais d'une manière brutale avec des horaires lourds, des responsabilités immédiates, une charge mentale mais aussi émotionnelle importante.

J'ai eu la chance de vivre la majorité de cette période en colocation avec d'autres internes. C'est ainsi que nous partageons nos expériences positives et celles plus complexes.

Ce besoin de partage et de communication m'a naturellement poussé vers les groupes Balint au 6^{ème} semestre et j'ai apprécié de pouvoir réaliser ma thèse sur ce sujet, aller plus loin dans ce qu'est la relation, la place de l'émotion dans la pratique, les manières de surmonter un peu les situations plus difficiles et qui pèsent parfois sur le quotidien du généraliste.

Je suis satisfaite d'avoir pu réaliser un travail de thèse sur un sujet qui m'intéressait autant.

2 Avant-propos de Julie GIRAULT

La relation médecin-malade m'a toujours intriguée : le contact avec le médecin peut être attendu impatientement, redouté, rationalisé, retardé, multiplié, recherché, affectionné...

Au cours de ma vie précédant le début de mes études médicales, j'ai eu l'occasion de rencontrer toutes ces attentes différentes au sein mon entourage proche. Il en résulte autant de recommandations, de mises en garde, de conseils et autres « histoires de chasse » relatées par mes proches dans le but de m'aider à devenir un bon médecin, selon eux.

C'est intriguée par la complexité de toutes ces attentes que j'ai débuté mes études. Je me suis rapidement rendu compte que j'étais passé de l'autre côté de la barrière. Lors des discussions avec mes proches, je protégeais mes futurs confrères et j'essayais de faire connaître notre point de vue à mon entourage, afin de limiter leurs ressentis d'incompréhension.

Moi aussi, lors de mes échanges avec les patients pendant mes stages, j'avais des attentes les concernant, moi aussi, j'étais contente, triste, en colère, moi aussi j'avais peur.

Favoriser ce lien avec le patient, riche de toutes mes expériences personnelles et professionnelles, est devenu une priorité qui m'a poussé à choisir la Médecine Générale.

C'est avec beaucoup de curiosité que j'ai choisi de participer à cette initiation dont l'énoncé mêlant partage entre pairs et travail de la relation médecin-patient, me plaisait beaucoup. En outre, ces séances survenaient après mon stage aux urgences, qui m'avait fait remettre en question l'importance de cette relation, j'avais l'impression d'avoir été agressée par les patients.

Le travail en groupe Balint m'a énormément apporté et c'est avec beaucoup de satisfaction que j'ai pu réaliser un travail de thèse portant sur cette relation médecin-patient si passionnante et complexe.

Contexte de l'étude

1 Le groupe Balint

1.1 L'œuvre de Balint

1.1.1 Biographie (1) (2)

Michael Balint est né sous le nom de Mihaly Bergsmann en 1896 à Budapest. Il y est devenu docteur en médecine en 1918, sur les traces de son père, juif hongrois médecin généraliste dans la banlieue de la ville.

Il y rencontre également sa femme Alice Székély-Kovacs, fille de Vilma Kovacs, une des premières psychanalystes hongroises, qui l'initie d'ailleurs à la psychanalyse.

Le couple part se former à l'institut de la psychanalyse à Berlin en 1921, fuyant ainsi les persécutions anti-juives hongroises.

Le médecin y suit lui-même une psychanalyse pendant 2 ans avec Han Sachs.

En 1924, M. Balint retourne exercer comme psychanalyste à Budapest et poursuit pendant 2 ans sa thérapie avec Sandor Ferenczi.

Le Dr Balint publie en 1925 « perversion ou symptômes hystériques » qui traite des maladies psychosomatiques.

En 1931, devenu vice-directeur puis directeur en 1933 de la polyclinique de psychothérapie de Budapest, le médecin y monte une première expérience de rencontre entre omnipraticiens en leur proposant de raconter leurs cas « difficiles ».

En 1939, avec la montée du nazisme la famille Balint doit partir s'installer à Manchester. Alice Balint décède cette année-là d'une rupture d'anévrisme de l'Aorte.

En 1949, après avoir obtenu une équivalence de son diplôme et la nationalité anglaise, M. Balint intègre la Tavistock Clinic à Londres où il rencontre sa seconde femme, Enid Albu-Eichholtz.

C'est à cette époque que Michael Balint met en place et supervise jusqu'en 1970 les premiers groupes Balint. Il publie « le médecin, son malade et la maladie » (3) en 1957 et cesse de pratiquer la médecine en 1960.

En 1969, année de fondation de la société Balint, il devient président de la Société Britannique de Psychanalyse.

Le Dr Balint décède le 31 décembre 1970 à 74 ans d'une crise cardiaque durant son sommeil.

1.1.2 Le médecin, son malade et la maladie

Michael Balint publie cet ouvrage en 1957 (3) alors qu'il participe et dirige des groupes Balint à Londres. Il y aborde les enjeux d'une relation médecin-malade de bonne qualité. Pour effectuer cette démonstration il s'appuie sur des cas présentés par les médecins pendant les groupes.

Dans les chapitres concernant le diagnostic il expose les différentes problématiques rencontrées par les médecins au niveau relationnel que ce soit : les demandes répétées, la prescription d'examen complémentaires, les demandes d'avis spécialisés etc. Le but étant de comprendre pourquoi la relation médecin-malade est si souvent insatisfaisante.

« *Pourquoi, en dépit d'efforts sérieux de part et d'autre la relation entre malade et médecin est-elle si souvent insatisfaisante voire malheureuse ? Autrement dit : pourquoi le remède « médecin » n'agit-il pas comme on le voudrait, malgré une prescription apparemment consciencieuse ? Quelles sont les causes de cette situation et comment peut-on y remédier ?* ». Cette citation est extraite de son livre « le médecin, son malade et la maladie », du chapitre 1- Introduction page 13 (3).

D'après M. Balint il est crucial de trouver d'où vient le problème car l'impact sur la pathologie est important ;

« *La réponse du médecin aux offres du malade ou encore aux symptômes apportés par le malade est un facteur d'une très grande importance dans l'évolution de la maladie.* » (Extrait du chapitre 3- Les offres du malades et les réponses du médecin p.45) (3).

La discussion avec des confrères est d'autant plus nécessaire que la source de la mauvaise évolution de cette relation est parfois difficile à comprendre.

Dans la deuxième partie, M. Balint aborde la psychothérapie et ce qu'elle peut apporter à l'omnipraticien face à ces problématiques relationnelles.

A commencer par informer sur les mauvaises attitudes souvent perpétrées par les médecins ;

« *Je répète que les conseils et le réconfort ne sont pas nécessairement mauvais en eux-mêmes ; ils peuvent même être de très puissantes armes thérapeutiques. Ce qui est mauvais c'est qu'ils soient administrés massivement sans évaluation correcte de ce que peuvent être leurs effets dans chaque cas individuel* » (Extrait du chapitre 11- « comment débiter » p.128) (3).

La première étape étant de trouver le vrai problème du patient ;

« *Le premier principe doit donc être : Ne jamais conseiller ou rassurer un patient avant d'avoir mis à jour le problème véritable. Il arrive le plus souvent que lorsque le vrai problème est mis à jour, le patient soit capable de le résoudre sans les conseils et le réconfort du médecin. Autre principe empirique, d'importance aussi grande : le verdict du médecin « vous n'avez rien » ou « vous n'avez rien d'organique » ne rassure presque jamais un névrosé, bien qu'il puisse rassurer un patient physiquement malade.* » (Extrait du chapitre 11- « comment débiter » p.129) (3).

M. Balint explique ensuite quand s'arrêter en soulignant que l'omnipraticien, contrairement au psychiatre peut interrompre une psychothérapie sans pour autant cesser de recevoir le patient pour d'autres motifs.

A l'aide de cas présentés durant les séminaires, M. Balint montre ensuite la position de psychothérapeute prise progressivement par les médecins participants aux séminaires. Il

aborde alors un cas difficile de dépression sévère pour montrer aussi les limites à garder même si on s'intéresse à ce genre de thérapie et comment il faut parfois savoir adresser au spécialiste les cas vraiment compliqués.

Dans la troisième partie, le Dr Balint reprend les grands principes qui ont découlé de ces séminaires à savoir :

- Fonction apostolique : La fonction apostolique correspond aux expressions de la personnalité du médecin dans sa relation au malade. Il en découle que « *chaque médecin a une idée vague mais presque inébranlable du comportement que doit adopter un patient lorsqu'il est malade* ». (Extrait du chapitre 16 - la fonction apostolique p.228) (3). Notamment concernant les problèmes psychologiques du patient, le médecin par manque de formation et par refus de travailler lui-même sur ses propres difficultés proposera sa solution face à tel ou tel problème comme modèle. Il parle même de « *zèle apostolique* », qui parfois est très efficace mais qu'il ne faut pas pratiquer de manière automatique.

- Participation du patient au compromis imposé par la maladie : Ce processus de conversion peut être analysé comme une forme d'éducation du patient. Pour aller plus loin Balint explique qu'au-delà de former le patient à la pratique de l'examen clinique, il faut amener le fait qu'une discussion franche plus psychologique est également nécessaire, « *les patients devraient être éduqués de telle sorte qu'ils acquièrent le sens de leur responsabilité envers leur maladie* » (Extrait du chapitre 18 – le médecin et son patient p.255) (3). La plupart des maladies imposant des modifications d'habitudes de vie, il est nécessaire d'essayer de faire participer le patient à l'ajustement du compromis entre exigences de la maladie et mode de vie. Le degré d'implication du patient dépendant de sa maturité. Sachant que toute privation engendrée par la pathologie peut être vécue comme émanant du médecin et entraîner des émotions très négatives de colère et de rancune. Les réactions varient selon les pathologies et les personnalités des patients, le médecin se doit d'en être averti et d'être formé au relationnel et à la communication.

- Relation antérieure du patient à la maladie : Cette idée de guider le patient dans sa maladie ne doit pas nier le fait que le patient a déjà établi sa propre relation à la maladie qui peut parfois s'être installée longtemps avant le contact avec le médecin. « *Au cours de la période « inorganisée » de la maladie – dont la durée peut varier de quelques minutes à plusieurs années – l'individu se retire progressivement de son environnement et crée d'abord, puis cultive sa propre maladie, tirée de lui seul.* » (19 – le patient et sa maladie p.269) (3). Cette réflexion rejoint la question de savoir d'où vient la maladie, de l'esprit ou du corps ?

- Le défaut fondamental : Balint évoque alors la notion de défaut fondamental qui résulte d'un déséquilibre entre possibilités de l'individu et environnement. Cette théorie lui est surtout utile pour essayer de comprendre les processus mis en place au moment où le patient est seul avec sa maladie. C'est lorsque ses problèmes ressentis passent au stade de conflit intérieur trop important que le patient décide de se plaindre au médecin et apparaît alors la maladie. « *La distinction que je propose de faire entre le « défaut fondamental » et le « conflit » d'une part, et de l'autre les « maladies cliniques » offertes par le patient et parmi lesquelles le praticien doit choisir celle qui ouvre les meilleures perspectives thérapeutiques.* » (Extrait du chapitre 21- résumé et perspectives d'avenir p.306) (3). Parmi les motivations rapportées par Balint pour le patient d'être dans la plainte et de consulter les

médecins, on retiendra : les peurs, les douleurs, le besoin d'attention/amour/sollicitude/sympathie, la recherche de bénéfices secondaires ou d'échappatoires.

- La relation parent/enfant maître/élève : le contact pris avec le médecin fait alors office d'aide à l'adaptation à ce nouveau mode de vie. Il vise la maturité nécessaire à la réadaptation du patient à sa nouvelle situation : « *le rôle du médecin peut se comparer à celui de nos patients et de nos maîtres [...] nous ont influencés soit en aidant, soit en gênant notre évolution vers la maturité* » (Extrait du chapitre 19 – le patient et sa maladie p.275) (3) Cette relation de mentor concerne aussi l'omnipraticien face au spécialiste, pour Balint le médecin spécialisé doit être plus considéré comme « l'expert assistant » du généraliste que comme son maître.

- Prendre son temps : au-delà de ces notions qui peuvent permettre d'appréhender le patient de manière plus psychologique que somatique Balint rappelle que l'omnipraticien n'est pas psychanalyste et qu'il doit trouver la juste mesure qui correspond à sa pratique et cela passe souvent par l'écoute. « *Il est vrai que le fait de ne pas suivre l'allure du patient, de rester toujours en retard sur lui présente de nombreux dangers, car le patient doit non seulement se frayer une voie pour sortir de ses problèmes, mais il doit aussi remorquer son médecin derrière lui. Mais ces dangers sont relativement faibles en comparaison de ceux que comporte la violation injustifiée de l'intimité d'un patient ou la confrontation prématurée avec un problème auquel il n'est pas encore prêt à faire face. Il est également dangereux de presser un patient, de ne pas lui donner un délai suffisant pour qu'il élabore sa propre solution du problème et surmonte ses résistances.* » (Extrait du chapitre 19 - le patient et sa maladie p.275) (3).

- Sortir de la collusion de l'anonymat : Selon Balint le médecin doit être formé à la pathologie clinique pour savoir quels examens complémentaires réaliser sans perdre la responsabilité des réponses faites au patient et sans avoir un recours excessif aux spécialistes ou examens radiologiques par exemple.

- Viser l'amélioration de l'investissement mutuel : dans le cas de l'omnipraticien, l'objectif n'est pas de rompre la relation contrairement à la psychothérapie qui tend à se terminer une fois que le patient a résolu ses problèmes. « *L'essence de la relation omnipraticien-patient réside dans sa continuité et tout traitement, en particulier tout traitement réussi, devrait représenter un accroissement nouveau et considérable du capital commun de la « compagnie d'investissement mutuel »* » (Extrait du chapitre 20 – la psychothérapie par l'omnipraticien p.297) (3). Il faut, selon Balint, que le psychothérapeute puisse déterminer en fonction du patient quelle est la meilleure fin de traitements (au cours des exemples ils ont relevé des patients qui coupent contact, changent de médecin parfois au sein même du cabinet ou poursuivent leur suivi au-delà de la thérapie réalisée).

- Le médecin remède : « *l'instrument de la psychothérapie – la contrepartie du bistouri du chirurgien, du stéthoscope du médecin ou de l'appareil du radiologue – c'est le médecin lui-même, ce qui implique qu'il doit constamment veiller à être en bon état et dans de bonnes conditions de fonctionnement.* » (Extrait du chapitre 20 – la psychothérapie par l'omnipraticien p. 298) (3). Le médecin doit donc prendre soin de sa personne mais aussi apprendre à se servir de lui-même avec confiance et aisance dans toutes sortes de situations

embarrassantes. Balint met d'ailleurs en garde tout médecin qui ne remplirait pas ces 2 exigences d'entreprendre des psychothérapies.

- L'insuffisance de formation : M. Balint évoque ensuite le manque d'apprentissage de la psychothérapie que ce soit chez les psychiatres mais aussi pour les omnipraticiens. Ce constat est mis en parallèle avec l'importance du nombre de patients consultants pour des difficultés d'ordre psychologique. Dans ses perspectives d'avenir, il imagine que tous les étudiants en médecine pourraient acquérir un minimum d'aptitudes psycho-diagnostiques bien qu'il pense cela compliqué au vu des modifications de personnalité et de la maturité que cela nécessiterait.

Dans la dernière partie de son ouvrage il s'adresse aux psychiatres qui voudraient former des étudiants ou des médecins généralistes à la psychothérapie leur rappelant quelques grands principes.

Cet enseignement doit s'appuyer sur la psychanalyse et ne peut ressembler aux autres matières enseignées. C'est cette réflexion qui l'a convaincu d'organiser des groupes de discussions hebdomadaires. Dans l'organisation de ces groupes, il aborde les sujets de la confiance et de la bienveillance nécessaire au bon fonctionnement, des notions de cheminement collectif ; il évoque également la question de l'aménagement du temps, nécessaire à l'écoute et l'introspection. Il explique ensuite l'importance du leader.

Enfin il parle du processus qui selon lui constitue le matériel le plus important de sa méthode de formation : le contre-transfert (médecin/patient, médecin/leader, médecin/groupe). Il s'agit des émotions ressenties durant la consultation ou le groupe, et qui ne doivent pas nous influencer mais être analysées comme partie intégrante de l'aspect relationnel au patient. Il faut s'arrêter, écouter ses ressentis et si besoin les considérer comme symptômes de la maladie du patient.

La fin de l'ouvrage aborde les questions de sélection des participants aux groupes (omnipraticiens et psychiatres) et fait l'état de l'évolution de certaines situations recensées au cours du livre.

Cet ouvrage, comme le conclut M. Balint, pose plus de questions qu'il n'apporte de réponses (ce qui est finalement peut-être la base de la méthode) : Quel est la source du conflit ? Quand débiter un traitement ? Quand l'arrêter ? Qui et quoi traiter ? Comment doser le juste recours aux examens complémentaires et spécialistes ? Pour le médecin quelle posologie et quelle fréquence ? etc.

Cette nouvelle manière d'appréhender notre exercice le rend plus compliqué et plus éprouvant mais aussi plus riche et intéressant.

Les réponses selon l'auteur viendront de l'expérience partagée des omnipraticiens et de la formation des nouvelles générations à cet aspect relationnel et psychologique de la consultation de médecine générale. Il propose donc des groupes de discussion menés par un leader basés sur la bienveillance, l'écoute et le partage des ressentis.

1.1.3 L'approche Balint

La vision de Balint s'oppose à la vision organiciste dominante en médecine. Le médecin généraliste se doit de devenir le spécialiste de « la relation ». Selon lui, c'est en effet par la qualité de son écoute et de son soutien que le médecin a une efficacité thérapeutique face notamment aux maladies découlant de conflits émotionnels ou de difficultés existentielles, maladies fréquemment rencontrées dans l'exercice de ville.

Le médecin devient lui-même médicament et la formation collective des praticiens à la relation a pour but de pallier l'ignorance que nous avons de la posologie, des indications et du maniement de cette thérapeutique qu'est le praticien.

« Faire du Balint, constitue donc une tentative pour se forger une pratique professionnelle plus satisfaisante pour lui-même et plus adéquate pour ses malades : savoir répondre à ce qui lui apparaît comme leur vraie demande et nouer avec eux une relation valorisante où le médecin retrouve une expertise, celle de l'écoute et celle du langage. » (3)

En transposant le modèle analytique à la pratique de ces groupes, Balint visait un changement de personnalité limité mais durable pour les praticiens. La méthode repose sur l'association des points de vue et l'hétérogénéité des pratiques (4).

Dans un article paru en 2000 dans la Revue Médicale Suisse le docteur B. Luban-Plozza résume assez clairement ce qu'est pour lui, qui a pu le rencontrer et travailler avec lui, l'approche de M. Balint. Il explique cette vision en 3 points :

- Développer la compréhension intellectuelle mais aussi émotionnelle du patient
- Reconnaître le vrai conflit, le vrai problème, le secret
- Garder une vision d'ensemble en se libérant des résultats du spécialiste, demeurer responsable de son patient. (5)

1.2 Définition d'un groupe Balint

« 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...» (extrait du livre « le médecin, le malade et sa maladie, chapitre 28-Appendice I p. 318) (6).

Les groupes Balint existent en France depuis 1954, la Société Médicale Balint (SMB) France a été formée en 1967, elle forme les médecins généralistes et autres soignants à la relation médecin-malade.

Le Dr Simone Cohen-Léon propose une définition intéressante des groupes dans une revue sur les psychothérapies psychanalytiques de groupe.

Il s'agit de groupes de 8 à 10 médecins, réunis tous les 15 jours, pendant 2 heures avec un leader, analyste. Ils sont assis en rond, sans table et discutent autour d'un à deux cas qui leur posent problèmes. Ces groupes se réunissent durant plusieurs années.

Ce sont les interactions entre les participants et la liberté d'association autour de ce cas qui permettront identification et prise de sens de la relation médecin-malade au cours du temps. (7)

Comme le rappelle la SMB sur son site internet, quelques règles simples régissent le fonctionnement du groupe :

- Le narrateur présente son cas de manière spontanée ;
- Les membres du groupe ne présentent pas écoutent sans interrompre, sans prendre de notes ;
- Puis ils peuvent questionner, exprimer leurs avis voire leurs émotions (association libre des idées et ressentis) ;
- Chacun respecte la parole des autres sans évaluation ni jugement ;
- Le narrateur cherche à répondre aux questions en découvrant d'un nouveau point de vue sa relation au malade ;
- L'ensemble de la discussion est confidentiel.

Pour ce qui est du rôle du leader :

- Il assure la cohésion du groupe, limite les dérives, protège les participants d'interpellations personnelles, assure la libre circulation de la parole.
- Du fait de sa formation psychanalytique il aide les participants à comprendre les rapport à l'inconscient, leur implication personnelle/professionnelle, les problèmes posés et les processus psychiques mis en jeu dans la relation de soin (8)

Pour aller plus loin dans les processus psychiques mis en place, le Dr Luban-Plozza, dans la Revue Médicale Suisse soulignait que c'est aussi un moment où le praticien peut « *se sentir lui-même patient* » mais aussi « *thérapeute, et de pouvoir amener, par ses intuitions, son collègue à mieux comprendre son patient.* ». (5)

Pour lui il s'agit d'un nouveau mode de recherche correspondant tout particulièrement aux médecins généralistes qui se nourrissent du cheminement collectif pour construire des projets de soins pour leurs patients.

Concernant l'apport de ces groupes à la pratique du médecin généraliste, le docteur Françoise Auger, ancienne présidente de la SMB résumait l'aide apportée au médecin dans un article du concours médical :

Cette formation va aider le médecin à distinguer symptômes fonctionnels et maladie, comprendre la réalité des demandes du patient, démasquer un mal-être derrière certains symptômes et prendre patience dans l'apprentissage de l'écoute globale.

C'est ainsi qu'il pourra savoir « *comment se prescrire lui-même, à quelle posologie et à quel rythme* », apprendre au patient à vivre avec la pathologie.

Mais aussi apprendre pour lui-même à dégager les aspects positifs des émotions ressenties dans la relation médecin-malade, apprendre de lui-même à travers l'écoute du malade. (9)

L'objectif de cette formation à la relation est donc d'augmenter la sensibilité des médecins vis-à-vis de ce qu'il s'y passe consciemment ou inconsciemment et d'accroître le potentiel thérapeutique de cette relation (3).

Enfin dans le groupe Balint il y a une dimension particulière du temps et, du coup, de ce qui en découle à savoir la patience, l'écoute, autant de choses nécessaires à la création d'une atmosphère réceptive. Cet espace, cet état d'esprit permettent d'aller plus profondément dans l'analyse des souffrances des praticiens (4).

Le groupe Balint est composé de 8 à 12 médecins ou soignants, encadrés d'un ou deux leaders de formation psychanalytique. A travers l'étude d'un cas et via l'apport du groupe il a vocation à aider le médecin dans le développement de sa capacité relationnelle avec les malades.

1.3 Balint et les étudiants

Toujours dans le même article le Dr Luban-Plozza raconte la première expérience réalisée avec des étudiants par Balint lui-même. Malgré les difficultés de réalisation et la participation limitée, il rapporte que selon lui les expériences faites durant les groupes Balint ont un impact durable sur l'étudiant et peuvent l'aider au moment de l'élaboration de ses propres sentiments face au vécu du patient.

« Cette élaboration précoce est importante pour l'évolution professionnelle ainsi que pour le développement personnel et humain. » (5).

L'approche Balint est depuis longtemps proposée dans certaines facultés aux étudiants en médecine générale.

D'après la SMB, une formation de type Balint est actuellement disponible pour les étudiants dans 10 universités de médecine en France : Angers, Grenoble, Bordeaux, Rennes, Strasbourg, Paris V, VII, XI et XII.

« Les étudiants souffrent qu'on ne leur demande jamais leurs avis sur leurs contacts avec les malades. Ils vivent des situations difficiles voire traumatiques dès le début de leur « carrière » et on ne les invite pas à s'exprimer sur ce qu'ils ressentent. » (10).

Ces expériences ont été plusieurs fois évaluées :

« l'expérience semble répondre parfaitement à l'attente des futurs médecins généralistes » (faculté de Necker en 2002) (11).

« Au fur et à mesure ils s'enquêtent de l'état de la famille. Les questions et les interventions des étudiants recherchent également un consensus sur la conduite à tenir en cas de situation similaire. Ils recherchent la meilleure attitude à avoir, en regroupant les expériences de chacun. » (facultés de Paris Diderot, Descartes et Nord en 2015) (12).

« 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. » (faculté de Bordeaux en 2012) (13).

« Certains internes avaient fait partie de groupe Balint pendant leur externat et jugeaient cet outil adapté pour l'internat. Cette expérience leur avait été bénéfique. Ce groupe avait une vertu sécurisante. Il avait également permis une meilleure appréhension des émotions » (faculté de Toulouse en 2017) (14).

« *Le groupe Balint est un outil pédagogique privilégié pour les compétences centrales de la médecine générale : la relation, le professionnalisme et l'approche globale* » (faculté de Strasbourg en 2017) (poster en Annexe 1) (15).

Les groupes Balint chez les étudiants ont donc été souvent décrits, analysés mais les études se focalisent sur le déroulement des séances et le ressenti direct des étudiants. L'originalité de notre étude est d'aller plus en profondeur dans l'apport perçu par les étudiants au niveau de la gestion de la relation au malade et plus largement de leurs affects et émotions ressentis dans leur pratique.

Balint par cette méthode de groupe souhaitait former les médecins à la relation avec le patient et en particulier à la gestion de leurs affects et émotions au quotidien. Cet aspect de la relation étant le plus pourvoyeur de mal-être et de difficultés pour l'omnipraticien.

2 La gestion des émotions et du ressenti en médecine

« *Ces émotions du médecin occupent en permanence un large espace dans les consultations, encombrant ou sont refoulées, ignorées.* » (9)

« *N'oublions pas les petites émotions sont les grands capitaines de nos vies et qu'à celles-là nous y obéissons sans le savoir* » Vincent Van Gogh, artiste, peintre (1853-1890)

2.1 L'impact des émotions sur la pratique

2.1.1 Définition de l'émotion

Une émotion est un terme polysémique rendant le choix d'une définition complexe et non exhaustif.

D'après le dictionnaire Le Petit Robert, une émotion est un : « *État affectif intense, caractérisé par une brusque perturbation physique et mentale où sont abolies, en présence de certaines excitations ou représentations très vives, les réactions appropriées d'adaptation à l'événement. (Au sens affaibli) : État affectif, plaisir ou douleur, nettement prononcé.* »

Il semble donc que lorsqu'une émotion est ressentie, il s'en suit des modifications réactionnelles qui pourraient être inadaptées à la situation, physiques ou mentales.

Selon Marc Vanotti (16), les émotions « *permettent de s'adapter au monde et, en particulier, à la rencontre avec l'autre. Les émotions sont en effet ancrées dans des programmes biologiques innés qui contrôlent des ensembles de réponses motrices, comportementales.* »

La mise en jeu des émotions au cours d'interactions avec autrui est inévitable.

La multitude d'interaction quotidienne d'un médecin généraliste, avec ses patients, le rend très exposé aux émotions, notamment en discutant autour de la santé, avec une nécessité de prise de responsabilités.

2.1.2 Les mécanismes de l'émotion

D'après l'auteur P. Philippot, dans son livre « Emotions et psychothérapie » (17), le premier phénomène de l'émotion est l'évaluation émotionnelle, une situation où un élément particulier se voit conférer une signification émotionnelle. Elle est liée à nos expériences et nous est personnelle. Elle donne la couleur de l'émotion.

Il s'en suit la tendance à l'action, « *l'organisme réagit immédiatement et dans toutes ses composantes pour faire face au défi que constitue le caractère émotionnel de la situation. Il peut s'agir d'une opportunité à saisir, d'un danger à éviter, d'un obstacle à détruire. Quoiqu'il en soit, notre organisme se prépare à interagir d'une certaine manière avec son environnement : fuir, se cacher, aller vers, aller contre, etc.* ».

Puis « *un ensemble de réponses émotionnelles sont alors déclenchées. Il peut s'agir de **changements physiologiques** (le cœur va battre plus vite), **expressifs** (l'expression du visage va changer), **comportementaux** (le phobique va avoir un mouvement de recul) ou **cognitifs** (l'attention du phobique va se focaliser sur l'objet phobogène). Toutes ces composantes ne sont pas toujours activées, mais plus elles le sont, plus on considérera qu'il s'agit d'une émotion prototypique.* ».

Finalement il existe le sentiment subjectif, « *coloration subjective de l'expérience par l'émotion. L'individu émotionné se sent et se vit dans un état différent.* ».

Chaque émotion semble donc laisser une trace après son passage. Savoir les identifier et apprendre à les gérer pour mieux les intégrer est indispensable pour vivre avec en harmonie.

2.1.3 Les émotions des médecins face à leurs patients

Une thèse, menée en Isère et en Savoie, chez des médecins généralistes exerçant en cabinet libéral (18) a souhaité étudier les émotions de médecin généralistes ressenties face à leurs patients. Les deux thésards ont pu les classer en 11 catégories.

- Tristesse, peine, déception
- Confusion, embarras, gêne
- Injustice, incompréhension
- Peur, doute, remise en question, anxiété, inquiétude et appréhension
- Culpabilité, regret
- Colère, frustration, énervement
- Impuissance
- Satisfaction, joie
- Tranquillité
- Surprise
- Compassion, identification

Ces émotions sont nombreuses, il faut noter la prépondérance d'émotions négatives parmi les réponses, qui se justifie par l'existence de questions relatives à la prise en charge de patients en soins palliatifs et relatives au vécu de l'erreur médicale. Cependant les auteurs mentionnent que certains médecins participants ont pu citer spontanément des émotions positives.

2.1.4 Les mécanismes de réactions des médecins : mécanisme de défense et contre-transfert

Lors des bouleversements émotionnels le médecin peut se retrouver en difficulté face au patient, à son entourage et tout simplement face à sa propre limite. Une angoisse voire même une vulnérabilité peuvent apparaître (19).

C'est alors que certains comportements réactionnels de défense du soignant peuvent émerger, le Dr I. Moley-Massol, médecin psychanalyste et psycho-oncologue en décrit certains :

- Le mensonge : dans le but de protection du patient.
- La banalisation
- La fuite et l'évitement : pour lutter contre ses propres angoisses
- La fausse réassurance : une seconde forme de mensonge
- Le refuge dans la science
- « L'information abandon » : le soignant se décharge du « poids du savoir »
- L'identification massive au patient et l'apitoiement.

Ces mécanismes de défense nuisent à la relation médecin-patient pour laquelle une communication est essentielle.

Selon la WONCA, la relation entre le médecin généraliste et son patient est constituée de deux individus conscients de leur altérité qui forment ensemble une alliance thérapeutique et « *la valeur de cette relation [...] est déterminée par les capacités de communication du médecin généraliste [...] et est en elle-même thérapeutique* » (20).

Il est évident que l'angoisse, la peur et la sensation d'avoir atteint ses limites, d'être impuissant puissent être ressentis par les médecins généralistes.

Néanmoins il semble important que le praticien intègre ses peurs afin de les comprendre et de s'en libérer. De cette façon, l'omnipraticien pourra faire évoluer et favoriser la relation médecin patient.

Un autre élément dans le vécu de la relation médecin patient incombe au médecin, la notion de contre-transfert, principe fondamental de la formation proposée par M.Balint comme vu précédemment.

En effet, ce phénomène apparaît inconsciemment lorsque le médecin se retrouve face aux émotions du patient, et se structure différemment pour chaque soignant, en fonction de sa personnalité et de ses représentations, sa fonction apostolique.

Dans un article de la revue Exercer, "*Affects des médecins généralistes : approches et solutions pour une juste distance relationnelle. Étude qualitative auprès de 24 médecins généralistes du Sud-Ouest* », (21) tiré d'une thèse d'exercice médicale (22), les auteurs ont souhaité comprendre « *le vécu relationnel et contre-transférentiel des MG avec des questions centrées sur leur personne telles que « selon vous», « pour vous* » ».

Les résultats affirment que le vécu des contre-transferts par les médecins dépendait bien de la personnalité du médecin, mais aussi de « *l'implication affective du médecin, de ses affinités avec le patient, et du contexte du patient* ».

Les techniques des participants mises en œuvre afin de composer avec ce contre-transfert ont été regroupées sous trois formes distinctes :

- La libre expression de leurs affects.
- La dénégation.
- La prise de recul, pour ouvrir un espace de neutralité.

Ces processus rejoignent les mécanismes de défense cités ci-dessus, la fuite et l'évitement, le mensonge ainsi que l'identification massive au patient et l'apitoiement.

Au travers de cet article, il est exprimé que la place donnée au contre-transfert et son vécu dans la relation médecin-patient est individuelle et personnelle, exposant des visions opposées : laisser les émotions s'exprimer ou les renier complètement.

2.1.5 L'impact sur la pratique et les stratégies de gestion des émotions

Les résultats de l'étude sur « *Les émotions du médecin généraliste suscitées par les patients en pratique quotidienne* » menée par les auteurs C.Soulard et M. Stamer (18) mettent en évidence que, de façon pratiquement unanime, certaines situations ont pu entraîner un vécu émotionnel plus fort, des situations qui étaient difficiles à gérer telles que l'accompagnement de fin de vie, l'annonce d'un diagnostic grave, l'erreur médicale ou l'agressivité des patients.

Les émotions sont multifactorielles, certaines sont liées au médecin, son état physique et psychologique, son expérience, et d'autres sont liées au patient, telle que celle émergeant face à un patient en particulier ou à une maladie spécifique.

Concernant la manière d'intégrer les émotions, les résultats exposent des avis contradictoires.

En effet pour certains, « *ils ne doivent pas les extérioriser, pour coller à l'image qu'ils (les patients) se font d'un médecin, c'est-à-dire d'une personne forte, qui ne s'émeut pas. Autrement dit, exprimer leurs émotions nuiraient à leur rôle de médecin.* » (18)

D'autres pensent que justement les « *émotions peuvent parfois disparaître lors des consultations et peser dans la relation médecin-patient* ».

En ce qui concerne les stratégies de gestion des émotions (18), il se distingue :

- L'organisation du rythme de travail
- La prise de distance des patients
- L'épanouissement dans sa vie personnelle
- Privilégier l'échange avec ses pairs via les maisons de santé pluri professionnelles, le travail avec interne, un groupe de pairs, un groupe Balint
- Par la verbalisation à un professionnel : psychothérapeute.

Ces cinq points semblent accessibles et peuvent être mis en place indépendamment les uns des autres dans le temps, agissant à la manière d'un cercle vertueux.

Le cloisonnement de la vie professionnelle permettrait aux médecins de se réaliser dans leur vie personnelle et leur laisserait le temps d'un échange nécessaire de partage avec leurs pairs.

Les émotions sont donc des phénomènes complexes, naturels et spontanés, inévitables survenant lors d'interactions avec d'autres individus.

Les médecins généralistes, particulièrement exposés quotidiennement, ont pu mettre en place certaines réactions de défense, ne leur permettant pas de s'épanouir au travers de la relation médecin-patient.

Néanmoins, certaines méthodes de gestion des émotions ont été individualisées.

La souffrance du médecin survient lorsqu'il se sent dépassé par la surcharge émotionnelle accumulée au cours de sa pratique professionnelle. Une douleur psychologique intense accompagnée de surmenage et d'un appauvrissement des ressources du soignant peuvent alors mener à la survenue du burn-out.

2.2 Professionnels de santé et burn-out

2.2.1 Définition du Burn-out

Le burn-out, ou syndrome d'épuisement professionnel, est devenu un sujet d'étude majeur ces dernières années.

L'évolution des conditions et des organisations de travail est associée à une prévalence croissante des facteurs de risque psycho- sociaux susceptibles de porter atteinte à la santé à la fois physique et mentale (23).

Des chercheurs en socio-psychologie C.Maslach et S.Jackson, ont identifié trois dimensions définissant le burn-out :

Épuisement émotionnel, dépersonnalisation et perte d'accomplissement personnel (24,25).

- **L'épuisement émotionnel** engendre une sensation d'abattement se manifestant par une irritabilité ou des troubles somatiques non spécifiques. Il est peu ou pas amélioré par le repos.
- **La déshumanisation ou dépersonnalisation de la relation** est une perte d'intérêt pour les patients, qui deviennent des objets impersonnels et non plus comme des individus à part entière. Le médecin se détache alors des patients et peut devenir cynique, voir agressif avec ses patients.
- **La diminution de l'accomplissement personnel** impliquant une dévalorisation, ainsi qu'un sentiment d'incapacité.

Néanmoins, le burn-out n'est pas un diagnostic officiel classifié dans les référentiels médicaux de référence tels que la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) de l'Association américaine de psychiatrie.

Le syndrome d'épuisement professionnel se caractérise en tant que syndrome qui réunit un ensemble de signes cliniques et de symptômes d'apparition progressive, dans un contexte multi-causal.

L'échelle MBI est utilisée pour évaluer le burn-out. (26) (voir échelle en annexe)

Chaque aspect des 3 dimensions du burn-out est évalué séparément sous forme de question entremêlées. Il n'y a donc aucun score global définissant le burn-out. Il convient de mesurer chacune des dimensions indépendamment. Des bornes les classent en grade Bas, Modéré ou Elevé. Cet outil permet d'analyser de façon globale ces résultats.

2.2.2 Les symptômes du burn-out

D'après E. Grebot, maître de conférence en psychologie clinique, il existe une étape préliminaire au burn-out, (27) le burn-in en est la phase initiatrice, correspondant au surmenage, à une présence excessive de l'individu sur son lieu de travail.

Le burn-out émerge alors lorsque l'individu épuisé est soumis à des moments de stress intense.

On note 3 types de symptômes à expression variable (27,28) :

- Physiologiques : insomnie, fatigue chronique, douleurs diffuses chroniques, troubles gastro-intestinaux,
- Cognitifs et affectifs : hypersensibilité, pessimisme, désespoir, dépression, indécision, manque de concentration, tendance à tenir les autres responsables de ses problèmes personnels, image négative de soi,
- Comportementaux : absentéisme ou à l'inverse acharnement inefficace au travail, baisse marquée de la productivité, abus de toxiques, irritabilité, agressivité, impulsivité, repli sur soi, tendance au suicide.

« On peut dire que c'est une maladie du surinvestissement dans des tâches qui exigent un dévouement humain important et qu'il induit une perte progressive de l'idéal, de l'énergie et des buts poursuivis. » (27).

2.2.3 Le burn-out chez les professionnels de santé

Depuis les années 2000, plusieurs études ont été menées en France afin d'étudier le syndrome d'épuisement professionnel auprès de la population des médecins généralistes.

Il semble intéressant d'évoquer une étude menée en 2006, par l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML), auprès de médecins libéraux franciliens (29,30).

En effet cette analyse quantitative met en évidence que « la moitié des répondants (53 %) se déclare spontanément menacés par le burn-out syndrom », et plus spécifiquement (de façon significative) la population de médecins généralistes de l'étude, avec un taux de 60,8%.

2.2.3.1 Les causes du burn-out

Les causes du burn-out sont multiples et variées et se potentialisent entre elles.

Il semblerait qu'on puisse les classer en trois catégories :

- Les facteurs individuels, liés au médecin : le sexe, l'âge et le nombre d'années travaillées, le statut marital, le nombre d'enfant, la maladie, la consommation d'alcool et la prise médicamenteuse, l'état de santé, le désir de reconversion, la personnalité et l'orientation de carrière
- Les facteurs intrinsèques à la pratique de la médecine : la relation avec les patients, l'incertitude des soins, la relation avec ses confrères, la charge de travail qualitative, la satisfaction vis à vis du travail
- Les facteurs extrinsèques : la charge de travail, le nombre de garde et de travail le week-end, la zone de densité médicale du lieu d'exercice, le déséquilibre entre vie privée et professionnelle, la formation continue et le travail universitaire, l'organisation et lieu de pratique, l'aspect financier, les problèmes judiciaires, les contraintes administratives, le temps consacré aux loisirs et le nombre d'heure de sommeil

Concernant l'étude URML de 2006 (7), parmi les causes de la survenue de ce syndrome, les plaintes les plus énoncées sont « *"l'excès de paperasserie" (96%). Viennent ensuite "la non-reconnaissance de l'action du médecin" (90,1%), "la charge de travail" (89,1%), "l'augmentation des contraintes collectives" (88,6%), "la longueur des journées" (85,3%) puis "l'exigence des patients" (84,1%).* »

Les causes d'ordre médicale étaient alors prédominantes, néanmoins d'autres facteurs étaient ressortis, tels que l'âge (45-50 ans), le fait d'être célibataire, le fait de réaliser plus de 6000 actes par an, de consulter sans rendez-vous, de réaliser des visites à domicile (31).

2.2.3.2 Les facteurs protecteurs

Néanmoins, certains facteurs protecteurs émergent de cette étude (30)

- L'exercice d'une activité salariée, permettant de soustraire le médecin à la tâche de gestion du cabinet
- La prise de vacances
- Les groupes de pairs
- La prise en charge psychologique
- La prise de médicaments
- Les groupes Balint.

Les facteurs protecteurs du burn-out sont superposables aux moyens stratégiques de gestion des émotions décrits ci-dessus. (cf. paragraphe 2.1.5 de cette thèse)

Cette convergence montre le bénéfice de l'aménagement de la vie professionnelle libérale (cloisonnement avec sa vie personnelle) ou du choix d'un exercice salarié libérant le médecin des tâches administratives.

Ces résultats soulignent également l'importance du partage des pensées ou des ressentis dans la lutte contre la survenue de l'état critique du syndrome d'épuisement professionnel, que ce soit en se ressourçant avec sa famille, en prenant des vacances, ou en échangeant avec ses pairs.

La communication avec ses confrères peut être informelle, aux cours d'un échange avec les autres médecins travaillant dans le même cabinet médical ou bien avec ses amis. Le cadre peut être aussi plus structuré, à l'occasion de groupes de pairs ou alors durant de séances de groupes Balint.

2.2.3.3 Les conséquences du burn-out chez les médecins

Au sein de l'étude URML de 2006 (30), les principaux retentissements avancés par les médecins concernent la diminution de l'accomplissement personnel (90,1%) et la dégradation de la relation médecin - patient (85%), qui se trouvent être deux des trois dimensions du burn-out.

La dépersonnalisation des médecins généralistes induit un probable déséquilibre de la qualité de la relation médecin-patient avec une baisse de l'écoute. Dans leur pratique professionnelle, ils se sentent moins concernés et proposent moins de temps d'expression au patient (24).

Par ailleurs le patient est devenu un consommateur plus actif du système de santé. L'accès aux informations médicales est facilité par l'amplification du nombre de sources

d'information disponibles par le réseau internet. Les droits du patient ne font que progresser et s'affirmer, notamment avec l'accroissement du nombre de maladies chroniques et l'augmentation de la durée de vie des patients. Il est important de noter aussi l'augmentation de la judiciarisation de la médecine depuis quelques années, interférant négativement dans la relation de confiance.

Ces facteurs déséquilibrent la relation médecin-patient, et peuvent être à l'origine de conflits.

C'est pourquoi il est essentiel de généraliser et de favoriser la formation médicale à la relation médecin-patient.

Le burn-out est donc déterminé par trois entités distinctes impliquant un trop plein d'émotions, un manque d'investissement dans la relation médecin-patient et une dégradation de l'estime de soi professionnel.

Les causes majeures sont liées à l'exercice médical.

Les facteurs protecteurs du burn-out rejoignent ceux favorisant la gestion des émotions : développer sa vie personnelle, structurer sa vie professionnelle et favoriser l'échange avec ses pairs.

La dégradation de la relation médecin-patient est la conséquence principale de ce syndrome.

Le mal-être au travail et le burn-out semble toucher l'ensemble des soignants, sans épargner les internes, néo-médecins et étudiants avec une expérience limitée dans la relation et dans la pratique de l'exercice médical.

2.3 Impact psychologique de l'internat

2.3.1 Le mal être et le burn-out durant l'internat

Les internes de médecine générale représentent des médecins généralistes en formation.

Ils sont soumis eux aussi aux pressions de l'exercice médical, aux contraintes de la poursuite de leurs études, ils sont tiraillés entre la pratique médicale théorique et la réalité qu'ils découvrent en exerçant la médecine générale.

Les internes prennent en charge quotidiennement des patients, avec lesquels ils peuvent avoir du mal à se positionner dans leur métier de médecin. Ce n'est pas pour autant que leur sentiment de responsabilité n'est pas important.

Ces émotions mêlant obligations, culpabilité et étudiant en formation/ médecin en devenir apportent de la confusion et un possible mal-être.

Une souffrance psychologique des étudiants en médecine existe (32).

Elle est médiatisée entre autres, lors des événements suicidaires d'internes.

Les syndicats représentatifs des internes (ISNI et ISNAR-IMG) alertent régulièrement les autorités compétentes à ce sujet.

Il existe notamment un « guide pratique de prévention du burn-out », réalisé par l'ISNAR-IMG, à destination des internes de médecine générale. Ils y exposent les symptômes et l'échelle MIB de détection du syndrome d'épuisement professionnel. Et ils concluent par : « *Si vous vous sentez en difficulté, ne restez pas seul* ». Ce conseil rejoint alors les facteurs protecteurs de burn-out énoncés ci-dessus (33).

Une étude nationale française réalisée en 2011, par les docteurs Le Tourneur et Komly, souhaite mesurer à l'échelon national la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel chez les internes de médecine général de France métropolitaine. Une population des 6349 internes de médecine générale de France (toutes promotions confondues) a été contacté et 64,2% d'entre eux ont répondu à l'étude.

Parmi ces internes, 16% d'entre eux avaient un score élevé d'épuisement émotionnel, 33,8% un score élevé de dépersonnalisation, et 38,9% un score bas d'accomplissement personnel. 24,1% des internes avaient des scores élevés de burnout dans au moins deux dimensions. Seuls 41,9% des internes ne présentaient aucun score élevé de burnout.

Finalement, en 2017 les différents syndicats d'étudiants en médecine : l'ISNI, l'Inter-Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) et l'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF) interrogent plus de 20 000 étudiants, internes et jeunes médecins en France et retrouvent 66,2% d'anxiété, 27,7% de dépression et 23,7% d'idées suicidaires (29,32,34).

On ne peut que s'alarmer de ces résultats inquiétants concernant la souffrance au travail dans cette population de jeunes médecins en début d'activité professionnelle.

2.3.2 Les facteurs associés au burn-out chez les internes

Un projet nommé « Intern'life » est lancé par le département de médecine générale de la Faculté Paris Descartes et l'Institut de psychologie de cette même université en 2012.

Il regroupe un ensemble de travaux ayant pour objectif d'étudier l'état de santé des internes de médecine générale sur le plan psychologique ainsi que certains facteurs déterminants avec entre autres, l'anxiété, le stress, l'épuisement professionnel et l'empathie.

Participant à ce projet, l'auteur C. Boisard, a souhaité étudier l'« *Evolution du burnout chez les internes de médecine générale d'Île-de-France durant leurs trois années d'internat* » (29).

En comparaison aux facteurs du burn-out correspondants à ceux des médecins généralistes, on retrouve :

- Des facteurs individuels non associés au burn-out : tels que le sexe, l'âge, la situation maritale n'étaient pas associés au burn-out.

Seuls une vie sociale qualitative et la pratique de loisirs (regroupant le nombre d'amis vus par semaine, la pratique d'une activité sportive, les sorties au restaurant et les sorties culturelles au cinéma) étaient associés à une diminution significative du risque d'épuisement émotionnel.

- Des facteurs professionnels associés au burn-out : correspondant au type de stage, à la satisfaction du stage, à la charge de travail, à la distribution de part clinique et administrative, et enfin les agressions verbales et le harcèlement professionnel.

Ces éléments sont associés chacun à au moins une des trois dimensions du syndrome.

Conformément aux éléments causals du burn-out chez les médecins généralistes expérimentés, il existe dans cette étude une prépondérance des facteurs professionnels.

Ces résultats ne font qu'alerter de nouveau sur l'importance du respect des conditions de travail des internes au cours de leur cursus.

En effet, le décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes, valable pour tous les stages a été instauré afin d'encadrer les conditions de travail des internes, de les uniformiser et de protéger cette population (35).

Souhaitant augmenter la puissance de l'étude Intern'life, le projet « étude Intern'life Aquitaine » a été étendu à Bordeaux en 2013, afin de récolter les données concernant les internes de médecine générale d'Aquitaine. Il a été supervisé par le Professeur Jean-Louis Demeaux, membre du Département de Médecine Générale de Bordeaux et le Professeur en psychologie Bruno Quintard.

L'auteur de la thèse qui en a découlé, S.Morel, participant à ce projet à Bordeaux, s'est donc intéressée à l'influence de la charge de travail sur l'évolution de l'épuisement professionnel des internes de médecine générale en Aquitaine (36).

Les résultats de son étude mettent en évidence que « la prévalence du niveau élevé de burnout varie de 20% à 29% selon l'épuisement émotionnel (figure 17), de 37.3% à 51.7% selon la dépersonnalisation (figure 18), de 17.8% à 30.1% selon l'accomplissement personnel (figure 19), de 15.3% à 27.4% selon l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation ».

Ce travail, étude quantitative de cohorte prospective longitudinale et observationnelle, permet l'analyse de la prévalence du burn-out sur toute la période de l'internat.

Parmi les résultats, il existe une tendance minime à la diminution des scores globaux du burn-out entre la première et la dernière évaluation avec certains pics entre les deux.

Ces fluctuations et modifications peuvent être liées aux changements de terrains de stage qui imposent un bouleversement des habitudes, de la charge de travail, des lieux de vie et des responsabilités.

Rappelons aussi que l'application du décret cité ci-dessus a débuté à partir du mois de Mai 2015, soit en plein milieu de cette étude prospective.

Il existe à chaque temps de l'analyse, une diminution de la quantité de travail, que ce soit en nombre d'heures travaillées par semaine ou en nombre de gardes par mois, avec une différence significative après application du décret, en Mai 2015.

Néanmoins, un point d'importance majeure se dégage de ce travail, la correspondance entre « le nombre d'heures travaillées avant le décret, et l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation après décret. Ceci montre un effet retardé ou à long terme de la charge de travail sur le niveau de burnout. ».

Il semble donc urgent d'agir pour proposer les conditions de travail optimales à ces jeunes médecins, une charge de travail non adaptée peut altérer leur santé mentale pour une durée indéterminée.

Malheureusement, en dépit du travail des syndicats d'internes et des injonctions des facultés et du gouvernement, il persiste des terrains de stage qui ne tiennent pas compte des droits des internes et de leurs conditions légales de travail.

La souffrance psychologique est elle aussi une des composantes de la survenue du burn-out, en effet dans l'étude réalisée en Ile-de-France, l'anxiété et la dépression étaient associées à une augmentation du score des trois dimensions du burnout. Le stress quant à lui augmentait le risque d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation (29).

Dans l'étude de F. Roger, s'intéressant aux moyens à mettre en œuvre afin de lutter contre la souffrance psychologique et l'apparition de symptômes d'épuisement professionnel, 51,6% des internes répondants avaient présenté une souffrance psychologique difficilement surmontable durant leur internat (32).

97,3% des internes pensaient qu'il existait des solutions à mettre en œuvre.

Il persiste donc une volonté d'amélioration, sans fatalisme de la part des internes.

Les facteurs associés au burn-out dépistés dans la population des internes de médecine générale se superposent à ceux des médecins expérimentés.

2.3.3 L'interne et la relation médecin patient

Le travail de C. Boisard en Ile-de-France attire aussi notre attention sur le lien entre empathie et burn-out, ainsi que sur l'importance et l'envie des internes d'avoir une formation dédiée à la relation médecin patient.

Dans cette étude, les résultats globaux concernant l'évolution des scores d'empathie au long des années d'internat montrent une diminution, de façon significative, durant les deuxième et troisième années d'internat.

« Cette diminution de l'empathie chez les étudiants en médecine est retrouvée dans la plupart des études, les raisons invoquées étant la confrontation avec la réalité de la souffrance du patient. » (29).

Il apparaît que l'empathie se place en facteur protecteur du burn-out.

« Les empathies avec soins compassionnels et "se mettre à la place de" sont totalement tournées vers le patient, impliquant que le soignant laisse au patient toute sa place de personne. Il paraît donc logique que les personnes développant ces types d'empathies soient protégées du burnout. »

« Comprendre son patient, sa compréhension de la maladie, ses attentes vis-à-vis du corps médical sont autant de facteurs nécessitant un développement de l'empathie et qui permettent au médecin de choisir le traitement qui sera réellement adapté au patient au moment précis de la consultation. On comprend donc que le développement de l'empathie puisse favoriser l'accomplissement personnel du médecin. » (29).

Accompagner l'interne afin de lui permettre de se former à la relation médecin-patient semble un des moyens de développer l'empathie.

C'est d'ailleurs une de leurs demandes formulées dans cette étude, qui souligne que « le fait de n'avoir jamais eu de formation médecin-malade augmente le risque d'épuisement émotionnel et d'accomplissement personnel bas ».

En effet, dans la thèse d'exercice de C. Larapidie s'intéressant à l'évaluation des attentes des internes concernant une formation à la communication dans la relation médecin-patient, en Midi Pyrénées, 94,2% des internes auraient déjà rencontré des difficultés de communication avec un ou des patient(s) lors de leurs stages (32).

La majorité des internes répondants à cette étude était favorable à une formation à la communication dans la relation médecin-patient.

Le troisième cycle de l'internat de médecine générale semblait être le moment le plus favorable à l'accomplissement de cette formation.

Parmi les formes d'apprentissage souhaitées, la participation principalement de psychologues, en binôme avec les médecins généralistes était prépondérante.

Les groupes Balint, l'analyse d'une consultation filmée, la consultation avec un patient simulé étaient les modes d'enseignements à privilégier.

Quant aux jeux de rôle, la crainte du jugement des autres internes et la nécessité s'un investissement en temps important des participants étaient des freins de participation à ce type d'apprentissage.

Pour finir, il semble intéressant d'évoquer le Dr Michel Sapir, fervent défenseur de la pensée de Michael Balint.

Dans son ouvrage, « La formation psychologique du médecin, à partir de Michael Balint », datant de 1972, il cite Ferenczi au sujet de la formation des internes à la relation médecin patient.

« dans le monde de la pratique médicale le facteur psychologique en thérapeutique est aussi important que les constatations concernant l'organisme. Je peux imaginer combien d'efforts et de douleurs m'auraient été épargnés si j'avais appris comme étudiant l'art de manier les transferts et résistances. J'envie l'étudiant qui apprendra cela dans un proche avenir. L'humanisation des études universitaires va devenir une nécessité absolue... »

Michel Sapir ironisait alors en commentant « *Depuis, bien des années ont passé et cette nécessité absolue n'est pas encore devenue réalité.* » (37).

Aujourd'hui, en 2019, il semble que cette nécessité perdure. Il paraît licite de remettre en question la formation fournie par les facultés de médecine au sujet de la relation médecin-patient afin de pouvoir proposer un contenu de qualité et une multiplicité des types d'enseignements, adaptés aux étudiants.

Ces apprentissages pourront répondre aux problèmes de communication avec le malade, permettre de lutter contre la dépersonnalisation et améliorer l'estime de soi des médecins.

Également, l'adhésion thérapeutique des patients sera renforcée ainsi que la sensation d'accomplissement professionnel des médecins.

La population des internes est largement représentée parmi les personnes à risque ou souffrant de burn-out. Les causes d'apparition de ce syndrome chez ces néophytes rejoignent celles des médecins plus aguerris, il semble toute de même persister une volonté d'amélioration de leurs conditions de travail et de leur état psychologique avec notamment une importante demande de formation à la relation médecin-patient.

3 Justification de l'étude

Au vu de l'impact de l'exercice de la médecine sur la santé mentale des praticiens et de l'importance de la prise en charge psychologique du patient, l'abord relationnel semble être une compétence fondamentale à acquérir lors de nos études.

La méthode Balint semble efficace et particulièrement adaptée à cet apprentissage.

L'enseignement du Balint est pour l'instant très limité en France, à quelques facultés, et dans celles-ci, à seulement quelques étudiants.

Des études de satisfaction ont été réalisées mais nous n'avons trouvé aucune étude qui s'intéresse réellement aux processus mis en place durant ces groupes, pour comprendre comment et surtout à quel point ils peuvent aider les internes dans leurs réflexions.

Il nous a paru alors intéressant d'étudier l'apport que pouvait avoir une initiation telle que celle pratiquée à Bordeaux sur ces participants.

La question de recherche

1 La problématique

Il apparaît donc, grâce aux dernières études, qu'il est important de se soucier de la santé des internes et notamment de leur santé psychologique.

Il a également été plusieurs fois décrit les bienfaits ressentis par les étudiants lors de la participation à un groupe Balint.

En 2012 quand l'initiation aux groupes Balint a été mise en place, Emilie Gourin, étudiante à l'Université de Bordeaux 2 avait réalisé une étude (13) pour montrer l'intérêt de l'enseignement de la relation médecin-patient sous cette forme.

Le travail actuel se propose d'aller plus loin et d'étudier comment ces groupes peuvent modifier la pratique des internes participants, comment ces séances leur permettent d'évoluer dans la compétence relationnelle et quel est l'apport d'une telle initiation à leur formation professionnelle.

2 L'initiation au groupe Balint pour les internes en SASPAS à Bordeaux

Cette initiation est proposée depuis 2012 aux internes de dernière année du DES de médecine générale en stage SASPAS lors du 6^{ème} et dernier module d'enseignement.

A l'époque de l'étude :

L'objectif du cours est exposé lors du dernier choix de stage et via un mail, la participation est basée sur le volontariat.

Les 2 groupes sont dirigés par 2 leaders accrédités par la SMB d'Aquitaine, formés à la psychanalyse. Le nombre de participants est limité à une dizaine d'étudiants par groupe.

Les séances ont lieu pendant les horaires des cours dédiés aux relations médecin/patient et entrent dans la validation du 6^{ème} module.

Les internes participent à 4 séances de 2 heures réparties sur les 6 mois de leur dernier stage d'internat.

Des explications sur le déroulement, l'organisation, les objectifs, la méthode leur sont fournis à l'oral durant le choix de stage puis par écrit via le mail et enfin au début de la première séance.

Depuis la promotion 2018-2019 :

L'initiation aux groupes Balint a été étendue. Elle est devenue un optionnel relationnel. Cette année il y a donc eu 6 groupes (2 au premier semestre, 4 au deuxième) ce qui représente une soixantaine de participants.

3 Les objectifs de l'étude

Objectif principal :

Analyser l'apport du groupe à propos d'un "cas" énoncé sur une problématique relationnelle

Objectifs secondaires :

A propos d'un "cas" énoncé, étudier la production et la dynamique du groupe :

- Analyser du point de vue des internes ayant présenté
- Analyser du point de vue des internes ayant écouté
- Analyser les affects et émotions des participants
- Analyser les interrogations sur le cas discuté
- Analyser les propositions
- Analyser les perspectives et pistes de réflexion individuelles et collectives
- Analyser les changements ressentis dans l'approche relationnelle
- Etudier les différents cas abordés.
- Analyser l'impact des leaders
- Etudier l'aspect organisationnel des réunions.

Matériel et Méthode

1 Recherche qualitative

La méthode qualitative est de plus en plus choisie par les étudiants thésards en médecine générale car elle permet une meilleure approche des problématiques émotionnelles, comportementales, psychologiques.

Elle peut être valide pour de faibles échantillons.(38)

Elle diffère des études présentées durant toute la formation médicale et quasiment exclusivement quantitatives ce qui ouvre des perspectives aux internes et leur permet d'aborder de manière différente la recherche.

La recherche qualitative peut être exploratoire, descriptive mais aussi explicative ou prédictive. C'est une bonne méthode d'exploration de nouveaux domaines. C'est l'observation qui induira la construction des hypothèses et théories. (39)

Les critères de qualité concernent plus la cohérence de l'étude que la représentativité. Des échelles telles que celle des critères COREQ (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research) sont aujourd'hui disponibles.(40)

2 Population de l'étude

Nous avons souhaité pour étudier tous les internes et renforcer la force de notre étude, interroger ceux qui ont présenté, au cours d'entretiens individuels et ceux qui ont écouté, au cours de focus group. Cette exploration par 2 méthodes complémentaires des deux populations visait à mettre en avant différences et similitudes de point de vue sur cette initiation.

Julie a donc questionné les internes ayant simplement écouté en focus group.

Sidonie a interrogé les internes ayant présenté un cas lors des séances en entretiens individuels.

3 Enregistrement des groupes

Dans l'optique d'avoir un appui supplémentaire des idées et concepts évoqués ensuite lors des entretiens et des focus groups, toutes les séances de l'initiation ont été enregistrées, à savoir 8 séances de 2 heures (4 par groupe).

Cet enregistrement avait été annoncé dès le début de l'initiation et les thésards rappelaient à chaque début de séance qu'elles étaient enregistrées, vérifiant le consentement notamment de l'interne présentant un cas.

La discussion n'a pas semblé être influencée par cet enregistrement, l'appareil étant posé dans un coin et rapidement oublié.

La thésarde S participait à un des groupes (11 étudiants + 1 leader). La thésarde J participait à l'autre groupe avec le Dr Pétrègne (10 étudiants + 2 leaders). Les thésards ont ensuite écouté tous les enregistrements et relu toutes les retranscriptions des séances auxquelles elles n'avaient pas participé.

4 Entretiens semi dirigés (thésarde S)

Le choix de l'entretien semi-dirigé répond à l'objectif secondaire qui est d'analyser l'apport du groupe du point de vue de l'interne présentant le cas.

Ce type d'entretien permet de guider l'interrogatoire en laissant le cadre ouvert et la possibilité à l'interne de développer son propos, d'apporter de nouveaux éléments.

Il permet à la fois de recueillir des informations précises, de garder une certaine malléabilité mais également de ne pas trop orienter l'étudiant dans ces réponses.

4.1 Grilles d'entretien

Les thèmes à aborder ont été préalablement discutés avec le Dr Pétrègne lors d'un entretien après la participation à l'initiation.

Après une série de questions générales, l'entretien s'intéressait au vécu global des séances, de la participation des autres, de l'organisation, de l'évolution du groupe.

Ensuite nous abordions la pratique en consultation, les cas posant problème, la question de la relation médecin/malade durant le stage, l'influence des groupes sur cette pratique. Une question concluait ce chapitre en interrogeant l'interne sur la notion de temps et de silence, sur les sujets qui avaient été retenus comme importants dans l'exercice du Balint.

Enfin l'entretien s'orientait un peu plus précisément sur la séance présentée par l'interne et les réponses qu'il avait obtenues ou trouvées lors de la discussion, sur la position au sein du groupe lors de l'exposé de son cas.

La grille d'entretien est disponible en Annexe 2.

4.2 Contact avec les participants

Durant la dernière séance l'ensemble des coordonnées des participants ont été récupérées. La thésarde S a ensuite contacté ceux ayant présenté des cas lors des séances pour leur proposer un rendez-vous pour un entretien.

Dans le but de réaliser les entretiens dans un cadre propice la thésarde laissait le choix du lieu aux internes interrogés. Finalement l'ensemble des entretiens a été réalisé aux domiciles des participants.

4.3 Recueil des données

Les 10 internes ayant participé aux groupes d'initiation et ayant présenté des cas ont accepté de participer à la thèse.

Les entretiens se sont déroulés d'octobre à décembre 2017, soit de 2 à 4 mois après la dernière séance.

Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits par la thésarde S.

4.4 Déroulement des entretiens

Après un bref rappel de l'objectif de la thèse et de ses conditions, en particulier concernant l'anonymat des données et l'utilisation faite des enregistrements par la suite, la discussion débutait en général sur la situation professionnelle actuelle des participants qui avaient pour

la plupart débuté les remplacements de médecine générale. C'était aussi un moment d'échange informel sur les conditions de fin d'internat et les avancées de chacun en matière de thèse. Ce premier temps avait pour but de mettre à l'aise les internes interrogées.

Les questions étaient ensuite posées suivant la grille d'entretien en laissant le temps à l'interne de réfléchir notamment via la pratique de pauses et de silences. Si nécessaire les questions étaient reformulées.

Des questions supplémentaires ont parfois été posées quand un thème était abordé spontanément par l'interne et semblait intéressant à développer. La thésarde relançait parfois également la discussion en reformulant la question voire la réponse faite pour essayer d'approfondir certaines idées. Certaines questions de la grille n'étaient pas toujours nécessaires, les internes abordant parfois le sujet spontanément.

De temps en temps, notamment lors des entretiens les plus tardifs la thésarde faisait un rappel des sujets abordés lors des groupes quand l'interne semblait ne plus se souvenir exactement des séances. Ces rappels n'étaient qu'une énumération de sujets et faits ne visant pas à influencer l'avis de la participante.

A la fin de l'entretien la thésarde faisait un bref compte-rendu des différentes idées abordées avec l'interne interrogé et lui parlait des objectifs de la thèse.

5 Focus groups (thésarde J)

De multiples méthodes sont utilisables afin de recueillir de l'information utile à l'interprétation des résultats d'une étude qualitative.

Le focus group est une technique d'entretien collectif semi-structuré permettant de recueillir des informations sur un sujet ciblé.

Cette méthode permet notamment d'étudier la variété des opinions et sentiments des acteurs sur un sujet donné, de mettre en évidence des différences de perspective entre des groupes d'individus. (41,42)

Elle est utile pour faire émerger des idées nouvelles de façon interactive au sein d'un groupe.

La réalisation de Focus Group s'est imposé dans cette étude afin de répondre à l'objectif secondaire qui est d'étudier l'apport d'un « cas » écouté et discuté sur une problématique relationnelle.

5.1 Grille d'entretien

Le questionnaire a été réalisé en collaboration avec le Dr Pétrègne avant la réalisation du premier Focus Group.

Les premières questions s'intéressaient aux généralités au sujet des groupes Balint, les définitions faites par les internes et leurs attentes de participation à cette initiation.

Puis nous voulions connaître leur expérience de participation à ces séances, leur ressenti face aux autres participants.

Ensuite nous recueillions leur opinion concernant l'organisation, la durée et le nombre de séance. Nous leur demandions de nous parler de leur expérience dans ce groupe, face aux autres internes et face aux leaders.

Le thème des séances et les sujets abordés étaient ensuite évoqués, ainsi que leur intérêt pour les cas présentés et leur avis au sujet d'une évolution au cours des réunions.

Nous orientons nos demandes vers les spécificités de participation à ces groupes sans avoir présenté de cas. Nous voulions connaître les motivations de non-présentation, leur position au sujet de cette participation partielle à ces groupes et les interroger sur l'influence qu'avait pu avoir l'initiation aux groupes Balint, en écoute active seule, sur leurs approches relationnelles avec le patient.

Pour conclure et illustrer les groupes Balint à l'aide d'un cas en particulier, les étudiants devaient, en groupe, (les groupes des séances Balint étaient respectés), choisir la séance qui les avait le plus marqué, la résumer et nous expliquer chacun ce qu'ils en retenaient.

La grille d'entretien est disponible en Annexe 3.

5.2 Contact avec les participants

Au cours de la dernière séance, l'ensemble des coordonnées des participants ont été récupérées par les thésardes. La thésarde J a ensuite contacté ceux ayant participé sans présenter de cas lors des séances afin de trouver une date commune pour organiser le focus group.

Il s'est avéré impossible de réunir tous les participants au même moment. Deux focus group différents ont été programmés, sur le site Carrière de l'Université de Bordeaux.

5.3 Recueil des données

Sur les onze internes ayant participé aux groupes d'initiation sans avoir présenté de cas, dix ont accepté de participer à la thèse et aux focus group. Ces dix personnes incluaient les deux thésardes.

Les focus group ont eu lieu le 4 et le 12 octobre 2017, soit 2 mois après la dernière séance de group Balint.

Les séances ont été enregistrées avec un dictaphone puis retranscrites par la thésarde J.

Le premier focus group regroupait huit des dix internes participants, en comptant la thésarde J, qui a animé la séance conjointement avec le Dr Pétrègne.

Le second focus group réunissait trois des dix internes participants, en comptant la thésarde J, qui a animé la séance conjointement avec le Dr Pétrègne.

5.4 Déroulement des entretiens

Dans un premier temps, le sujet d'étude de la thèse a été rappelé aux participants, suivi de l'explication des conditions de déroulement de la séance, la nécessité d'enregistrer cet échange et l'utilité de cet enregistrement. Nous les avons assurés de l'anonymat des données. Les étudiants qui ne souhaitaient finalement pas participer à cette thèse étaient libres de partir.

Les deux groupes ont eu lieu à la faculté de Bordeaux, dans une salle différente. Toutefois, afin d'amener de la convivialité, et peut-être de rappeler les séances d'initiation aux groupes Balint, la disposition des tables a été changée, elles ont été regroupées au centre de la pièce afin que tout le monde puisse s'asseoir en cercle autour.

Une fois tous les participants installés, la discussion commençait avec la première question du questionnaire, posée par le Dr Pétrègne.

Les deux animateurs du focus coup, le Dr Pétrègne et la thésarde J, ont interrogé les participants.

Les réponses des participants pouvaient être spontanées, à contrario, lorsque l'interne n'avait pas eu l'occasion de donner son avis, un des animateurs s'adressait directement à la personne concernée pour le recueillir.

Les échanges étaient rythmés et animés, l'ordre des questions n'a pas pu toujours être respecté. En effet, certains sujets ont été spontanément abordés par les internes et il semblait intéressant de poursuivre la discussion et de l'approfondir. Certaines idées non prévues initialement ont pu être abordées.

6 Traitement des données

6.1 Retranscription des enregistrements.

Chaque enregistrement audio qu'il s'agisse des groupes (Balint et focus) ou des entretiens individuels a été retranscrit mot à mot grâce aux logiciels de traitement de texte Microsoft Office Word ® et Pages ® le plus fidèlement possible sans essayer notamment de corriger certaines fautes de grammaire ou de syntaxe. Les silences significatifs ont également été retranscrits ainsi que les rires les onomatopées ou les hésitations.

Concernant les groupes la présence d'une dizaine de personnes parlant de manière libre rendait parfois les voies indissociables. En général il s'agissait de moments d'effervescence ou d'emportement mais les idées étaient en général reformulées par le leader ou les internes eux-mêmes en suivant. Il s'agissait toujours de périodes courtes de quelques secondes n'empêchant pas la compréhension globale du cheminement.

Concernant les entretiens la retranscription a été facilitée par l'intimité de l'échange à deux, réalisé dans un environnement calme.

Pour garantir l'anonymisation des données un numéro a été attribué par les thésardes à chaque participant et aucun nom propre excepté celui du Dr Pétrègne n'a été retranscrit.

Le même système de numérotation était utilisé lors des retranscriptions des groupes d'initiation ou des focus groups. Dans les entretiens individuels la lettre « Q » distinguait la thésarde posant les questions de l'interne interrogé répondant sous la lettre « R ». Dans les focus groups les internes interrogés sont représentés par un chiffre, le Dr Pétrègne et la thésarde J qui posent les questions sont respectivement nommés « A1 » et « A2 ». Dans les séances de Balint les internes sont numérotés les leader nommé « leader », « leader 1 », « leader 2 ».

Des exemples de retranscription des groupes Balint, des focus groups et des entretiens individuels sont disponibles en Annexe 4, 5 et 6.

6.2 Analyse des données

Cette étude a été analysée à l'aide du logiciel QSR NVivo12®, en deux étapes :

Décontextualisation (analyse verticale)

L'encodage des 10 entretiens semi-dirigés a été rédigé par la thésarde S, celui des focus groups par la thésarde J tout d'abord chacune de leur côté. Puis l'encodage a été relu et

complété avec le directeur de thèse puis avec la co-thésarde. Ce premier encodage s'est fait en réduisant les verbatims en unités de sens.

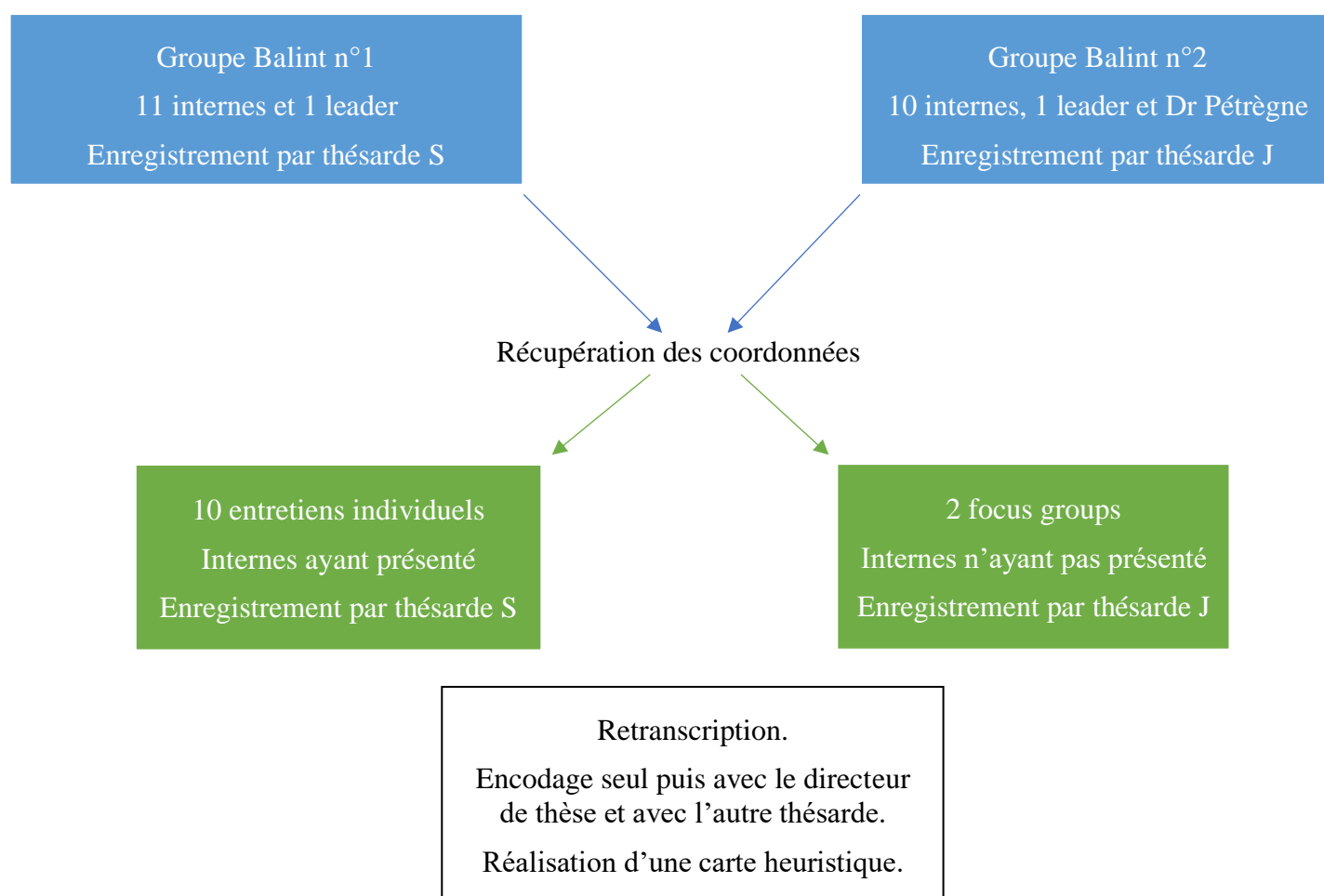
Recontextualisation (regroupement en thématiques transversales)

Les verbatims ont ensuite été regroupés en thèmes plus généraux et pour permettre une meilleure organisation de ces nombreux codes les thésardes ont utilisé un logiciel en ligne : Mindmeister® qui permet de faire des cartes mentales heuristiques de manière coopérative.

Ainsi une fois la carte créée, chacune pouvait ajouter codes et verbatim pour organiser les résultats. Cette carte mentale a été extraite sous forme de PDF et a été le support de rédaction des résultats.

Pour donner une idée de ce que représentait la carte une fois terminée, une image d'une des cartes, finie, est disponible en Annexe 7.

Ce travail de recherche a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL.



Résultats

Voici un nuage des mots les plus fréquemment encodés :



Au vu de la grande concordance et des nombreuses similarités entre les résultats des 2 groupes nous avons décidé de les présenter ensemble précisant si les verbatims n'étaient rapportés que par les internes ayant présenté ou ceux ayant écouté ou par l'ensemble des internes.

Les citations annotées en orange (E) correspondent aux réponses relevées dans les entretiens individuels (internes ayant présenté un cas), en rouge (FG) il s'agit de la discussion retranscrite des focus groups (internes ayant écouté).

Enfin nous nous sommes parfois appuyés sur la retranscription directe des groupes Balint, les citations issues de ce travail sont écrites *en gris et italique*.

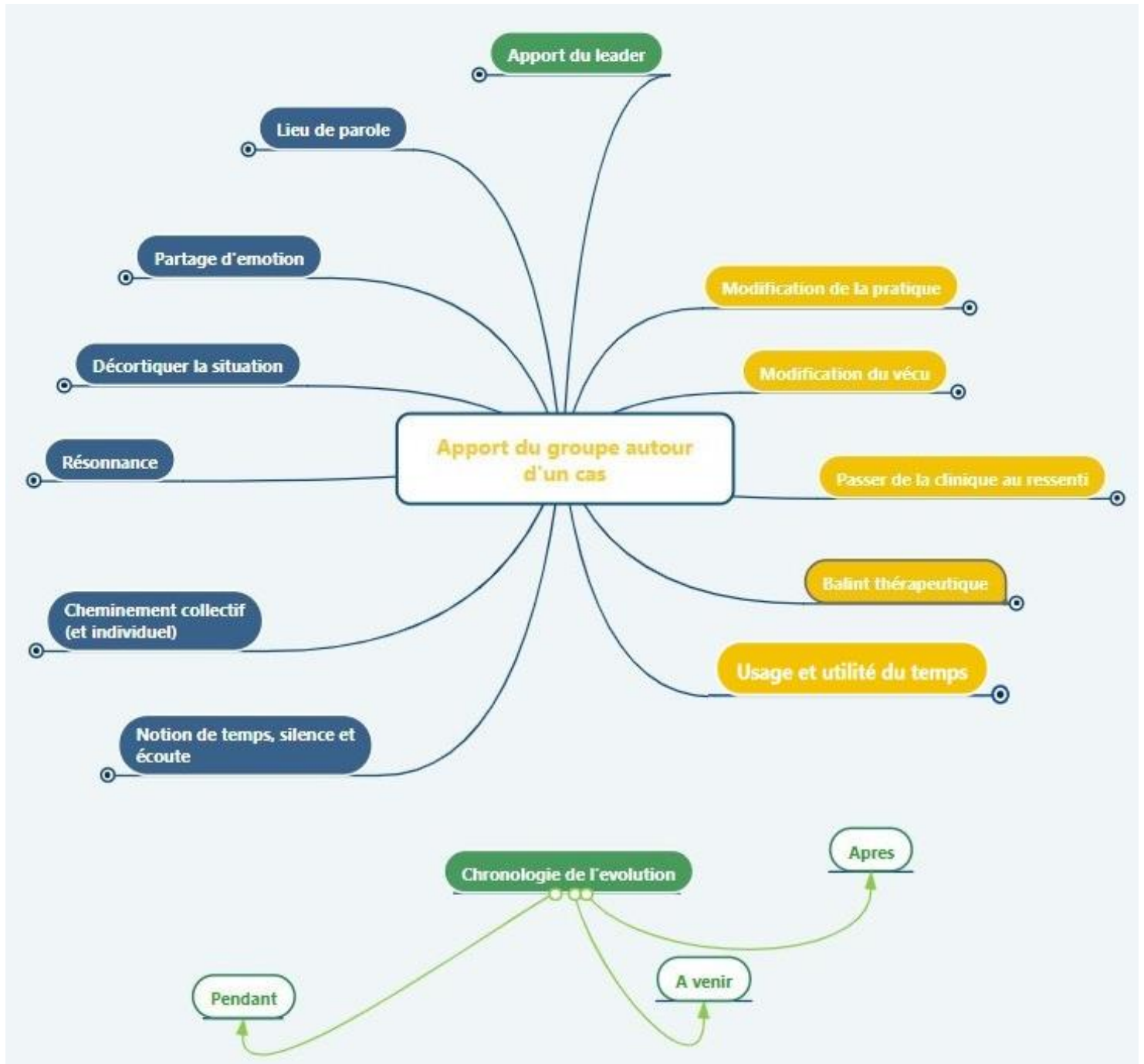
Les résultats étant très nombreux nous avons dû faire une sélection des verbatims. Une partie de l'encodage n'est donc pas retranscrit ici mais l'ensemble des résultats reste disponible sur la carte heuristique en ligne.

Sur les 21 internes présents lors de cette initiation (10 présentants, 11 écoutants), 20 ont participé à l'étude (10 en entretiens individuels, 10 en focus group).

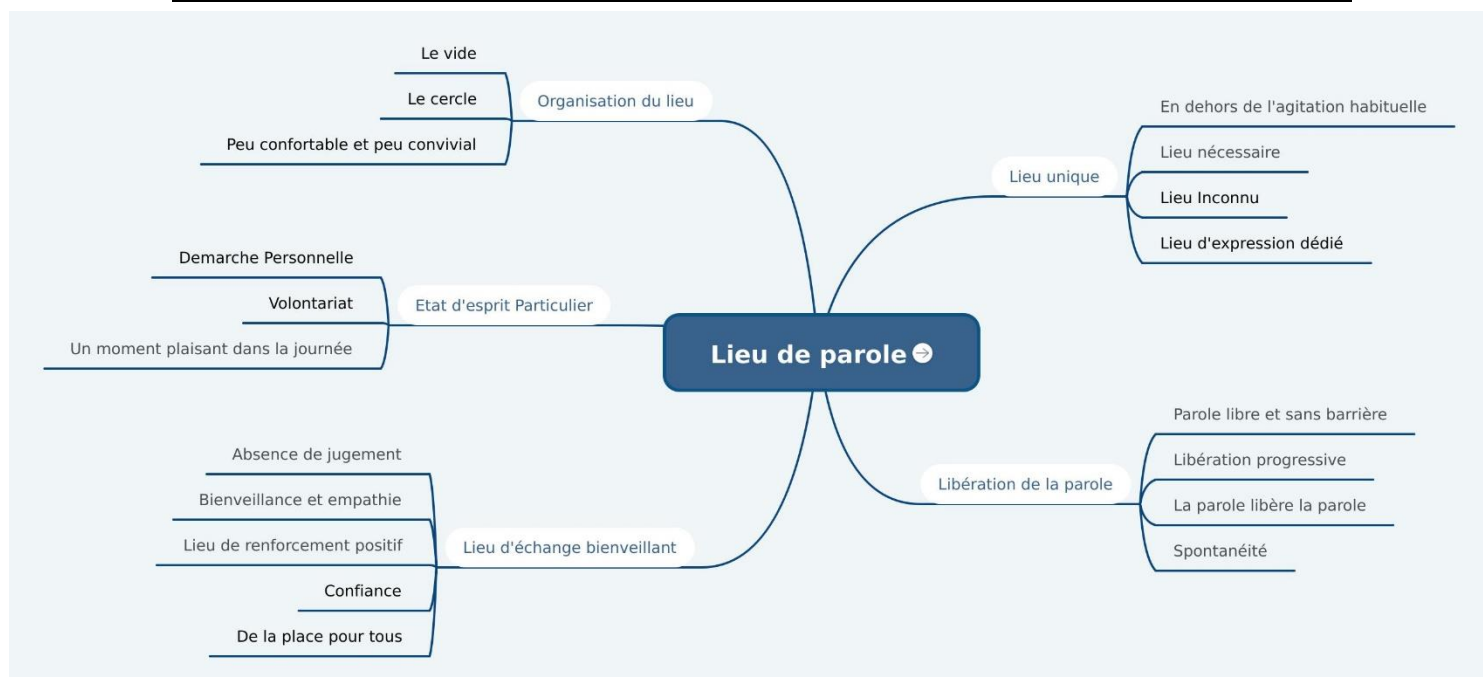
La durée des entretiens variait de 14 à 38 minutes. Les focus groups ont duré 1 heure 36 minutes et 1 heure 16 minutes.

L'analyse des résultats concernant l'objectif principal a fait ressortir 2 grands types de résultats, concernant l'apport du groupe Balint autour d'un cas. Il nous est en effet apparu que cette question balayait à la fois les circonstances de la réflexion mais également les modifications engendrées (comment le groupe apporte ? et qu'est-ce qu'il apporte ?). Les principaux thèmes abordés sont résumés dans la figure suivante.

Nous allons tout d'abord rapporter les verbatims correspondants aux thèmes bleus à savoir les processus mis en place durant les groupes pour faire évoluer la réflexion.



1 Lieu de parole



La première grande idée que nous avons retenue des réponses apportées par les internes est cette notion de lieu de parole à savoir son organisation, la bienveillance qui y règne, l'état d'esprit qui en fait un lieu unique où la parole peut être libérée.

1.1 Organisation du lieu

1.1.1 Le cercle

La formation en cercle a été décrite dans les focus group comme une organisation particulière qui a l'avantage d'éviter la distraction, de faciliter l'analyse ; il s'agit d'un cercle initiatique qui crée du lien entre tous mais qui peut aussi paraître impressionnant, peu naturel.

- Evite la distraction

"moi je trouve que ça limite la distraction, on ne peut pas être distrait par autre chose, tout ce qu'il y a autour de nous ça a un rapport à la réunion, au groupe " (FG2)

- Facilite l'analyse

"Je ne dis pas que c'est facile mais c'est plus facile quand on est à distance, posé, quand on est dans le cercle de réflexion, d'évoquer des arguments, de se dire « on aurait dû faire comme ci ou comme ça ». Alors que quand on est justement face à la patiente..." (FG2)

"C'est un peu inconfortable au départ, quand on commence la discussion, au fur et à mesure des séances et du temps dans la séance, on se sent.... j'ai trouvé que c'était une espèce.... pas de moteur" (FG2)

- Crée un lien entre tous

"A1 : ça oblige à quelque chose ce cercle ?

10 : ben c'est le cadre en fait, c'est la confidentialité, le cadre

A1 : la confidentialité ?

10 : c'est ce qui nous lie !

A1 : c'est liant ?

9 : c'est le cadre" (FG2)

- Initiatique

"un cercle initiatique" (FG2)

- Pas naturel et impressionnant

"oui, ça en impose, un cercle de personnes, c'est pas banal, cela n'arrive pas très souvent" (FG2)

"ce n'est pas une situation dans laquelle on se retrouve dans la vie courante, on ne va pas se mettre en cercle dans la vie courante, en famille." (FG2)

"surtout trouve que - rien à voir - c'est quand même un grand cercle on est les uns à côté des autres, au milieu. C'est vrai que là, il y a un grand cercle, tout vide au milieu sans table ronde ou quoi, c'est un peu perturbant !" (FG2)

1.1.2 Le vide

Et au milieu de ce cercle, le vide, l'espace qui amène la pensée, améliore la concentration et où chacun peut déposer ses réflexions.

- Amène la pensée

"c'était vide au centre

A1 : et alors ? qu'est-ce que ça ... ?

9 : eh ben ça fait cogiter, c'est sûr que ça amène la pensée" (FG2)

- Améliore la concentration

"ça nous projette dans un peu dans la situation. On est là pour en discuter et c'est un peu comme si on pouvait plus en sortir" (FG2)

"c'est vrai qu'on ne s'en rend pas compte mais on est rarement aussi concentré pendant 2 heures sur un sujet. Ça crée vraiment le cadre de concentration sur ce sujet-là." (FG2)

- Dépôt de pensées

"et puis on pose tout au milieu, il y a toutes ses pensées au milieu" (FG2)

1.1.3 Peu confortable et peu convivial

Ce lieu qui a aussi été décrit comme peu chaleureux, peu confortable

"9 : oui, c'est vrai. Après c'est bien de voir tous aussi, mais je pense que c'est pas ... On est pas autour d'une bière, c'est pas convivial, c'est pas festif et on n'est pas ... on ne peut pas être forcément à l'aise tous, voilà, je pense qu'on..."

10 : c'est pas très confortable comme situation" (FG2)

1.2 Etat d'esprit Particulier

Dans cet endroit règne un état d'esprit particulier que les internes rapprochent du fait qu'il s'agit d'une démarche personnelle, basée sur le volontariat et du plaisir ressenti lors de la participation à ces séances.

1.2.1 Démarche Personnelle

"A1 : faut un état d'esprit ? Un état d'esprit particulier pour participer à ces groupes ?

9 : ah ben oui, il faut que ce soit quand même une démarche" (FG2)

1.2.2 Volontariat

"mais du coup ce qui était intéressant c'est que ce n'était que des volontaires. C'étaient que des gens qui avaient envie de venir" (FG1)

1.2.3 Un moment plaisant dans la journée

"justement je trouvais même que c'était plaisant d'avoir ça dans sa journée" (FG1)

1.3 Lieu d'échange bienveillant

Cette organisation spatiale et cet état d'esprit particulier permettent la création d'un lieu d'échange bienveillant. De nombreux internes ont discuté de l'absence de jugement ressentie durant ces groupes, voire de la bienveillance et de l'empathie perçues. Il s'agit d'un moment de renforcement positif où chacun peut trouver sa place. C'est ainsi que né la confiance nécessaire à la libération de la parole.

1.3.1 Absence de jugement

"tout le monde parlait, personne ne se jugeait" (E1)

"un endroit en fait où on se dit « quoi qu'on dise et bien on ne va pas être jugé »" (E6)

"Je n'ai jamais ressenti de jugement moi pendant le groupe." (FG2)

1.3.2 Bienveillance et empathie

"de la bienveillance parce que du coup chacun, vis-à-vis de la personne qui racontait la situation, je pense qu'il y avait de l'empathie envers cette personne." (E4)

1.3.3 Lieu de renforcement positif

"je me suis sentie bien à l'aise, parce qu'avec les amis, avec les collègues, les animateurs. Et puis bon j'étais contente parce que je me dis c'est intéressant, c'est hyper intéressant pour moi." (E4)

1.3.4 De la place pour tous

"Je pense que tout le monde a pu parler et présenter leur point de vue." (FG1)

1.3.5 Confiance

- En les autres

"c'est un exercice qui a demandé de la confiance en les autres, et ça c'était intéressant aussi" (FG1)

- Engagée et inhabituelle, différente de la confiance qu'on a envers les professeurs

"6 : D'habitude la seule confiance qu'on nous demande c'est auprès du professeur qui est censé nous apprendre. Et donc là on doit faire preuve de confiance pour apprendre ce qu'il dit.

1 : c'est la confiance facile

6 : oui il n'y a pas d'implication" (FG1)

- Confiance partagée permettant l'intimité

"Et donc finalement ça demande un partage d'expérience, de ressentis un peu intimes, dans un groupe, donc ça demande une confiance, auprès des autres aussi parce que c'est aussi se dévoiler soi en quelque sorte" (FG1)

1.4 Libération de la parole

Et dans ces conditions une libération de la parole est envisageable, elle est progressive, elle est exponentielle. De manière spontanée elle devient alors libre et sans barrière.

1.4.1 Libération progressive

"je me suis sentie de plus en plus à l'aise pour discuter, en tout cas pour donner mon avis et tout ça." (E7)

"Je pense que début on était un peu plus freeze, un peu plus bloqué et après ça s'est un peu...Finalement je pense que tu as eu la parole libre." (FG1)

1.4.2 La parole libère la parole

"Au début on n'ose pas trop, et la première qui a eu le courage, je me souviens, la première séance de parler, je pense qu'elle aurait parlé à la fin de la séance elle aurait été un peu plus libérée" (E6)

"ce temps qui est donné à l'expression qui permet de pousser un peu, de s'ouvrir encore plus." (E4)

1.4.3 Spontanéité

"j'ai trouvé ça vraiment intéressant dans le sens où c'était vraiment spontané" (E9)

1.4.4 Parole libre et sans barrière

"on pouvait librement s'exprimer sans barrière" (E2)

"on se sent quand même libre de parler" (E4)

"on a pu parler librement de ce que l'on a ressenti, et de ce qui s'est passé " (FG2)

1.5 Lieu unique

Finalement plusieurs internes nous ont fait remarquer que cet endroit est unique et parmi les caractéristiques qui le rendent si particulier voici une définition extraite de leurs nombreuses descriptions :

Il s'agit d'un lieu d'expression dédié, inconnu et nécessaire, en dehors de l'agitation habituelle

- Lieu d'expression dédié

"dès qu'on en a l'occasion on est des moulins à parole. On a plein de choses à dire." (E6)

"au final c'est rare d'avoir un vrai temps de parole pour discuter de ça en dehors. Pour parler particulièrement de la relation et tout ça." (E7)

On y parle de Soi (Nuance entre le Soi Personnel et le Soi Professionnel)

"pour moi en même temps le Soi professionnel est un peu l'écho du Soi personnel" (FG1)

"Et là pour une fois on parle de Soi." (FG1)

- Lieu Inconnu

"Et là, l'intérêt du groupe Balint, c'est qu'on y va, on a beau lire la présentation, on ne sait pas trop ce que c'est" (FG1)

"au début, avant de commencer les groupes Balint, ce qui était original c'est qu'on ne savait pas à quoi s'attendre." (FG2)

- Lieu nécessaire

"tout ce qui est dans le non-dit, tout ce qui est dans le relationnel, on a quand même peu de matière et je trouve que justement les groupes comme ça manque parce que je pense qu'on en a besoin." (E9)

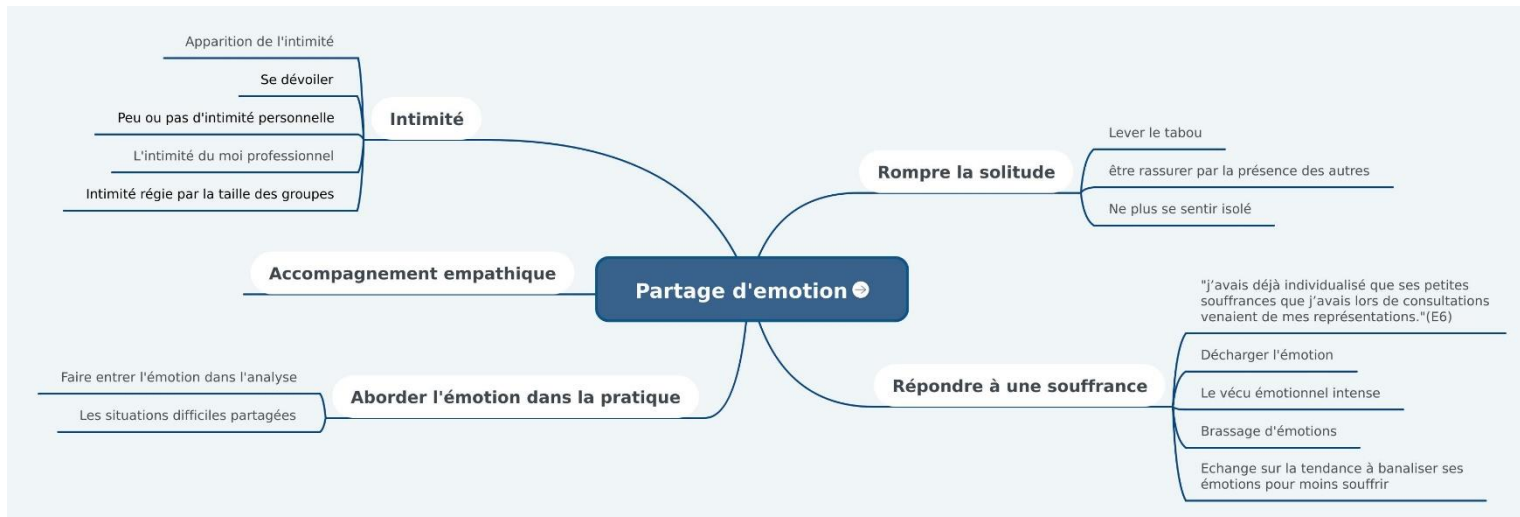
"C'était une occasion de parler de quelque chose dont on ne parle pas" (FG1)

- En dehors de l'agitation habituelle

"On est toujours à chercher la dernière reco, le dernier truc, pour ne pas se tromper, pour vraiment faire bien, on demande des avis partout, on court partout" (E9)

"on se pose très peu de questions, ça va vite, on fait les choses vraiment les choses parfois de façon routinière, on veut faire tactactac c'est fait" (E9)

2 Partage d'émotion



La deuxième notion que nous avons retenue est le partage d'émotion rapporté par les internes. Aborder l'émotion dans la pratique est une manière de créer une intimité dans le groupe ce qui permet de rompre la solitude voir de répondre à une souffrance ressentie par certains internes.

2.1 [Aborder l'émotion dans la pratique](#)

Les internes nous ont rapporté que ces groupes permettaient d'aborder la relation mais plus particulièrement l'émotion ressentie dans certaines situations difficiles.

2.1.1 [Faire entrer l'émotion dans l'analyse](#)

"les relations qu'on a en fonction des patients et ce qu'on peut ressentir, comment ça modifie, en quoi ça joue dans notre prise de décisions" (E10)

« J'ai senti, au moment où elle me l'a dit, que c'était d'une importance capitale qu'elle me dise ça. Je l'ai sentie tout de suite quoi. Et je ne m'attendais pas du tout à ce qu'elle me dise ça et j'ai senti que c'était super important qu'on en parle, en tout cas que le fait qu'elle m'en ait parlé c'était important et peut-être que le fait que du coup je continue à en parler. » (Groupe Balint 1 – 12 Juillet 2017)

2.1.2 [Les situations difficiles partagées](#)

"en fait une situation à problème, c'est une situation qui ne se passe pas de façon fluide, c'est quelque chose sur lequel on va buter 1 fois, 2 fois, 3 fois... Et en fait on n'arrive pas à trouver" (FG2)

2.2 [Intimité](#)

C'est le fait d'aborder l'émotion en groupe restreint qui permet selon les internes de créer l'intimité, de dévoiler la complexité émotionnelle du moi professionnel.

2.2.1 [Apparition de l'intimité](#)

"je me suis sentie un peu plus libre de poser des questions ; voilà sans que je ressentie que l'autre soit gêné ou quoi que ce soit." (E9)

2.2.2 [Se dévoiler](#)

"parce qu'on livre quand même nos doutes" (FG1)

"ben quand il y a de l'intimité, il y a de la pudeur aussi" (FG1)

"c'est aussi se dévoiler quoi en quelque sorte" (FG1)

2.2.3 Peu ou pas d'intimité personnelle

"Du coup l'intimité personnelle ?

1 : oui elle joue un peu dedans mais

A2 : on n'y a moins fait allusion" (FG1)

2.2.4 L'intimité du moi professionnel

" On est vraiment rentrés, intimement, dans le moi professionnel, pas personnel mais professionnel, de façon plus intime avec tout ce qu'il peut y avoir de plus négatif. " (E4)

"une intimité de professionnels, ça restait parfois" (FG1)

2.2.5 Intimité régie par la taille des groupes

"J'ai plus facilement discuté en petit groupe, quand on est 5, d'une situation plutôt que quand on est une dizaine. Enfin je ne sais pas, c'est juste une question de se sentir plus à l'aise" (FG2)

"J'ai bien aimé le fait d'être tout le temps avec le même groupe et à force aussi on apprend à se connaître aussi avec ses personnes là" (E7)

2.3 Rompre la solitude

Rompre la solitude permet de lever le tabou, se confesser, d'être rassuré par la présence des confrères, de sortir de l'isolement de la consultation.

2.3.1 Lever le tabou

"dans la médecine on nous dit souvent, on n'ose pas dire les choses. Il y a des tabous" (E1)

2.3.2 Être rassuré par la présence des autres

"Je pense que tout le monde se retrouvait un peu là-dedans et des fois ça fait du bien d'entendre qu'on n'est pas les seuls en fait." (E8)

" ça m'a rassuré, parce que finalement face à la consultation on est tous seuls, face à nos questionnements et parfois on n'ose pas en parler parce qu'on a honte ou parce qu'on se dit que c'est pas normal qu'on est un mauvais médecin" (E6)

2.3.3 Ne plus se sentir isolé

"on sera peut-être, sûrement, amenés à faire des erreurs parfois mais que voilà finalement on n'est jamais seuls et qu'on a toujours justement des confrères à qui parler, voilà !" (E9)

"on n'en parle et en fait on se rend compte qu'on est pas tout seul à avoir eu la même expérience et « on dit bon, il n'y a pas que moi qui suis... »" (FG1)

« et puis j'avais pas de senior ce jour-là parce que qui c'était ? il y en avait deux, trois et puis les internes étaient en congrès, je sais plus en cours, une au bloc. Du coup c'était même difficile j'étais vraiment toute seule. La solitude » (Groupe Balint 2 – 29 Juin 2017)

2.4 Répondre à une souffrance

"j'avais déjà individualisé que ces petites souffrances que j'avais lors de consultations venaient de mes représentations."(E6)

L'intensité des émotions rapportées voire « déchargées » lors des groupes notamment tout ce qui concerne la colère, la culpabilité va permettre d'extérioriser certaines souffrances ressenties lors de la pratique et parfois banalisées.

« 1 : Il n'y aurait rien d'autre qui aurait pu être possible en fait. Enfin tu n'aurais pas pu la forcer à reprendre le boulot.

8 (présentant) : Non mais je ne pouvais rien faire en fait, je me suis senti pris en otage en fait, clairement, parce que... Et puis en plus par l'incompréhension que j'ai du système » (Groupe Balint 1 – 12 Juillet 2017)

2.4.1 Décharger l'émotion

"c'était vraiment des moments où les choses qui nous avaient marqué pouvaient un peu décharger" (E9)

"j'avais pu dire ce que j'avais à dire et en même temps je suis ressortie en étant un peu plus légère" (E9)

« 6 : Non mais c'est ça plus après. L'idée de s'en faire un souci personnel. Je sais que personnellement j'ai des expériences qui ont fait que... Cette histoire-là m'a aussi bouleversé dans ce sens-là. Donc il y a eu ça plus... Donc oui ça a été une émotion assez forte par rapport à ce qu'on a l'habitude de faire pendant les consultations. » (Groupe Balint 1 – 29 juin 2017)

2.4.2 Le vécu émotionnel intense

- Aborder la colère

"7 : la colère était un sentiment prédominant 2 : vu que c'était que des situations qui se sont mal passées souvent" (FG1)

"C'est un cas qui m'avait mise un peu en colère" (E3)

« Leader : le sentiment dont vous vous souvenez c'est de la colère. Ça vous a surpris de ressentir ça dans le cadre de l'hôpital ?

11 : oui parce que je suis d'un tempérament assez calme et c'était la première fois que je m'énervais à ce point-là. » (Groupe Balint 1 – 6 Juin 2017)

- Parler de la culpabilité

"A1 : la culpabilité venait de quoi ? Dans ce cas-là ? 5 : de l'impression de ressentir quelque chose qu'on ne devrait pas ressentir" (FG1)

"ça n'a pas assez... assez compliqué, mais elle a bien parlé de sa culpabilité!" (FG1)

2.4.3 Brassage d'émotions

"Ça remuait beaucoup de choses" (FG1)

2.4.4 Echange sur la tendance à banaliser ses émotions

C'est en se rendant compte que ces choses-là ne doivent pas être banalisées qu'on peut apprendre à moins en souffrir.

"moi j'avais tendance à banaliser je pense, à me dire « en fait c'est pas important, pour être un bon médecin il faut pas forcément ressentir, c'est pas ça d'être un médecin ». Alors qu'en fait, je trouve que c'est bien plus plaisant" (FG1)

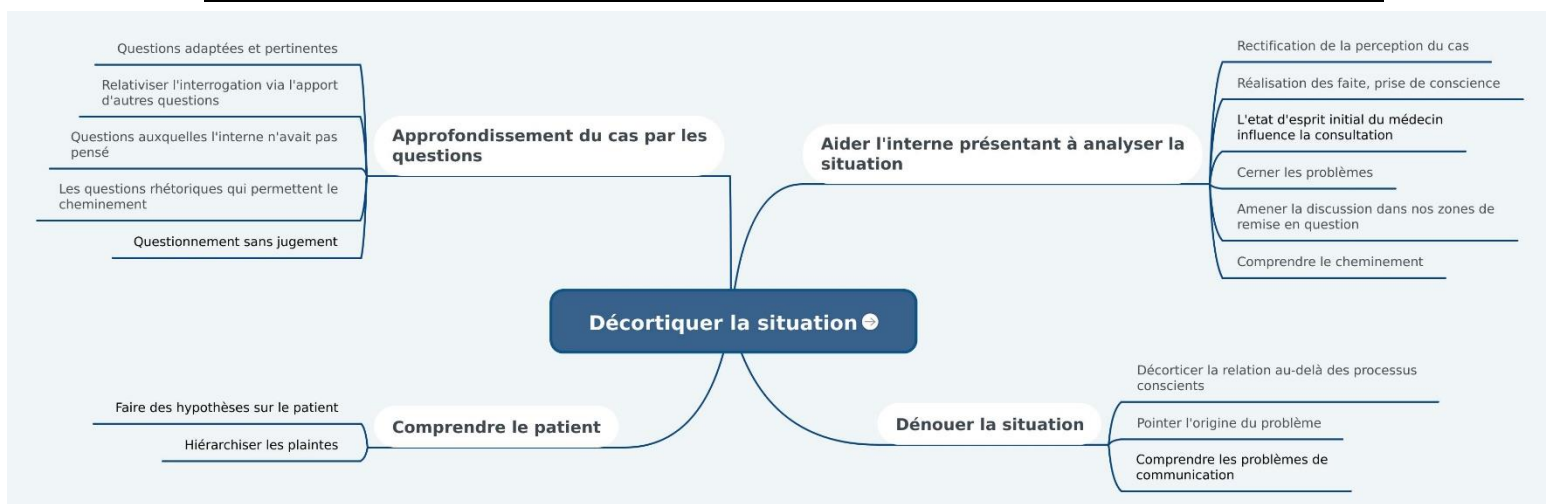
"ça peut paraître caricatural et extrême mais c'est vrai que ça peut être des solutions. Moi je vois le nombre d'étudiants en médecine qui s'anesthésient pour continuer et persister, ben ouais. Et moi sans doute que je l'ai fait et je le fais voilà" (FG1)

« Leader1 : on a le droit d'être fatigué, même si on a appris que les médecins doivent être en forme, on a le droit d'être fatigué » (Groupe Balint 2 – 29 Aout 2017)

2.5 Accompagnement empathique

"il y avait de l'empathie envers cette personne. Et qu'après les autres personnes du groupe voulaient l'aider entre guillemets ou l'accompagner" (E4)

3 Décortiquer la situation



Dans ce lieu et cette ambiance particulière se produit alors un mécanisme important du Balint, le cas présenté est analysé, décortiqué. Via les questions des confrères présents la situation est recontextualisée, approfondie pour essayer de dénouer les problèmes sous-jacents.

3.1 Aider l'interne présentant à analyser la situation

Suite à la présentation du cas, une analyse se met donc en place via la discussion entre l'interne ayant rapporté l'expérience vécue et les autres participants. Cette réflexion va amener le présentant à rectifier progressivement sa perception de la situation, à réaliser les faits, à cerner les problèmes.

3.1.1 Rectification de la perception du cas

"les autres peuvent aider à redresser" (E3)

"c'est comme si en présentant, en nous parlant en groupe Balint, elle avait compris la consultation alors qu'elle l'avait pas du tout compris quand ça s'est déroulé" (FG1)

« 3 : après comme tu l'as dit au début, tu es passé complètement à côté de la consultation, tu l'as dit toi-même. C'est peut-être ça qui t'a énervé parce que tu t'es dit, en fait j'ai passé 15 minutes dans le vent, j'ai pas du tout fait ce que j'avais envie et j'ai pas l'impression d'avoir plus avancé sur cette patiente. » (Groupe balint 2 – 29 août 2017)

3.1.2 Réalisation des faits, prise de conscience

"je pense qu'ils ont réussi à me faire ouvrir aussi les yeux sur la situation" (E1)

"Ben oui c'est vrai, ça m'a fait réaliser" (E4)

"en essayant de tirer toutes les ficelles de cette relation. On s'est rendu compte de tous les vrais problèmes de santé que la patiente avait réellement et qui avaient été perdu au milieu de ce ressenti négatif qu'il y avait" (FG2)

3.1.3 L'état d'esprit initial du médecin influence la consultation

"on se posait souvent la question de dans quel état d'esprit on était juste avant la consultation" (FG1)

3.1.4 Cerner les problèmes

"identifier et pour pouvoir ben les contourner ces difficultés" (E5)

"Et je pense que la personne qui raconte ça peut l'éclairer sur ce qui s'est passé, ça donne un autre regard, un autre point de vue" (FG2)

« 3 : Est-ce que tu penses que l'arrêt de travail n'était pas protecteur dans ce contexte ?

8 (présentant) : Je ne sais pas.

10 : Tu avais l'impression qu'il n'était pas justifié en tout cas.

8 : ouais. Mais en ayant totalement conscience que en fait c'est par mes représentations que moi j'estimais qu'il n'était pas bénéfique alors que ça se discutait complètement. » (Groupe balint 1 – 12 Juillet 2017)

3.1.5 Amener la discussion dans nos zones de remise en question

"ça m'a poussé un peu dans mes retranchements." (E5)

3.1.6 Comprendre le cheminement

"qu'est-ce qui a pu nous amener à telle prise de décision. Mais sans discuter de la décision médicale pure." (E10)

3.2 Approfondissement du cas par les questions

La séance débute par la présentation du cas puis ce sont les questions posées par l'ensemble des participants qui construisent la réflexion. La pertinence des questions permet de relativiser la situation.

3.2.1 Questions adaptées et pertinentes

"plus de questions pertinentes je pense. Sur le ressenti de la personne, le vécu, pourquoi il avait réagi comme ça, qu'est-ce que ça lui renvoyait à lui en tant que soignant." (E8)

3.2.2 Relativiser l'interrogation via l'apport d'autres questions

"Je pense que je ne m'étais pas posé les bonnes questions et ce groupe ça a permis de me les poser" (E5)

« 2 : est-ce que t'as l'impression d'avoir échoué quelque part ? est-ce que t'aurais aimé les convaincre ?

1 : oui j'ai l'impression de ne pas avoir vraiment essayé » (Groupe Balint 2 – 6 Juin 2017)

3.2.3 Questions auxquelles l'interne n'avait pas pensé

"ça m'a prise beaucoup au dépourvu, je ne m'attendais pas vraiment à ces questions-là." (E5)

3.2.4 Les questions rhétoriques qui permettent le cheminement

"il y a des questions qui permettent de détailler, il y avait des questions un peu rhétoriques qui permettent de prendre conscience" (E4)

3.3 Comprendre le patient

Ces questions et cette recherche vont permettre de mieux comprendre les motivations et raisons du patients. « 4 : Mais c'est sa vraie demande certainement, elle pense peut-être que c'est vraiment protecteur d'être arrêtée de son travail. » (Groupe Balint 1 – 12 Juillet 2017)

3.3.1 Faire des hypothèses sur le patient

"on fait beaucoup d'hypothèses sur les patients" (FG1)

3.3.2 Hiérarchiser les plaintes

"on en voit régulièrement des situations comme celle-là où des patients qui viennent avec pleins de plaintes différentes et du coup on arrive plus à hiérarchiser et on se perd dans le discours du patient. Et quand même on essaye un peu de remettre les choses dans l'ordre" (FG2)

3.4 Dénouer la situation

Le but de cette analyse est de dénouer la situation pour aider l'interne présentant à trouver l'origine du problème relationnel qu'il a vécu.

3.4.1 Décortiquer la relation au-delà des processus conscients

"via le groupe l'aider à comprendre déjà ses représentations parce que parfois je pense qu'il y a des mécanismes complètement inconscients, parfois du déni ou je n'en sais rien » (E6)

« 4 : toi au final, j'ai l'impression que ce qui t'as beaucoup perturbé là-dedans c'est que déjà que tu n'as pas pu faire comme d'habitude ton rôle de médecin dans l'entretien et l'examen clinique et en plus tu t'es sentie agressé sur tes acquis médicaux, sur tes prescriptions, elle a dit « c'est inadmissible mon médecin traitant le fait » donc elle a comparé à quelqu'un d'autre, et en plus après elle t'attaque sur toi, pas sur ton plan professionnel mais sur ton plan privé en disant que tu es une mauvaise personne » (Groupe balint 2 – 12 Juillet 2017)

3.4.2 Pointer l'origine du problème

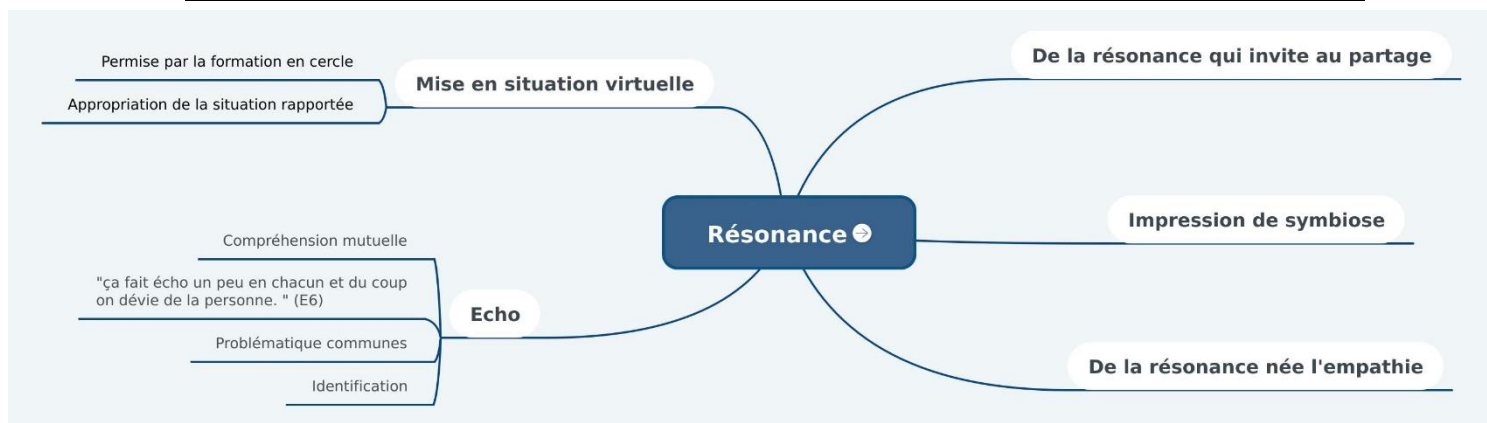
"aider à résoudre l'affaire, à dénouer un peu ce qui a pu être compliqué." (E4)

"on sait qu'il y a un problème mais on ne sait pas pourquoi" (E6)

3.4.3 Comprendre les problèmes de communication

"dans la réflexion de ce qu'il s'était passé, dans l'analyse de la situation, du ressenti" (FG2)

4 Résonance



Le fait de décortiquer la situation et de partager l'émotion ressentie dans la pratique, l'apparition de l'intimité entre les internes va permettre un phénomène que les internes nous ont largement décrit, une certaine résonance. Les situations font écho chez les autres participants permettant une vraie mise en situation virtuelle, qui, renforçant l'empathie des uns envers les autres, crée une sorte de symbiose.

4.1 Echo

Le processus de résonance peut être décrit comme une sorte d'écho perçu par les participants autour du cas présenté. Le fait d'aborder des problématiques communes permet une compréhension mutuelle et une sorte d'identification entre les internes.

4.1.1 Compréhension mutuelle

"j'ai l'impression qu'on m'écoutait et qu'on a compris ce qui me dérangeait dans ce cas." (E3)

"Quand je l'écoutais, ça me faisait sourire parce que je m'imaginai complètement dans la consultation et en même temps ça me faisait penser à des trucs qu'après j'aurais envie de dire ou d'apporter au groupe et de lui apporter à elle personnellement" (E4)

"Et quand on entend, quand on écoute, c'est aussi parfois des propos qui font résonner certaines choses..."(FG1)

"ça fait écho un peu en chacun et du coup on dévie de la personne. " (E6)

4.1.2 Problématique communes

"Ben oui, c'est évident, c'est surprenant, ça me rappelle certaines expériences que j'ai vécu" (FG1)

"qu'on est tous concernés. C'est les sujets qui nous emballent " (E8)

4.1.3 Identification

"comme une identification quoi" (FG1)

"mais ce qui permettait ça c'était s'identifier et du coup, il y avait des choses qui nous renvoyaient à des expériences passées" (FG1)

« 1 : Moi je pense que c'était vraiment identification, je pense que j'ai fait une identification forte par rapport à la relation que j'ai eu moi avec mon médecin à moi. » (Groupe balint 1 – 12 Juillet 2017)

4.2 De la résonance qui invite au partage

Cette résonance renforce l'envie de partage perçue par les internes lors des groupes Balint quitte à parler d'autres situations rappelées par la discussion.

"les situations présentées par une personne renvoyaient des choses aux autres et puis parfois il y a dû avoir des gens qui disaient « ben moi ça me rappelle ci, ça » " (E4)

"D'ailleurs c'était ouvert, on pouvait raconter une autre histoire. Moi je sais qu'à la dernière séance ça m'avait fait penser à une autre histoire que j'avais raconté." (FG2)

4.3 Mise en situation virtuelle

Et comme chacun s'identifie et chacun repense à des situations vécues, cela permet une mise en situations virtuelle avec une vraie appropriation de la situation rapportée.

4.3.1 Permise par la formation en cercle

"ça nous projette dans un peu dans la situation." (FG2)

4.3.2 Appropriation de la situation rapportée

"5 : mais même des hypothèses sur la personne qui présentait, on a parfois essayé de la pousser en lui disant « t'es sûre ça t'énervait pas qu'il dise ça » RIRES Alors que ça l'énervait pas et elle répondait « mais non mais ça m'énerve pas »

1 : Mais ça énervait tout le reste RIRES

5 : nous ça nous énervait tous et elle ça l'énervait pas, c'était drôle" (FG1)

Ce passage décrit bien la sensation des internes d'avoir vécu la situation, une fois l'analyse faite en profondeur du cas, à tel point que certains veulent attribuer leurs émotions théoriques à l'interne présentant.

4.4 Impression de symbiose

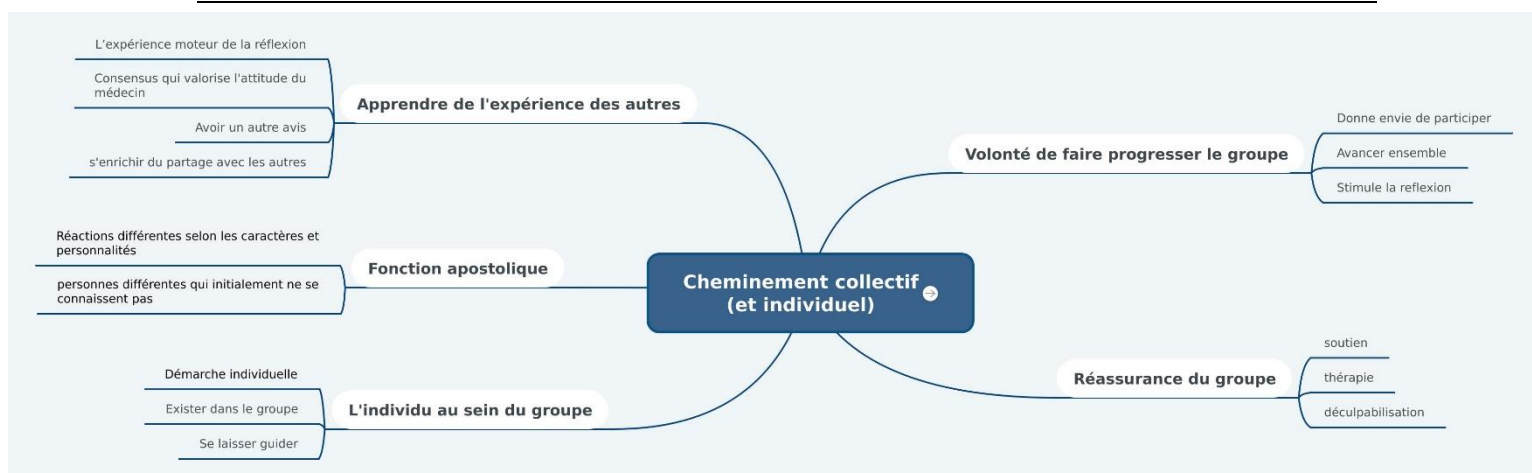
"et c'est vrai que c'est assez rigolo parce qu'en plus on réfléchit tous ensemble, comme tu disais tout à l'heure, quelqu'un qui vient de dire quelque chose et que tu l'avais ... dans l'esprit. Il vient de le dire mais du coup ..." (FG2)

"oui, c'est intéressant de voir ça aussi, qu'on a les mêmes réflexions en même temps." (FG2)

4.5 De la résonance née l'empathie

"je comprenais parfaitement ce que la personne pouvait ressentir, j'avais presque envie de la soutenir, de dire « ah ouais je te comprends, c'est clair »" (E6)

5 Cheminement collectif (et individuel)



Une notion souvent retrouvée dans les entretiens et les focus group est celle de cheminement collectif. Le groupe progresse ensemble dans sa réflexion ce qui est rassurant pour l'interne présentant. Chacun, avec son caractère, son avis, sa personnalité va apprendre de l'expérience des autres.

On retrouve dans ce thème la notion de fonction apostolique décrite par Balint.

5.1 Apprendre de l'expérience des autres

Le partage d'expérience amené par l'effet de résonance est un vrai moteur pour la réflexion, le but n'étant pas de trouver une solution unique mais d'apporter chacun son avis pour construire ensemble une réflexion sur la relation et les manières de l'améliorer. Ce consensus qui se crée dans le groupe a pour objectif également de valoriser l'attitude du médecin, en comprendre les mécanismes sans jugement.

5.1.1 L'expérience moteur de la réflexion

"C'est de l'expérience des soignants que le reste du groupe se forme, enfin que le groupe se forme lui-même à la relation médecin/patient." (E4)

« Leader : Bien sûr. Est-ce qu'on a répondu un peu ? Est-ce qu'on a fait...

8 : Oui oui merci, vraiment ça m'a fait du bien, ça m'a fait avancer dans la réflexion. » (Groupe Balint 1 – 12 Juillet 2017)

5.1.2 Consensus qui valorise l'attitude du médecin

"Mais ouais il me semble que ça allait plus ou moins dans le même sens sur la fin." (E5)

"non mais l'humain, on est tous d'accord qu'il ne fallait pas enlever l'implant. Sur le côté humain on était tous d'accord qu'il fallait repousser" (FG1)

5.1.3 Avoir un autre avis

"C'est pour partager avec ses confrères sur ... On n'aborde pas les mêmes sujets, mais c'est pour partager, un autre avis, un autre regard" (FG2)

"Et au final j'ai vraiment pris tout ce qui a été apporté en me plaçant vraiment au milieu" (E9)

"j'ai eu les réponses à travers les autres internes qui m'ont un peu donné leur avis" (E9)

5.1.4 S'enrichir du partage avec les autres

"Et puis on sait à quel point la relation médecin/patient est importante donc tout ce qu'on peut apprendre dessus, qui a pu servir aux autres pourra peut-être nous servir à nous-mêmes." (E4)

"quand il y a vraiment beaucoup d'échanges je trouve ça vraiment intéressant parce que ça nous fait progresser tous." (E5)

« 6 : mais en tapant sur internet on sait pas trop comment faire pour motiver les gens, c'est un peu compliqué, on a des petits tuyaux mais finalement ce qu'ils nous disent c'est pas très clair. Je trouve que c'est important les groupes Balint finalement pour échanger. Et comme tu disais chacun nous dit un petit peu comme lui il fait et on voit un petit peu ce qui nous convient, c'est intéressant. » (Groupe balint 2 – 29 Juine 2017)

5.2 Fonction apostolique

Il est évident que dans un groupe de 10 personnes chacun a sa personnalité et son caractère et que cela influence la discussion, les différences de réactions et d'avis peuvent être utiles à la réflexion.

5.2.1 Réactions différentes selon les caractères et personnalités

"on réagit tous d'une façon différente parce qu'on a quand même des caractères très différents. Il y a des gens qui ne seront pas énervés sur une situation et d'autres qui seront bien plus énervés. Ça fait partie de notre comportement, de notre façon de réagir hors professionnel" (FG1)

"l'aspect peut être un peu socio-culturel, on n'a pas la même façon de s'exprimer les uns les autres" (FG2)

"c'est qu'il y a des personnalités particulières [...] on a tous une personnalité et une vision différente des choses" (E6)

5.2.2 Personnes différentes qui initialement ne se connaissent pas

"On se connaissait peut-être un peu mais pas au point de pouvoir débriefer de ce genre de situations là" (FG2)

5.3 L'individu au sein du groupe

L'individu persiste au sein du groupe, au-delà de la démarche collective il en existe également une individuelle. Chacun doit trouver sa place, sa position dans le groupe, ainsi alors il pourra se laisser guider.

5.3.1 Démarche individuelle

"C'est une démarche aussi très individuelle je trouve, quand on présente ou quand on observe, en fait c'est ce qu'on choisit de présenter, donc que c'est quand même quelque chose qui nous a touché." (FG1)

5.3.2 Exister dans le groupe

"En fait je me souviens, pendant le silence, pendant que les gens parlaient, ben moi j'ai pensé." (FG2)

"A1 : est-ce qu'on existe en tant que personne dans une réflexion de groupe ? Est-ce qu'on s'y retrouve ?

9 : est-ce qu'on s'y retrouve ! Oui, moi je m'y retrouvais bien !" (FG2)

5.3.3 Se laisser guider

"Mais moi mon cheminement je ne saurais pas très bien l'expliquer, je me suis un peu laissé guider aussi quoi." (E7)

5.4 Volonté de faire progresser le groupe

Cet esprit de groupe donne envie de progresser tous ensemble dans la réflexion.

5.4.1 Donne envie de participer

"On a envie de faire évoluer le groupe, on a envie de faire avancer le groupe, on a envie d'amener un truc, de dire un truc pertinent, d'avancer, mettre notre pierre à l'édifice." (FG2)

5.4.2 Avancer ensemble

"J'ai senti le cheminement quoi de moi et du groupe"(E4)

"moi je ne pense pas qu'on n'était pas passifs du tout, c'était une écoute active. Moi je vivais plus comme une réflexion de groupe et on marchait ensemble" (FG2)

"c'est plus lent plus difficile d'évoluer seul qu'en groupe." (E5)

5.4.3 Stimule la réflexion

"Alors que la dernière séance on avançait vraiment en groupe. J'ai l'impression qu'on avait quand même été plus loin dans la réflexion."(FG2)

5.5 Réassurance du groupe

Faire partie d'un ensemble comme ça, d'un groupe qui évolue et marche ensemble peut également être une source de soutien, permettre à l'interne de déculpabiliser. Le lexique du soin a également pu être utilisé.

5.5.1 Soutien

"mais c'est vrai que vraiment à travers les avis de tout le monde [...] ben ça m'a quand même rassuré"(E9)

"on voulait les soutenir aussi" (FG1)

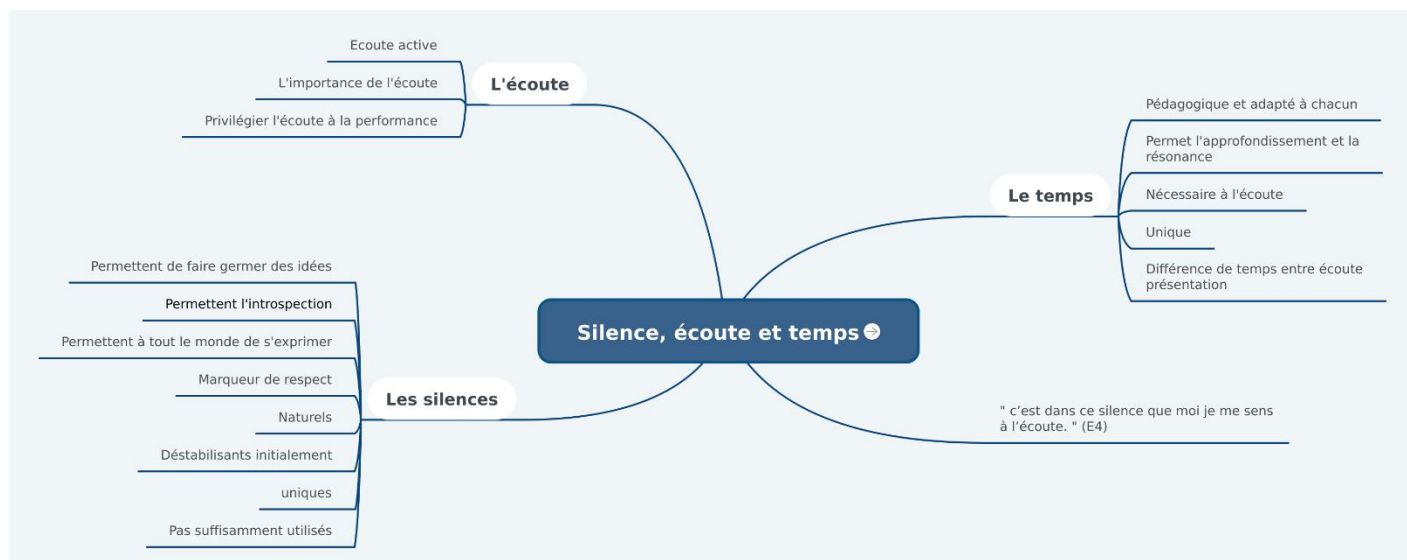
5.5.2 Thérapie

"ça faisait un peu thérapie sur certains. « Mais c'était bien ce que tu as fait... »" (FG1)

5.5.3 Déculpabilisation

"je me suis un peu moi déculpabilisé [...] mais du coup ça m'a aidé un petit peu à relativiser et à me dire que ce n'est pas la dernière occasion" (E9)

6 Silence, écoute et temps



Plusieurs internes ont fait référence à la singularité du temps et de l'écoute dans les groupes Balint. Le silence qui y est pratiqué est à la fois pédagogique et nécessaire à la réflexion.

" c'est dans ce silence que moi je me sens à l'écoute. " (E4)

6.1 Les silences

Les silences ont été souvent remarqués, pour certains ils étaient naturels pour d'autres plus dérangeants surtout au début des groupes. Comparés à ceux qu'on essaye d'instaurer en consultation pour laisser parler le patient, ils ont permis selon les internes de laisser se former les idées, de laisser le groupe s'exprimer tout en permettant à chacun de réfléchir de son côté.

6.1.1 Permettent de faire germer des idées

"Je me suis dit « mais en fait les silences, ça faisait pas du tout... ça servait à nous ... »
10 : à nous poser un peu

9 : à nous poser, mais aussi à nous faire aller ailleurs" (FG1)

"quelque chose qui a été permis par le silence s'exprime" (E4)

6.1.2 Permettent l'introspection

"ça permet de se poser, de réfléchir, notamment après une réflexion de quelqu'un, un silence ça permet de jauger ce qui a été dit, peut-être de se l'approprier ou au contraire le récuser quoi." (E5)

"les temps de silence étaient vraiment respectés et ça permettait aussi de réfléchir sur soi-même." (E9)

"Là vraiment le temps qui a été respecté, le temps de silence j'ai trouvé que ça nous permettait de prendre du recul pour soi-même [...] Donc ça m'a vraiment aidé dans le sens où ce temps d'introspection j'avais très rarement le temps de le faire" (E9)

6.1.3 Permettent à tout le monde de s'exprimer

"de faire réagir d'autres personnes qui n'auraient pas réagi s'il n'y avait pas de silence, ou alors de faire rebondir" (FG1)

6.1.4 Marqueurs de respect

"il y a ce silence qui témoigne je pense du respect et de la bienveillance qu'on peut avoir pour la personne qui parle." (E4)

6.1.5 Naturels

"moi j'avais pas de mal avec les silences... pourtant j'aime bien parler" (FG1)

6.1.6 Déstabilisants initialement

"Les silences par exemples, au début, me gênaient énormément" (FG1)

"quand il y avait un silence c'est que je ne savais pas et donc pour meubler un silence quand on ne sait pas c'est très gênant et puis on ne sait pas trop quoi dire" (E9)

6.1.7 Uniques

"les silences qu'on ne connaît pas ailleurs à part dans la consultation de médecine générale quand on laisse justement un patient s'exprimer." (E4)

"nulle part ailleurs on ne connaît ces silences, même en groupe de pairs il n'y a pas ces silences" (E4)

6.1.8 Pas suffisamment utilisés

"en fait les silences n'étaient jamais très longs, il y avait toujours quelqu'un qui voulait... enfin on a eu très peu de longs silences [...] Mais on ne les a pas beaucoup prolongés quoi" (FG1)

6.2 L'écoute

Au final temps et silences sont les piliers d'un aspect primordial des groupes Balint qu'est l'écoute. Elle est active et pour une fois en médecine elle est prioritaire sur l'idée de réponse, solution.

6.2.1 Ecoute active

"moi je ne pense pas qu'on était passifs du tout, c'était une écoute active. Moi je vivais plus comme une réflexion de groupe et on marchait ensemble" (FG2)

6.2.2 L'importance de l'écoute

"je trouve que l'écoute aussi, moi je fonctionne plus en écoutant que en parlant mais c'était quand même très intéressant" (FG1)

C'est elle qui pousse à la réflexion

"après on est beaucoup dans l'écoute mais c'est pas non plus... On n'est pas non plus inactif dans le sens que ça nous pousse à réfléchir sur nous comment on... Ça pousse à la réflexion." (FG2)

6.2.3 Privilégier l'écoute à la performance

"en médecine on n'est que dans la performance, on ne peut pas s'empêcher de donner notre avis. Alors que je pense que le groupe Balint, le but, ce n'est pas de donner un avis, c'est plus d'écouter l'autre" (E6)

6.3 Le temps

Le temps durant la séance a été décrit comme quelque chose d'unique, de pédagogique en soit. C'est de ce temps particulier que naît la réflexion mais aussi l'écoute et la résonance.

Enfin, il faut noter que pour les internes ayant présenté des cas, il existait parfois une différence dans l'écoulement du temps en fonction des séances (écoute / présentation)

6.3.1 Pédagogique et adapté à chacun

Il existe un vrai intérêt de la longueur et de la répétition pour ancrer les concepts.

"3 : il y a des concepts qui ressortent plusieurs fois

5 : après ça les ancre un peu plus tu vois, d'y revenir, que ce soit dit par plusieurs personnes

3 : de manière différente" (FG1)

"il est pédagogique pour moi ce temps, c'est à dire qu'il permet à chacun de comprendre, à sa vitesse" (FG1)

6.3.2 Permet l'approfondissement et la résonance

"ben finalement, en fait, à chaque fois, j'avais l'impression que c'était fini, et puis ça ne finissait pas et on arrivait à dire des choses qui n'avaient pas été dites. Et je n'avais pas l'impression non plus qu'on radotait ou disait autre chose" (FG2)

"ce temps qui est donné à l'expression qui permet de pousser un peu, de s'ouvrir encore plus." (E4)

Prendre le temps, décortiquer, permet l'approfondissement de l'analyse.

"quand on avance des arguments rapidement on a tendance à sortir des choses qui nous viennent tout de suite à l'esprit, alors que quand on se pose, qu'on réfléchit à la situation, en fait il y a d'autres choses qui nous viennent." (FG2)

6.3.3 Nécessaire à l'écoute

"Je pense que c'est un exercice qui doit se pratiquer assez régulièrement pour bien le pratiquer surtout en groupe comme ça où on est assez nombreux. Prendre le temps de bien écouter les gens. " (FG2)

Cette notion de temps qui passe est d'ailleurs modulée par l'intérêt porté à la discussion.

"Non mais le temps file, le temps est long en fonction de l'intérêt qu'on ressent face à la situation. Quand c'était long, c'est ce qu'on disait c'est que les gens, il y avait plus de silence parfois ça s'essouffait. Le temps filait quand ça alimentait les passions. Un temps plein ou un temps vide" (FG1)

"il y a certaines séances qui ont durées des heures, en termes de densité" (FG1)

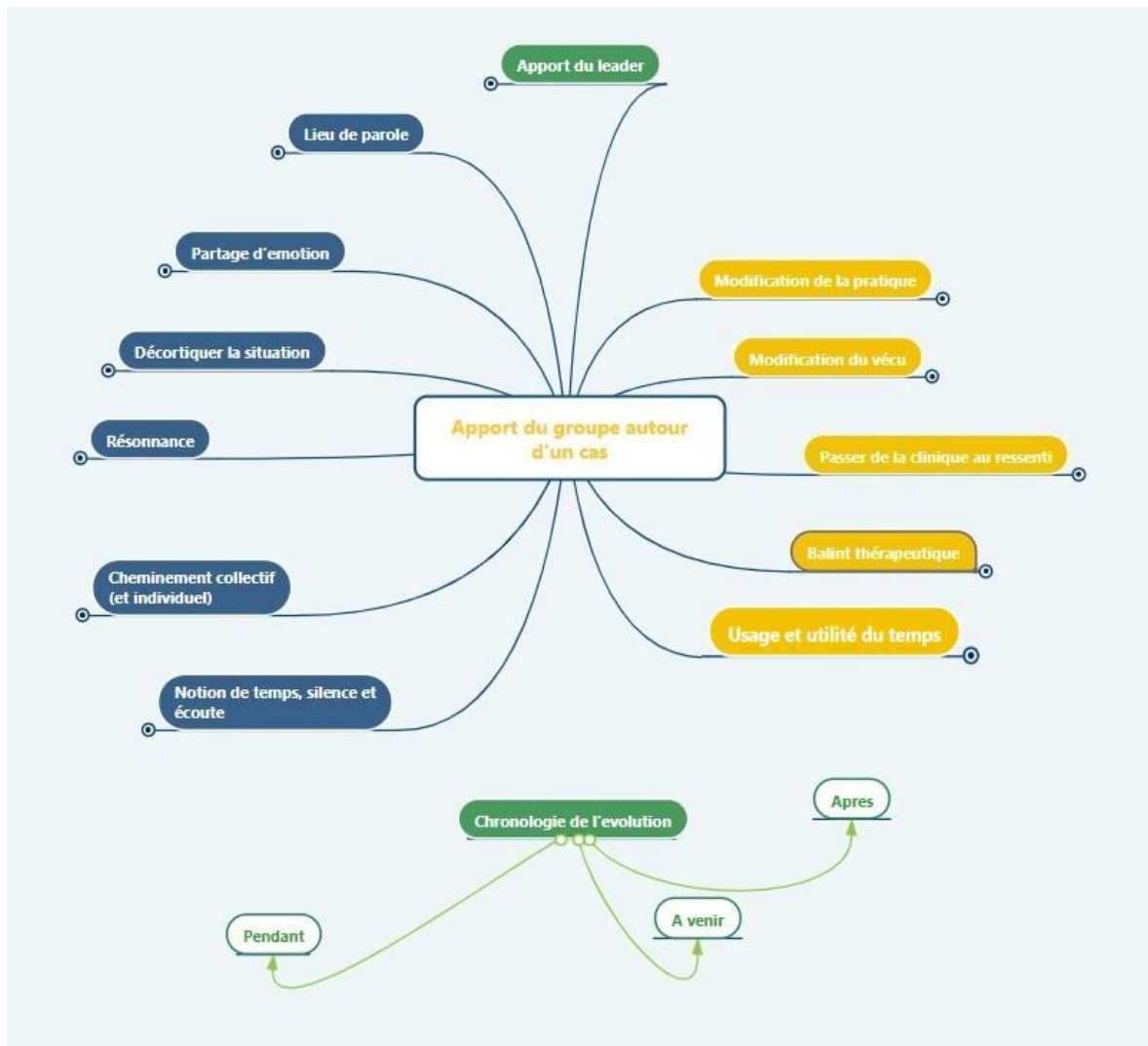
6.3.4 Unique

"On ne prend pas souvent ce temps. Il n'y a pas beaucoup de moments où on se pose et on pense. A notre vie, à notre journée. Au cabinet, on n'a pas le temps, même quand on rentre chez nous, quand on dort, on dort ! On ne pense pas souvent à ça" (FG2)

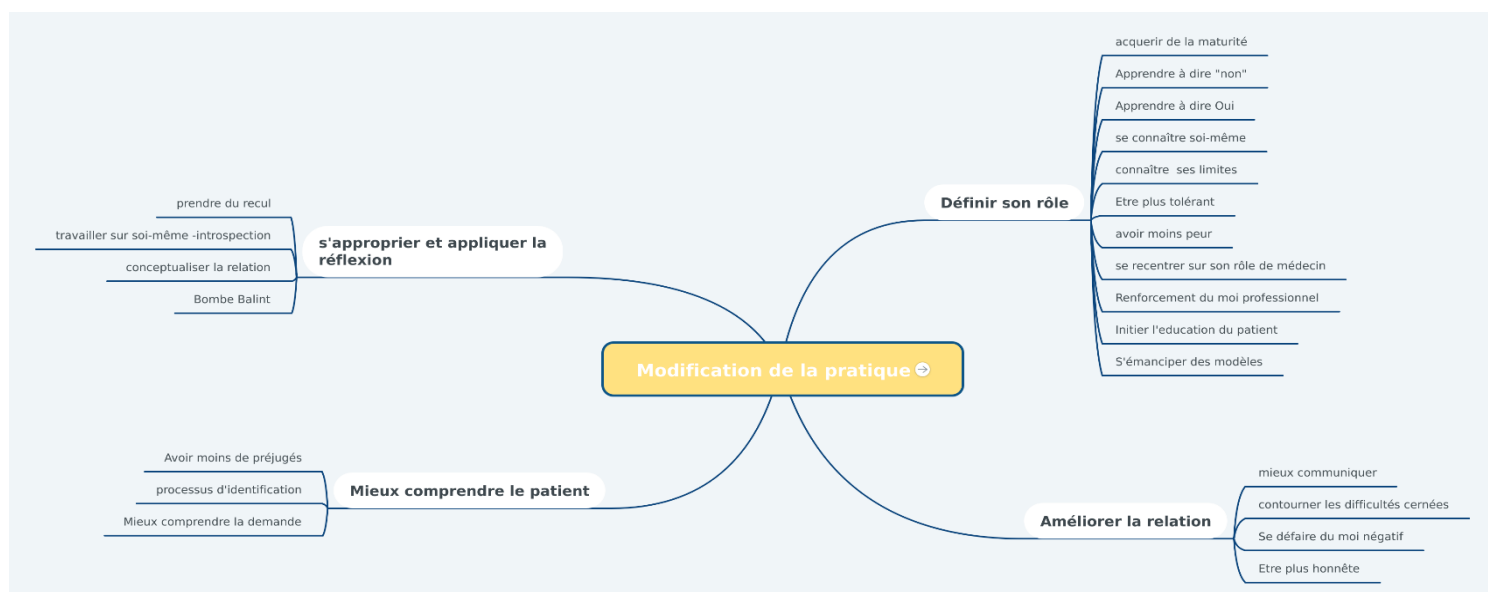
6.3.5 Différence de temps entre écoute et présentation

"on a l'impression que ça passe un peu plus vite parce qu'on est le centre du sujet" (E2)

Nous allons maintenant aborder les résultats qui concernent l'apport du groupe dans le sens des modifications engendrées par cette initiation. Il s'agit des thèmes en jaune sur le schéma global de nos résultats.



7 Modification de la pratique



Concernant l'apport ressenti par les internes du Balint sur leur pratique nous avons relevé beaucoup de verbatim et d'idées. Selon eux cette initiation leur a permis, via une appropriation progressive de la réflexion amenée par le groupe, de mieux définir leur rôle et mieux comprendre le patient ce qui globalement apporte une amélioration de la relation médecin/malade.

7.1 S'approprier et appliquer la réflexion

Ces modifications passent donc d'abord par une appropriation des réflexions et solutions proposées par le groupe lors des échanges. Il faut d'abord rapporter que plusieurs des internes interrogés ont parlé de la nécessité d'un temps d'analyse à la suite des groupes, une nécessité de prendre du recul, ce temps qui permet ensuite une certaine introspection. Il s'agit d'adapter la réflexion à sa pratique, à sa personnalité.

Dans un des focus groups il a même été évoqué une notion assez originale qui est celle de la « bombe Balint », à savoir une manière d'aborder la relation, conceptualisée par les groupes, de manière consciente et réfléchie.

7.1.1 Prendre du recul

"de prendre du recul, de pouvoir mieux l'analyser et pouvoir me donner un peu une conduite à tenir si jamais ça se reproduisait" (E5)

"d'avoir pris du recul, d'avoir... d'être plus maître de moi-même mais pas dans le sens contrôle, non juste plus serein quoi." (E4)

« 3 : Ce qui m'avait du coup rassurée et après j'ai eu l'occasion d'en reparlé aussi [...] j'ai eu d'autres personnes qui se sont présentées avec un peu le même profil et j'ai peut-être réussi à plus prendre sur moi et pas à mettre de l'huile sur le feu comme j'avais pu faire en la titillant un peu, vu qu'elle me titillait. » (Groupe Balint 2 – 29 Aout 2017)

7.1.2 Travailler sur soi-même -introspection

"Donc finalement je l'ai gardé un peu pour moi, du coup ça déclenche une réflexion aussi sur soi-même. C'est un groupe, moi je suis rentré chez moi ça m'a fait réfléchir sur beaucoup de choses, sur moi-même finalement, sur le jugement, sur etc." (E6)

" J'imagine qu'il y a eu quand même une réflexion, de moi à moi-même, sur ça, et en fait j'ai beaucoup mieux réagi par rapport à la première fois." (FG2)

7.1.3 [Conceptualiser la relation](#)

"les personnes qui assistent à ces situations arrivent ensuite à mieux appréhender, à mieux conceptualiser la relation médecin/patient" (E4)

7.1.4 [Bombe Balint](#)

"2 : non mais moi ça m'est arrivé encore aujourd'hui, une dame qui est arrivée et qui m'a dit « je veux être arrêtée » et j'allais lui rentrer dedans et je me suis dit « non calme toi ». [...]

1 : elle a lancé la « Bombe Balint » et là tu t'es dit « allez » RIRES

2 : et là je me suis dit « bon calme toi, elle doit sûrement avoir des raisons, essayes de la faire développer » et je l'ai fait développer et en fait je me rends compte qu'il y a eu une forme souffrance derrière. Et j'ai même réussi de lui faire accepter d'aller voir un psychiatre, elle est allée voir un psychiatre en sortant d'ici." (FG1)

7.2 [Définir son rôle](#)

C'est cette réflexion secondaire, cette manière de repenser et d'appliquer la discussion qui permettent de modifier la pratique.

Ces modifications apportées passent notamment par une meilleure définition du rôle de médecin et de ce que cela doit représenter en termes de maturité, de compétences.

Ces groupes permettent aussi de travailler sur la tolérance qu'il faut avoir envers soi-même dans l'exercice de cette profession qui n'est pas si codifiée et envers le patient qui ne rentre pas forcément dans le cadre que l'on souhaiterait.

Apprendre à se connaître pour exercer en accord avec nos convictions et plus sereinement.

7.2.1 [Acquérir de la maturité](#)

"on a plus de maturité, d'expérience et on sait exactement ce qu'on veut et quelle médecine on veut exercer." (E8)

7.2.2 [Apprendre à dire "non"](#)

"Et qu'on avait le droit de dire non ! c'était surtout ça je crois et des fois ça fait du bien de l'entendre." (E8)

"ça permet d'apprendre à dire non. Pour moi c'est pas encore gagné. Quand on ne sait pas dire non je trouve que c'est pas quatre séances de Balint qui vont... Mais ça permet de l'envisager un peu quoi" (FG1)

« 3 : Mais l'important c'est de dire non pour les bonnes raisons en fait.

Leader : Ah oui mais peu importe, vous êtes médecins, je pars du principe que si vous dites non c'est parce que vous avez de bonnes raisons » (Groupe Balint 1 – 12 Juillet 2017)

« 1 : Peut-être, je pense que j'ai laissé du silence parce que j'en laisse toujours, mais peut-être moins que d'habitude parce qu'elle est arrivée en me parlant direct de cette demande où moi j'ai commencé à réfléchir dans ma tête quoi, sur comment j'allais dire non. » (Groupe Balint 2 – 29 Aout 2017)

7.2.3 [Apprendre à dire Oui](#)

"Et que je me suis dit « bon ça sert à rien de lui dire non de but en blanc, essaye de comprendre avant de dire non »." (FG1)

"moi je trouve que ça permet d'apprendre à dire oui aussi" (FG1)

7.2.4 [Se connaître soi-même](#)

"Se comprendre soi-même pour pouvoir bien soigner les gens. Voir comment on fonctionne." (E8)

"ça a quand même été des séances où j'ai pu apprendre sur moi-même" (E9)

"C'est un peut être « être soi-même », plus soi-même. Il y a le masque déguisement du médecin, parfois, qui m'aide beaucoup personnellement, puisque tu as ce rôle de médecin et tout. Et puis parfois, il faut enlever le masque et être un peu plus soi-même quoi" (FG1)

7.2.5 [Connaître ses limites](#)

"peut-être orienté plus facilement aussi sur une psychothérapie derrière de soutien" (E6)

« 6 : je pense que je suis pas assez formée à la psychiatrie entre parenthèses. C'est toujours plus difficile de prendre en charge les patients qui ont des troubles de la personnalité. Plus tôt qu'une personne qui va bien, qui est capable d'exprimer ce qu'elle veut en disant « bon ben voilà aujourd'hui je viens chercher un médecin traitant, je viens chercherai réponses ». Elle était incapable d'exprimer ce qu'elle voulait en fait et j'avais du mal du coup moi à comprendre. » (Groupe Balint 2 – 12 juillet 2017)

7.2.6 [Être plus tolérant](#)

"le fait d'être tolérant, de ne pas se braquer tout de suite avec les patients, d'essayer de comprendre" (FG2)

7.2.7 [Avoir moins peur](#)

"c'est quelque chose que je peux au moins essayer d'expérimenter moi-même. C'est-à-dire avoir moins peur" (E7)

7.2.8 [Se recentrer sur son rôle de médecin](#)

"me remettre en position de médecin" (E1)

"garder son rôle de médecin et comprendre qu'en fait les patients n'en veulent pas à moi personnellement la personne que je suis mais qu'ils en veulent au médecin, à la médecine" (E1)

"quelle est la place du médecin, est-ce que c'est de juger de mener l'enquête ou est-ce que c'est de prendre soin de son patient quoi qu'il demande." (E3)

"4 : toi au final, j'ai l'impression que ce qui t'as beaucoup perturbé là-dedans c'est que déjà que tu n'as pas pu faire comme d'habitude ton rôle de médecin dans l'entretien et l'examen clinique et en plus tu t'es sentie agressé sur tes acquis médicaux, sur tes prescriptions, elle a dit « c'est inadmissible mon médecin traitant le fait » donc elle a comparé à quelqu'un d'autre, et en plus après elle t'attaque sur toi, pas sur ton plan professionnel mais sur ton plan privé en disant que tu es une mauvaise personne » (Groupe Balint 2 – 12 juillet 2017)

7.2.9 [Renforcement du moi professionnel](#)

"je me sens quand même forte" (E4)

"j'étais même fière de moi quoi" (FG1)

7.2.10 [Initier l'éducation du patient](#)

"ça m'a apporté que en effet ça renforce mon rôle de prévention, voilà c'est surtout ça." (FG1)

7.2.11 [S'émanciper des modèles](#)

"Oui, parce que je me détache du modèle du praticien que je vois" (FG1)

7.3 [Mieux comprendre le patient](#)

Être plus à l'aise dans son rôle c'est aussi être plus disposé à entendre le patient, à laisser ses aprioris de côté pour essayer de mieux le comprendre lui et sa demande.

7.3.1 [Avoir moins de préjugés](#)

" « libère toi de tes aprioris, de tes choses... » " (E6)

"Mais de voir un peu plus loin et de ne pas rester sur la première impression qu'elle nous fait parce qu'on loupe tout après. On peut pas raisonner si on est un peu énervé et on se positionne mal." (FG1)

"4 : *prénom de 4*, depuis le début de ces groupes Balint, j'essaye de remarquer à la fin d'une consultation si je suis parti avec des préjugés, ou des choses comme ça. c'est vrai que pour moi ça sert à ça, essayer de faire plus attention à ça. » (Groupe Balint 2 – 12 juillet 2017)

7.3.2 Mieux comprendre la demande

"Donc ça je pense que ça m'a fait réfléchir de façon plus globale sur la demande que formule le patient et sur la demande que moi je perçois." (E4)

"mais je me disais « mais qu'est-ce que veut vraiment le patient »" (E8)

"Et là je me suis dit « bon calme toi, elle doit surement avoir des raisons, essaye de la faire développer » et je l'ai fait développer et en fait je me rends compte qu'il y a eu une forme souffrance derrière" (FG1)

7.3.2.1 Se la réapproprier

"Donc peut-être se poser la question à 2 fois de qu'est-ce qu'il demande et moi qu'est-ce que j'ai compris qu'il demandait. Et s'il n'y a pas moyen de trouver un point de rencontre qui satisfait, nous satisfait tous les 2." (E4)

7.3.2.2 Hiérarchiser les plaintes

"non, j'étais plus dans l'écoute et là j'ai dit « maintenant on arrête, on reprend ce problème, on est où ? Celui-là on en est où ? » Hiérarchiser un peu" (FG2)

7.3.2.3 Processus d'identification

"j'essaye un peu plus de me mettre à la place du patient " (E3)

"je me dis « attends, mets-toi à sa place »" (E6)

7.4 Améliorer la relation

Ces modifications de pratique permettent une amélioration globale de la relation avec le patient. Concernant cette compétence relationnelle les points positifs et objectifs sont la gestion de la distance relationnelle, la capacité à relativiser et prendre le temps, les moyens de contourner les difficultés, l'honnêteté dans la relation.

Toutes ces capacités sont nécessaires pour aborder la communication et la relation au patient de manière plus positive.

7.4.1 Mieux communiquer

Pour les internes développer les compétences relationnelles c'est apprendre à être plus nuancé, à prendre le temps si besoin. Cette prise de recul permet de mieux gérer la distance relationnelle avec le patient, ne plus forcer cette relation et la vivre plus naturellement.

"Ben je pense que j'ai modifié certaines choses oui dans ma manière d'être et tout. Et peut-être que ça l'a aidé à peut-être plus se confier et moi à pouvoir l'aider derrière du coup." (E5)

« Leader 1 : déjà on va essayer de comprendre comment c'est passé la consultation, parce que moi je me dis mais qui c'est qui mène la consultation? moi je ne crois pas que ce soit le médecin, si le médecin pense qu'il va mener la consultation...

2 : pour moi c'est une association avec le patient » (Groupe Balint 2 – 12 juillet 2017)

7.4.1.1 Être plus nuancé

"ben oui peut-être qu'il n'a pas tort, peut-être qu'effectivement il faut que je sois plus nuancée." (E9)

Nuancer sans se résigner.

"au final la vie ce n'est pas comme ça, il faut nuancer et je crois que j'ai bien intégré qu'on ne va pas réussir à convaincre tout le monde, en tout cas il y a quand même des choses à faire avant, avant de démissionner." (E9)

7.4.1.2 Prendre le temps

"la prochaine fois je prendrais plus le temps comme ça, je ne vais pas me braquer de suite, je vais essayer vraiment d'ouvrir la discussion, voilà et de vraiment amener la personne sans pour autant vouloir à tout prix imposer mes idées" (E9)

"je me suis très bien rendu compte que j'étais très énervée que ça n'allait pas du tout, eh bien j'ai modifié, j'ai dit « bon ben je vais prendre mes distances, mais la semaine prochaine »" (FG1)

7.4.1.3 Gérer la distance relationnelle

"pouvoir me repositionner par rapport aux familles, ne pas à la fois trop m'investir et être complètement noyée et en même temps être empathique pour pas, voilà, que ce soit biaisé." (E9)

« Leader : c'est une position d'équilibriste qu'il faut qu'on ait, qu'il faut garder, pour trouver une bonne distance. Mais ça ça se fait un peu à l'œil sur le moment.

3 : La bonne distance relationnelle » (Groupe Balint 1 – 29 Juin 2017)

7.4.2 Contourner les difficultés cernées

"de pouvoir ben déjà les identifier et pour pouvoir ben les contourner ces difficultés ou trouver des parades ou des techniques pour que ça s'améliore." (E5)

"ça te permet de te dire « bon ça va m'énerver, no panic, lui rentre pas dedans »" (FG1)

7.4.3 Se défaire du moi négatif

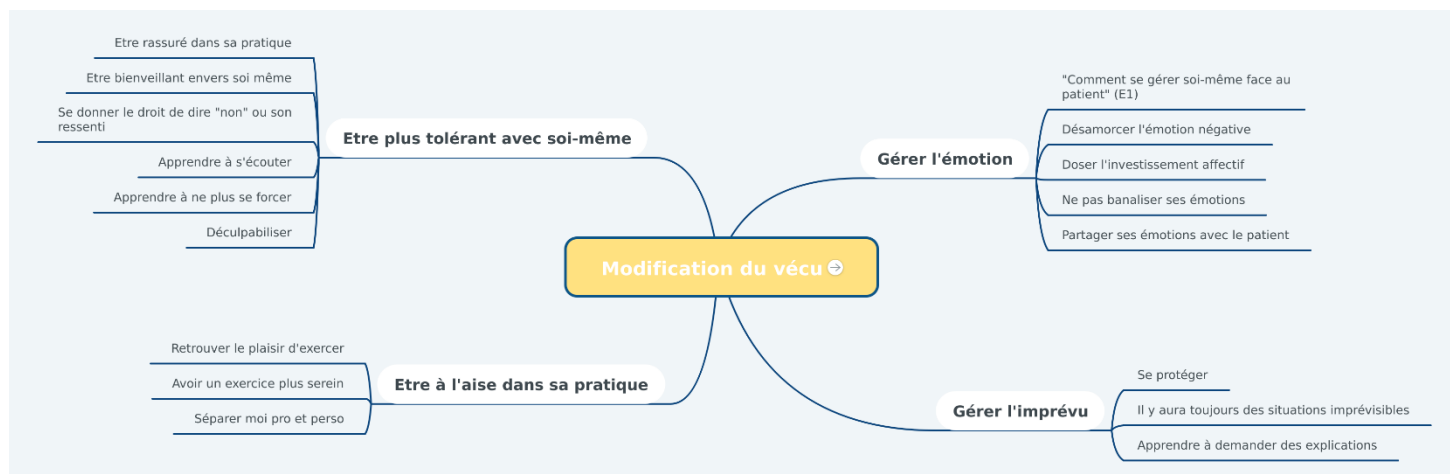
"Le problème ce n'était pas la patiente c'était moi dans la relation, plus. Et donc du coup, voilà, défait de ce moi négatif, la consultation s'est bien passée." (E4)

"J'étais plutôt négative par rapport aux arrêts de travail à me dire « ils exagèrent, ils veulent pas travailler » c'est pas forcément des feignants mais" (FG1)

7.4.4 Être plus honnête

"Oui si je vois que j'ai un problème à un moment à cause de ça dans une relation je peux essayer de le changer soit en étant complètement honnête avec la personne soit subrepticement le changer comme ça, essayer quoi" (E7)

8 Modification du vécu



La participation aux groupes a apporté aux internes une meilleure gestion de l'émotion et de l'imprévu en consultation ce qui permet un meilleur vécu de la position de médecin. Ils rapportent une amélioration du vécu global de la situation.

8.1 Gérer l'émotion

"Comment se gérer soi-même face au patient" (E1)

Il s'agit de désamorcer les émotions négatives, le stress, la colère ; doser l'investissement affectif ; ne pas banaliser ses émotions mais les partager avec le patient si cela permet de mieux vivre la relation avec le patient

8.1.1 Désamorcer l'émotion négative

"Ça nous permet de, quand ça monte là maintenant je me dis « bon allez on se calme, on remet les choses au calme, on respire un bon coup »" (FG1)

"ben moi j'ai eu l'impression de pouvoir mieux désamorcer certaines choses puisque je les reconnaissais comme quelque chose dont on avait parlé" (FG1)

- Le stress

"avoir moins peur" (E7)

"j'essaye de mettre un peu en place ce qu'on m'a dit au Balint, en gros, calmer le jeu" (E1)

- La colère

"je me suis dit je peux le faire, me dire est-ce que je serais capable de le reproduire et de garder mon calme, ma sérénité et de ne pas entrer en conflit lors d'une prochaine consultation qui peut être similaire" (E10)

"ben moi ça m'interpelle sur la colère, c'est ce que j'ai dit ça m'a un peu appris, un peu comme toi, à se dire que quand on part dans les tours directement, il faut toujours essayer de calmer, même si on a le droit de partir dans les tours." (FG1)

"j'étais un peu plus tempérée dans des situations où je me suis retrouvée un peu dans la même situation" (E6)

« I : je pense qu'à partir du moment où on commence à se sentir énerver, il faudrait essayer de trouver un moyen de se calmer avant de continuer » (Groupe Balint 2 – 29 Aout 2017)

8.1.2 Doser l'investissement affectif

"je suis moins dans l'acharnement relationnel. Quand je sens que l'autre il n'y a pas de répondant et tout ben je laisse plus facilement. Je lâche plus facilement prise disons." (E5)

8.1.3 Ne pas banaliser ses émotions

"moi j'avais tendance à banaliser je pense, à me dire « en fait c'est pas important, pour être un bon médecin il faut pas forcément ressentir, c'est pas ça d'être un médecin ». Alors qu'en fait je trouve que c'est bien plus plaisant" (FG1)

« 11 : Après je trouve ça intéressant aussi de se rendre compte de ce qu'on ressent au moment où on voit le patient parce que justement ça va nous permettre de corriger peut-être notre attitude vis-à-vis de lui, ou alors de... Je ne sais plus ce que je voulais dire. Soit on corrige notre attitude, soit on peut l'accepter. » (Groupe Balint 1 – 29 Juin 2017)

8.1.4 Partager ses émotions avec le patient

"ben d'ailleurs il vaut mieux être énervé un petit peu à chaque fois qu'on est énervé, plutôt que de faire semblant de ne pas l'être et puis le patient passe après RIRES parce qu'il prend la colère de 3 jours d'avant là" (FG1)

« 2 : et des fois quand on est colère contre ce patient qui ne prend pas ce médicament, peut-être que laissé parler la colère et lui montrer, il va se dire au moins le médecin le prend à cœur, c'est plus important, donc je vais le faire. » (Groupe Balint 1 – 6 Juin 2017)

8.2 Gérer l'imprévu

La participation aux groupes leur a apporté également un meilleur vécu de l'imprévu, ils disent mieux réussir à se protéger, la pratique restant imprévisible, rester serein passe par la temporisation, l'interrogation plus poussée du patient et de ses motivations.

8.2.1 Se protéger

"En fait, c'est pas vraiment que le patient était intrusif, c'est que lui m'a montré quelque chose qu'il n'aurait pas dû me montrer. C'est une intrusion dans sa vie à lui et que moi je n'avais pas du tout envie de ... Du coup, j'ai dû juste recadrer, j'ai pu me protéger moi-même." (FG2)

8.2.2 Il y aura toujours des situations imprévisibles

"c'était vraiment pour nous amener à comprendre qu'on aura à faire face à des situations qu'on n'aura jamais vécues avant, que d'autres n'auront jamais vécu et il faudra, à travers tout ce qu'on sait, tout ce qu'on a vécu, tout ce qu'on a pu entendre, essayer d'avoir la meilleure position possible." (E9)

"9 : il n'y a que des imprévus ! Non, il n'y a pas que ça mais c'est fondamental et en même temps on est toujours surpris par nos patients, on est toujours..."

A1 : et l'effet de surprise dans la gestion ?

9 : c'est difficile à gérer je trouve." (FG2)

« Leader 1 : C'est elle la patiente toujours la même chose, le patient, il vient avec toute son incohérence, toute sa bizarrerie et... C'est ça, ce que vous avez dit c'est très important, c'est une patiente. » (Groupe Balint 2 – 29 Aout 2017)

8.2.3 Apprendre à demander des explications

"je pense qu'il y a 6 mois je n'aurais pas pris le temps de la laisser s'exprimer en fait" (FG2)

8.3 Être plus tolérant avec soi-même

Mieux gérer émotion et ressenti face à la consultation et ses imprévus permet d'être plus tolérant avec soi-même, avec le médecin que nous sommes. On se sent plus rassuré de par

l'expérience partagée avec les autres. On a appris à ne plus forcer, à s'écouter, à dire non et on peut maintenant déculpabiliser.

8.3.1 Être rassuré dans sa pratique

" ce n'est pas le patient qui doit nous dire si on est compétent ou pas compétent finalement." (E1)

"Ben j'étais soulagée d'en avoir parlé, je me sentais moins incompétente, parce qu'ils m'avaient rassuré" (E1)

"Bon déjà ça m'a rassuré parce que je me dis que je ne suis pas la seule à passer à côté de plein de choses, enfin voilà ça peut arriver à tout le monde ... " (FG2)

« Leader 1 : Et le temps étant passé qu'en avez-vous retenu de cette présentation ? Est-ce que le fait d'en avoir parlé ça vous a ...

3 : Oui ça m'a fait du bien vu qu'on en avait pas mal parlé il y avait du positif en me disant que finalement que ce n'ait pas spécialement ma pratique médicale mais c'était peut-être plus la patiente qui avait un souci » (Groupe Balint 2 – 29 Aout 2017)

8.3.2 Être bienveillant envers soi même

" On apprend à être un petit peu plus bienveillant avec soi, à déculpabiliser" (FG1)

« 3 : c'est de l'empathie sur soi-même. Prendre conscience de ses propres émotions pour pouvoir mieux les gérer, c'est être empathique avec soi-même » (Groupe Balint 1 – 6 Juin 2017)

8.3.3 Se donner le droit de dire "non" ou son ressenti

"Et qu'on avait le droit de dire non ! c'était surtout ça je crois et des fois ça fait du bien de l'entendre" (E8)

"Mais on a aussi le droit de penser certaines choses et de leur dire. On n'est pas soumis à leurs desiderata et quand il y a un enfant ou un parent qui a un comportement inacceptable on a aussi le droit de le dire." (FG1)

"ça m'aide en me disant « oui j'ai le droit, j'ai droit de dire moi ce que je veux, ce que je ressens »" (E8)

8.3.4 Apprendre à s'écouter

"ça permet de se poser un peu. Pendant la consultation de se dire « ben tiens pourquoi je suis en colère ? qu'est-ce qu'il s'est passé ? » alors qu'avant j'avais pas forcément cette réflexion. Bon après je ne suis pas souvent en colère, mais ça m'arrive d'être agacée et je me dis « pourquoi je suis agacée ? »" (FG1)

« 3 : Mais c'est vrai qu'en fait, j'ai l'impression qu'il faut globalement se faire confiance et faire ce que l'on ressent. Et ne pas être contraint de faire quelque chose qu'on ne voudrait pas faire. Et c'est comme ça qu'on trouvera aussi la bonne distance relationnelle. C'est une des manières peut-être. » (Groupe Balint 1 – 29 Juine 2017)

8.3.5 Apprendre à ne plus se forcer

"A1 : et ça tu l'aurais pas fait avant ?

7 : Non j'aurais serré les dents et je serais allé jusqu'au bout.

5 : moi je serre encore les dents" (FG1)

« 11 : je pourrais essayer différemment. Mais savoir jeter l'éponge.
1 : mieux accepter de ne pas convaincre » (Groupe Balint 1 – 6 Juin 2017)

8.3.6 Déculpabiliser

"ben j'ai reconnu, du coup peut être que ça m'a déculpabilisé de reconnaître qu'on en avait déjà parlé, que c'était pas quelque chose d'absurde de ressentir ça" (FG1)

"c'est décomplexant et c'est rassurant de voir que ça arrive à tout le monde et que en fait il ne faut pas baisser les bras, il faut toujours reprendre du départ, voilà" (FG2)

8.4 Être à l'aise dans sa pratique

Mieux gérer le vécu permet globalement d'être plus à l'aise dans la consultation, plus serein. Mieux séparer moi professionnel et personnel permet de retrouver le plaisir d'exercer.

8.4.1 Retrouver le plaisir d'exercer

"7 : vraiment, mais ça a modifié. Alors que je sais qu'en soit si on banalise on se force à faire, et peut être que ça aurait été très bien fait !

1 : mais toi t'aurais pas aimé" (FG1)

8.4.2 Avoir un exercice plus serein

"5 : oui et puis c'est pour mieux supporter ce que tu fais, ta journée elle se passe quand même beaucoup mieux

2 : oui c'est plus sympa pour nous, si le soir quand on rentre chez nous on est mieux

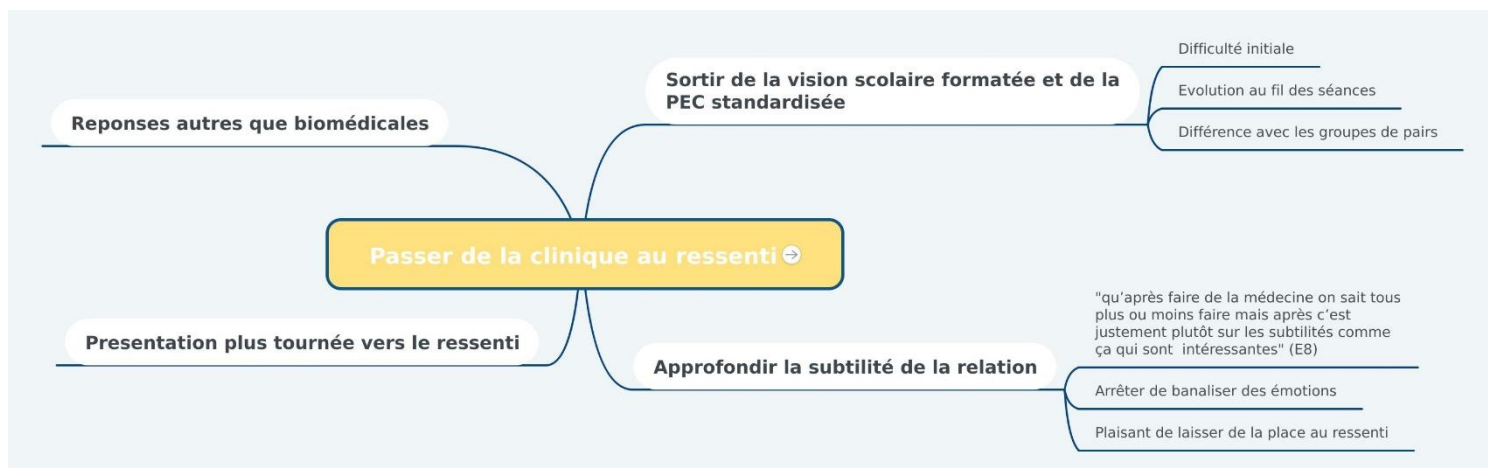
7 : moins tendus" (FG1)

8.4.3 Séparer moi pro et perso

"On ne peut pas être le médecin tout le temps gentil, on fait de la médecine et on n'est pas là pour se faire des copains." (E8)

« 3 : C'est vrai que parfois il y a des situations qui nous renvoie à des expériences personnelles. Souvent même. » (Groupe Balint 1 – 29 Juin 2017)

9 Passer de la clinique au ressenti



Une chose souvent rapportée également par les internes est la capacité de ces groupes à faire sortir la réflexion progressivement de l'aspect biomédical pour apporter d'autres réponses. La discussion s'oriente au fur et à mesure vers le ressenti, approfondi les problématiques de relation et amène l'interne à aller plus loin dans sa démarche de prise en charge globale.

9.1 Présentation plus tournée vers le ressenti

" finalement une présentation de la situation qui était un peu plus longue, un peu plus développée, plus tournée vers les sentiments aussi, c'était plus facile de rentrer dedans" (FG1)

"c'était difficile de faire la part des choses, de ne pas... ben de laisser le côté médical et de ne se concentrer que sur le plan émotionnel et sur la relation médecin/patient." (E10)

"c'était plus sur le ressenti du médecin et pas le biomed et pas le ressenti du patient." (E1)

9.2 Réponses autres que biomédicales

Se libérer de l'interprétation purement clinique.

"Ben je trouve intéressant mais je trouve que c'est difficile de faire... de ne pas dériver vers le côté médical, de séparer le côté relationnel et le côté médical." (E10)

"alors c'est pas une psychothérapie, mais le ressenti on va dire, au-delà de la pratique professionnelle, d'avoir l'aspect un peu plus relationnel !" (FG2)

9.3 Sortir de la vision scolaire formatée et de la PEC standardisée

9.3.1 Difficulté initiale

"mais parfois je trouvais qu'on avait tendance à aller sur le côté professionnel « cas clinique », qu'on avait du mal à se détacher justement de ça" (FG1)

"c'est vrai, mais par contre on commençait souvent par se tromper en début de séance." (FG1)

"ça remonte aussi à toute cette clinique, à la chape de plomb clinique qu'on a sur les épaules, qui nous force un peu à mettre les gens dans des cases avant de vraiment pouvoir les connaître." (FG2)

9.3.2 Evolution au fil des séances

"mais ça a évolué au final. Nous on a eu deux premiers très cliniques, et les quatre autres plus dans le ressenti, surtout le dernier" (FG1)

"j'ai trouvé effectivement que la première séance on était tous gênés en fait de donner son avis comme ça, de ne pas savoir trop quoi dire et effectivement les autres séances c'était comme si c'était plus naturel et effectivement très vite on abordait les questions de fond," (E9)

9.3.3 Différence avec les groupes de pairs

"on est moins dans l'émotionnel mais c'est aussi un groupe, on a appris pendant nos études on n'a pas juger, à pas être dans l'attaque, à plus réfléchir « pourquoi on a réagi comme ça, pourquoi on a fait ça cette fois ? " (FG1)

9.4 Approfondir la subtilité de la relation

"après faire de la médecine on sait tous plus ou moins faire mais c'est justement plutôt sur les subtilités comme ça qui sont intéressantes" (E8)

Une fois les difficultés initiales de laisser le scolaire de côté dépassées, on peut enfin aborder l'aspect plus émotionnel de la relation au patient.

9.4.1 Arrêter de banaliser des émotions

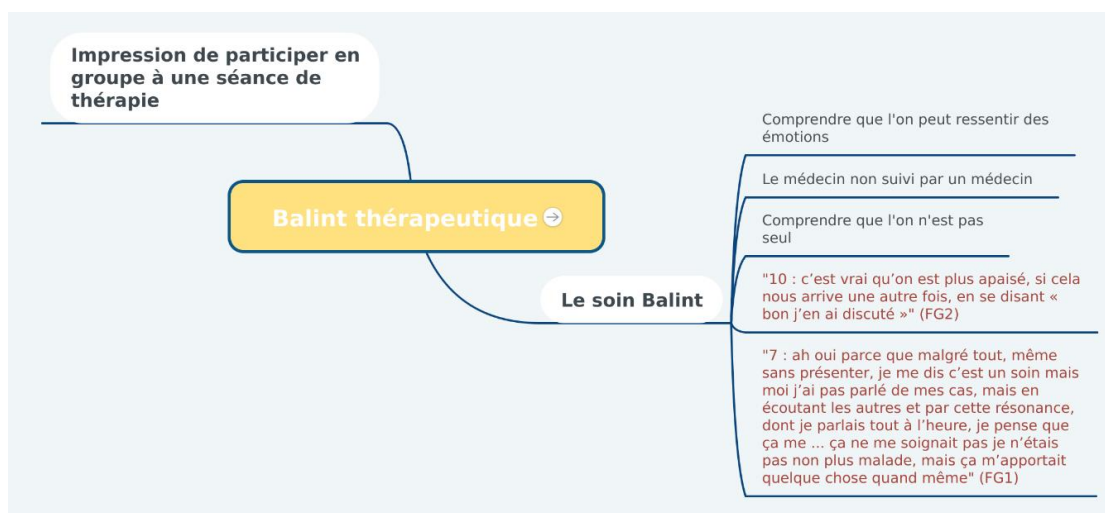
"oui à l'hôpital c'est vrai, à l'hôpital. Mais ça c'est, après moi j'ai pleins d'explications à ça mais je veux dire que, je trouve que l'intérêt du balint c'est de transmettre l'idée qu'il ne faut pas banaliser ses émotions" (FG1)

9.4.2 Plaisant de laisser de la place au ressenti

"9 : non mais c'était une approche différente, une curiosité et puis aussi parce que quand même, ben tout ce qui est ressenti, relation, moi ça m'intéresse enfin

10 : surtout en cabinet, je trouve que c'est une grande part de la consultation." (FG2)

10 Balint thérapeutique



Au-delà de toutes ces modifications décrites il a été rapporté un aspect même thérapeutique de ces séances, ceci est d'autant plus vrai que la plupart des internes n'ont pas de suivi médical et ont besoin de temps comme ça pour se sentir moins isolés.

10.1 Le soin Balint

"Ah oui parce que malgré tout, même sans présenter, je me dis c'est un soin mais moi j'ai pas parlé de mes cas, mais en écoutant les autres et par cette résonance, dont je parlais tout à l'heure, je pense que ça me ... ça ne me soignait pas je n'étais pas non plus malade, mais ça m'apportait quelque chose quand même" (FG1)

10.1.1 Comprendre que l'on peut ressentir des émotions

"On n'a pas à banaliser. Peut-être que j'avais tendance à banaliser ce que je ressentais en me disant « c'est pas ça l'important, c'est l'idée de suivre l'organigramme de pensée »" (FG1)

10.1.2 Le médecin non suivi par un médecin

"Après je trouve que c'était limite un soin, enfin c'est bête mais parce que moi personnellement j'ai pas de médecin généraliste, personne ne prend soin de ma santé. Et là pendant un moment, et pourtant j'ai pas présenté, mais t'as le droit d'être à l'écoute de toi-même quoi. De ce que t'as ressenti une sorte d'auto-soin, de soin" (FG1)

"On est très peu à être suivi par un médecin, enfin c'est très rare et c'est pas le cas de tous les internes que je connais." (FG1)

10.1.3 Comprendre que l'on n'est pas seul

"puis mine de rien c'est quand même intéressant, et entre guillemets « agréable », de voir qu'on est pas les seuls à se retrouver dans des situations de... pas vraiment de difficultés, mais où on ne se sent pas à l'aise" (FG2)

"ça fait du bien d'entendre qu'on n'est pas les seuls en fait." (E8)

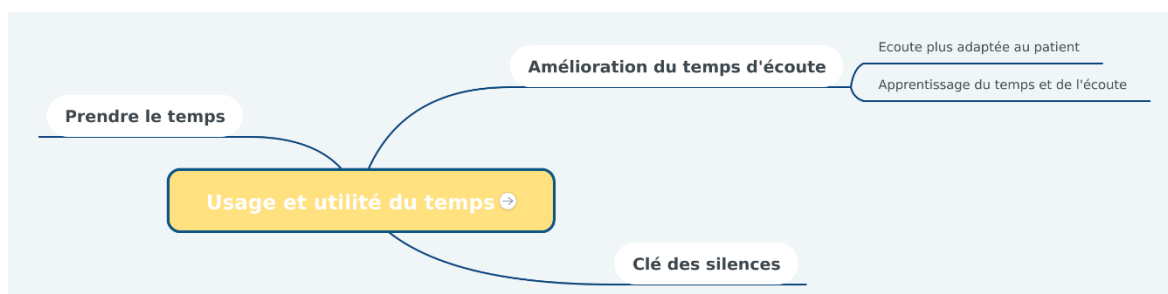
10.2 Impression de participer en groupe à une séance de thérapie

Durant le premier focus group il a même été évoqué cette idée de psychothérapie de groupe avec une volonté de soutenir les personnes qui nous accompagnent dans la réflexion.

"Et du coup le groupe était plus en réassurance. Mais ça faisait un peu thérapie sur certains. « Mais c'était bien ce que tu as fait... »" (FG1)

11 Usage et utilité du temps

Enfin, concernant les apports ressentis par les internes, il nous a été rapporté une modification de la perception du temps même en dehors et après le groupe, notamment dans la consultation avec le développement d'une capacité à prendre le temps pour écouter, laisser des silences, ralentir.



11.1 Amélioration du temps d'écoute

11.1.1 Ecoute plus adaptée au patient

"c'est plutôt ma manière de proposer mon écoute qui a changé." (E5)

11.1.2 Apprentissage du temps et de l'écoute

"J'essaye de faire attention quand même à laisser un peu de silence de temps en temps, voir relancer un tout petit peu la personne pour qu'elle s'exprime un peu plus. J'essaye d'y penser, ça me demande des efforts" (E7)

11.2 Clé des silences

"je ne pense pas avoir de difficultés à laisser un silence, ben parce que justement je sais que ça fait parler les patients généralement, parce qu'ils se sentent obligés de combler le silence et on apprend beaucoup de choses" (E5)

"ça vient enrichir forcément, ça vient enrichir l'expérience du silence et de l'expression de l'autre en face quoi." (E4)

« 4 : Est-ce que tu lui as laissé, est ce qu'il y a eu des blancs, vraiment des secondes entières où il y avait vraiment un silence complet ?

1 : Oui je l'ai laissée

4 : parce que souvent on a tendance à sans cesse rebondir, rebondir, et il y a des gens peut-être des gens plus ralentis que d'autres qui ont besoin de plus de temps» (Groupe Balint 2 – 29 Aout 2017)

11.3 Prendre le temps

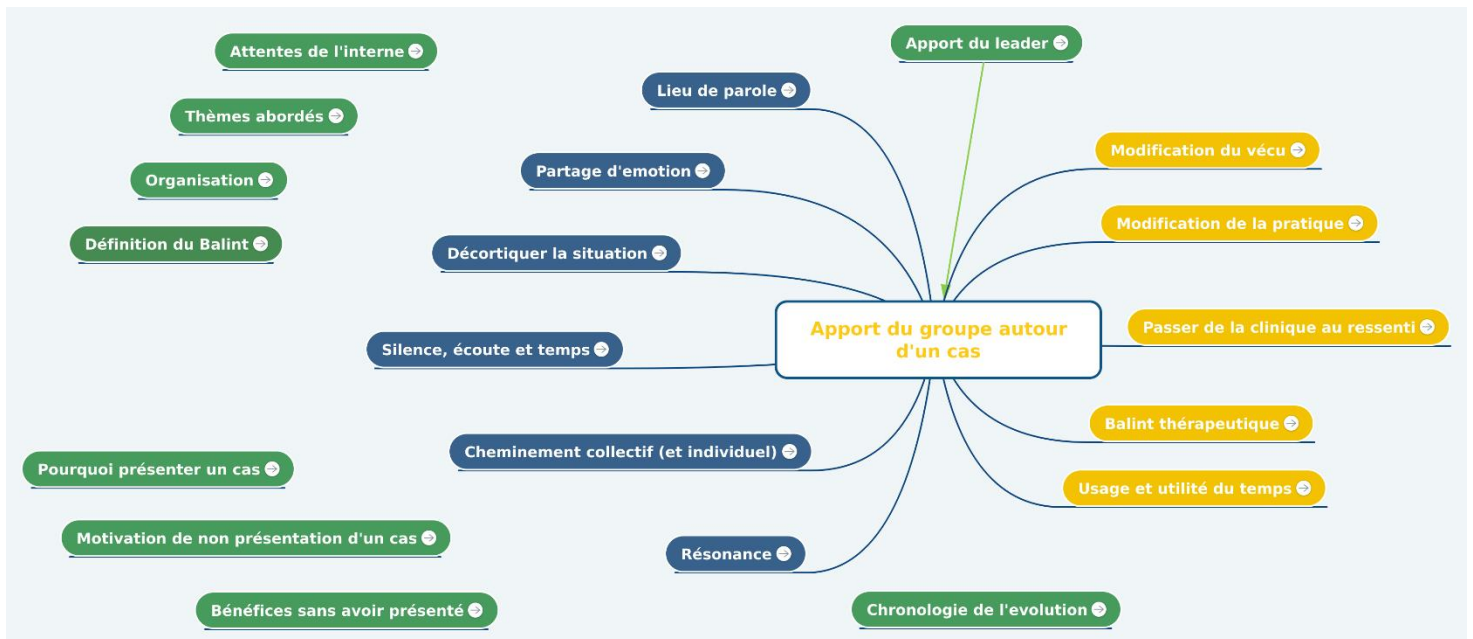
"parce que j'ai toujours eu l'impression qu'il fallait faire vite, bien, être efficace, que c'est ça qui plaisait aux gens. [...] c'est peut-être qu'on va prendre plus de temps pour faire certaines choses mais qu'on peut aussi exercer comme ça." (E9)

"ça permet de se poser un peu. Pendant la consultation de se dire « ben tiens pourquoi je suis en colère ? qu'est-ce qu'il s'est passé ? » alors qu'avant j'avais pas forcément cette réflexion" (FG1)

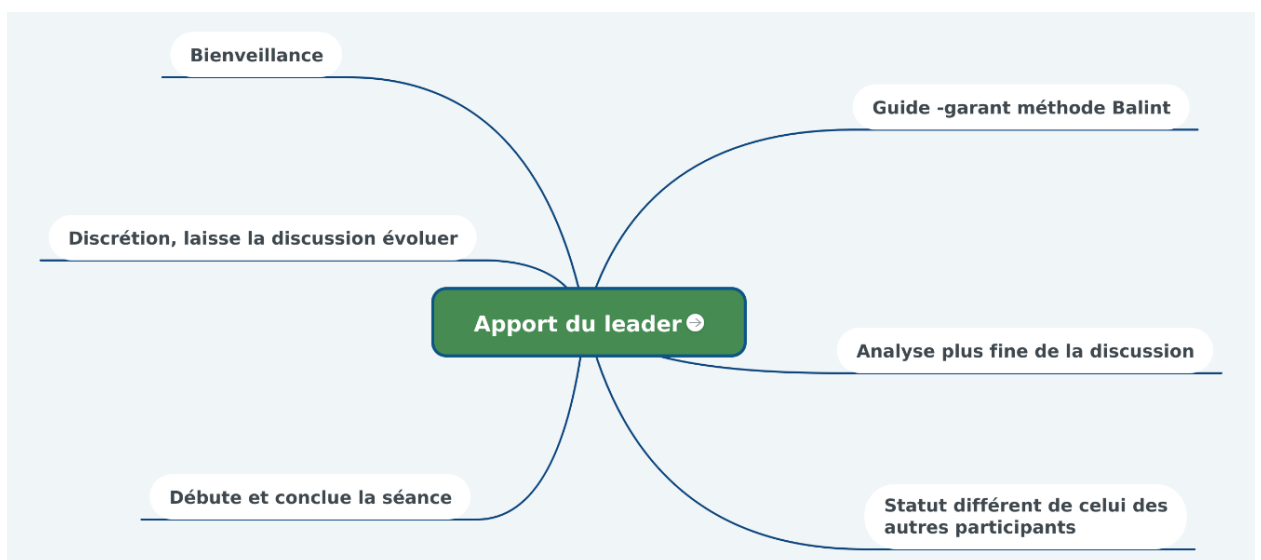
« 9 : C'est qu'on n'a pas le temps de s'intéresser à toute la vie des gens non plus. On ne prend pas le temps.

3 : Parfois ça ne prend pas toujours autant de temps que ce que l'on croit. Parfois ça nous paraît qu'il faudrait une éternité pour connaître l'autre, parfois il faut moins qu'une éternité. » (Groupe Balint 1 – 12 Juillet 2017)

Dans cette dernière partie nous aborderons toutes les autres réponses relevées dans les interrogatoires, à savoir l'apport du leader, les attentes de l'interne, la chronologie de l'évolution, l'organisation des séances, les thèmes abordés, les raisons de présentations ou non et les bénéfices ressentis sans présenter. Pour terminer nous avons rapporté quelques définitions faites par les internes de ce qu'est donc pour eux un groupe Balint.



12 Apport du leader



Le leader a été perçu par les internes comme un participant à part dans le groupe, il encadre et recentre la discussion pour qu'elle suive le principe Balint tout en restant bienveillant et discret pour que la réflexion puisse se faire naturellement. Il n'est pas là pour apporter une solution mais peut parfois proposer une analyse plus fine de la situation quand le groupe semble être bloqué.

12.1 Bienveillance

"on voyait qu'il n'émettait pas de jugement, il était souriant donc ça aussi c'était agréable." (E10)

12.2 Discrétion, laisse la discussion évoluer

"qu'il s'effaçait un petit peu pour nous laisser nous parler" (E2)

"ils étaient assez passifs, ils voulaient qu'on se fasse notre propre idée je pense, notre propre expérience du groupe Balint" (E4)

"je pense que c'était fait exprès qu'ils nous laissent cogiter" (FG2)

12.3 Analyse plus fine de la discussion

"ils nous donnaient de bons conseils aussi, ils analysaient eux un peu la situation" (E1)

"je trouvais que les analyses du leader elles étaient plutôt... ben c'était plutôt pertinent quoi en général." (E7)

"il nous a pleins de fois donné des explications. Il reprenait nos idées, juste en les analysant mieux que nous." (FG1)

"lui il savait clarifier aussi" (FG1)

12.4 Guide -garant méthode Balint

"ils nous ramenaient, le Dr Pétrègne et le leader, ils nous ramenaient pas sur le droit chemin mais ils nous disaient « ben là ça parle plus du côté médical ». " (E10)

"quand on s'égarait un peu de l'idée du groupe Balint il nous recentrait un peu" (E2)

"ils nous reprenaient un peu quand on ne partait pas sur la bonne direction. " (FG2)

"on se focalisait souvent sur un détail précis, on arrivait pas à s'en détacher et le leader disait : « non mais oubliez ça et on passe à autre chose »" (FG1)

« Leader : Encore une fois le groupe butte autour cette histoire de la maman qui est sortie et il me semble qu'il y a quelque chose qu'a dit notre collègue : « c'était confortable pour moi » et il me semble important, et c'est ça le Balint, comme on a pu vous l'expliquer au départ, il s'agit du confort du médecin. Comment est-ce que le médecin est le mieux ? » (Groupe Balint 1 – 28 Aout 2017)

12.5 Statut différent de celui des autres participants

"10 : Et c'est vrai qu'il y a quand même une différence entre nous et les leaders, et du coup ça faisait un rapport..."

A2 : un rapport d'élèves à maîtres ?

10 : ben presque" (FG2)

"il y a une telle différence entre eux et nous." (FG2)

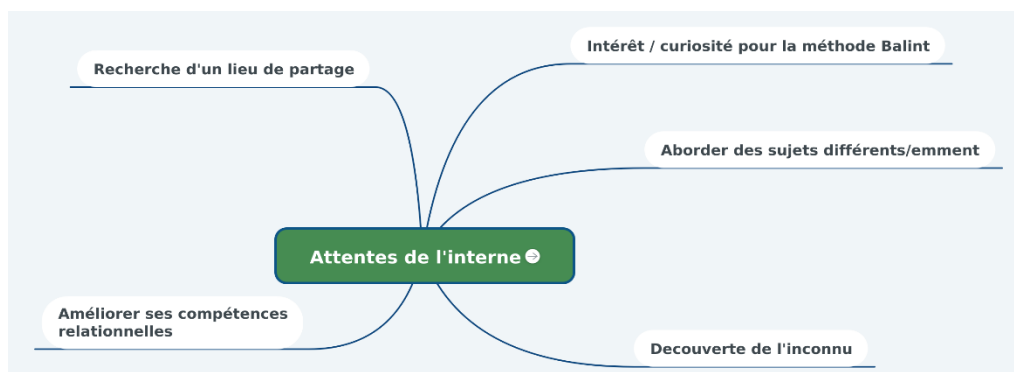
12.6 Débute et conclue la séance

"le leader a bien recadré aussi. Ouais je pense que ça a été hyper important. Il a commencé séance en disant « Bon voilà je rappelle les objectifs du groupe Balint » et ça c'était très bien." (E8)

"intervenait vraiment à la fin pour dire ce qu'il pensait de tout ce qu'on avait dit" (E2)

13 Découverte de la méthodologie Balint

13.1 Attentes de l'interne



Nous avons tenu à relever également les motivations rapportées par les internes ayant participé à cette initiation, au-delà d'une certaine curiosité pour la méthode voire pour la psychanalyse, l'envie d'aborder les cours de manière différente, ils nous ont parlé d'une vraie volonté de développer leur compétence relationnelle.

13.1.1 Intérêt / curiosité pour la méthode Balint

"Ben j'attendais vraiment de voir ce que c'était un groupe Balint, j'attendais de voir un peu ben qu'est-ce que c'était l'approche Balint que me décrivait sans me décrire mon maître de stage en stage prat. Donc quelle était un peu le mode de pensée, enfin la philosophie de ce psychiatre ou psychanalyste.." (E4)

"Au début, avant de commencer les groupes Balint, ce qui était original c'est qu'on ne savait pas à quoi s'attendre. [...]. Et là, l'intérêt du groupe Balint, c'est qu'on y va, on a beau lire la présentation, on ne sait pas trop ce que c'est" (FG1)

13.1.2 Aborder des sujets différents / différemment

"C'était un autre moyen d'aborder des sujets, enfin des problèmes, qu'on rencontre et qu'on n'aborde pas forcément en cours, quand il y a un thème précis." (E2)

A noter chez certains que la démarche venait d'un certain intérêt pour la psychanalyse : "l'aspect un peu psychanalytique. Je ne sais pas, moi je ne connais pas trop la psychanalyse mais c'est un petit peu mystérieux, on a l'impression qu'on va apprendre des trucs, qu'on va avoir accès à l'inconscient tout ça." (E4)

13.1.3 Découverte de l'inconnu

"Ben c'était vraiment un coup d'essai" (FG2)

"Parce qu'on était naïf du Balint" (FG1)

13.1.4 Recherche d'un lieu de partage

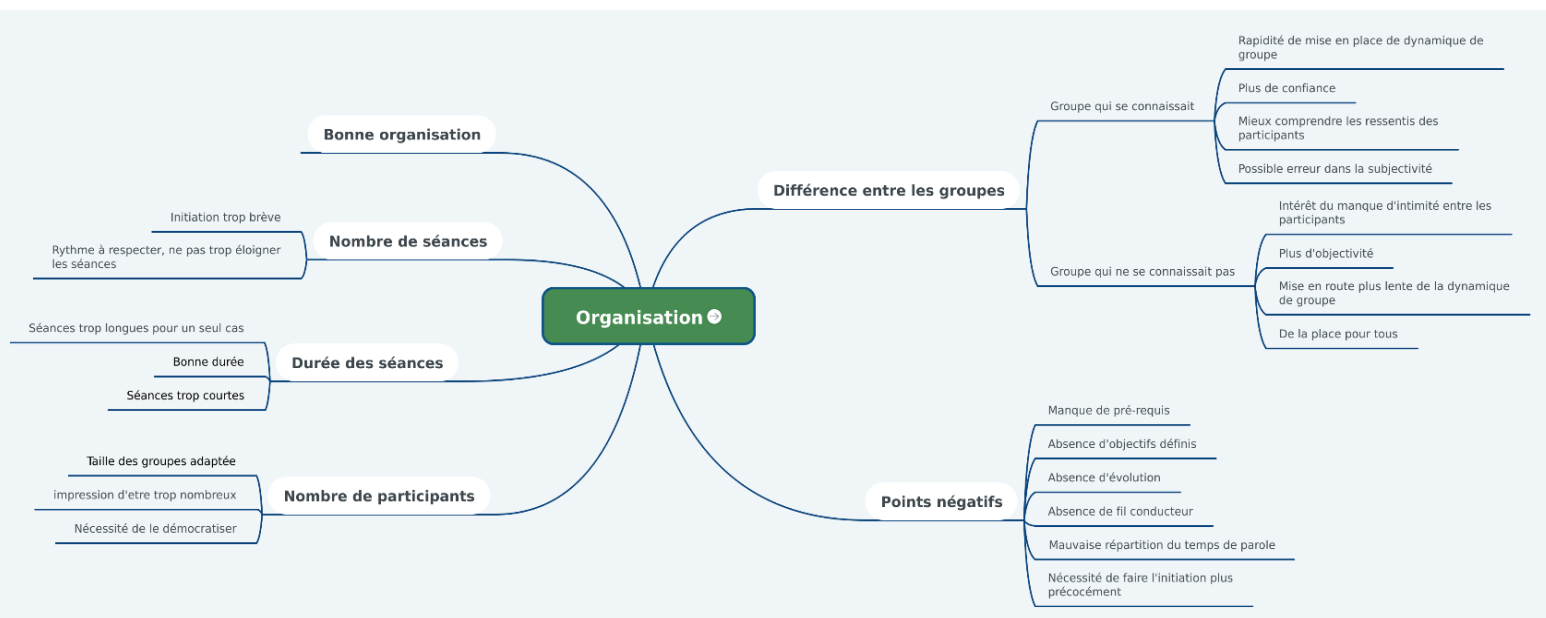
"un moment de partage où on allait pouvoir parler" (E9)

13.1.5 Améliorer ses compétences relationnelles

"Pour que ça profite au patient surtout" (E3)

"Primordial pour un bon parcours de soin avec le patient" (E3)

13.2 Organisation des séances



Les internes ont globalement rapporté une bonne organisation des séances. Pour beaucoup elles étaient cependant trop peu nombreuses, trop courtes (ou parfois trop longues surtout si un seul cas était présenté). Le nombre de participants étaient jugé bon, des différences ont été rapporté entre les deux groupes de l'initiation car dans l'un d'eux les internes se connaissaient personnellement pour la plupart.

Enfin nous avons également relevé quelques aspects négatifs de cette initiation mis en avant par les participants.

13.2.1 Bonne organisation

"Ça c'était pas mal, c'était bien organisé oui." (E2)

"c'était bien. 4 séances de 2h c'était bien. J'ai bien aimé le fait d'être tout le temps avec le même groupe et à force aussi on apprend à se connaître aussi avec ses personnes là." (E7)

13.2.2 Nombre de séances

13.2.2.1 Initiation trop brève

"on en veut plus! C'est vrai que les Balint je l'ai compris comme une progression, sur plusieurs mois, plusieurs années. Ça a l'air quand même plus de se passer dans le temps et c'est là qu'on a les effets. Quatre séances, c'est vrai que vous nous aviez prévenu que c'était une initiation, voilà. Donc c'est vrai que tu ressens un peu la perte d'effet un peu à distance." (FG1)

"on a eu que 4 séances. Un peu déçue, je pense que ça aurait été cool d'en faire un peu plus" (E1)

"que sur 6 mois ce n'est pas assez, il faudrait le faire sur plus longtemps, peut-être 1 an" (E1)

13.2.2.2 Rythme à respecter, ne pas trop éloigner les séances

"Après je trouve que c'était pas - je ne sais pas si je réponds à la question - mais je trouve que peut-être qu'elles étaient trop espacées les séances, du coup on s'habitue un peu au fonctionnement puis au final, il y avait un mois et demi entre" (FG2)

"Plus, plus rapproché dans le temps parce qu'un tous les mois c'est... ben ouais je trouvais ça un peu long et en fait j'aurais bien aimé une séance de débriefe après les séances aussi." (E3)

13.2.3 Durée des séances

13.2.3.1 Séances trop longues pour un seul cas

"pour une séance je trouvais ça long [...] j'avais envie d'en faire un autre, un autre cas. Deux heures, à la fin on tourne un peu en rond, à la fin on sait plus..." (FG1)

"c'est surtout que moi j'avais envie d'en entendre d'autres des situations." (FG2)

"c'était un peu trop long, on aurait pu couper, faire au moins 2 situations par séances ça aurait été mieux" (E1)

13.2.3.2 Bonne durée

"moi j'ai pas eu ce ressenti de longueur" (FG1)

"2h j'ai trouvé que c'était un temps qui était ni trop long ni trop court parce que c'est vrai que finalement un cas ça nous prenait presque les 2H et qu'on n'avait presque pas le temps, pour un deuxième cas c'était vraiment trop juste. J'ai trouvé que 2h c'est vraiment le bon temps" (E9)

13.2.3.3 Séances trop courtes

"la séance elle est tellement courte finalement, paradoxalement, on a 2 heures devant nous mais c'est extrêmement court que des fois on dévie du sujet." (E6)

"moi j'y aurais bien passé l'après-midi en fait" (E6)

13.2.4 Nombre de participants

- Taille des groupes adaptée

"puis le fait d'être en petit comité aussi, en petit nombre, ça c'était parfait" (FG1)

"le fait d'être en petits groupes ça j'ai bien aimé parce que quand on est plus on parle moins, clairement on se repose plus sur les autres." (E5)

- Impression d'être trop nombreux

"j'ai l'impression qu'on était toujours un peu plus de 10..." (FG2)

- Nécessité de le démocratiser

"Et ça ça devrait être quelque chose qui, enfin qui devrait être un peu plus démocratisé, mais même au niveau de l'enseignement, c'est extrêmement important." (E8)

13.2.5 Différence entre les groupes

13.2.5.1 Groupe qui se connaissait

- Rapidité de mise en place de dynamique de groupe

"après nous dans notre groupe on était quand même un certain nombre à se connaître très bien personnellement. Du coup ça jouait un peu aussi. On a été très vite en confiance et intime professionnellement, par ce que on était plus de la moitié du groupe à bien se connaître" (FG1)

- Mieux comprendre les ressentis des participants

"ça permet peut-être de capter plus vite l'émotion qui la gênait parce qu'on la connaît mieux" (FG1)

13.2.5.2 Groupe qui ne se connaissait pas

- Intérêt du manque d'intimité entre les participants

"et en même temps, comme on ne se connaît pas, les histoires des gens, on les fait pas rentrer dans le compte de la situation en fait" (FG2)

- Plus d'objectivité

"2 : j'ai pas eu l'impression d'avoir changé mon discours en fonction de la personne qui présentait
1 : au contraire, le fait de ne pas se connaître ça nous permet aussi de dire....enfin je sais pas, peut-être plus dur" (FG1)

13.2.6 Points négatifs

- Manque de prérequis

"en fait je pense que ça aurait été intéressant qu'on ait eu un petit topo sur... Je ne m'en souviens pas en avoir reçu, peut être que j'en ai reçu un par mail. Mais un petit topo pour nous dire le déroulement du groupe, enfin ce que l'on en attend." (FG2)

"on ne savait pas ce que c'était que les groupes Balint, on n'avait pas trop eu...on n'avait aucun prérequis et je pense que ça pourrait être intéressant d'en avoir" (E4)

- Absence d'objectifs définis

"avec des objectifs un peu mieux formulés." (E4)

- Absence d'évolution

"c'était trop espacé et qu'il n'y avait pas de débriefe donc c'était dur de dire qu'il y a eu une évolution. J'avais plutôt l'impression de plusieurs séances à un mois d'écart mais je ne sais pas si en les mettant dans le désordre ça aurait vraiment changé." (E3)

- Absence de fil conducteur

"Je ne sais pas, j'ai du mal à voir un fil conducteur en fait." (E3)

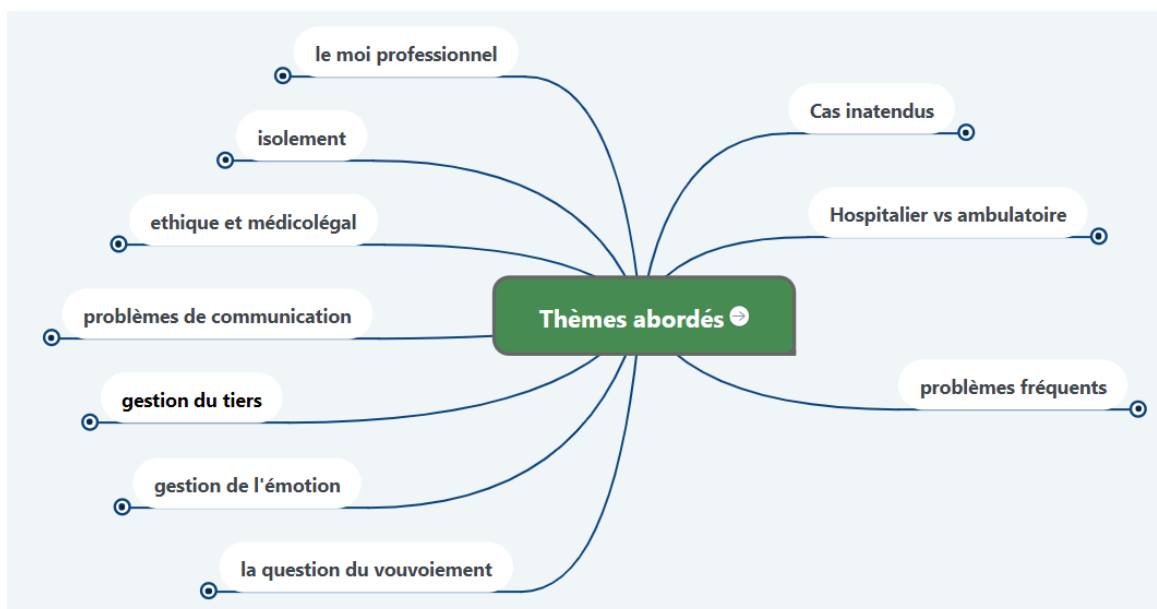
- Mauvaise répartition du temps de parole

"Il y a des cas où on ne pouvait pas en placer une clairement[...]qu'il y a toujours un peu les mêmes qui interviennent effectivement. Bon ça c'est normal, c'est humain." (E5)

- Nécessité de faire l'initiation plus précocement

"Et même il aurait fallu le faire avant quoi parce qu'il y a des choses qu'on comprend à la fin de l'internat [...]Il y a plein de choses qu'on comprend à la fin et je trouve ça dommage" (E8)

13.3 Thèmes et problématiques abordés



Concernant les grands thèmes abordés lors de cette initiation, les internes nous ont parlé de questions d'isolement dans la pratique, d'affirmation du moi professionnel ; des difficultés de communication avec par exemple la question du vouvoiement ; des problèmes de gestion de l'émotion, du tiers et plus globalement d'éthique et d'aspects médico-légaux.

Certains cas ont été très inattendus pour les participants mais concernaient des problèmes fréquemment rencontrés en tant que généraliste.

13.3.1 Isolement

"pour dénoncer qu'on était seul au monde et ça nous mettait en difficulté" (E1)

13.3.2 Le moi professionnel

"qu'on s'en veut mais elle a réussi à nous toucher nous en tant que personne et pas nous en tant que médecin et du coup on y repense" (E1)

"le patient qui essaye de dominer le médecin." (E4)

"moi ça renforce le rôle de prévention peut-être" (FG1)

"Voilà ton rôle de médecin c'est pas seulement d'accéder aux demandes médicales c'est aussi parfois, une sorte de modèle " (FG1)

13.3.3 Problèmes de communication

"c'est vraiment la communication, ben oui c'est pour ça aussi que je l'ai choisi, c'est le thème de la relation médecin/ patient, c'est vraiment la communication où tout avait été foiré" (E4)

13.3.4 La question du vouvoiement

"Moi je sais que vraiment je me pose souvent la question du tutoiement, du vouvoiement, de l'âge tout ça." (E7)

13.3.5 Gestion de l'émotion

"on est élevés à ne pas écouter ses sentiments, au contraire à les enfermer et à fermer sa gueule et voilà !" (E5)

"On reflète souvent l'émotion du patient, il est en colère, donc on se met en colère et on ne réfléchit pas forcément là-dessus" (FG1)

13.3.6 Gestion du tiers

"ça m'a fait réfléchir qu'on était 3 alors que finalement la relation je l'ai plutôt vécu à 2 : moi et la patiente et je n'ai pas intégré la 3ème personne, l'externe qui était avec moi." (E10)

"la jeune fille de 25 ans qui venait chercher sa pilule avec sa mère et que j'ai mis dehors" (E8)

"parce qu'il y a le tiers qui est l'hôpital ou le cabinet qui n'a pas forcément la même influence" (FG1)

13.3.7 Ethique et médicolégal

"j'avais eu des avis de personnes qui me disaient qu'il fallait refuser ces patients-là alors j'étais vraiment un peu perdu, en me disant « peut-être qu'il ne faut pas que je me mette en danger et que je dise non comme ça je n'ai pas de problème »" (E9)

"moi je reviens à l'éthique [...] est ce que je peux être amenée à refuser quelque chose de médical à un patient ? »" (FG1)

"c'est ce qu'on appelle le délit d'entrave. C'est à dire qu'on va pas rendre service à la personne à cause de nos convictions morales" (FG1)

13.3.8 Cas inattendus

"ça m'a vraiment intéressé parce que ça a été des cas déjà auxquels je ne m'attendais pas." (E9)

13.3.9 Hospitalier vs ambulatoire

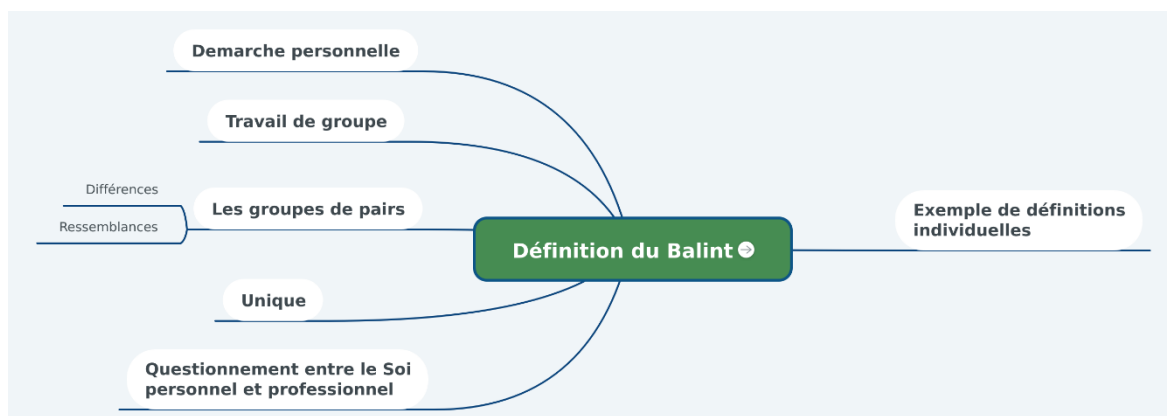
"Les 2 premiers cas c'était des cas hospitaliers et j'ai eu l'impression que les 2 premiers cas ressemblaient plus à des groupes de pairs." (E4)

"non parce que là, le but c'est de discuter de la relation médecin-malade, on va être médecin généraliste, le but c'est pas de discuter de la relation médecin-équipe. Tout ça, c'est un peu derrière nous tout ça, il faut aussi un peu en faire le deuil." (FG1)

13.3.10 Problèmes fréquents

"C'est une situation où je savais que dès que je me retrouvais dans cette situation-là, un peu compliquée, j'étais pas à l'aise en fait, j'étais vraiment tiraillée" (E6)

13.4 Définition du Balint



Pour ce dernier point de nos résultats nous avons décidé de rapporter une sorte de définition faite dans les focus group de ce qu'est un groupe Balint : une démarche personnelle et unique de travail en groupe visant le questionnement entre soi personnel et professionnel.

Nous avons également rapporté quelques définitions faites par les internes en entretiens individuels.

13.4.1 Démarche personnelle

"ah ben oui, il faut que ce soit quand même une démarche" (FG2)

"mais du coup ce qui était intéressant c'est que ce n'était que des volontaires. C'étaient que des gens qui avaient envie de venir" (FG1)

13.4.2 Travail de groupe

"c'est une réflexion de groupe, sur justement la relation médecin patient" (FG1)

"une intimité de professionnels" (FG1)

13.4.3 Les groupes de pairs

Différences

"mais par contre c'est peut-être moins difficile parce que on a plus l'habitude de parler du patient que de soi" (FG1)

"Oui mais on va carrément moins dans l'émotionnel" (FG1)

Ressemblances

"dans les groupes de pairs aussi il faut avoir confiance, parce qu'on livre quand même nos doutes" (FG1)

13.4.4 Unique

"surtout que c'est quelque chose que l'on ne creuse pas souvent. C'était une occasion de parler de quelque chose de quelque chose dont on ne parle pas" (FG1)

13.4.5 Questionnement entre le Soi personnel et professionnel

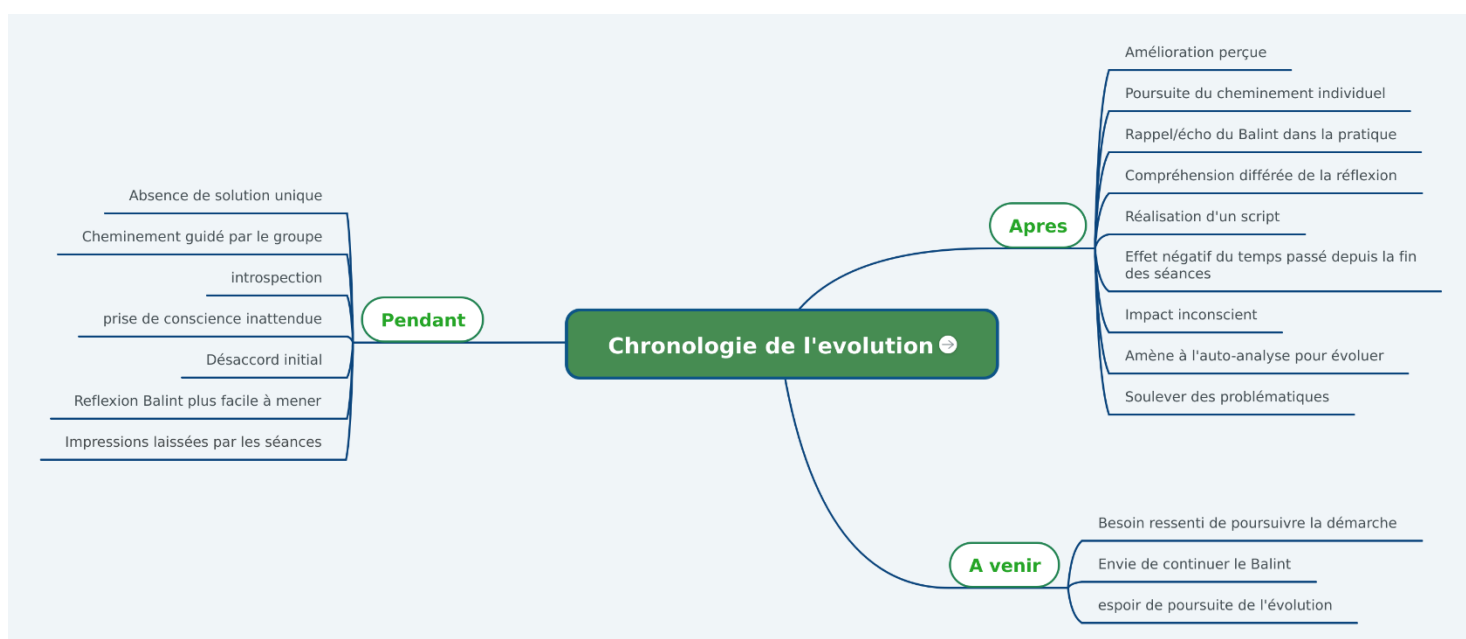
"c'est une remise en question du relationnel pour moi, entre le Moi médical et le Moi patient, enfin le Soi patient" (FG1)

13.4.6 Exemple de définitions individuelles

"Concrètement déjà c'est un groupe entre médecins, [...] et un ou deux animateurs médecins ou psychanalystes ou autres qui animent la séance. Le but c'est de laisser chacun s'exprimer sur des problématiques qui touchent la relation médecin/patient et à partir d'expressions, enfin d'analyse de la discussion libre autour, de l'échange autour de ces situations, et bien les personnes qui assistent à ces situations arrivent ensuite à mieux appréhender, à mieux conceptualiser la relation médecin/patient, ce qui peut se jouer, donc à l'aborder avec plus de sérénité par la suite. Donc c'est vraiment un échange libre entre les gens sans, voilà, que ce soit une formation, un cours. C'est de l'expérience des soignants que le reste du groupe se forme, enfin que le groupe se forme lui-même à la relation médecin/patient." (E4)

"c'est un groupe où on échange entre confrères sur les relations qu'on a en fonction des patients et ce qu'on peut ressentir, comment ça modifie, en quoi ça joue dans notre prise de décisions, et discuter justement selon nos émotions (enfin pas les émotions personnelles mais les émotions en fonction de la consultation) qu'est-ce qui a pu nous amener à telle prise de décision. Mais sans discuter de la décision médicale pure." (E10)

14 Chronologie de l'évolution



Il nous a paru important de faire un ensemble sur les différences de chronologie rapportées. En effet si pour certains plusieurs mécanismes sont mis en place dès la séance, pour la plupart il existe une grande part de cheminement postérieur voire des espoirs de changements encore attendus.

14.1 Pendant

- Absence de solution unique

"Des fois on aimerait qu'on règle notre problème et du coup parfois ça peut être frustrant parce qu'il ne donne pas son avis finalement c'est une piste de réflexion" (E6)

"A1 : et comment tu te positionnes toi par rapport à cette situation ? Si un jour tu la vis, compte tenu de ce que tu as dit

7 : il n'y a pas eu de solution en fait" (FG1)

- Cheminement guidé par le groupe

"C'est comme si en présentant, en nous parlant en groupe Balint, elle avait compris la consultation alors qu'elle l'avait pas du tout compris quand ça s'est déroulé" (FG1)

- Introspection

"Donc voilà l'interaction verbale et aussi intérieure." (E4)

"Ça pousse à la réflexion, on est quand même en train de réfléchir à comment on aurait éventuellement géré la situation, on réagit face à la situation." (FG2)

- Prise de conscience inattendue

"Pas du tout, je ne m'attendais pas à ce résultat là mais c'était très constructif quand même. Après, parce que je n'avais pas forcément d'attentes en premier lieu, c'était plus « allez teste on va voir ce que ça va donner », et puis au final ça m'a apporté beaucoup. " (E5)

- Désaccord initial

"Dans l'immédiateté, j'avais des émotions un peu négatives, parce que je réagi un peu comme ça un peu « je suis pas d'accord, non c'est pas comme ça qu'il faut faire », ou je sortais avec des émotions un peu butées parce que voilà..." (FG1)

- Réflexion Balint plus facile à mener

"Pour revenir à ce que vous disiez, je ne sais pas si... C'est vrai que sur le moment, les groupes Balint ça me revenait plus facilement à l'esprit « qu'est-ce que tu ressens etc ? »" (FG1)

- Impressions laissées par les séances

"Là c'était pas contraignant du tout" (FG1)

"Après c'était un peu fatiguant, en fin je trouvais que quand on sortait" (FG1)

14.2 Après

- Amélioration perçue

"Donc je me suis dit « pas de problème, j'en ai discuté en Balint, donc voilà, [...] Et c'est marrant d'ailleurs parce que je n'ai eu aucun ressenti négatif et en fait il ne me tardait pas spécialement que la consultation se termine." (E4)

- Poursuite du cheminement individuel

"ça m'a refait réfléchir de faire des recherches sur Balint, de revoir la patiente. Donc oui ça ne s'arrête pas pile à la séance mais après je ne suis pas restée bloquée dessus mais je pense qu'après la séance on continue d'y penser un peu à l'occasion et d'enrichir notre réflexion." (E4)

"ça a été intéressant parce que du coup j'y ai réfléchi un petit peu, j'ai repensé à ce qu'on m'avait dit et aujourd'hui ça m'a clairement aidé" (E6)

"je ne pense pas que c'est en une fois qu'on va penser autrement. Ça initie quelque chose, ça initie une nouvelle réflexion" (FG2)

- Rappel/écho du Balint dans la pratique

"ça rappelait exactement la dernière situation qui avait été raconté. Et donc ça m'a rappelé le groupe Balint. " (E7)

"et puis parfois quand on vit une expérience après, on se dit « ah tiens ça on en a parlé »" (FG1)

- Compréhension différée de la réflexion

"qu'il y a des questions qu'on m'a posé où je ne voyais pas le lien. Pour moi ça n'avait rien à voir et c'est vraiment après que j'ai réalisé qu'effectivement il y avait probablement un lien." (E9)

"Et maintenant, à posteriori, en fait, je me rends compte que ça me turlupine vraiment, c'est des situations, des réminiscences de certaines situations dont on a parlé en Balint et qu'on a régulièrement" (FG1)

- Réalisation d'un script

"je rédigeais un script dessus. Donc en fait j'ai parlé de ce groupe Balint dans mon script et ça m'a aidé à réaliser ce script et à faire mes recherches." (E2)

- Effet négatif du temps passé depuis la fin des séances

"oui je suis d'accord, c'est vrai que c'était intéressant, pendant qu'on faisait, durant le laps de temps des groupes Balint. Là il y a peut-être certaines choses qui restent, mais c'est vrai que plus on s'éloigne, peut-être plus tu risques de commettre quelques erreurs, surtout qu'on a eu que 4 séances" (FG1)

- Impact inconscient

"je ne pense pas que ce soit conscient ! C'est difficile de savoir si ça a eu un impact conscient. Moi, je ne me suis pas dit, à un moment donné, « Tiens, c'est la même situation que Balint, la dernière fois et je vais faire comme on avait dit ! » Je pense que c'est quelque chose qui nous façonne ou qui nous permet d'avancer." (FG2)

- Amène à l'auto-analyse pour évoluer

"C'est bien d'avoir un truc qui mène à une critique de ce qu'on a pu faire, enfin à une autocritique, pour pouvoir essayer d'évoluer justement dans un autre sens que la façon dont ça s'est passé la première fois ne nous a pas convenu !" (FG2)

- Soulever des problématiques

"c'est des situations, des réminiscences de certaines situations dont on a parlé en Balint et qu'on a régulièrement, elles ne me posaient pas de problème avant, j'avais l'impression, et maintenant elles me posent problème !" (FG1)

14.3 A venir

- Besoin ressenti de poursuivre la démarche

"mais je pense qu'il faudrait en faire plus des groupes Balint. On ne peut pas se limiter à quelques séances quoi." (E7)

- Frustration

"mais du coup on reste sur un peu un goût d'inachevé en fait. Parce que vraiment on voudrait aller au-delà et comprendre d'autres choses et du coup c'est un peu dommage d'arrêter comme ça." (E8)

- Envie de continuer le Balint

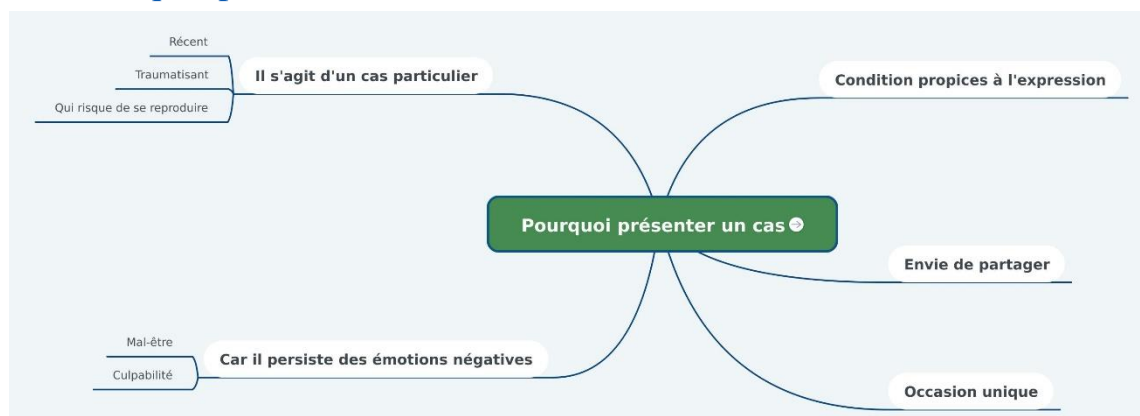
"je trouvais que c'était une initiation intéressante et qui donne envie d'en refaire." (E7)

- Espoir de poursuite de l'évolution

"ça va être bientôt mon quotidien donc là je pense que je vais vraiment avoir l'occasion de pouvoir me remettre en question et vraiment de pouvoir réfléchir à tout ça" (E9)

15 Différences entre participants et écoutants

15.1 Pourquoi présenter un cas ?



Ce paragraphe ne concerne donc que les internes ayant présenté, interrogés en entretiens individuels.

15.1.1 Conditions propices à l'expression

"Je trouvais qu'en petit comité, avec des gens que je connaissais plus ou moins, enfin voilà, c'était l'occasion" (E2)

15.1.2 Envie de partager

"J'ai trouvé ça bien de pouvoir parler de ce qui m'avait touché" (E9)

"Il faut que je sois active aussi dans le groupe" (E5)

15.1.3 Besoin d'un avis

"c'était l'occasion d'avoir l'avis d'autres personnes même si j'en avais déjà parlé à d'autres copines mais j'avais besoin d'avoir l'avis du Balint." (E1)

"j'avais changé d'avis sur le truc et en même temps je n'étais pas satisfaite complètement de la réponse apportée à la fin. Donc j'avais encore besoin de creuser" (E3)

« 1 : En vrai c'était vraiment, mais je n'ai pas de base de théorie pour parler de ça mais je l'ai sentie sur le moment que ce n'était pas adapté, que ça ne collait pas. » (Groupe Balint 1 – 12 Juillet 2017)

15.1.4 Occasion unique

"si je n'en parle pas maintenant je n'en parlerais jamais, c'est l'occasion de ma vie, un groupe Balint où je peux parler d'une situation" (E6)

15.1.5 Car il persiste des émotions négatives

- Mal-être

"il y avait un truc que je n'avais toujours pas compris" (E5)

"j'étais un peu en souffrance" (E6)

- Culpabilité

"après sur le coup j'avais vraiment culpabilisé" (E8)

15.1.6 Il s'agit d'un cas particulier

- Récent

"c'était un cas que j'avais vécu pas longtemps avant le groupe et ou ça a été, on va dire, une de mes dernières expériences récentes" (E2)

- Traumatisant

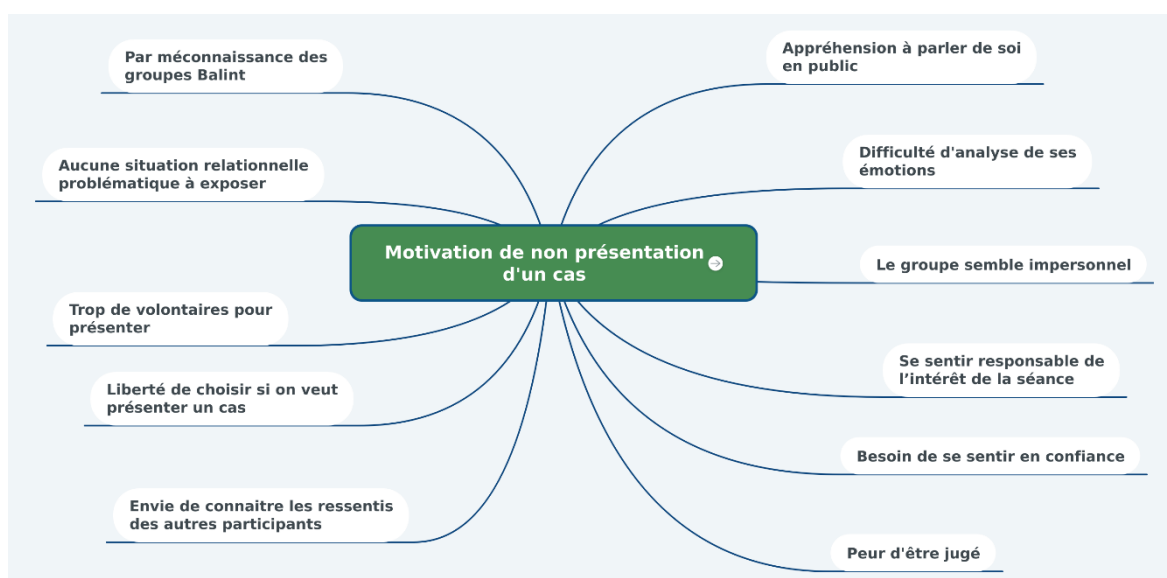
"Parce qu'il m'avait vraiment « traumatisé » et j'en avais déjà parlé avec mes praticiens et j'avais besoin d'en parler" (E1)

"ça m'a particulièrement marqué, je l'avais déjà raconté à 3 personnes avant d'arriver au groupe Balint quoi, parce que ça m'avait énervé" (E4)

- Qui risque de se reproduire

"c'est une situation qui me poserait encore problème, que je rencontrerais encore probablement et que du coup pour pouvoir avancer et trouver d'autres parades pour améliorer la situation" (E5)

15.2 Motivations de non-présentation



Dans les focus groups les internes ont été interrogés sur les motifs les ayant menés à ne pas présenter, au-delà de contraintes indépendantes de leur volonté : trop peu de séance pour le nombre de volontaire, méconnaissance de la méthode Balint. Ils nous ont rapportés avoir parfois été stoppés par une appréhension voire une gêne, une peur d'être jugé par un groupe qui a pu paraître impersonnel ou une crainte d'être responsable du bon déroulement et de l'intérêt d'une séance.

15.2.1 Appréhension à parler de soi en public

"moi c'est parce que personnellement je n'aime pas trop parler de moi, surtout devant d'autres gens, c'était vraiment ça" (FG1)

15.2.2 Difficulté d'analyse de ses émotions

"Moi je ne suis pas très sûre de savoir analyser mes émotions, enfin, de savoir vraiment les expliquer." (FG1)

15.2.3 Le groupe semble impersonnel

"J'ai plus facilement discuté en petit groupe, quand on est 5, d'une situation plutôt que quand on est une dizaine." (FG2)

15.2.4 Se sentir responsable de l'intérêt de la séance

"Et puis c'est vrai que c'est de la responsabilité de se dire « bon je vais présenter un cas et pendant deux heures on va parler, on va le décortiquer ». Donc, je ne me suis pas ruée non plus sur le ... Voilà !" (FG2)

15.2.5 Besoin de se sentir en confiance

"C'est pour ça que c'est bien d'initier les réunions et de voir après, je pense qu'au fur et à mesure on se sentait plus à l'aise. Et pareil à la première séance je ne me serais pas sentie de présenter une situation, alors qu'à la dernière, pareil, j'avais une idée mais bon vu que quelqu'un s'est lancé..." (FG2)

Apparition de l'envie de présenter au cours des séances

"Ça évolue au fur et à mesure des séances, nous on se sent plus disposée à raconter aussi une histoire au groupe en fait." (FG2)

15.2.6 Peur d'être jugé

"je devais appréhender un peu d'être ... même si c'est pas être jugée" (FG2)

15.2.7 Envie de connaître les ressentis des autres participants

"ça m'intéressait plus que de dire ce que moi j'avais ressenti. En fait je préférerais savoir ce que les autres avaient ressenti à ce moment-là" (FG1)

15.2.8 Liberté de choisir si on veut présenter un cas

"pourquoi je n'ai pas présenté de cas. Peut-être parce que je ne sais pas. RIRES. Tout simplement. Peut-être parce que je ne sais pas pourquoi je n'ai pas présenté de cas" (FG1)

15.2.9 Trop de volontaires pour présenter

"et à chaque fois il y a eu des cas très vite, s'il y avait eu un moment où on s'était dit il n'y a pas de cas" (FG1)

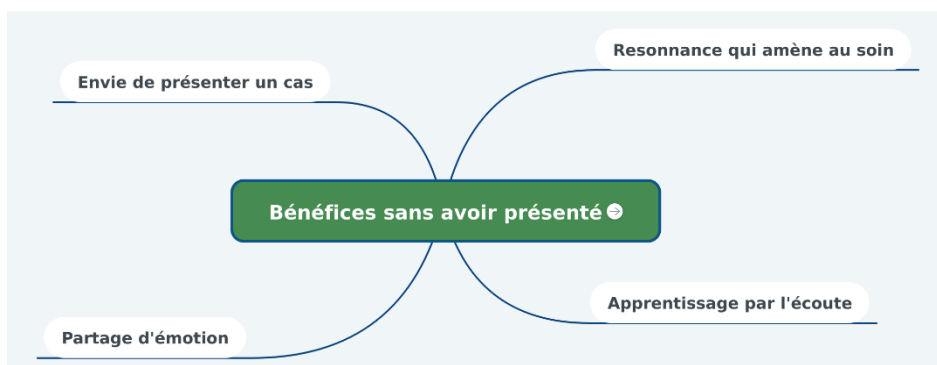
15.2.10 Aucune situation relationnelle problématique à exposer

"j'ai pas retrouvé vraiment de cas qui font un peu écho, qui m'ont posé problème ou pas d'ailleurs. Je veux pas dire que j'ai pas des cas qui m'ont posé problème ou où je me suis trop investi, mais des cas qui m'ont posé problème sur le plan relationnel, je n'en ai pas eu comme ça qui venaient tout de suite" (FG1)

15.2.11 Par méconnaissance des groupes Balint

"alors le premier cours c'était plus par ignorance « qu'est-ce qu'on attendait vraiment comme type de cas »" (FG1)

15.3 Bénéfices ressentis sans présenter



15.3.1 Résonance qui amène au soin

"ah oui parce que malgré tout, même sans présenter, je me dis c'est un soin mais moi j'ai pas parlé de mes cas, mais en écoutant les autres et par cette résonance, dont je parlais tout à l'heure, je pense que ça me ... ça ne me soignait pas je n'étais pas non plus malade, mais ça m'apportait quelque chose quand même" (FG1)

15.3.2 Apprentissage par l'écoute

"oui en parlant et puis je trouve que l'écoute aussi, moi je fonctionne plus en écoutant que en parlant mais c'était quand même très intéressant. Ça remuait beaucoup de choses" (FG1)

- Apprendre à être plus clément envers soi même

"même si on ne présente pas on apprend. On apprend à être un petit peu plus bienveillant avec soi, à déculpabiliser. Non c'est bien" (FG1)

- Apprendre à écouter les autres

"à écouter un autre soignant parler. Même sans ... l'écoute active !" (FG1)

15.3.3 Partage d'émotion

"des émotions que l'on a partagées, c'était aussi important, même sans présenter je trouve" (FG1)

- Intérêt de s'imprégner de l'expérience des autres

"À la fois je trouvais ça peut-être plus intéressant de laisser la place aux autres pour savoir ce que les autres ressentent." (FG1)

15.3.4 Envie de présenter un cas

- Pas une nécessité

"ça m'a pas manqué" (FG1)

- Curiosité et envie de présenter

"t'en sais rien, tu n'as pas présenté, tu ne sais pas ce que ça fait de présenter" (FG1)

- Le plus important est que le cas présenté soit intéressant

"l'important c'est pas de gagner, c'est de participer, aussi" (FG1)

"ça dépend si les autres pressentent des cas intéressants, c'est ça qui est intéressant, peu importe si c'est le sien ou pas" (FG1)

Discussion

1 Forces et limites de l'étude

1.1 Forces de l'étude

Le fait d'avoir enregistré les groupes pour pouvoir faire écho aux réponses des étudiants qu'il s'agisse de ceux ayant présenté ou ceux ayant simplement participé permet de mettre en parallèle les discussions spontanées et le souvenir qu'en ont les étudiants. Cette mise en abyme renforce la valeur des réponses faites à distance de l'initiation.

Les retranscriptions de groupes sont rares dans les thèses réalisées sur les groupes Balint et permettent au lecteur d'avoir une meilleure idée de l'ambiance et de l'évolution qu'il existe au court de ces temps de parole, le lecteur n'ayant pas toujours lui-même déjà participé à de telles séances.

Triangulation des données : la thèse ayant été réalisée en binôme, les encodages ont pu se faire de manière répétée par la thésarde seule, puis avec le directeur, puis avec la co-thésarde ce qui renforce la validité de l'encodage. Les thésardes ayant d'abord réalisé leur encodage seules et avec le Dr Pétrègne, les premières lectures ce sont faites sans influence d'un type d'entretien sur l'autre.

La comparaison des résultats et l'émergence de similarités et de différences ont permis d'appuyer certaines réponses et de comprendre les disparités entre les différents internes. Ces différences sont aussi permises par le choix de 2 méthodes d'entretien différentes, toutes les deux valides pour la réalisation d'une analyse qualitative.

La discussion en focus groups a l'avantage d'approfondir les sujets abordés même s'ils sont limités par l'effet de groupe, il existe un vrai cheminement comme durant les groupes Balint. Les entretiens individuels permettent, eux, d'aborder de multiples points de vue sur l'apport de cette initiation mais d'une manière moins détaillée.

Le fait d'encoder ensemble, a permis aux thésardes de se rendre compte de la grande similarité des réponses faites entre les internes ayant présenté et ceux ayant écouté. Cette grande concordance a mené à la décision de rédiger les résultats de manière groupée et elle renforce la validité des grands axes dégagés par notre étude.

Il s'agit d'une petite population d'une vingtaine d'internes provenant d'une seule faculté et l'initiation était de seulement 4 séances. Mais l'étude qualitative est adaptée à ce genre de faible échantillon.

De plus il faut noter qu'à la fin des encodages (fin du focus group 2 et entretiens 9 et 10) il n'y avait plus de création de nouveaux nœuds dans l'encodage ce qui correspond à une saturation des données.

Le temps écoulé depuis la réalisation des groupes renforce l'anonymisation des données et a permis aux internes de prendre du recul dans les questions de relation médecin/patient notamment, dès leur exercice de remplacement.

1.2 Principaux biais

Biais de déclaration : la thèse étant réalisée par l'enseignant organisant les groupes cela a pu influencer les réponses des participants, notamment lors des focus groups où le professeur était présent. Ce biais est aussi renforcé par l'existence d'une grille d'entretien qui influence forcément les réponses bien qu'il s'agisse de questions ouvertes.

Biais de mémoire : certains des entretiens individuels ont été effectués jusqu'à 4 mois après la fin des groupes. Ce laps de temps a pu modifier la perception des internes. Un temps était tout de même nécessaire pour étudier le cheminement fait à la suite des séances. L'encodage des résultats a lui été effectué un an après le recueil des données.

Biais de subjectivité : inévitable dans les études qualitatives ce biais est dû au fait que l'encodage progressif oriente l'analyse des réponses. Ce biais est limité par la triangulation des données.

Enfin l'étude réalisée est monocentrique et sur un seul type de population ce qui limite son impact et ne permet pas l'extension de nos résultats.

1.3 Comparaison à la littérature

Il existe dans la littérature plusieurs thèses s'intéressant au sujet des groupes Balint, et notamment à la réalisation de tels groupes avec des internes.

Une thèse s'est intéressée à l'évolution du médecin après sa participation à des groupes Balint, dans une population de médecins installés. (43)

Le besoin de rompre la solitude, le besoin de se rassurer ou encore le fait d'avoir rencontré des situations difficiles avec les patients sont les motivations de participation à cette étude.

Il semble que les médecins de cette étude soient particulièrement « *intéressés par ce qui est ordinairement écarté du champ clinique, c'est-à-dire l'inconscient, désireux de pratiquer une médecine de la personne globale* ».

De manière similaire, dans notre étude, la participation volontaire est à l'origine d'une sélection de personnes curieuses, souhaitant découvrir un nouvel aspect de leur exercice

Cette étude, comme la nôtre, met en avant que la participation aux groupes Balint a engendré des modifications et même une évolution de ces médecins, notamment en permettant un travail de l'écoute et une amélioration de la relation entre le médecin et le patient. Mais aussi, en permettant à chaque participant d'établir sa propre définition du praticien qu'il souhaite être, en définissant ses limites et en les acceptant.

Dans cette thèse il a été montré que le travail collectif est à l'origine d'une meilleure compréhension des problématiques rencontrées lors des consultations, il est aussi le tremplin de la réflexion individuelle.

Au travers de la formation Balint, certains auteurs (12) ont étudié l'empathie dans une population d'externes. Il semble que cette population, très jeune et débutante dans la relation avec le patient, ne soit pas assez sensible au travail de la relation médecin-patient.

En effet, la possible passivité des externes lors des stages et leur manque d'expérience rendent difficile l'élaboration du cadre précis de la rencontre entre le malade et les soignants.

A ce stade des études médicales, il semble qu'il faudrait privilégier le travail de groupe regroupé sous forme de séances à thème, un travail plus dirigé et encadré, afin de permettre aux étudiants de pouvoir exprimer leur ressenti et d'étudier le point de vue du patient.

D'autres travaux de thèse s'intéressent à l'apport global de la participation à ces groupes chez les internes participants. (13,44)

Le travail d'Emilie Gourrin (13) s'attache à décrire de manière globale cette initiation aux groupes Balint : l'organisation des séances et leurs fonctionnements, le déroulement de la présentation des cas et l'implication des participants. Ce travail aborde la place du Balint dans le DES de Médecine Générale.

Une partie des résultats concerne tout de même l'apport de cette participation aux internes, introduisant la capacité d'une initiation aux groupes Balint de lutter contre le surmenage professionnel, en aidant les internes à gérer leurs émotions ainsi qu'en leur apportant des pistes pour mener la relation avec des patients difficiles.

Cette thèse met aussi l'accent sur l'apport des groupes Balint quant à la définition de l'identité professionnelle, et aborde l'importance de la notion de satisfaction professionnelle.

Finalement, comme toujours les capacités relationnelles sont perfectionnées en favorisant l'écoute et en recentrant la consultation sur le patient.

Les résultats de la thèse d'exercice médical de MP.Begot, (44) portant sur la perception de la relation médecin patient au travers la pratique de groupes Balint, rejoignent les résultats ci-dessus et ceux de notre étude en abordant la notion de retour sur sa propre pratique au moyen d'un regard externe.

Participer à ces groupes de travail permettrait également un soulagement des internes grâce à ce partage des émotions

L'usage de groupes Balint, dans le but de proposer une formation aux internes de Médecine Générale, à la relation médecin-patient est un choix cohérent et les bénéfices tirés de cet apprentissage sont multiples.

Ceci a été démontré par les études citées ci-dessus. En revanche, à notre connaissance il n'existe aucun travail de recherche se focalisant sur notre sujet d'étude : la décortication des processus et conditions permettant ainsi la modification, du vécu et de la pratique de la relation médecin-patient au travers de l'initiation aux groupes Balint.

Par ailleurs, au-delà d'avoir ciblé notre sujet d'étude avec plus de précision, notre recherche qualitative à deux a permis d'inclure tous les participants aux groupes. L'utilisation de deux méthodes distinctes de recueil de données procure à notre travail une force d'étude plus importante.

Il est important de rappeler que les deux thésardes sont arrivées à saturation des données et qu'initialement nous avons fait le choix de présenter nos résultats séparément. Néanmoins, lors de la mise en commun, l'importance de la concordance des résultats nous a poussé à réaliser une présentation conjointe.

2 Principaux résultats

Il faut tout d'abord noter que ces entretiens et focus group ont eu un effet de débriefing sur l'initiation, ils ont permis de prendre un peu de recul sur une initiation collective et individuelle qui s'est réalisée sur une période finalement assez brève.

2.1 Un lieu unique de parole et d'échanges

La notion de lieu, d'endroit a été importante pour les internes. On retient notamment que la configuration du lieu, en cercle, vide au centre, semble favoriser l'implication de chacun sans pour autant la contraindre. Les internes peuvent déposer leurs idées dans ce vide et la parole y est libre.

En ce qui concerne l'ambiance particulière qui y règne, notamment concernant la bienveillance, l'absence de jugement, la libération de la parole et la singularité de ce lieu les internes des 2 groupes ont apportés de nombreuses réponses.

Ces premiers points nous ont semblé primordiaux car peu de temps d'apprentissage et de cours sont organisés de la sorte. Il s'agit pourtant d'éléments assez simples et reproduits dans beaucoup de groupes de paroles (notamment ceux organisés pour les patients).

Il faut aussi noter que l'impact du travail en groupes a déjà été étudié mais surtout à propos des GEAP, par exemple lors d'une thèse l'année dernière à l'université de Bordeaux.

La thésarde, Audrey Mangin a étudié la réalisation de groupes de pairs entre jeunes remplaçants. La population diffère peu de la nôtre : médecins jeunes, débutants, non installés. Elle a montré que ces groupes permettaient aux remplaçants d'adapter leur pratique et qu'ils jugeaient ce mode d'apprentissage utile dans leur exercice.

Les groupes d'analyse de pratique se rapproche dans la forme de la méthode Balint : des groupes de petites tailles, une discussion libre mais guidée, un apprentissage à travers l'expérience des autres participants. L'échange entre pairs semble donc être un soutien pour le médecin quelle que soit sa forme, une façon d'évaluer sa pratique et un moteur d'amélioration. (45) Les groupes de pairs restent pour autant bien distincts des groupes Balint car ils abordent réellement plus le côté biomédical et étudient moins en profondeur la relation entre patients et médecins.

Cette configuration rompt certes avec la disposition habituelle des étudiants, attablés, face au maître, ce qui peut rejoindre un des principes balintiens qui veut que l'omnipraticien se défasse justement de la relation maître-élève.

Si le généraliste sort de cette vision peut-être arrivera-t-il plus facilement à considérer le médecin spécialisé ou senior comme un « assistant expert » et non comme un mentor.

Pour ce qui est du partage d'idées, d'émotions, de réflexions, il apparait qu'il joue presque un rôle thérapeutique auprès de l'interne qui arrive ainsi à décharger un peu le ressenti accumulé en début d'exercice. A noter que cet aspect thérapeutique a étonnamment été rapporté quasiment uniquement par les internes n'ayant pas présenté.

<p>Le groupe Balint est un lieu unique de parole avec une organisation particulière et qui permet des échanges libres et en profondeur de sujets non évoqués le reste du temps. Cette méthode à l'avantage d'être facilement reproductible mais d'avoir un pouvoir pédagogique fort.</p>
--

2.2 Les processus psychiques mis en place et l'effet du groupe

Ceci nous amène à étudier les processus psychiques mis en place lors de cette discussion.

Le terme de processus cognitif correspond en psychologie à l'ensemble des moyens mentaux qui permettent à un individu d'acquérir, de traiter, de stocker et d'utiliser des informations. Ils permettent de modifier notre environnement et notre réalité pour pouvoir s'adapter aux modifications. Ils sont nombreux et classés différemment selon les écoles de psychologie mais on peut citer par exemple : perception, attention, sensation, mémoire, représentation, langage, raisonnement, fonctions exécutives etc.

Si l'on veut décrire les processus cognitifs mis en place dans cette méthode d'enseignement différente de la plupart des autres cours de l'université il faut donc prendre un peu de recul et essayer de résumer le cheminement cognitif durant et après la séance, les mécanismes de la réflexion pour les internes y participant.

Dans nos résultats nous avons regroupé les verbatims dans un nœud nommé « décortiquer la situation », c'est bien une des premières étapes de l'échange : un interne présente son cas en essayant d'être le plus précis, de mettre en avant pourquoi ce cas l'a marqué, il comprend même certaines choses et phénomènes sous-jacents grâce aux questions posées par le groupe.

Le reste du groupe se trouve à ce moment en position d'écoute active et au fur et à mesure entre en résonance avec l'interne, ainsi s'initie le cheminement collectif qui va guider le groupe dans sa réflexion.

Les processus que nous avons pu mettre en avant sont :

- Perception, attention et sensation sont mis en place durant la présentation du cas. La première approche est souvent purement émotionnelle et de l'ordre du ressenti rapporté par l'interne présentant.
- Raisonnement et catégorisation permettent la décortication du cas. On va plus profondément dans la compréhension des mécanismes et des fondements de la relation. On refait la mise en scène, on le met à plat.
- L'ensemble des questions, le fait de revivre la situation permettent à l'interne de l'encoder. Il en découle une forme d'acceptation. C'est à ce moment que les internes parlent de déculpabilisation, de réassurance.
- Pour les autres internes les processus mis alors en place sont ceux d'identification et d'assimilation, ils s'approprient la situation, l'encodent à leur tour, la transforment pour s'en imprégner. Il existe une remise en situation fictive. Ils seront d'ailleurs capables de s'en rappeler ensuite dans leur pratique. Ils utilisent alors mémoire et représentations.
- Les différentes hypothèses et propositions sont développées et c'est dans la confrontation des idées que la réflexion se déroule.
- A posteriori, en dehors du groupe, le travail se poursuit, on peut alors plus parler d'introspection et d'accommodation. Tous les autres processus mis en place ont permis un approfondissement tel de la réflexion que les conduites des internes s'en retrouvent ensuite modifiées. Il existe alors une certaine réminiscence des situations. Les internes se sont tellement identifiés qu'on a l'impression qu'ils les ont eux-mêmes vécues. Le cheminement se poursuit.

Ce cheminement individuel dont nous avons essayé de théoriser quelques aspects est soutenu et nourri par le groupe qui chemine de manière collective.

Concernant le groupe nous avons relevé quelques notions importantes :

- Ce mouvement de groupe, cette réflexion communautaire est rendue possible par un état d'esprit particulier obtenu grâce à l'environnement dans lequel se déroule ces groupes. Les internes se retrouvent dans un état pré-hypnotique.
- Le fait de se laisser guider permet de faire tomber les barrières. Le sérieux avec lequel la situation est abordée et les questions sont posées permet de mettre à l'aise l'interne présentant.
- Il se crée une sorte d'entité « groupe » qui devient l'expert, qui stimule et contient la réflexion pour l'aider à aboutir ou du moins à avancer.
- Les participants se décrivent en état d'hypervigilance, leur attention, leur écoute et leur empathie sont augmentées.
- Au-delà des mots toute une partie de l'échange se fait dans les silences ou de manière non verbale, à travers des attitudes, des regards.
- C'est ensemble qu'ils cheminent mais individuellement qu'ils acquièrent au fur et à mesure de l'initiation, une certaine maturité.
- C'est le groupe qui va permettre une rectification des faits et la prise de conscience du sens caché de la relation et de la demande.
- On ne peut pas parler du groupe sans aborder les questions de jugement entre internes. Bien qu'il ne soit pas volontaire le jugement existe toujours en fond mais la précision des questions permet la compréhension et lève la plupart des jugements initiaux. Le problème étant avec les internes qu'ils sont jeunes et en formation, ils doutent donc forcément plus que leurs seniors généralistes de leurs capacités ; et le sentiment d'être jugé vient à la fois des autres mais aussi d'un manque de confiance en soi.

On vient déposer une contrariété, l'analyser, la décortiquer et se la réapproprier ou on vient participer, soutenir, résonner. On fait tomber l'émotion négative, on la décharge pour se reconstruire de manière plus neutre, plus apaisée qu'il s'agisse de notre cas ou pas. Notre état d'esprit a changé grâce à l'écoute et l'analyse du groupe.

2.3 Un abord plus approfondi de la relation et du vécu

Comme vu précédemment la question du ressenti et de l'affect est de plus en plus étudié en médecine générale et chez les professionnels de santé globalement.

Il est difficile pour les médecins de se libérer des ressources biomédicales transmises dès le début de leurs études et de laisser s'exprimer nos réflexions au sujet de l'analyse de nos émotions.

C'est pourtant ce qu'ont fait les internes au fur et à mesure des séances d'initiation aux groupes Balint, ils ont progressivement perçu une modification de leur analyse s'éloignant de l'aspect clinique pour se rapprocher de leur ressenti.

Cette transformation leur a permis un échange plus riche au sujet des cas, augmentant l'intérêt des participants à la pratique de ces groupes.

En outre, les résultats transcrivent l'importance des questions du groupe, détaillées et abondantes, à l'interne présentant le cas. Cette décortication a instauré la confiance, la compréhension, la résonance, limitant le ressenti de jugement par les autres participants et majorant la profondeur de l'analyse du cas présenté.

Les internes nous ont parlé d'émotion, de sentiment et de ressenti, 3 concepts à définir car différents

- Emotion : état affectif ; plaisir ou douleur, nettement prononcé.
- Sentiment : capacité de l'être humain à sentir des choses physiquement et à les transformer en émotion.
- Ressenti : impression liée à la manière dont on perçoit quelque chose, une situation.

Il apparaît aujourd'hui primordial dans les questions de santé au travail que les professionnels de santé puissent avoir un lieu où exprimer ce genre d'idées, de pensées. Cela leur permet de décharger notamment certaines choses négatives, améliore la perception qu'ils ont de leur activité et fait ainsi d'eux certainement de meilleurs soignants.

Il est intéressant de le proposer au moment de la formation initiale car l'enseignement plus traditionnel proposé en parallèle fonctionne de manière beaucoup plus rigide, on apprend la médecine sous forme d'items, d'arbres diagnostiques et thérapeutiques. La pensée jusque-là est fléchée et la réflexion présentée comme un grand organigramme.

Mais la relation s'effectue entre des personnes, avec des personnalités, des bagages, des émotions et ce ressenti vient transgresser la pensée. Il est vécu comme un intrus qui perturbe et fait dérailler notre beau schéma théorique.

En 2015 une thèse a été soutenue à Bordeaux sur l'importance des affects et les méthodes de gestion développées par les médecins généralistes. La thésarde Maité-Safi Vodounnou a notamment souligné l'omniprésence des émotions contre-transférentielle en médecine générale. Les médecins semblent répondre à la présence de ces affects par le développement de compétences personnelles en lien avec leur expérience. Beaucoup soulignaient avec regret l'absence de formation dans ce domaine, les principales craintes étant la rupture de la relation ou les débordements sur leur vie personnelle. Cette thèse soulignait une certaine solitude des médecins dans ce domaine. (22)

Là est toute la difficulté pour le médecin : avoir la capacité de s'adapter à la situation, à la relation pour rester en adéquation avec nos croyances et notre savoir.

Si on reprend les enseignements faits lors de la formation initiale on a plus tendance à apprendre aux internes à banaliser ou refouler ces émotions comme partie intégrante de leur moi personnel.

Discuter du partage d'émotions qui a pu s'opérer durant ces groupes nous mène à parler de l'empathie ressentie les uns envers les autres durant ce travail. Là encore une définition s'impose et une distinction entre empathie et compassion :

- Empathie : faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent - faculté intellectuelle
- Compassion : sentiment de pitié qui nous rend sensible aux malheurs d'autrui, pitié, commisération

Des études récentes tendent à montrer que contrairement à ce qu'on pourrait penser la compassion protège mieux du burn-out que l'empathie. Les sociologues justifient cela de la manière suivante : Avec empathie on échange sur les problèmes du patient, on ressent ce qu'il ressent mais on le garde pour soi, on l'assimile, on le stocke. Avec compassion on partage plus profondément l'émotion avec le patient mais on la libère du coup en même temps que lui. Il faudrait donc ressentir la tristesse du patient avec lui plutôt que la comprendre et la garder pour soi.

Matthieu Ricard, moine bouddhiste a participé à une thèse sur ce sujet et rapproche dans un article sur son blog compassion et amour altruiste, selon lui cet amour serait capable de

neutraliser l'épuisement résultats de l'empathie simple ressenties par les professionnels de santé. (46)

Dans un article du journal de l'université de Genève, la neuroscientifique Olga Klimecki a, elle aussi, comparé empathie et compassion : « *Alors que l'empathie fonctionne comme un simple miroir des émotions d'autrui, la compassion implique un sentiment de bienveillance, avec la volonté d'aider la personne qui souffre* ». Elle confirme que selon ses recherches l'empathie est pourvoyeuse d'épuisement professionnel contrairement à la compassion. (47)

Cette notion n'a pas été encore suffisamment étudiée et il existe des avis contraires. C'est le cas d'une interne de Paris-Descartes qui a fait sa thèse en 2014 sur l'empathie et la décrit comme idéalement neutre et positive pour la communication alors que la compassion par un trop fort investissement affectif serait à risque de dépendance psychologique. (48)

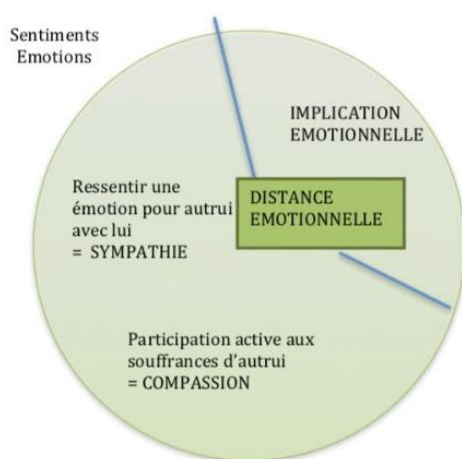


Figure 7 : Bulle représentant les sentiments/émotions

Laquelle de ces attitudes nous enseigne le Balint ? Ce genre de compétence peut-il s'acquérir lors d'enseignement collectif ? La réponse individuelle à la souffrance ou autre émotion du patient peut-elle être volontaire et doit-elle être identique dans toutes les situations ? La compagnie d'investissement mutuel défini par Balint relève-t-elle de la compassion ? Une formation à la compassion est-elle possible et est-elle utile ?

Si on essaye de distinguer compassion et empathie et qu'on considère que la bienveillance ressentie pour la personne en face et le sentiment partagé relève plus du premier principe que du deuxième, bien que les internes n'aient pas utilisé ce mot il semble qu'ils aient plus ressenti de la compassion envers l'interne participant qu'une simple empathie.

On voit bien qu'en ce qui concerne cet aspect de nos relations aux patients, il existe encore beaucoup de questions sans réponse et un large champ de recherches possibles.

Il est nécessaire d'offrir un lieu de parole pour les émotions et ressentis des internes. Aborder les notions d'empathie voir de compassion, comprendre l'impact qu'à sur nous l'exercice de la médecine permet de limiter l'épuisement professionnel.

2.4 La réponse à une souffrance, une solitude chez les internes

Il faut à présent aller plus loin dans la réflexion. Beaucoup d'internes nous ont parlé du fait que cette initiation avait été libératrice voire thérapeutique. Sachant qu'il existe là un biais

possible, les internes participant à ce genre de groupe étant surement plus enclins à recevoir ce genre d'aide ou plus en demande, statistiquement.

Il est pourtant, au vu des études récentes (intern' life par exemple), évident maintenant qu'il s'agit d'une période charnière à risque. De nombreuses études ont révélé des chiffres alarmants concernant la souffrance au travail et le burn-out chez les professionnels de santé.

Cette souffrance est multifactorielle mais on y note très souvent une part importante de culpabilité : la culpabilité de n'avoir pas su, la culpabilité de ne pas réussir à gérer, la culpabilité même de se laisser affecter.

Cette culpabilité est également très présente lors des groupes notamment chez les internes qui présentent. Il est quasiment impossible de se sortir d'un cercle de culpabilité seul mais le groupe lui est capable de raisonner l'interne, de le réassurer, de valider ou d'expliquer la situation et de fournir les armes si elle venait à se reproduire.

L'objectif final étant que l'interne se sente mieux dans son rôle de soignant et cela a souvent été relevé par les participants même avec seulement 4 séances.

Pour comprendre ce qui se joue à ce moment-là il faut aussi parler de la jeunesse des participants. Même si cette initiation est réalisée en fin de cursus il s'agit toujours de jeunes médecins, n'ayant même pas encore débuté leur réel exercice.

Pour certains ce manque d'expérience et de compétences acquises en matière relationnelle explique le ressenti parfois brutal et l'émotion parfois violente.

Il persiste une vision de la maturité à acquérir comme un endurcissement, un rempart à construire entre le patient et nous. Ces groupes réfutent cette idée. Finalement n'est-ce pas plutôt dans l'acceptation que nous supporterons mieux les situations difficiles ?

Chaque interne va pouvoir développer son propre jugement au sein du groupe, motivé et guidé par l'ensemble il va développer sa propre maturité, sa propre vision de son métier.

Il existe en fait une grande similarité entre la relation de l'interne dans le groupe et celle entre le patient et le médecin :

- L'interne parle, le groupe écoute, laisse la place à la parole.
- L'interne se confie, le groupe résonne (compassion)
- Le groupe pose des questions, interroge, examine.
- Le groupe reformule pour essayer d'aller plus loin.
- Le groupe permet une nouvelle analyse des faits, il fait un diagnostic
- Le groupe propose des solutions, rassure.
- Le groupe est thérapeutique fondamentalement.

Tous ces points peuvent être retranscrits dans la relation du praticien au patient, cela définit même ce que Balint nomme le médecin-remède.

Il s'agit presque dans ce sens d'une mise en situation, d'un exercice d'entraînement à la future consultation, l'interne présentant prenant la place du patient, les autres internes comprenant au fur et à mesure l'impact de la communication sur le cheminement.

Si le médecin fait partie du remède comme le pensait Balint il faut qu'il prenne soin de lui-même, il faut lever culpabilité et souffrance pour être apaisé dans son exercice et pouvoir alors vraiment être disponible pour la prise en charge du patient.

2.5 Le développement de compétences professionnelles

Au-delà de l'apport personnel évoqué précédemment et des caractéristiques du groupe qui permettent une telle évolution, il est également important d'exposer l'apport au niveau professionnel, pour le patient, pour la consultation.

Il s'agit d'un vrai développement des compétences relationnelles.

Aujourd'hui il paraît évident que le rôle du médecin généraliste se déplace dans le relationnel et la communication :

- Les aspects pratiques de la médecine sont de plus en plus gérés par les technologies modernes, la prise de décision médicale est facilitée par exemple par l'outil informatique, les nouveaux examens complémentaires.
- L'expertise du spécialiste n'est plus qu'à un clic de mail ou un coup de téléphone et cela va s'accélérer avec les techniques de télémédecine.
- Les méthodes de communications comme l'entretien motivationnel et l'écoute active prouvent progressivement leur impact positif. D'autres méthodes alternatives type hypnose, sophrologie, psychothérapie, EMDR etc. se font leur place progressivement dans l'exercice quotidien.

Dans ces conditions la formation à la relation et la communication semble indispensable et reste pour l'instant très minoritaire dans notre cursus.

L'initiation aux groupes Balint a, dans ce domaine, un fort impact pédagogique : en apprenant à prendre soin de nos pairs nous apprenons à prendre soin du patient. La relation inter professionnelle se transpose à la relation au patient.

En effet, lors des séances pendant lesquelles les internes étaient dans l'écoute active du cas exposé par leur camarade, ils ont eu l'envie d'aider la personne qui présentait "*Et qu'après les autres personnes du groupe voulaient l'aider entre guillemets ou l'accompagner*" (E4) et également l'envie de « traiter » ses problèmes : "*identifier et pour pouvoir bien les contourner ces difficultés*" (E5) "*«et au fait dans ton histoire, il y avait ça et tu n'avais peut-être pas cerné ! »*. *Et je pense que la personne qui raconte ça peut l'éclairer sur ce qui s'est passé, ça donne un autre regard, un autre point de vue*" (FG2).

Ce comportement peut s'apparenter à celui de leur pratique professionnelle, lorsqu'ils se trouvent face à leurs patients avec des problèmes, qu'ils soient strictement médicaux ou autres.

Nous avons pu réaliser grâce aux résultats de notre étude, qu'à l'origine des situations présentées et causant une difficulté dans la relation médecin patient, il existait souvent une demande du patient jugée inappropriée par le médecin. Cette requête engendrait alors un sentiment de colère, de malaise ou d'incompréhension.

La gestion de ces demandes inappropriées par les médecins est le sujet d'étude de la thèse de l'auteur J. Zuliani-Cyr (49) :

Nous en avons retenu qu'une « demande inappropriée » est une notion subjective, spécifique à chaque médecin, et même pour chaque médecin, *« cette demande est injustifiée mais dans un contexte donné, pour un patient donné et à un moment donné. Ainsi, une même demande pourra être perçue différemment selon le patient qui la formule, comment il la formule, l'état d'esprit du médecin au moment où il reçoit la demande, le cadre qu'il s'impose. Elle sera également perçue de façon différente d'un médecin à un autre, ce qui est injustifié pour un médecin ne le sera pas forcément pour un autre. »*

Ces demandes injustifiées provoquent des déceptions chez les soignants : stress, conflit, suspicion, surprise, contraintes et même remise en question.

Cette étude dévoile aussi une sensibilisation des soignants à la recherche d'une « *demande cachée* » par le patient. Les participants révèlent qu'ils peuvent alors faire preuve de beaucoup d'attention envers le patient afin de mieux comprendre et déchiffrer ses attentes.

Cette sensibilité se distingue aussi dans notre étude, en effet, certains participants nous racontent spontanément qu'ils ont essayé d'être plus attentifs aux demandes cachées de leurs patients, dans les suites de cette initiation aux groupes Balint.

Aller chercher le motif caché de consultation, leur a permis d'instaurer une confiance plus grande dans la relation avec le patient et d'effectuer une meilleure prise en charge. Mais surtout, il en résulte une grande satisfaction professionnelle car ils exercent d'une manière qui leur semble plus pertinente et c'est ainsi que peuvent se développer bien-être et fierté du médecin.

La question de l'arrêt de travail est rapportée par le Dr J.Zuliani-Cyr, comme étant l'une des demandes les plus fréquemment citées en exemple de demandes injustifiées.

Parmi les thèmes les plus abordés durant notre initiation aux groupes Balint, l'arrêt de travail est également un motif de consultation qui a animé les débats, les internes le trouvant illégitime dans certains cas. Certains ayant même ressentis une certaine manipulation de la part des patients.

Il paraît également important de distinguer les notions de moi personnel et professionnel. En effet cette distinction a été très fréquemment faite par les internes lors des groupes Balint et lors des focus groups :

- En Balint, la théorie veut qu'on aborde les situations sur le plan professionnel mais il est évident qu'elles font parfois écho au personnel.
- On s'évertue à séparer les deux mais le médecin exerce et vit sa pratique forcément selon sa personnalité.
- Même si ce n'est pas le but recherché on arrive à faire vibrer le personnel dans une discussion professionnelle, à notre insu
- La question devient donc de savoir si le moi personnel est vraiment un élément perturbateur dans nos relations professionnelles, s'il faut continuer de s'évertuer à le faire taire.
- Balint laissant la place à l'émotion, au ressenti, permet d'apprendre à gérer les interférences entre les deux, ce qui ramène une certaine sérénité chez l'interne n'étant plus tiraillé entre ce qu'il devrait ressentir et ce qu'il ressent vraiment.
- L'absence de compétences relationnelles, d'outils de communication (les bases de l'expression du moi professionnel médecin généraliste) chez les internes peut expliquer qu'ils restent beaucoup dans l'opposition moi personnel versus professionnel.

C'est alors que la définition du rôle du médecin entre en jeu. En effet, afin d'intégrer la gestion de ses émotions à sa pratique professionnelle et le vécu du moi professionnel et personnel, il est nécessaire de définir le rôle du médecin pour comprendre ses limites professionnelles.

Au cours des séances Balint, le sujet de la définition des fonctions de médecin généraliste a été abordé, approfondi lors des entretiens individuels et des focus, lors du débriefing. Pour

les internes participants, il était essentiel de mieux se connaître soi-même, dans le but de mieux cerner ses propres limites et les possibles difficultés qui pourraient survenir.

Grace à l'expérience acquise avec le temps, il en résulte une plus grande maturité à l'origine de la diminution des peurs, une tolérance et une patience plus élevée.

Se sentir plus à l'aise permet une amélioration de l'estime de soi et un renforcement du moi professionnel.

Par conséquent, il sera plus facile de s'émanciper des modèles en vue d'exercer une médecine qui nous ressemble.

Cet aspect de l'apport du groupe aux participants semble primordial pour des internes en fin de cursus, sur le point de se retrouver libres de leurs choix d'exercice et de pratique.

La relation médecin-patient est un pilier de notre exercice, ceci est d'autant plus vrai actuellement avec le développement d'outils technologiques. La méthode Balint est particulièrement adaptée au développement de ces compétences. La période de fin de l'internat semble idéale car les participants commencent à avoir une vraie réalité du terrain mais sont vraiment dans l'incertitude vis-à-vis de leur futur exercice.

2.6 Un rapport au temps, aux silences, à l'écoute en évolution

Pour finir la discussion de nos résultats il nous paraissait primordial de réaliser un paragraphe sur la notion du temps.

Balint évoquait déjà l'importance de prendre son temps à l'époque, et bien que cela nous soit répété plusieurs fois lors de notre formation il est peu d'endroits où l'occasion nous est donnée de le pratiquer.

Prendre le temps :

- Le temps thérapeutique, fait finalement gagner du temps, et laisser du temps à tout le monde permet l'assimilation par le patient, la réflexion pour le médecin.
- Dans le Balint la solution n'est pas immédiate, elle demande cheminement collectif puis individuel. On apprend la patience, l'attente.
- Le temps peut sembler anxiogène pour qui n'a pas l'habitude de le prendre mais est un temps nécessaire pour approfondir toute situation difficile.

Le silence, lui, initie l'évocation du cas et sa reviviscence pour l'interne présentant et pour les autres participants.

La perception de l'apport des silences dans le groupe amène à la réflexion sur le silence dans la consultation. Quand on comprend l'intérêt de faire du silence on peut le développer dans sa consultation mais pour cela il faut l'avoir expérimenté.

L'écoute, elle, doit être active et est alors un vrai moyen d'apprentissage. Les internes n'ayant pas présenté de cas ont d'ailleurs vécu pleinement cette initiation et en ont tiré beaucoup d'enseignements.

Il est intéressant d'observer que cette approche des silences, du temps et de l'écoute que les internes ont pu expérimenter au cours des séances Balint, ils l'ont mise en pratique à l'issue des séances, en tant que moyen de communication avec leurs patients.

En effet, certains expriment qu'avant les groupes Balint, ils ne laissaient pas suffisamment le temps au patient de s'exprimer.

Ce temps, en plus, imparti au patient peut se traduire de deux façons :

- Soit par l'emploi de silences, laissant alors la place au patient d'exprimer le motif de sa venue en consultation. Ce silence qui pouvait être si déstabilisant initialement pendant les groupes mais qui finalement potentialise la discussion.
- Soit en favorisant l'écoute du patient, si jamais la personne semble avoir besoin de l'espace de parole. Et cette écoute semble finalement découlée de celle pratiquée vis-à-vis de leurs confrères présentant lors des séances.

La participation aux groupes Balint semble donc profitable dans l'exercice du temps, des silences et de l'écoute dans la pratique. Ceci permet d'acquérir de nouvelles techniques de gestion d'une consultation, facilitant la recherche de motifs cachés de consultation et la compréhension du patient.

2.7 Particularités entre présentant et écoutants

L'originalité de cette étude relève également de la distinction faite entre ces 2 populations.

La plupart des réponses ont été exposées par les 2 groupes mais il faut quand même relever quelques différences :

- Les internes ayant écouté ont été très sensibles à la disposition du lieu, à son organisation matérielle ce qui n'a pas été discuté lors des entretiens individuels.
- Concernant la décortication du cas, les internes ayant présenté ont orienté leurs réponses sur l'approfondissement du cas permis par les questions, ils semblent avoir été marqués par le nombre de questions auxquelles ils n'avaient pas pensé. Les internes ayant écouté ont pour leur part plus raconté combien cette phase avait permis de comprendre le patient.
- Pour ce qui est des notions de temps et de silence : les internes présentant ont plus remarqué l'impact des silences sur leur propre introspection alors que ceux écoutants parlent surtout de la possibilité d'analyse permise par le temps écoulé. Ceux n'ayant pas présenté ont également mieux analysé la qualité de l'écoute des participants dans le Balint.
- A noter que les internes ayant écouté ont plus souvent rapporté l'effet de résonance perçu lors des séances, ce sont les seuls à avoir abordé la notion de symbiose au sein du groupe.
- La notion de Balint thérapeutique n'a été abordée quasiment qu'en focus group. Cela peut être expliqué par le fait que les idées évoquées en groupe sont toujours plus approfondies et pour arriver à la notion de soin il est probablement nécessaire de cheminer sur la réflexion de l'apport.

Ces quelques différences peuvent aussi être dues à des différences d'encodage, les idées et thèmes pouvant être croisés et la classification dépendant de la personne réalisant l'analyse.

Au-delà de ces distinctions entre les 2 groupes, nous avons aussi étudié les raisons de présentation ou non-présentation.

Les internes ayant présenté ont rapporté une certaine satisfaction d'avoir pu revoir les cas problématiques et une réassurance à la suite des séances. Pour certains cette présentation a néanmoins été source de culpabilité et d'une sensation de jugement.

Pour les autres participants la principale raison de non-présentation restait l'absence d'occasion ou de cas particulier à raconter. Certains sont restés frustrés de n'avoir pas présenté. Ils ont tous néanmoins rapporté que les groupes Balint restaient très intéressants même en l'absence de cas personnel étudié.

3 Perspectives

Une initiation reste une ébauche, c'est un début pour commencer à se poser les bonnes questions notamment la place du jugement (le médecin doit-il juger le patient ?), la place de l'émotion (que faire de la colère ?), la gestion de la frustration ...

Pour beaucoup cette découverte a surtout donné envie de poursuivre la méthode Balint au-delà de l'initiation. Toutefois, même s'il existe des groupes Balint dans la plupart des grandes villes, il nous est apparu rapidement lors de discussions avec d'autres confrères que ce type de groupe reste très mal connu pour la plupart des professionnels de santé.

Compte tenu des changements de pratique et de vécu qui ont pu s'opérer chez les internes après la participation à l'initiation, il semble fondamental de généraliser l'offre d'accès à cet enseignement dans les facultés de médecine et probablement en fin d'internat, période mêlant certains crédits d'expérience, début d'exercice libéral et surtout derniers moments de soutien par la faculté et les autres étudiants. La fin de la vie étudiante pouvant s'accompagner d'une impression d'abandon et de solitude.

Il paraît donc important de promouvoir l'exercice de ce genre de méthodes. Les internes continueront ensuite leur exercice aux 4 coins de la France, rencontreront des maîtres de stage puis des collègues et sauront se tourner vers ce genre de groupe voire en créer si un jour ils en ressentent le besoin.

A noter que les thésardes, en parallèle à l'écriture de ce travail, ont débuté leur activité de remplacement ce qui leur a permis d'ouvrir encore de nouvelles perspectives en matière de relationnel avec les patients. Il leur est apparu, et ceci sans doute grâce au travail d'analyse résultant de leurs recherches, que se développaient progressivement les compétences décrites par les internes interrogés : prise de confiance, poser les limites, gestion de la distance relationnelle, compréhension du patient et de sa demande, écoute active...

Il est impossible de déterminer quelle est la part de ces changements attribuable à la pratique du Balint et lesquels seraient survenus simplement par l'exercice et la prise de conscience via l'exercice, mais pour les thésardes les souvenirs des débats que ce soit durant l'initiation, les focus ou les discussions avec leur directeur de thèse les ont accompagnés dans l'acquisition débutante de ces compétences.

4 Propositions pédagogiques

Cette initiation à la faculté de Bordeaux se poursuit. Les groupes enregistrés et étudiés datent d'il y a 2 ans. Depuis cette période le nombre de participants a progressivement augmenté.

Cette formation reste pour autant réservée à un certain nombre. Une généralisation semble difficile, le caractère volontaire étant primordial au bon fonctionnement de ces groupes.

Il est néanmoins notable que la plupart des participants auraient souhaité une initiation plus longue ou plus précoce. Si cela s'avérait possible en termes de logistique et de temps il semble donc intéressant de la proposer plus régulièrement au cours du parcours des étudiants en médecine, pas uniquement en fin d'études et peut-être pas uniquement aux internes de médecine générale.

L'organisation de tels groupes semblent pourtant difficilement réalisable à grande échelle du fait des contraintes : présence d'un leader, respect d'un délai raisonnable entre les séances, groupes limités et uniquement de volontaires.

C'est pourquoi le travail réalisé ici peut aussi servir pour aborder l'enseignement de manière différente avec les internes.

Les points les plus importants étant : respect du silence, du temps de parole, partage d'émotion, résonance, réassurance, cheminement collectif. Autant de points qui sont souvent à présent développés dans les nouvelles techniques pédagogiques.

Ceci prend d'autant plus sens à l'heure actuelle où globalement l'information purement médicale est accessible facilement et rapidement pour n'importe quel professionnel qui sait où chercher sur internet.

Finalement on peut dire que ce nouveau mode d'enseignement envisagé se rapproche des principes d'éducation thérapeutique :

- Interroger les patients/internes sur ce qu'ils savent, ce qu'ils veulent savoir,
- Leur apporter des outils plus que des connaissances,
- Echanger avec eux sur le vécu sans s'en tenir au biomédical,
- S'appuyer sur une vraie démarche éducative,
- Viser l'amélioration de la qualité de vie/d'exercice.

5 Propositions de recherche

Nous avons peu utilisé les retranscriptions faites des groupes Balint eux-mêmes. Il s'agit d'un matériel de travail assez conséquent et qui pourrait servir à aller encore plus loin dans la compréhension des processus mis en jeu lors de ces groupes.

L'efficacité en termes d'apprentissage et d'aide aux professionnels de santé de cette méthode n'étant plus à démontrer, il semble intéressant de comprendre les mécanismes et les conditions de cette réussite pour pouvoir si possible les reproduire plus largement.

Il paraît également nécessaire de poursuivre les études de ce type sur d'autres populations. Le problème de l'épuisement professionnel touchant tous les internes de toutes les spécialités et cela parfois tôt dans leur cursus, la recherche sur les moyens concrets d'aider ces étudiants se doit de continuer.

Conclusion

La relation médecin patient est un élément capital dans la prise en charge des malades. Ce lien est complexe, sous tendu par les attentes des deux protagonistes.

Les internes, néo-médecins, sont particulièrement exposés aux difficultés en rapport avec cette relation et souffrent du manque de formation et du manque d'expérience.

Tout l'intérêt des groupes Balint réside dans le fait de comprendre les enjeux de cette relation et d'essayer de se l'approprier.

L'objectif de notre travail était donc d'étudier l'effet que pouvait avoir une initiation aux groupes Balint, sur une population d'internes en DES de Médecine Générale inscrits à Bordeaux.

La richesse de ce travail est liée à la réalisation d'une thèse conjointe permettant de recueillir les propos des deux populations d'internes participants aux groupes.

L'analyse des réponses a été très prolifique et a montré finalement une grande similitude de résultats dans les deux populations ce qui n'a fait que confirmer notre choix de réaliser cette thèse conjointement.

Nos résultats confirment que les internes ont eu accès à un mode unique de partage entre pairs. Ces échanges ont pu, à la suite des séances d'initiation, les pousser à modifier leur façon d'exercer leur métier de médecin généraliste, afin de répondre de la meilleure façon possible aux attentes du patient mais aussi à leurs propres attentes concernant leur pratique.

D'autre part, cet exercice leur a donné la possibilité de modifier la représentation qu'ils avaient de leur exercice et le vécu des relations avec le malade. Les internes ont pu trouver la juste distance avec le patient et lutter contre la déshumanisation en acceptant leurs émotions.

Ce lieu de partage a favorisé la décharge des émotions, notamment négatives, permettant une déculpabilisation des participants et de lutter contre la solitude ressentie au cours de l'exercice libéral de la médecine générale.

Finalement, cette expérience a été marquante, nous avons eu la chance d'y participer et l'étude que nous en avons fait nous a permis une plus longue imprégnation.

Ceci marque un point final extrêmement enrichissant, à notre DES de Médecine Générale.

Nous espérons une généralisation de l'offre de participation aux groupes Balint pour les futurs étudiants de médecine générale voir d'autres spécialités et pourquoi pas une extension des processus décrits à d'autres enseignements.

Références

1. Société Médicale Balint. Michael Balint [Internet]. [cited 2019 Jan 8]. Available from: <https://www.balint-smb-france.org/michael-balint.php>
2. Moreau Ricaud M. Michael Balint, Le renouveau de l'école de Budapest. 2000. (Collection Actes 2000).
3. Herzlich C. Du symptôme organique à la norme sociale : des médecins dans un « groupe Balint ». *Sci Soc Santé*. 1984;2(1):11–31.
4. Mellier D. Le groupe d'analyse de la pratique (gap), la fonction « à contenir » et la méthodologie du groupe Balint. *Rev Psychother Psychanal Groupe*. 2002;39(2):85–102.
5. Luban-Plozza B. L'approche Balint : une formation à la relation. *Rev Medicales Suisse*. 2000;4(20598).
6. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. 1996. (Payot).
7. Cohen-Léon S. Groupe Balint. Approche Balint. Fonction Balint. Évolution d'une pratique et d'un concept. *Rev Psychothérapie Psychanal Groupe*. 2008;50(1):141–8.
8. Société Médicale Balint. Les groupes Balint [Internet]. [cited 2019 May 14]. Available from: <https://www.balint-smb-france.org/groupe-balint.php>
9. Auger F. L'apport de la formation Balint dans la pratique. *Concours Méd*. 2002 Sep 1;124–34:2262–3.
10. Société Médicale Balint. Formation étudiants [Internet]. Available from: <https://www.balint-smb-france.org/formation-etudiants-smb.php>
11. Jaury P. Des groupes Balint pour les résidents : pourquoi pas. *Rev Prat - Médecine Générale*. 2002 Sep 30;16(585):1305–6.
12. Nguyen trong MV. Impact d'une formation à la relation thérapeutique (FRT sur les capacités empathiques en DFASMI de médecine, Analyse qualitative d'un groupe Balint de 7 séances. Thèse de doctorat de médecine [Thèse de doctorat en médecine générale]. Paris-Diderot; 2016.
13. Gourrin E. Apport 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 pas entretien semi-directif. [Thèse de doctorat en médecine générale]. Bordeaux; 2014.
14. Choplin M, Ricard S. Représentation des internes en médecine générale de Haute-Garonne concernant la notion de "relation médecin-patient". [Internet] [Thèse de doctorat en médecine générale]. Université de Toulouse; 2011 [cited 2019 May 14]. Available from: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1872/1/2017TOU31073-1074.pdf>
15. Goetz J-B. Un groupe Balint pour la formation initiale de médecine générale. Analyse au prisme de l'approche par compétences. [Thèse de doctorat en médecine générale]. Université de Strasbourg; 2017.

16. Vanotti M. L' empathie dans la relation médecin – patient. Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux. 2002;29(2):213–37.
17. Philippot P. Émotion et psychothérapie. Mardaga; 2011.
18. Soulard C, Stamer M. Les émotions du médecin généraliste suscitées par les patients en pratique quotidienne : quelles conséquences et quelle gestion ? Université de Grenoble; 2017.
19. De la Tribonnière X. Pratiquer l'éducation thérapeutique - Être en relation avec le patient. Elsevier Masson. 2016. 328 p.
20. Wonca europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. In 2002 [cited 2019 Sep 24]. Available from: <https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
21. Vodounnou M-S, Pétrègne F, Sangaré H, Afonso M, Ducos G. Affects des médecins généralistes : approches et solutions pour juste distance relationnelle. Etude qualitative auprès de 24 médecins généralistes du Sud-Ouest. Exercer. 2018 Sep;145:299–305.
22. Vodounnou M-S. Les affects des médecins généralistes : leurs approches et leurs solutions pour ne pas déborder le cadre de la relation médecin-patient. Bordeaux; 2015.
23. HAS. Fiche mémo : repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout [Internet]. 2017 Mar [cited 2019 Sep 25]. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/fiche_memo_burnout.pdf
24. NGUYEN A-M. Burn out du médecin généraliste : étude qualitative sur les mesures de prévention [Thèse de doctorat en médecine générale]. Université de Rouen; 2018.
25. Delbrouck M, Cortent P, Vénara P, Goulet F, Ladouceur V. Comment traiter le burn-out : principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel. De Boeck. Bruxelles, Belgique; 2011. 462 p.
26. Dupuy J. Syndrome d'épuisement professionnel des médecins généralistes français : Revue de la littérature [Thèse de doctorat en médecine générale]. Université de Toulouse; 2018.
27. Zappaterra P. Créativité et Burnout Etudes de la relation entre la créativité et le syndrome d'épuisement professionnel auprès des médecins généraliste exerçant dans le Bas-Rhin [Thèse de doctorat en médecine]. Université de Strasbourg; 2018.
28. Grebot E. Stress et Burnout au travail : Identifier, prévenir, guérir. Eyrolles. 2008.
29. Boisard C. Evolution du burn-out chez les internes de médecine générale d'Ile-de-france durant leurs trois années d'internat [Thèse de doctorat en médecine générale]. Université Paris-Descartes; 2018.
30. Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. Ile de France: URML; 2007 Juin.

31. Vaquin-Villeminey C. Prévalence de burnout en médecine générale : Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles. [Thèse de doctorat en médecine générale]. Université Paris-Descartes; 2007.
32. Lapidie C. Évaluation des attentes des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées concernant une formation à la communication dans la relation médecin-patient. [Thèse de doctorat en médecine générale]. Université de Bordeaux; 2018.
33. La prévention du burn-out - guide pratique. Lyon: ISNAR-IMG; 2011 Oct.
34. Galam E, Komly V, Tourneur AL, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract.* 2013 Mar;63(608):e217–24.
35. Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes. *JORF*, 0050 Février, 2015 p. 3849.
36. Morel S. Etude du niveau d'épuisement professionnel et de l'influence de la charge de travail chez les internes de médecine générale en Aquitaine : étude prospective de 2013 à 2016. Bordeaux; 2019.
37. Célérier M-C. Hommage à Michel Sapir. *Champ Psy.* 2002;26(2):7.
38. Sapir M. La formation psychologique du médecin. Paris; 1972. (Payot).
39. Blanchet A GA. L'enquête et ses méthodes : L'entretien. Nathan. Paris; 1992. 125 p. (128).
40. Kakai H. Contribution à la recherche qualitative, cadre méthodologie de rédaction et de mémoire. [thèse de sociologie]. Université de Franche Comté; 2008.
41. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* 2015 Jan;15(157):50–4.
42. Moreau A, Letrilliart L. s'approprier la méthode du focus group. *Rev Prat - Médecine Générale.* 2004 Mar 18;18(645):382–4.
43. Denepoux-Tailliez J. Comment favoriser la participation des médecins généralistes à la campagne Moi(s) sans tabac 2017 ? Enquête qualitative en focus group auprès de médecins généralistes de Bordeaux Métropole. [Thèse de doctorat en médecine générale]. Université de Bordeaux; 2017.
44. Chazalnoel V. La trajectoire de médecin Balint, étude qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 12 médecins généralistes [Thèse de doctorat en médecine générale]. Université d'Angers; 2014.
45. Begot M. Perception de la formation à la relation médecin-patient à travers la pratique de groupes Balint chez les internes de médecine générale de la région centre. Etude qualitative de type entretiens semi-dirigés menée auprès des internes de Médecine Générale de la région Centre. [Thèse de doctorat en médecine générale]. Université de Tours; 2012.

46. Mangin A. Apport de l'étude des cas cliniques abordés en groupe d'échange et d'analyse des pratiques [Thèse de doctorat en médecine générale]. Université de Bordeaux; 2018.
47. Ricard M. L'empathie et la pratique intensive de la compassion [Internet]. 2009 [cited 2019 Aug 19]. Available from: <https://www.matthieuricard.org/blog/posts/l-empathie-et-la-pratique-intensive-de-la-compassion>
48. Klimecki O. Comprendre le rôle des émotions dans la résolution des conflits. *J Univ Genève*. 2014 Oct;(93):2–3.
49. Eydaleine C. La représentation de l'empathie pour les internes en médecine générale [Thèse de doctorat en médecine générale]. Université de Paris-Descartes; 2014.
50. Zuliani-Cyr J. Les procédés mis en place par les médecins généralistes pour faire face aux demandes injustifiées de leurs patients. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de douze médecins généralistes. [Thèse de doctorat en médecine générale]. Université de Bordeaux;



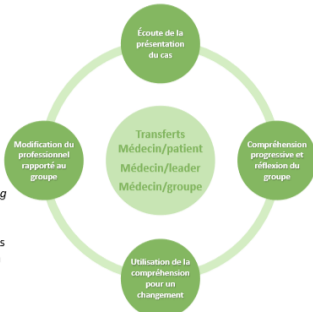
Un groupe Balint pour l'apprentissage par compétences (APC) des internes de médecine générale.



Goetz J-B¹ et Guillou P¹
 Département de Médecine Générale Université de Strasbourg – Faculté de Médecine
 pguillou@unistra.fr

Comment l'élaboration au sein d'un groupe Balint s'intègre dans l'APC ?

Michael Balint désignait son séminaire comme un lieu de formation et de recherche (*training cum research*). Les groupes Balint en formation initiale sont considérés comme des ateliers pédagogiques de réflexion sur la relation thérapeutique en médecine générale².



L'esprit de Michael Balint : vers un apprentissage autonome au cours de la pratique médicale

Balint M et al. présentent les niveaux E et F comme les plus évolués pour les participants à son séminaire :
 « E : *Changements manifestes mais d'une nature incertaine.* [...] Il met en pratique à son cabinet ce qu'il a appris et il rend compte des résultats au séminaire pour approfondir son travail. Il devient plus souple au séminaire et il perçoit davantage de choses avec ses malades. A mesure qu'il comprend mieux leurs cas, il met au point de nouvelles techniques pour s'en occuper et les applique consciemment et de façon déléguée. [...] F : *Changements manifestes de valeur certaine.* Mêmes qualités qu'en E, mais en outre il parvient à distinguer ce qui est pertinent de ce qui ne l'est pas dans ce qui lui vient à l'esprit et dans ce qu'il observe ; ses interventions ont donc plus d'à-propos et portent donc davantage ; il est capable d'apprendre davantage de son malade que du séminaire, de remarquer certaines de ses erreurs et de s'en guérir. »³

Principes pédagogiques de l'APC ⁴	Compatibilité	Groupe Balint d'internes de MG
Observation des apprenants en interaction avec des patients	✓	Observation indirecte par la présentation d'un cas clinique
Rétroaction constructive, descriptive et détaillée	✓	Travail spécifique du groupe, réflexivité ⁵ , élaboration collective
Mise en pratique des compétences	✓	Travail en milieu professionnel entre les séances
Approfondissement des compétences	✓	Restitution au début de la séance suivante
Traces d'apprentissage	✓	Rédaction entre les séances du travail effectué à partir des cas
Répertoire des compétences	?	Référentiel du CNGE 2013 ^{6,7}

Le groupe Balint est un outil pédagogique privilégié pour les compétences centrales de la médecine générale : la relation, le professionnalisme et l'approche globale

- Approche centrée patient Relation Communication → 5 capacités sur 5
- Professionnalisme → 12 capacités sur 13
- Approche Globale Prise en compte de la complexité → 5 capacités sur 6
- Éducation Prévention → 3 capacités sur 6
- Premier recours Urgences → 2 capacités sur 4
- Continuité Coordination Suivi → 1 capacité sur 6



Familles de situations⁸ abordées au cours des 6 séances :

- fin de vie ➢ sexualité ➢ adolescence ➢ pathologie du travail ➢ thématique psychiatrique ➢ handicap ➢ addiction

Les objectifs concernant la relation médecin malade et la responsabilité du professionnel avaient été fixés par Michael Balint pour son séminaire.

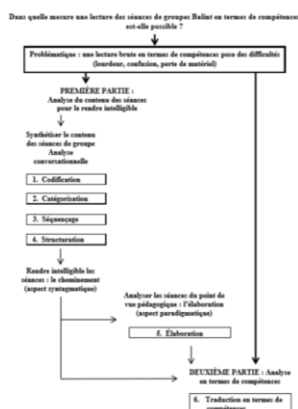
Un nombre supérieur de séances et une orientation par l'enseignant animateur du groupe pourrait permettre d'approfondir toutes les compétences et d'aborder toutes les familles de situations.

Le travail effectué avec le groupe permet de produire des traces d'apprentissage.

1. Goetz J-B. Un groupe Balint pour la formation initiale de médecine générale. Analyse au prisme de l'approche par compétences. [Thèse pour le diplôme de docteur en médecine], Université de Strasbourg, Faculté de Médecine, 2017.
 2. Balint M (1896-1970). Le médecin, son malade et la maladie. Payot & Rivages, Paris, 1996. 418 p.
 3. Balint M, Balint E, Gosling R, Hildebrand. Le Médecin en formation: la sélection et l'évaluation des résultats dans un programme de formation destiné à des médecins de famille. Paris: Payot; 1979. 170 p.
 4. Pelaccia T, Tardif J. Comment [mieux] former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé? Louvain-la-Neuve: De Boeck supérieur; 2016. 477 p.
 5. Ménard L, Ratnapalan S. Teaching moment: reflection in medicine: models and application. Can Fam Physician. 2013 Jan;59(1):105-7, e57-59.
 6. Compagnon L, Ball P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013;24(108):148-55.
 7. Compagnon L, Ball P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Les niveaux de compétences. Exercer. 2013;24(108):156-64.
 8. Attali C, Huez J-F, Valette T, Lehr-Drylewicz A-M. Les grandes familles de situations cliniques. Exercer. 2013;24(108):165-9.

Les échanges de 6 séances d'un groupe Balint d'internes de médecine générale ont été retranscrits en termes de capacités décrivant toutes les compétences :

SCHEMA GÉNÉRAL DES CHOIX MÉTHODOLOGIQUES



Participant 3 : c'était aussi le manque de connaissances mais ça je pense que (Incompréhensible) au début de l'internat on sait pas forcément répondre aux questions des patients et ils posent des questions très précises on ne sait pas toujours quoi comment ça marche alors bon on peut se renseigner mais alors ça va être le début pour l'instant je suis très souvent confronté à ce problème

Participant 1 : et ce qui est intéressant c'est voir ce que tu leur réponds

Participant 3 : ouais

Participant 2 : quand tu sais pas tu dis quoi

Participant 3 : quand je sais pas je leur dis je vais souvent me renseigner et j'essaie de penser à revenir à répondre à toutes leurs questions avant d'être happé par quarante mille autres (rire)

(...)

Participant 2 : est-ce que tu penses qu'on peut dire je ne sais pas aux gens

Participant 3 : oui c'est pas très comme ça on a l'impression que ça ne fait pas très professionnel mais hmm

Participant 2 : je ne sais pas pour toi ça fait pas très professionnel de dire je vais me renseigner ou je me le note et je reviens demain

Participant 3 : si si si après

Participant 2 : est-ce que ça pose un problème de dire je ne sais pas

Le manque de connaissance et d'expérience est une source de malaise face au patient

I
I Chercher comment est géré I le manque de connaissances

I
I
I Face au manque de connaissance diffuser la réponse

Explorer la possibilité d'admettre un manque de connaissance face au patient

Le manque de connaissance ne revuise une image de défaut de professionnalisme au patient

Annexe 2 : Grille d'entretien individuel

QUESTION ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI-DIRIGES

Introduction

- Comment avez-vous entendu parler de cette initiation aux groupes Balint ?
- Aviez-vous des attentes précises sur ces groupes ? (C'est quoi l'émotion ?)
- Quelles motivations vous ont menées à vous y inscrire ?
- Qu'est-ce qu'un groupe Balint selon vous ?

Vécu global des séances :

- Comment avez-vous vécu séances ? (Ressenti global)
- Organisation ? nombre de séances ? durée ?
- Comment avez-vous vécu l'interaction avec les autres étudiants ? avec le leader ? (Et les autres séances ?)
- Avez-vous été touchés ou intéressés par les cas présentés ? (Les thèmes ? le ressenti ?)
- (Avez-vous préféré certaines séances (cas ? thèmes ? ressenti ?)
- Avez-vous perçu une évolution au cours des séances ? (Laquelle – temps - espace)

A propos de votre pratique en consultation, et à l'issu de ces séances :

- Avez-vous rencontré un cas pour lequel votre participation à ces groupes a été utile ?
- (Si oui : quel ont été les apports du Balint ?)
- (Si identique : votre comportement a-t-il été différent ? lequel ? comment ? pourquoi ?)
- Quels ont été les modifications dans vos relations médecin/malade (votre attitude a-t-elle changé ?) et pour quels cas ?
- (Si non : espérez-vous des changements futurs dans votre approche de la relation médicale ?)
- Et finalement quelle a été l'influence de la présentation de votre cas, de l'écoute et l'intervention des autres sur votre pratique médicale ?
- Quel est votre rapport au temps, au silence et à l'écoute (dans vos consultations) ?

A propos de la séance où vous avez présenté :

- Pourquoi avez-vous présenté un cas ? Pourquoi ce cas en particulier ?
- Comment vous êtes-vous senti au sein du groupe durant cette présentation ? (Quels sentiments ressentiez-vous au moment d'exposé votre situation ? Avez-vous été mal à l'aise ?)
- Qu'avez-vous pensé des questions posées par le groupe ?
- Qu'avez-vous pensé de la discussion ? des interactions avec le groupe ?
- (Y avait-il une résonance ? fil conducteur ? Apports des uns et autres, du leader ? conception du temps ?)
- Quel a été votre cheminement durant la séance ? et après ?
- Comment vous êtes-vous repositionné par rapport au cas ? à la séance ? Est-ce que vous vous projetez pour l'avenir ?

Est-ce que cette initiation a été proche de vos attentes ?

Envisagez-vous de participer à un groupe Balint dans le futur ?

Annexe 3 : Grille Focus Group

Généralités sur les groupes Balint

Finally, after this initiation, what is this Balint group according to them ?

Did they have precise expectations of these Balint groups ?

Vécu des séances

How did they experience the sessions ?

What do they think of the organization of the sessions ? the number of sessions, the duration of the sessions ?

How did they experience the interaction with the other students of the group ? with the leader ?

Did they feel touched or interested by the cases presented ? And the themes addressed ?

What was the evolution during the sessions ?

What was their overall feeling during the sessions ?

Spécificités concernant les internes n'ayant pas présenté de cas

For what reasons did they not present a case during the sessions ? What difficulties did they encounter ?

How do they position themselves in relation to the person presenting a case ?

With hindsight, what do they think of their participation to the initiation of Balint groups without having presented a case during the sessions ? For what reasons did they not present a case ?

How did they experience the sessions when they did not present a case ?

Effet sur leur pratique

Since this initiation to Balint groups, have you noticed a change in your practice ? In what way ?

Did they have similar cases to those presented ?

In what way did this initiation to Balint groups meet their expectations ?

Un cas en particulier

Did they prefer a session in particular ?

Regarding a case chosen by the group :

- what did they think of the case ? the questions raised ?

- what did they feel ?

- were they uncomfortable ?

- what did they think of the discussion ? of the interaction with the group ?

- the time spent on the case during the session ?

- was there a « conductor » ?

- what was the contribution of each one and the other ?

- how do they reposition themselves in relation to this case ?

Annexe 4 : Exemple de retranscription de groupe Balint (cas présenté par N°6)

6 : je ne me sens pas forcément coupable de ressentir ça. A la base je me sentais coupable de l'avoir annoncé et qu'elle se mette dans cet état-là après.

1 : Tu n'avais pas l'impression de l'avoir aidé quoi. Tu avais l'impression de...

6 : Je pense que si, avec le recul, je sais que d'aborder ces sujets là c'est hyper important en tant que médecin, on est obligé de faire de la prévention et devoir traiter s'il y a un surpoids chez un enfant ou autre. Donc je savais que j'étais, comment dire, que ce que je faisais c'était bien, je faisais mon boulot. Mais je me suis dit... J'ai culpabilisé par la suite, c'est un sentiment qui m'ai venu, alors que je sais que j'ai quand même bien fait mon travail, mais j'ai culpabilisé en la voyant réagir comme ça.

3 : En la voyant réagir comment ?

6 : En pleurant.

1 : T'as culpabilisé de la voir pleurer quoi !

3 : Mais parfois c'est positif de pleurer.

8 : Tu le ressens ou pas quand même

3 : Je ne veux pas la faire culpabiliser de l'avoir ressenti négativement, c'est pas ce que je veux. Mais je pense que les pleurs, ça peut être quelque chose de bénéfique lors d'une consultation.

1 : Oui mais dans son ressenti à elle, elle a culpabilisé. Quel que soit l'effet du pleur, le résultat c'est qu'elle a culpabilisé.

6 : chacun réagi... Parce qu'elle aurait pu très bien ressentir la même chose, qu'elle est grosse et moche, sans pleurer, mais à l'intérieur. C'est juste qu'elle s'ai mise à pleurer, qu'elle a extériorisé.

3 : C'est de la confiance peut-être. Le fait qu'elle ai pleuré.

1 : Non mais en général tu te dis pas « ah c'est cool je l'ai fait pleurer », tu peux te dire que ça va peut-être servir à quelque chose.

4 : Mais tu peux aussi te dire, si c'est quelqu'un qui a du mal à extérioriser, au moins ça soulage. Mais là ça avait l'air plus dur.

1 : Je ne me suis jamais dit, tu vois non plus, « je m'en suis bien sorti »

3 : ça peut être une preuve de confiance quelqu'un qui pleure devant un médecin.

Leader : Encore une fois ce n'est pas ça qui est convoqué. Elle ne le sort pas en tout cas que cette jeune fille... Comme elle l'a dit, elle a l'idée de dire, je pense que j'ai très bien fait mon boulot, c'est-à-dire que, jusque-là... C'est pour ça on tourne autour, mais on y arrive, cette jeune fille qui pleure ça suscite des choses automatiquement. Donc vous vous poser la question « est-ce que j'ai bien fait d'aborder la question ? Est-ce que j'ai bien abordé la question ? » et puisqu'on est plus dans le cadre de cette relation dans l'immédiat, ce que moi je ressens en plus c'est que vous avez ressenti des choses et vous vous êtes posé des questions sur ce que vous ressentiez et de la pertinence et même je disais tout à l'heure de la légitimité à ressentir.

Annexe 5 : Exemple de retranscription d'entretien individuel

ENTRETIEN INDIVIDUEL 9

Q : Comment as-tu entendu parler de l'initiation aux groupes Balint ?

R : C'est sur un mail du DMG qui proposait justement ces groupes de paroles Balint pour ceux qui étaient intéressés et moi j'ai sauté sur l'occasion, je me suis dit « pourquoi pas découvrir », parce que ça change un petit peu des cours qu'on avait eu et c'était vraiment pour voir ce que ça pouvait nous apporter et ce qui différait d'un cours normal quoi.

Q : Tu n'avais jamais entendu parler de Balint avant ?

R : Ah non jamais

Q : est-ce que tu avais des attentes précises sur les groupes ?

R : Vraiment pas d'attentes précises parce que c'était vraiment une découverte. Vraiment je ne connaissais pas, je n'avais jamais entendu parler et c'est vrai que dans la présentation, de se dire qu'on allait... un moment de partage où on allait pouvoir parler etc. je me suis dit pourquoi pas. Après la seule chose à laquelle je m'attendais qui... je pensais que ceux qui menaient les entretiens allaient pouvoir nous dire « ben voilà la prochaine fois il faut faire comme ça, comme ça » ce qui n'a pas forcément été le cas. Mais à travers les discussions qu'on a pu avoir on se forge aussi son idée.

Q : Tu attendais peut-être plus de réponses...

R : Oui de vraiment savoir si j'avais bien fait, mal fait ou s'ils n'auraient pas du tout fait comme ça. Alors j'ai eu les réponses à travers les autres internes qui m'ont un peu donné leur avis etc. mais ce n'était pas l'avis du médecin, des meneurs du groupe qui ont plus d'expérience.

Q : Au niveau de tes motivations, c'était quoi tes principales motivations pour t'y inscrire ?

R : C'était vraiment, comment dire... c'était par rapport aux cours habituels typiques qui ne sont pas forcément... enfin voilà ça faisait 3 ans, 3 ans que c'était un peu la même chose, c'est pas mauvais en soi mais ce n'est pas non plus le plus intéressant et là où on va avec plaisir etc. Donc je me suis dit que ça allait changer de ce que je connaissais d'habitude et peut-être que ça allait m'amener à penser autrement, voilà faire les choses autrement quoi.

Q : Alors maintenant que tu y as participé, selon toi, c'est quoi un groupe Balint ?

R : Alors un groupe Balint c'est un groupe de pairs qui permet de partager des expériences, de pouvoir libérer une parole, ce qui n'est pas forcément possible en temps normal parce que c'est vrai qu'on a toujours des craintes d'être jugé, des doutes, on a peur parfois de se confier parce qu'on a l'impression d'être nuls, de ne pas savoir bien faire les choses. Et là ça a été vraiment un groupe où la parole a été libérée, on pouvait un petit peu dire ce qui nous passait par la tête entre guillemets sans qu'il y ait forcément ce jugement derrière. On se sentait un petit peu plus libre qu'en temps normal ou même quand on va demander un conseil à un confrère etc. où on a peur de se faire reprendre sur des choses qu'on n'aurait pas bien fait, ou des choses comme ça. Là c'était vraiment, voilà, une parole ouverte.

Q : Alors ensuite on va parler des séances en général, donc pas forcément celle où tu as présenté, toutes. Comment tu as vécu, comment tu as ressenti les séances ?

R : Pas forcément celle où j'ai présenté ? les autres ?

Q : Oui toutes

R : ça a été vraiment une première expérience enrichissante dans le sens où c'est vrai que je n'avais jamais connu... alors ça ressemblait effectivement aux groupes de GEAP qu'on faisait mais il y avait cette différence où vraiment, comme il n'y avait pas entre guillemets de vraie réponse derrière, on n'avait pas l'impression d'avoir fait mal ou bien on avait vraiment l'impression qu'il fallait réfléchir sur ce qu'on avait fait et qu'il y avait plusieurs manières finalement de s'en sortir d'une situation ; qu'on pouvait selon certains avis plutôt tendre vers une attitude, d'autres au contraire qui auraient fait différemment. Et au final j'ai vraiment pris tout ce qui a été apporté en me plaçant vraiment au milieu, en me disant « ben oui c'est d'un côté elle a pas tort, d'un côté il a pas tort, mais moi je me vois comme ça alors je ferais plutôt comme ça. ». Alors finalement ça m'a plutôt aidé à me positionner sans pour autant... je ne sais pas si c'est la bonne manière mais en tout cas grâce aux avis que j'ai pu recevoir, les choses que j'ai pu entendre, j'ai pu me dire « ben moi je me situe plutôt comme ça et moi ma personnalité fait que je serais plutôt comme ça » mais voilà j'ai du temps pour travailler, de l'expérience encore et puis voilà.

Annexe 6 : Exemples de retranscription de focus group

5 : et du coup le groupe était plus en réassurance. Mais ça faisait un peu thérapie sur certains. « Mais c'était bien ce que tu as fait... »

A1 : thérapie ? De groupe ?

6 : de soutien

5 : ça faisait un peu thérapie de groupe ouais

6 : de soutien oui. Alors que franchement même parfois il n'y avait même pas lieu de faire du soutien, mais on voulait les soutenir aussi

RIRES

Et c'est en ça que quand on disait « oui t'es sûr que tu n'es pas frustré », finalement c'était plus pour aussi dire « ben on est là, on soutien, on aurait pensé comme toi »

RIRES

A2 : et nous dans notre groupe, je sais pas comment vous l'avez ressenti, c'est vrai qu'on ne se connaissait pas tous autant que dans l'autre groupe ?

1 : Je pense que début on était un peu plus freeze, un peu plus bloqué et après ça s'est un peu... Finalement je pense que tu as eu la parole libre, enfin moi je ne me suis pas senti bloqué. Je pense que tout le monde a pu parler et présenter leur point de vue.

A2 : moi c'est ce que je pense aussi

2 : j'ai pas eu l'impression d'avoir changé mon discours en fonction de la personne qui présentait

1 : au contraire, le fait de ne pas connaître ça nous permet aussi de dire... enfin je sais pas, peut-être plus dur

A1 : c'était l'inverse ?

5 : moi je pense que quand c'était des gens qu'on connaissait très bien qui, qui présentaient ça nous permettait

6 : d'avoir plus confiance

5 : mais du coup ce qui était intéressant c'est que ce n'était que des volontaires. C'étaient que des gens qui avaient envie de venir

1 : c'est pas le portfolio avec les...

6 : là c'était pas contraignant du tout

7 : oui c'était pas contraignant du tout

2 : justement je trouvais même que c'était plaisant d'avoir ça dans sa journée

7 : après je trouve que c'était limite un soin, enfin c'est bête mais parce que moi personnellement j'ai pas de médecin généraliste, personne ne prend soin de ma santé. Et là pendant un moment, et pourtant j'ai pas présenté, mais t'as le droit d'être à l'écoute de toi-même quoi. De ce que t'as ressenti une sorte d'auto-soin, de soin.

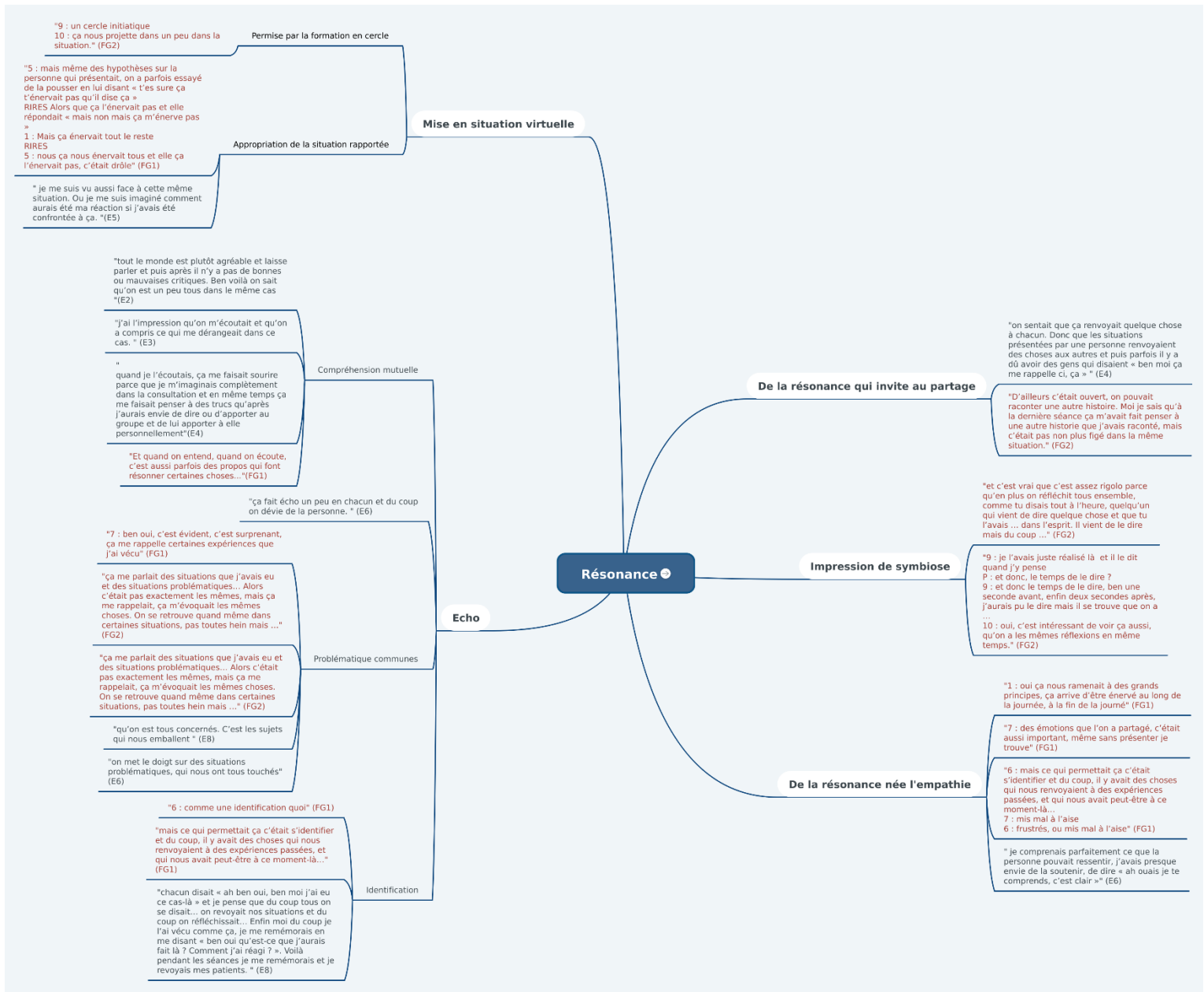
4 : de thérapie

7 : on est très peu à être suivi par un médecin, enfin c'est très rare et c'est pas le cas de tous les internes que je connais. Et là pour une fois on parle de Soi. Et c'est très intéressant

A1 : Alors on parle de soin et j'ai pas présenté le cas, c'est ce que tu viens de dire ?

7 : ah oui parce que malgré tout, même sans présenter, parce que je me dis c'est un soin mais moi j'ai pas parlé de mes cas, mais en écoutant les autres et par cette résonance, dont je parlais tout à l'heure, je pense que ça me ... ça ne me soignait pas je n'étais pas non plus malade, mais ça m'apportait quelque chose quand même

Annexe 7 : Exemple de nœud ouvert (carte mentale : Résonance)



Annexe 8 : échelle MBI

Burn out syndrome ou syndrome d'épuisement professionnel: échelle MBI (Maslach Burn Out Inventory)

	Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1-Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2-Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4-Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5-Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6-Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7-Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8-Je sens que je craque à cause de mon travail	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9-J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10-Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11-Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12-Je me sens plein(e) d'énergie	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13-Je me sens frustré(e) par mon travail	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14-Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15-Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16-Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17-J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18-Je me sens ragaillardisé(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients/clients/élèves	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19-J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20-Je me sens au bout du rouleau	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21-Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22-J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Total épuisement professionnel				0			
Total dépersonnalisation				0			
Total accomplissement personnel				0			
RESULTATS:							
Le MBI explore trois versants: l'épuisement, la dépersonnalisation, l'accomplissement personnel							
Epuisement professionnel : questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20							
-total inférieur à 17: burn out bas							
-total compris entre 18 et 29: burn out modéré							
-total supérieur à 30: burn out élevé							
Dépersonnalisation : questions 5, 10, 11, 15, 22							
-total inférieur à 5: burn out bas							
-total compris entre 6 et 11: burn out modéré							
-total supérieur à 12: burn out élevé							
Accomplissement personnel : questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21							
-total supérieur à 40: burn out bas							
-total compris entre 34 et 39: burn out modéré							
-total inférieur à 33: burn out élevé							
Un score élevé aux deux premières échelles et un score faible à la dernière signe un épuisement professionnel							
Copier dans le presse-papiers							

Abstract

Study of the doctor-patient relationship via the introduction to Balint groups in 6th semester interns practicing general medicine in SASPAS, in Bordeaux.
A qualitative analysis based on focus group sessions and semi-structured interviews.

Background: Lack of training in doctor-patient relationships is a cause of suffering in the workplace for interns practicing General Medicine. Participation in a Balint group is a teaching method proposed by the University Department of General Medicine.

Objective: Analysis of the feedback from participants after an introduction to the Balint group method. Created around a “case” involving a relational problem, among interns in SASPAS, in the last semester of DES of General Medicine.

Method: A qualitative study was conducted, by two interns, surveying all the participants in the Balint groups. One researcher used semi-structured interviews to question those who submitted a case. The other researcher used focus group booklets for the participants who did not submit a case. The results were analysed using Nvivo12® QRS software.

Results: The study showed that all participants found it useful to have participated in the Balint groups.
Changes in medical practice and psychological experience of their profession was reported. Individual progression, beyond the sessions, was also reported.
The group exchange allowed for an improvement in listening and an expression of emotions, even becoming therapeutic for certain participants.

Discussion: The depth of the results gathered from the study is linked to the execution from two different aspects; allowing the researchers to collect the opinions of all participants.
The Balint method is suitable for learning and deepening the complexity of the doctor-patient relationship. It enables personal progress and provokes effective professional reflection. The objectives are to make the caregiver feel less guilty, to be more serene at work and to help the caregiver develop their professional identity.

Conclusion: Introduction to the Balint group method during the DES of General Medicine, a unique place of exchange between peers, results in a positive development of the doctor-patient relationship. The sharing of experience allows an improvement in relational competence. Further implication of the method, to all interns, would be desirable.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise 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 les 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

NOM DES AUTEURS : GERARD-LABAT Sidonie et GIRAULT Julie

TITRE DE THESE : Etude de la relation médecin/patient via l'initiation aux groupes Balint chez les internes de 6ème semestre de médecine générale en SASPAS à Bordeaux.

Analyse qualitative par focus groups et entretiens semi-dirigés.

RESUME

Contexte : Le manque de formation à la relation médecin-patient est une cause de souffrance au travail pour les internes de Médecine Générale. Participer à un groupe Balint est une méthode d'enseignement proposée par le Département universitaire de Médecine Générale.

Objectif : Analyse de l'apport de la participation à une initiation au groupe Balint, à propos d'un « cas » énoncé dans une problématique relationnelle, chez des internes en SASPAS, en dernier semestre de DES de Médecine Générale.

Méthode : Une étude qualitative a été menée, par deux internes, auprès de tous les participants aux groupes Balint. L'une a utilisé des entretiens semi-dirigés pour interroger ceux ayant présenté un cas et l'autre a employé le recueil par focus group auprès de ceux n'ayant pas présenté de cas. Les résultats ont été analysés avec l'aide du logiciel QRS Nvivo12®.

Résultats : L'étude montre que les deux populations d'internes ont trouvé utile d'avoir participé au groupe Balint.

Des modifications de pratique de l'exercice médical ainsi que de leur vécu psychologique du métier sont rapportées. Le cheminement individuel s'est poursuivi au-delà du temps des séances.

L'échange en groupe a permis une amélioration de l'écoute et une décharge d'émotions allant jusqu'à devenir un temps thérapeutique pour certains.

Discussion : La richesse de l'étude est liée à sa réalisation à deux mains, permettant de recueillir les opinions de tous les participants.

La méthode Balint est adaptée à l'apprentissage et l'approfondissement de la complexité de la relation médecin-patient. Elle permet cheminement personnel et appropriation des mécanismes réflexion. Les objectifs sont la déculpabilisation du soignant, une plus grande sérénité au travail, l'aide à l'élaboration de son identité professionnelle.

Conclusion : L'initiation aux groupes Balint lors du DES de Médecine Générale, lieu unique d'échange entre pairs, propose un approfondissement de la relation médecin-patient. Ce partage d'expérience permet une amélioration de la compétence relationnelle. Une démocratisation à l'ensemble des internes serait souhaitable.

Titre en Anglais : Study of the doctor-patient relationship via the introduction to Balint groups in 6th semester interns practicing general medicine in SASPAS, in Bordeaux.

A qualitative analysis based on focus group sessions and semi-structured interviews.

Discipline-Spécialité doctorale : Médecine Générale

Mots clés : relation médecin-patient, groupe Balint, internes en médecine générale, entretiens individuels qualitatifs, focus group

Date de la soutenance : le 20 novembre 2019.