Perception de l'apport des groupes d'inspiration Balint par les étudiants durant la première année d'externat

Clémence Patas d'Illiers

▶ **To cite this version:**

Clémence Patas d'Illiers. Perception de l'apport des groupes d'inspiration Balint par les étudiants durant la première année d'externat. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-03184216

HAL Id: dumas-03184216

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03184216

Submitted on 29 Mar 2021

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.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

USPC
Université Sorbonne Paris Cité

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2019 N°172

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Perception de l'apport des groupes d'inspiration Balint par les étudiants durant la première année d'externat.

Présentée et soutenue publiquement

le 31 octobre 2019

Par

Clémence PATAS D'ILLIERS

Née le le 6 octobre 1992 à Autun (71)

Dirigée par Dirigée par Mme Alice Polomeni

Jury :

Mme. Le Professeur Cécile Badoual, PU-PH …… Présidente

Mme. Le Professeur Elena Paillaud , PU-PH

M. Le Professeur Philippe Jaury, PU-PH

Mme. Le Docteur Célia Cheurfa, PH

USPC Université Sorbonne Paris Cité

CC BY NC ND

Citations

« Le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même et il n'existe aucune pharmacologie de ce médicament essentiel. »
M. Balint

« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours. »
L. Pasteur

« J'ai souvent traqué, dans mon expérience d'interne, toutes les occasions de rencontrer la vie véritable, d'assister des êtres dans leur confrontation à la douleur, le danger, l'inéluctable. »
JC. Rufin

Remerciements

Un immense merci à Mme Alice Polomeni pour son accompagnement dans la réalisation de ce travail, merci pour votre délicatesse de chaque instant et votre titanesque investissement à mes côtés, merci de m'avoir guidée de façon si bienveillante à chaque étape de cette thèse, merci pour tout ce que vous m'avez apporté.

Merci au Pr Cécile Badoual d'avoir accepté de présider ce jury, merci pour votre disponibilité et l'intérêt que vous avez manifesté pour mon travail.

Merci au Pr Philippe Jaury d'être là en ce jour, merci pour votre engagement auprès des étudiants et particulièrement pour votre préoccupation concernant l'empathie dont je découvre chaque jour un peu plus l'importance majeure au sein de notre métier.

Merci au Pr Elena Paillaud d'être présente aujourd'hui, un grand merci pour tout ce que vous m'avez apporté durant les 6 mois passés au sein de votre service, merci de m'avoir permis de vivre cette expérience d'apprentissage incroyable et pour la confiance accordée.

Merci au Dr Célia Cheurfa de me faire l'honneur de participer à son premier jury de thèse ici, merci pour ta présence joyeuse et solide durant mon internat, merci d'être un modèle de médecin généraliste si inspirant.

Merci à l'équipe Empathie 6 qui a accompagné la réalisation de cette thèse tout au long de cette année et qui m'a permis de vivre de beaux moments auprès des étudiants.

Merci à ma tutrice Emilie Latour-Beaudet pour son accompagnement durant ces 3 dernières années, et l'aide qu'elle m'a apporté pour me faire progresser au fil de mon internat.

Merci à mes parents pour leur présence si aimante depuis le début,
Merci Maman pour ton accompagnement joyeux et délicat, pour ton aide de chaque jour, surtout durant les années de fac difficiles, merci pour ton amour si soutenant depuis le début.
Merci Papa pour ta présence encourageante à mes côtés, merci d'être un modèle pour moi et merci d'être un roc solide et apaisant pour nous tous.

Merci à mes frangins, Loulou, Arthur et Etienne,
Merci d'être vous, chacun à votre façon, si différents et irremplaçables, merci pour ce que vous m'apportez depuis toutes ces années et pour toutes celles à venir...

Merci à mes grands-mères,
BM pour votre présence bienveillante de toujours, pour votre investissement et soutien sans faille envers moi, avec une pensée émue pour Grand-Bertrand, présent éternellement dans nos cœurs.
Mam pour le pilier réconfortant, ressourçant et si précieux que vous êtes pour moi, merci pour affectueuse et continuelle présence sans laquelle je ne serais pas grand-chose, merci pour tous les moments passés avec vous et votre investissement indescriptible et si généreux envers vos petits-enfants.

Merci à mes amis,

AL, ma BFF de toujours, merci pour ce que tu es, soutien indispensable, sœur de rires & de pleurs, présence essentielle et inestimable, je vous souhaite toute la joie du monde avec Marco (niais mais vrai !).

Laetitia, merci pour ton aide incroyable, pour tes encouragements de chaque jour ces derniers mois, pour ton amitié si chère, rendez-vous au Métro pour fêter ça, voisine !

Nat, merci pour ta disponibilité dans la relecture patiente de cette thèse, hâte de renforcer cette jolie amitié autour de nouveaux verres à cocktails !

Paul, BM, Loulou, Charlot & n°2, merci pour tous ces moments de bonheur partagés en Italie, en Belgique, au Pays-Bas etc. et merci d'avance pour tous ceux à venir, merci pour votre précieuse amitié.

Les pinecos, merci pour votre soutien incalculable durant les 6 années passées à vos côtés, merci pour toutes ces moments vécus ensemble et pour cette si belle amitié qui nous lie.

Les 5-Périne, des premières co-internes qui ne s'oublient pas, la naissance d'un attachement fort et d'une amitié incroyable.
Ma Cécé merci pour tout, Julie mon binôme de choc pendant 6 mois, Laura ma gériatre préférée & une spéciale dédicace à mon AC chérie, acolyte de travail et présence réconfortante durant ces derniers mois.

Merci à la team Pompidou,
Merci à Hayat, Julien, Orianna, Tanguy et Romain, merci de m'avoir formée avec patience et bienveillance, merci pour les soirées passées et à venir.
Merci à Alexia & Marie, les meilleures.

Merci à ceux qui, par leur présence, leur affection, leur amitié, ont été pour moi un soutien durant ces dernières années :
Pierrot, la team JJ (dédicace à Poppy & Françoise), Annelise, Adé, Quentin, Thérèse, Lisou & Béran, Alex & Claire, Toinette & Stan, la team Gonesse, les mémés, Dany et tant d'autres...

Merci à tous les soignants IDE, AS, kiné, diet, secrétaires, cadres, assistantes sociales, psychologues, co-internes et externes de tous les stages depuis mon début d'internat qui ont su m'accueillir et me guider à chaque nouveau semestre

A ma famille toute entière,

A vous tous, présents aujourd'hui pour m'entourer, mille mercis !

À P., J., T. & M.

D.G.

Abréviations

ACGME : Accreditation Council for Graduate Medical Education

DCEM2 : Deuxième Cycle d'Étude Médicale 2

ECN : Examen Classant National

ECOS : Examen Clinique Objectif Structuré

FASM1 : Formation Approfondie en Sciences Médicales 1

FRT : Formation à la Relation Thérapeutique

JSPE : Jefferson-Scale of Physician Empathy

PACES : Première Année Commune aux Études de Santé,
également Practical Assessment of Clinical Examination Skills

SMB : Société Médicale Balint

Sommaire

I/ Introduction

- A- Contexte de la recherche p.11
- B- Définition de l'empathie p.14
- C- Différence entre empathie, sympathie et compassion p.18
- D- L'empathie durant les études médicales p.20
- E- L'enseignement de l'empathie à l'étranger p.22
- F- Balint : biographie et explications sur les groupes p.23
- G- Groupes d'inspiration balintienne p.24
- H- Question de recherche et problématique p.26

II/ Matériel et méthode

- A- Contexte à Paris Descartes p.28
- B- Choix de la méthode p.28
- C- Élaboration du guide d'entretien p.29
- D- Méthodes de recueil et d'analyse des données p.30

III/ Résultats

- A- Données sociodémographiques p.31
- B- Difficulté à « conceptualiser » l'empathie p.32
- C- Différentes perceptions du groupe d'inspiration Balint p.39
- D- Des attentes multiples p.49
- E- Perception du rôle de l'animateur p.51
- F- Un lien entre les visions exprimées et les projets professionnels ? .....p. 55

IV/ Discussion

- A- Principaux résultats et perspectives p.58
- B- Limites et biais p.61

V/ Conclusion

p.62

VI / Bibliographie

p.64

VII/ Annexes

- A- Guide d'entretien p.68
- B- Tableau des verbatim p.69
- C- Exemple de double lecture d'un entretien à partir des verbatim p.81

VIII/ Résumé

p.83

I/ Introduction

- A- Contexte de la recherche

Actuellement, nous assistons à une véritable mutation de la relation médecin-malade avec des attentes toujours grandissantes de la part de nos patients (1).

L'ancienne attitude paternaliste du médecin, et plus particulièrement du généraliste, s'est modifiée de manière synchrone aux évolutions sociétales. La loi du 4 mars 2002, aussi appelée loi Kouchner, a contribué à modifier cette relation avec une mise à jour des droits des malades et la mise en place de mesures concernant une implication et une autonomisation plus importante du patient dans sa prise en charge (2).

De là découle la relation dite de « décision médicale partagée » (3) basée sur un partage de l'information entre le médecin et son patient, avec pour objectif « un choix éclairé entre les différentes options, accepté mutuellement par le patient et les professionnels de santé » (4). Il s'agit d'un modèle bidirectionnel avec une décision qui découle d'une délibération consensuelle sans position dominante entre les parties (5).

L'approche centrée patient, avec la disparition progressive du modèle paternaliste des années 1950, oblige à repenser la façon d'appréhender la relation médecin-malade pour les jeunes générations de médecins (6). De nos jours, le médecin généraliste est au cœur d'une prise en charge globale de son patient avec une grande intrication de ses diverses compétences, représentées schématiquement dans la « marguerite » (Figure 1).

Comme nous pouvons le voir, le champ de ses compétences se doit d'être étendu et prenant en compte les 3 dimensions « bio-psycho-sociale » pour une prise en charge et une relation médecin-malade optimale.

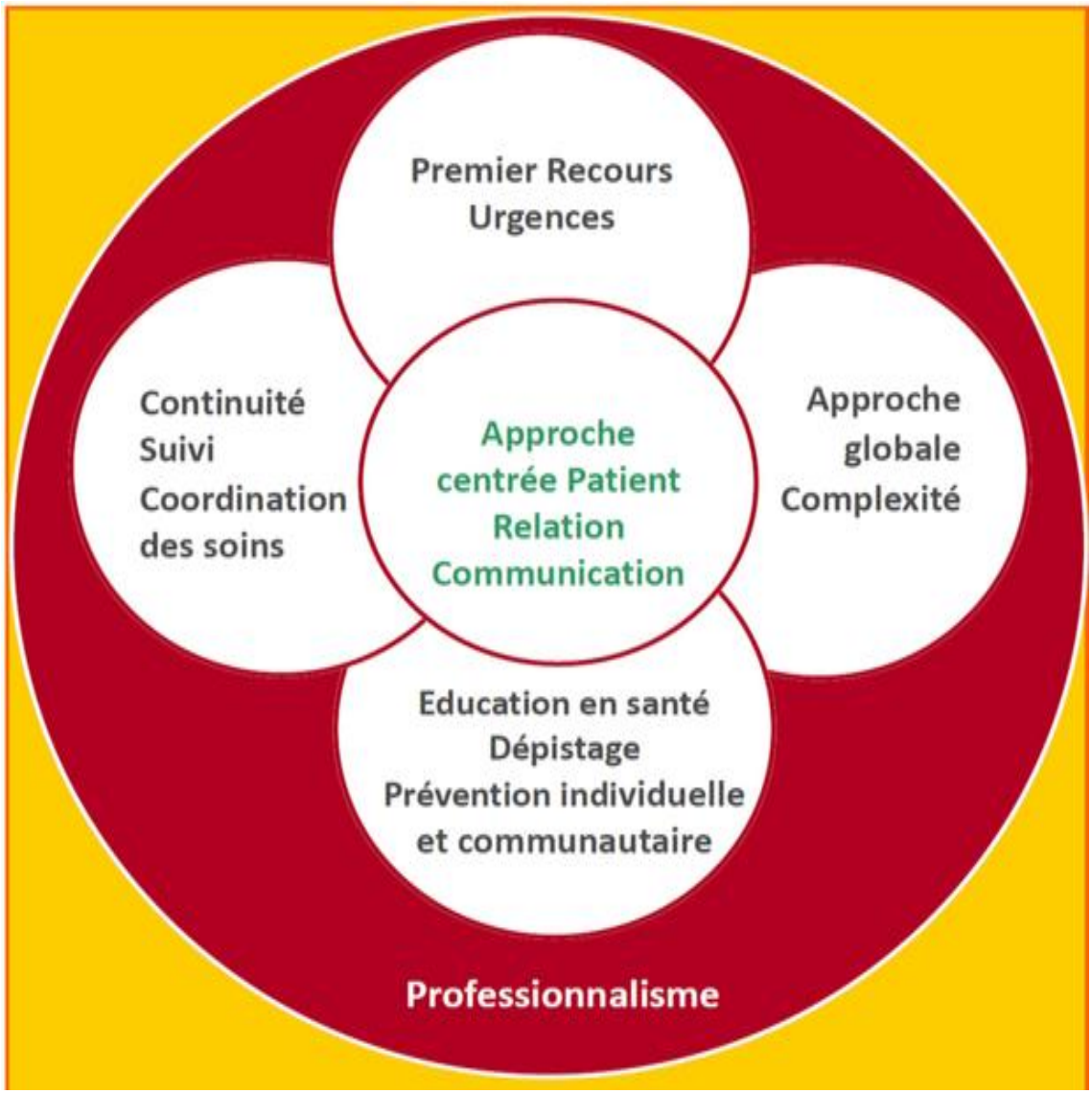

Figure 1 :
Marguerite des compétences

D'autre part, certaines études ont mis en avant le rôle joué par la perception de l'empathie du médecin sur l'adhésion aux soins et le bien-être (7). Ainsi, cela semble conforter l'idée que les patients sont demandeurs d'un lien privilégié avec leur praticien et que celui-ci doit faire preuve d'une réelle empathie comme pierre angulaire d'une relation saine basée sur une bonne communication (8).

Plusieurs études ont d'ailleurs mis en évidence le rôle positif de l'empathie dans la compliance au traitement (9), ainsi que les résultats en termes d'objectifs thérapeutiques, comme par exemple sur la pression artérielle, l'hémoglobine glyquée (10) ou le cholestérol (11).

Or, jusqu'à présent, cette notion d'empathie, encore mal définie de manière consensuelle, ne s'apprenait pas dans le cursus des études médicales et était le fruit d'une construction et d'un apprentissage personnel de la part de chaque praticien. Cependant, plusieurs sciences se sont intéressées à ce concept, allant de la psychologie aux neurosciences, et cela a permis de constater l'importance de l'empathie dans les relations humaines et, entre autres, dans le domaine médical (7).

Dans ce contexte, une pédagogie de l'empathie se devait de voir le jour dans plusieurs domaines. Concernant la médecine, la Faculté de Paris Descartes, ainsi que d'autres facultés, se sont intéressées à ce sujet et à la nécessité de la mise en place d'une sensibilisation, voire d'un apprentissage de l'empathie, durant le cursus des études médicales et ce dès l'externat.

C'est pourquoi un enseignement de « Formation à la Relation Thérapeutique » a été organisé à la Faculté de Médecine de Paris Descartes, adressé aux étudiants de FASM 1 (Formation Approfondie en Sciences Médicales 1ère année, ex-DCEM2). Cet apprentissage a lieu dès la première année en tant qu'«externe», c'est-à-dire lors du début des stages hospitaliers et des premiers contacts des étudiants avec les patients.
Cet enseignement a évolué au fil des années et se compose, pour l'année scolaire 2018-2019, d'un cours magistral, de jeux de rôles, de groupes d'inspiration Balint et d'ECOS (Examen Clinique Objectif et Structuré).

L'objectif principal de cette thèse est d'aborder la perception qu'ont les étudiants des groupes d'inspiration Balint proposés durant la première année d'externat.

Pour se faire, dans ce travail, nous reverrons tout d'abord la définition de l'empathie et son importance dans le champ de la médecine, puis nous reviendrons sur Balint et les groupes auxquels il a donné son nom.
Par la suite, nous exposerons la méthodologie choisie pour conduire cette étude et nous présenterons les résultats finaux.
Enfin, nous présenterons une discussion concernant les résultats de ce travail et les conclusions qui en découlent.

- B- Définition de l'empathie

L'empathie est un terme dont la définition exacte reste difficile à établir.
Dans le dictionnaire français Larousse, la définition donnée est celle d'une « faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent. » (12).

Sur le plan historique et étymologique, ce terme vient du grec « εμπαθεια » qui signifie « exposé aux passions » ou « affecté » dans le sens moral du terme.

Plus proche de nous dans le temps, ce sont les Allemands, avec Robert Vischer au XIXème siècle, qui nomment ce concept « Einfühlung » dans un sens plutôt applicable au domaine artistique et qui décrit le sentiment et l'émotion ressentis lors de la contemplation de formes symboliques ou d'œuvres artistiques (13).

Puis, c'est le philosophe Theodor Lipps, qui transpose ce terme au domaine de la psychologie et réalise de nombreux travaux portant sur ce concept. Il décrit l'empathie comme « une participation affective aux sentiments d'autrui » (14). On se rapproche donc ici d'une définition qui s'ancre dans les relations humaines avec la dimension affective qui lui est associée.

Pour Lipps, il est important de noter que l'empathie peut se dichotomiser en une dimension positive, qui a pour objectif le bonheur de l'autre, et une dimension négative qui s'inscrit dans une relation d'hostilité vis-à-vis de l'autre (15).

Par la suite, au début du XXème siècle, le psychologue américain Edward Bradford Titchener introduit ce néologisme d'« Empathy » comme traduction du mot allemand qui, pour lui, renvoi à une notion plus large. Il est lié au concept d'introspection et à la capacité de chaque individu à porter la souffrance de l'autre en se la représentant comme sienne (16).

Plus récemment, c'est l'essayiste Jeremy Rifkin qui met en lumière le rôle majeur de l'empathie dans notre société, et cela à son échelle collective autant qu'individuelle.
Dans son livre « Une nouvelle conscience pour un monde en crise, Vers une civilisation de l'empathie » publié en 2011, il cherche à démontrer le rôle majeur de l'empathie pour la survie de notre civilisation (17).
Pour lui, l'empathie est une qualité humaine centrale présente depuis les débuts de ~~notre~~ l'histoire de l'humanité et, devant les changements majeurs présentés par notre monde moderne, il plaide pour la remise au centre de cette empathie dans notre civilisation (18).

Il apparaît, donc, que le concept d'empathie recouvre un grand champ d'idées et sa définition reste difficile à arrêter.

La revue de la littérature réalisée par Morse en 1992 met en lumière quatre composantes pour tenter de définir ce concept multidimensionnel d'empathie (19).

- La composante morale

Elle se définit comme une force altruiste interne qui motive la pratique de l'empathie, il s'agit d'une disposition morale.

- La composante émotive

Elle correspond à la capacité à partager l'état psychologique, les émotions ou les sentiments intrinsèques d'autrui de façon subjective, c'est une sensibilité instinctive.

- La composante cognitive

Il s'agit de la capacité intellectuelle du thérapeute à identifier et comprendre les sentiments d'un autre dans une position objective, cela correspond à une prise de perspective.

- La composante comportementale

Il est question ici de la capacité à transmettre et à communiquer de la compréhension à travers un comportement verbal et non-verbal, c'est l'empathie interactionnelle.

Tout cela nous permet de percevoir les multiples facettes de l'empathie et ses nombreux champs d'application.

Concernant l'empathie, il nous faut parler des travaux du psychologue Carl Rogers, qui est un des premiers à utiliser et théoriser cette notion dans un milieu de soins, ici celui de la psychothérapie avec sa méthode de l'approche centrée sur la personne. L'empathie fait partie des 3 attitudes sur lesquelles reposent sa méthode avec la congruence et le regard positif inconditionnel (20).

Pour Rogers, l'empathie est une façon de comprendre les sentiments d'autrui tout en gardant conscience du fait d'être une personne à part : « Être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si » » (7). Plusieurs travaux mettent en lumière ce rôle majeur de l'empathie dans la relation thérapeutique et dans ce que Rogers appelle la relation d'aide qui se créée entre le thérapeute et le patient (que Rogers nomme d'ailleurs « client » et non patient afin que celui-ci puisse éviter de se considérer comme malade) (21), (22).

Dans sa thèse, Arnaud Maury a introduit la notion d'empathie clinique, qui correspond à l'empathie dans cette dimension particulière qu'est la relation de soin. Il la définit ainsi : « L'empathie clinique est l'association dans la relation thérapeutique de la *compréhension non biaisée,* intellectuelle et affective du vécu d'autrui, de la *sollicitude*, implication affective adaptée et chaleureuse et, d'une *émotivité suffisamment régulée* » (23)

On retrouve ici les 3 dimensions que sont : la compréhension, la sollicitude et l'émotivité. De là, il a développé la fiche INDICE 'INterne Débriefe Implication-Compréhension-Emotion', pour apprendre à réfléchir sur une consultation *a posteriori* sur le plan relationnel, et dans laquelle ces notions peuvent se lire en filagramme (Figure 2).

Fiche *INDICE* : l'INterne Débriefe Implication-Compréhension-Emotion

Outil pour apprendre à débriefer une consultation sur le plan relationnel

J'identifie le ou les blocages de l'empathie

1) Emotion

+ J'ai conscience de mon vécu avec honnêteté et je prends en compte mes limites et mes besoins.

– *ça m'a énervé, je ne me sens pas bien, préoccupé, nul, impuissant, épuisé, coupable, perdu, c'est dur*

2) Implication

+ J'accepte l'autre sans jugement et je m'implique dans le soin avec chaleur.

– *ça ne m'intéresse pas, c'est son problème, je laisse tomber car je bloque, ça m'inquiète, je fais vite.*

3) Compréhension

+ Je comprends en écoutant ce qu'il dit ou masque et/ou en imaginant son point de vue.

– *il exagère, je ne comprends pas, il est défensif/bête, sa priorité n'est pas claire, il ne veut rien changer.*

Sans me juger, j'explore chacune des composantes pour mieux comprendre

1) Est-ce que j'étais équilibré sur le plan émotionnel ?

Est-ce que je me sens bien ? Est-ce que j'ai accès à toutes mes émotions, même négatives ?

Que m'évoque le patient ? Y a-t-il un conflit avec mes valeurs (ou entre mes priorités) ?

Est-ce que j'ai atteint la limite de ce que je peux faire, supporter ou donner (sur le plan *perso* ou *pro*) ?

De quoi ai-je besoin pour me sentir mieux : discussion, soutien, temps, sommeil... ?

2) Est-ce que j'étais impliqué et chaleureux envers le patient ?

Est-ce que je suis chaleureux, généreux et prêt pour l'aider?

Est-ce que je suis sensible à sa souffrance ? Est-ce que je vois du positif en lui ?

Est-ce que je suis vraiment « dedans » pendant la consultation (distraction, fuite, fatigue) ?

A qui me fait-il penser (identification à une autre personne) ?

Suis-je bien attentif autant à moi qu'à lui (ni égocentré ni fusionnel) ?

3) Est-ce que j'ai bien compris le patient ?

Est-ce que je suis disponible pour écouter le récit du patient ? Pour le comprendre ?

Suis-je prêt à imaginer les choses de son point de vue ? Est-ce que j'ai observé les détails ?

Suis-je prêt à accepter d'être contrarié dans mon opinion ?

Est-ce que je projette mes pensées ou mes a priori sur lui ? Quelles sont mes projections ?

Suis-je prêt à découvrir sa manière de voir (ou ses représentations) au lieu d'imposer ma vision?

Ensuite ? j'en discute et j'ajusterai du mieux que je peux la prochaine fois

v. 1 avril 2015, l'empathie clinique, thèse A. Maury, Univ. Paris V

Figure 2 :

Fiche INDICE, par Arnaud Maury

- C- Différence entre empathie, sympathie et compassion

Afin de pouvoir mieux appréhender ce qu'est l'empathie, une définition par la négative paraissait revêtir également un intérêt. Pour cela, nous allons nous intéresser à ce qui différencie les termes d'empathie, de compassion et de sympathie.
Il est vrai que les trois termes renvoient à une attitude tournée vers l'autre et teintée de sentiments à connotation positive.

D'un point de vu étymologique, les mots empathie et sympathie contiennent le suffixe d'origine grecque « pathie » qui désigne « le sentiment ». Une traduction littérale de ces deux termes pourrait conduire aux définitions suivantes :

- Empathie : éprouver les sentiments en l'autre
- Sympathie : ressentir les sentiments avec l'autre

Dans une étude évaluant l'empathie dans un contexte de soin, les auteurs établissent la différence entre ces deux concepts en se basant sur le fait que l'empathie implique une compréhension axée sur la communication et une dimension cognitive alors que la sympathie relève plutôt d'un attribut émotionnel (24).
Pour Hojat, cette dimension affective est absente lorsqu'on parle d'empathie et c'est en cela qu'elle est l'apanage du médecin, et c'est ce qui la différencie de la sympathie : « Les deux concepts impliquent le partage, mais les médecins empathiques partagent leur compréhension, tandis que les médecins sympathiques partagent leurs émotions avec leurs patients.[1]» (25).

Concernant la compassion, la définition du Larousse est la suivante : « sentiment de pitié qui nous rend sensible aux malheurs d'autrui » (26). C'est une notion qui implique non seulement de partager la souffrance de l'autre, mais également de la porter, d'agir pour diminuer le poids du fardeau d'autrui. Pour Louis Velluet, il s'agit là de « deux termes très souvent associés dans les écrits ou les discours alors qu'ils désignent des états psychiques très différents » même si cela n'exclue pas que « les deux états peuvent se succéder dans le temps, ceci dans n'importe quel ordre, et qu'ils sont parfois très intriqués. » (27)

[1] « Both concepts involve sharing, but empathetic physicians share their understanding, while sympathetic physicians share their emotions with their patients ». C'est que nous traduisons.

Pour résumer, reprenons le travail de Diane Dechièvre dans son livre « Empathie : utopie ? », qui à l'aide d'un tableau (Figure 3) a essayé d'approcher les grandes idées permettant de différencier ces 3 concepts en reprenant l'objectif de chacun d'eux ainsi que l'implication émotionnelle nécessaire et les conséquences probables dues à l'utilisation de l'un ou l'autre (28).

	Objectif	Manière	Implication émotionnelle	Conséquences probables
Empathie	La compréhension de l'interlocuteur. Qu'il s'agisse de choses positives comme de choses négatives.	Se mettre à la place de l'autre tout en gardant à l'esprit que l'on n'est pas l'autre (pas de projection).	Idéalement : aucune ! Neutralité.	L'optimisation de la communication, par la prise en considération de ce qui est exprimé par l'autre. La qualité de l'accueil de l'autre.
Sympathie	Le bien-être de son interlocuteur. Sa séduction pour un retour de sentiment positif. Créer des sentiments positifs.	Sourire, compliments, invitation à faire « avec », à partager. Créer un climat de confiance et un esprit d'équipe avec son interlocuteur.	Emotions positives chez l'interlocuteur éveillées par celui qui est sympathique.	Création de sentiments d'amour ou d'amitié réciproques. Un meilleur esprit d'équipe. Risques : - hypocrisie - manipulation
Compassion	La consolation de la souffrance de son interlocuteur. Vivre des sentiments négatifs.	Se confondre avec l'interlocuteur pour vivre les mêmes émotions négatives que lui.	Emotions négatives véhiculées par celui qui souffre et vécues comme telles par celui qui compatit.	Un lien confidentiel très fort. Risques ultérieurs : - dépendance psychologique ; - abus de faiblesse.

© Diane Dechièvre, 2006

Figure 3 :

D'après les travaux de Diane Dechièvre

- D- L'empathie durant les études médicales

Une grande méta-analyse s'intéressant à l'évolution de la « disposition empathique »[2] chez les étudiants en médecine entre 1979 et 2009 met en évidence une diminution de l'empathie de près de 40% chez les étudiants de 2009 (29). Ces résultats sont concordants avec ceux d'autres travaux (30, 31). Cette diminution peut s'expliquer par les progrès scientifiques immenses du siècle dernier, les avancées de la médecine ayant pu mettre au premier plan l'aspect technique de la médecine au détriment de la relation.

Actuellement en France, les études de médecine s'articulent sur 3 cycles de formation. Une fois passée l'épreuve du concours de PACES, le premier cycle débute par deux ans de formation générale en sciences médicales, axée sur l'apprentissage de la physiologie, de la sémiologie, de l'anatomie et l'introduction progressive de notions de pathologie. Durant ces années, des stages courts d'observation sont réalisés à l'hôpital, afin de mettre en pratique principalement la sémiologie apprise de manière théorique en cours magistraux.

Puis vient le deuxième cycle, aussi appelé formation approfondie en sciences médicales, qui correspond à l'externat. Durant cette période de trois ans, l'étudiant doit apprendre un nombre important de notions concernant les pathologies, leurs prises en charge et la prévention dans de nombreux domaines de la médecine. Cet apprentissage doit se faire dans le but de se constituer un bagage solide de connaissances et d'affiner son choix de spécialité pour la suite. Lors de l'externat, la pratique clinique prend une place prépondérante avec une alternance de stages dans des structures et services variés. L'externe est alors responsabilisé auprès de certains patients, il se doit de connaître leurs histoires, leurs pathologies, les actions envisagées, etc… Pour ce faire, il paraît important de passer du temps auprès des patients et de s'engager au niveau relationnel. C'est à ce moment-là qu'ont lieu les premières relations « médecin-malade » avec une implication émotionnelle de l'étudiant.

[2] « Dispositional Empathy » que nous traduisons

Or, une étude réalisée aux États-Unis dans une faculté de médecine a cherché à évaluer les variations des scores d'empathie selon l'échelle JSPE (Jefferson-Scale of Physician Empathy) durant l'ensemble du cursus de ces étudiants. Les résultats ont montré que le score d'empathie, plutôt stable au début, avait baissé significativement lors de la troisième année d'étude et ce jusqu'au diplôme, ce qui correspond aux années au cours desquelles l'étudiant commence ses activités de stage en contact direct avec les patients (31).

Ces résultats mettent bien en lumière la nécessité d'un apprentissage précoce et continu concernant l'empathie, afin d'éviter ce fléchissement, nocif pour les étudiants et leurs patients. D'autant plus que d'autres études ont montré l'apport positif d'une formation sur l'empathie (33, 34) afin d'en majorer le niveau et de le maintenir sur la durée. De plus, l'externat se veut tourné vers la préparation de l'Examen Classant National (ECN) dont l'objectif premier s'intitule « La relation médecin-malade », avec dans les items qui en découlent la capacité à : *établir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité, de ses attentes et de ses besoins* (33).

Après le concours de l'ECN, l'étudiant entre en troisième cycle avec l'internat. A partir de là, les moments dédiés à la formation théoriques sont diminués et la plupart du temps est passé sur le terrain, en lien direct avec les patients et avec des responsabilités comme prescripteur et décisionnaire. Plusieurs thèses et études se sont penchées sur les déterminants et les niveaux concernant l'empathie chez cette population (34).

- E- L'enseignement de l'empathie à l'étranger

Aux États-Unis, l'enseignement est basé sur six compétences à acquérir, énoncée par l'ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) chargée d'évaluer les programmes du « résidanat » (35), équivalent de notre internat, et celles-ci sont : les soins apportés aux patients, les connaissances médicales, l'apprentissage et l'amélioration basés sur la pratique, les compétences de communications, le professionnalisme et une pratique ancrée dans un système de soins. [3]

On note une mise en avant de la relation de soin avec la présence du *care* et de la *communication* dans les objectifs. Cependant, il n'existe pas actuellement aux Etats-Unis d'enseignement standardisé concernant l'empathie, et, comme en France, plusieurs projets de recherche sont en cours, ces derniers évaluant différentes approches avec la volonté de donner une vraie place à l'enseignement de l'empathie dans les études médicales (36).

En Angleterre, il existe un examen appelé PACES (Practical Assessment of Clinical Examination Skills) (37) déjà bien cadré dans sa mise en application et sa notation depuis plusieurs années. Il s'agit d'un examen à l'oral face à cinq situations cliniques, pour lesquels l'étudiant est évalué sur plusieurs compétences (38), (39). Celles-ci sont : l'examen physique, la communication clinique, les diagnostics différentiels, le jugement clinique, savoir gérer les préoccupations des patients et maintenir le bien-être du patient[4].

Remarquons parmi ces compétences l'importance des capacités communicationnelles, l'attention aux soucis du patient et l'intérêt pour son bien-être et celui de son entourage. Ce modèle constitue ainsi une évaluation globale des compétences du futur praticien.

[3] « Patient Care, Medical Knowledge, Practice-Based Learning and Improvement, Interpersonal and Communication Skills, Professionalism & Systems-Based Practice » que nous traduisons

[4] « Physical Examination, Clinical Communication, Differential Diagnosis, Clinical Judgement, Managing Patients' Concerns & Maintaining Patient Welfare » que nous traduisons

- F- Balint : biographie et explications sur les groupes

Michael Balint est un psychiatre et psychanalyste hongrois du XXème siècle, fils de médecin généraliste, qui commence ses études de médecine à Budapest en 1913.
Il interrompt ses études médicales pour effectuer une formation de chimiste et obtiendra son doctorat en 1918. En parallèle de ses études, il réalise une psychanalyse avec Hanns Sachs à Berlin.
Par la suite, de retour en Hongrie, il présente un intérêt croissant pour la psychanalyse et s'installe en tant que psychanalyste à Budapest en 1924. Il reprend sa propre psychanalyse avec Sandor Ferenczi, avec qui il créé ensuite la polyclinique de de psychothérapie de Budapest en 1931.

Il réalise de nombreuses recherches, entre autres avec sa première épouse Alice, également psychanalyste, portant principalement sur la relation médecin-malade et la pauvreté de la formation psychologique des médecins par rapport à leur formation somatique.
À la suite des évènements politiques, le couple se voit forcer de quitter la Hongrie et part en Angleterre. Là-bas, Alice Balint décède en 1939 et Michael Balint commence à travailler comme psychiatre à Londres.

Il fait la connaissance de celle qui deviendra sa deuxième épouse, Enid Balint, qui le sensibilise à la méthode des cas (*case work*), utilisée dans le travail social pour permettre aux professionnels de prendre conscience des problématiques psychologiques associées aux demandes sociales de certains individus.
Ils vont ensemble initier la mise en place de groupes de parole à destination des médecins, en association avec des psychanalystes, afin de pouvoir réfléchir et partager autour du soin et de la relation avec le patient.

Balint a nommé ces groupes « *de formation et recherche* » : il ne s'agissait pas d'un enseignement au sens formel du terme, mais d'un processus de formation basé sur la discussion des cas cliniques, à la lumière des apports psychanalytiques.

Pour Michael Balint, les situations « problématiques » dans la pratique médicale se posaient à deux niveaux avec :

- Un niveau de compréhension intellectuelle pur avec un questionnement concernant un diagnostic ou une prise en charge thérapeutique précise
- Un niveau de compréhension émotionnelle, le plus intéressant à travailler en groupe, et qui comprend toute la dimension affective de la relation médecin-malade ainsi que ce que Balint nomme *la fonction apostolique du médecin* dans son livre « Le médecin, son malade et la maladie », qui correspond à « la difficulté à reconnaitre l'écart entre son comportement réel et ses intentions et croyances » (40).

Ensuite, Michael Balint continuera à développer ses groupes tout en poursuivant une activité comme psychiatre consultant et enseignant à l'université. Il sera nommé président de la Société Britannique de Psychanalyse en 1968 et décède d'une crise cardiaque en 1970.

Actuellement, les groupes Balint existent en des nombreux endroits et sont ouverts à toute personne impliquée dans une relation de soin et intéressée par ce que peut apporter un partage d'expérience autour de ce thème (41).

- <u>G- Groupes d'inspiration Balint</u>

Il est important de bien différencier les groupes proposés dans le cadre de la FRT et qui font l'objet de notre étude des groupes tels qu'ils ont été conçus par M. Balint.

Les groupes Balint sont constitués de 8 à 12 participants (médecins ou autres professionnels de santé), et animés par deux leaders – de préférence, un médecin et un psychologue, psychiatre ou psychanalyste.
Les leaders doivent être dûment formés et peuvent prétendre à être accrédités par la Société Médicale Balint (SMB), à condition de répondre aux critères suivants : être médecin, professionnel de santé ou psychanalyste, ayant une pratique clinique et ayant participé au moins à deux ans à un groupe Balint ; un travail personnel d'approche analytique est recommandé.

Les réunions ont lieu à intervalle régulier et les membres du groupe s'engagent à y participer sur une période minimale d'un an afin de pouvoir tirer profit de cette expérience et d'assurer l'avancement du groupe. Une participation financière est demandée aux participants.

Les séances se déroulent dans une pièce où les chaises sont installées en cercle, sans table au milieu, les leaders étant dispersés parmi les participants.
Un membre du groupe présente une situation clinique et l'ensemble des participants écoute sans interrompre celui qui prend la parole. Puis chacun est invité à réagir, poser des questions et exprimer son sentiment sur le cas.
Les leaders ont pour rôle d'assurer la cohésion du groupe et la libre circulation de la parole, d'éviter les dérives personnelles, et d'aider les participants à avancer dans la compréhension des problématiques mises en lumière par la situation (42).

On va donc retrouver plusieurs écarts notables entre les groupes que nous étudions et le modèle 'original' :

- Il s'agit d'étudiants et non de praticiens installés
- La présence est obligatoire
- Les séances ont lieu sur un cours laps de temps (environ trois mois)
- Chaque groupe n'a qu'un seul leader
- Les leaders ne sont pas forcément accrédités, certains n'avaient comme seule expérience du Balint leur participation à des groupes

Sur les 16 leaders intervenants, 9 étaient accrédités par la SMB.
On trouvait 4 psychologues dont une hospitalière, 10 médecins généralistes, une gynécologue libérale et un psychiatre hospitalier.

Compte tenu des différences existantes entre nos groupes et ceux de la SMB, nous avons choisi la dénomination de « *groupe d'inspiration Balint* » pour décrire ce que nous étudions ici.

En effet, plusieurs thèses et articles se sont penchées sur ce type de groupes pour les étudiants et les termes utilisés sont nombreux : groupe selon « une méthode Balint » (43), « initiation » au Balint (44), des séances « inspirées du Balint » ou « formation type Balint » (45), ou encore l'intitulé que nous avons choisi ici « groupe d'inspiration Balint » (46), (47).

- H- Question de recherche et problématique

Lors des études médicales, l'étudiant est très rapidement confronté au patient et se doit de mettre en place une relation s'articulant autour du soin. Les stages d'externat commencent lors de la quatrième année de médecine et actuellement il n'existe pas de standard permettant de préparer les étudiants pour optimiser leurs débuts relationnels avec les patients.

A la Faculté Paris Descartes et dans d'autres régions de France, des groupes d'inspiration Balint ont été intégré au cursus du DES de médecine générale à l'intention des internes, avec des retombées positives (48), (49) et (50). Il paraissait donc intéressant d'envisager élargir l'expérience avec les étudiants plus jeunes compte tenu des études déjà sus citées, mettant en évidence l'importance d'une pédagogie mise en place tôt concernant l'empathie.

Dans ce contexte, à l'université Paris Descartes, une collaboration entre l'institut de psychologie et le département de médecine générale, a permis la réalisation de plusieurs études desquelles ont découlées plusieurs publications et thèses (51) :

- INTERN'LIFE auprès des internes de médecine générale avec d'une part une partie qualitative sur les représentations autour de l'empathie (34) et les lien entre empathie et burn-out (52), et d'autre part une partie quantitative s'intéressant à l'impact des débuts de l'internat sur l'empathie de ces internes (23).
- EMPATHIE III s'interessait à la mise en place de groupe Balint facultatifs chez les étudiants de quatrième année afin d'étudier l'impact de ceux-ci sur le niveau d'empathie (53).
- EMPATHIE IV était un projet concernant un enseignement plus complet comprenant à nouveau des groupes d'inspiration Balint (54) et également des ECOS, sous forme d'un module complémentaire pour une partie des étudiants de quatrième année (55).
- EMPATHIE V réalisé en 2017-2018 introduit l'enseignement obligatoire, à l'intention des externes de DFASM1 comprenant cours théorique, jeux de rôle, groupes d'inspiration Balint et ECOS.

Notre projet fait lui partie d'EMPATHIE VI, qui pour l'année 2018-2019, s'intitule projet « EMOREL », s'intéressant à l'évolution de l'empathie et de l'expressivité émotionnelle des étudiants de quatrième année de médecine lors d'un module obligatoire de formation à la relation thérapeutique avec une méthodologie mixte qualitative et quantitative. De ce protocole découlent plusieurs sujets de recherche portés par différents protagonistes.

Dans ce travail, nous avons souhaité appréhender la perception et le vécu de ces groupes d'inspiration Balint par les étudiants externes de quatrième année de la Faculté Paris Descartes.

II/ Matériel et méthode

- A- Contexte à la Faculté Paris Descartes

Dans le cadre de ce module de formation, les étudiants ont participé d'abord à un cours magistral intitulé « Formation à la relation-communication », puis en petits groupes ils ont bénéficié des séances de groupes d'inspiration Balint et de jeux de rôles puis enfin de façon individuelle la réalisation d'ECOS consistant en des consultations de médecine réalisées avec un patient/acteur selon un scénario.

Les étudiants inclus dans le protocole de recherche étaient les quatrièmes années âgées de plus de 18 ans, de langue française et ayant donné leur consentement. Étaient exclus les étudiants refusant de donner leur consentement ou ne parlant pas français.

L'objectif principal de l'étude EMOREL est l'évaluation de l'efficacité d'un module obligatoire de FRT sur l'empathie et l'intelligence émotionnelle d'étudiants de quatrième année de médecine.

- B- Choix de la méthode

La méthode qualitative est l'approche méthodologique susceptible d'apporter les données le plus informatives sur notre sujet d'étude.
Concernant la collecte des données, nous avons décidé de réaliser des entretiens individuels de façon à favoriser l'expression du vécu personnel de l'expérience des groupes.
Ces entretiens ont été exécutés de façon semi-directive, guidés à l'aide d'une grille d'entretien construite par l'investigateur et sa directrice, basée sur des thèmes à explorer de manière ouverte et accompagnés de stratégies d'intervention à type de relance, si besoin. Les relances ont pu évoluer au fil des entretiens en fonction des données émergentes retrouvées lors des premiers échanges.

L'effectif de vingt entretiens a été déterminé, d'après une étude de Guest, selon laquelle la saturation des données s'obtenait à partir d'un échantillonnage supérieur à 12 (56).

Concernant l'analyse des données, parmi les différentes approches existantes, celle de la *Grounded Theory* (ou théorie ancrée) nous a paru la plus pertinente, du fait de sa démarche inductive et non hypothético-déductive, sans théorie prédéterminée mais avec l'élaboration de théories en fonction des données de terrain collectées (57). Ce choix nous semble approprié compte tenu du fait que, dans ce travail, les étudiants n'avaient aucun prérequis concernant les groupes d'inspiration Balint et il paraissait, donc, peu pertinent de chercher à tester une hypothèse préétablie.
Le traitement des données a été réalisé selon un codage ouvert, centré sur la question de recherche, avec pour objectif de faire émerger des thèmes récurrents (58), permettant de mieux cerner la problématique étudiée.

- C- Élaboration du guide d'entretien

La question de recherche et la méthodologie choisie laissaient un champ assez libre de questionnement. L'objectif était d'avoir un retour sur ce que ces groupes avaient pu apporter à l'étudiant et quels étaient les éléments que l'étudiant pouvait identifier comme ayant pu influencer ces perceptions.

Le guide d'entretien a donc été élaboré en 3 parties :

- La première partie : concerne l'empathie en générale, à quoi cela correspond pour l'étudiant et quelle importance lui donner
- La deuxième partie : axée spécifiquement sur le court terme à la suite des groupes Balint, le vécu et les ressentis de l'étudiant par rapport au groupe en lui-même puis son impact sur les stages
- La troisième partie : concerne l'apport plus global et sur une vision plus long terme de l'expérience et de l'intérêt que l'étudiant porte à ce type d'expérience

Pour chacune des 5 questions, des relances avaient été préétablies afin de guider, si besoin, l'étudiant devant le caractère ouvert des questions. Les relances se voulaient cohérentes avec le sujet mais non connotées, positivement ou négativement.
Le guide d'entretien a été testé avant l'élaboration de sa version finale présentée en annexe.

En début d'entretien, un recueil des données sociodémographiques (âge et sexe) et des informations concernant le parcours d'études (études antérieures à médecine, le redoublement ou non de la PACES) et le projet professionnel a été réalisé.
Ces informations ont été recueillies dans le but de contextualiser les éléments apportés par les entretiens quant au vécu de l'enseignement de FRT.

- D -Méthodes de recueil et d'analyse des données

Les entretiens ont eu lieu durant trois samedis du mois de juin 2019. Les étudiants étaient convoqués à l'Hôtel-Dieu pour la réalisation des ECOS, c'est au décours de cette mise en situation que les entretiens ont eu lieu, au sein d'un bureau mis à disposition sur le site.
Les entretiens ont tous été enregistrés à l'aide du dictaphone de l'iPhone 6S ® de l'investigateur et du logiciel Audacity ® en parallèle, puis retranscrits sur le logiciel de traitement de texte Word ®.
La retranscription des résultats a été réalisée selon la méthode des verbatim pour assurer la validité des résultats.
Par ailleurs, l'ensemble des entretiens a bénéficié d'une double lecture par la directrice de thèse de l'investigatrice, et cela afin de garantir une double analyse et une limitation des biais.

III/ Résultats

Vingt-sept entretiens d'une durée moyenne de 15 minutes et 30 secondes ont été réalisés.

Les données sociodémographiques (âge, sexe) et des informations concernant le parcours d'études (études antérieures à médecine, le redoublement ou non de la PACES) et le projet professionnel sont présentées dans le tableau infra.

- A- Données sociodémographiques

Caractéristiques	N (%)
- **Sexe**	
Homme	11 (40,7)
Femme	16 (59,3)
- **Age**	
21	8 (29,7)
22	11 (40,7)
23	3 (11,1)
24	1 (3,7)
25	1 (3,7)
26	0 (0)
27	1 (3,7)
28	0 (0)
29	1 (3,7)
30	0 (0)
31	1 (3,7)
- **Redoublement PACES**	
Oui	14 (51,9)
Non	10 (37)
Non concerné	3 (11,1)

- **Projet professionnel**	
Médical	19 (70,4)
• **Médecin Généraliste**	4 (14,8)
• **Autre spécialité**	5 (18,5)
• **NSP**	10 (37)
Chirurgical	3 (11,1)
• **Gynécologie-obstétrique**	2 (7,4)
• **NSP**	1 (3,7)
NSP	5 (18,5)

- B- Difficulté à « conceptualiser » l'empathie

Tout d'abord, il est intéressant de constater que la première question de l'entretien est posée de manière volontairement ouverte sur ce qu'évoque le terme « empathie » pour l'étudiant, sans qu'il y ait alors mention du cadre médical dans lequel nous évoluons. Or, tous les étudiants sans exception ont spontanément introduit la notion de relation de soin dans leurs réponses, ce qui nous fait penser que ce terme renvoi pour eux à une dimension qui s'inscrit au cœur de leur profession, indépendamment du contenu même de leurs réponses.

Concernant les réponses apportées, nous avons eu à faire face à de nombreuses hésitations au moment de devoir conceptualiser le terme d'empathie.

La première variété de réponse se retrouve dans la place que l'étudiant se donne vis-à-vis de son patient.

En effet, certains évoquent spontanément cette idée de se mettre à la place du patient (N1, 2, 6, 17 et 22) « sans pour autant souffrir avec » (N17), alors que d'autres expliquent le concept d'empathie comme sous-entendant l'idée de « ne pas se mettre à la place du patient » (N3, 5, 7, 9, 10, 12 et 16) car « ça serait aller trop loin, on risque d'être affecté » (N10).

L'un d'eux a librement utilisé une définition par la négative en parlant de l'empathie : « ce n'est pas 'on souffre avec lui' (le patient) » mais c'est un effort pour appréhender le patient, en créant un « lien qui est unique » (N4)

Ainsi, la difficulté des étudiants à proposer une définition claire du terme « empathie » peut être comprise comme étant liée à une confusion avec d'autres notions proches (telles que la sympathie ou bien la compassion) – nous y reviendrons [5]. Néanmoins, leurs propos laissent entendre le lien entre l'empathie et leur conception du positionnement – souhaité ou souhaitable - du médecin par rapport à son patient.

Remarquons que ceux s'orientant vers de la médecine hospitalière, dont des spécialités d'urgence, dans lesquelles on est régulièrement confronté à des situations difficiles de fin de vie, de pathologies graves et aigües, évoquent cette idée de *ne pas* prendre la place du patient. L'un d'eux décrit l'empathie comme « essayer de comprendre les sentiments sans les vivre pour pas que ça nous affecte » (N10), le terme d'empathie sous-entendant alors une notion de « risque » d'être affecté par ce que vit le patient dont il faudrait se défendre.

Il est intéressant de noter que les éléments relatifs au parcours d'études peuvent éclairer cette perception : en l'occurrence, il s'agit d'un étudiant ayant déjà été confronté à de nombreuses situations difficiles, car il était ingénieur pendant 5 ans et faisait du secourisme à la Croix-Rouge avant de décider de reprendre des études médicales.

Plusieurs des interviewés évoquent aussi l'idée d'une perception subjective de ce qu'est l'empathie : « on a une idée de l'empathie qui peut être différente » (N25), ce qui viendrait expliquer leur difficulté à définir ce concept : « il n'y a pas une seule définition de l'empathie » (N25).

[5] Cf p. 35

Cependant, certains termes sont retrouvés de façon récurrente dans les entretiens réalisés : on remarque que le verbe « comprendre » l'autre et ses ressentis est utilisé dans 17 entretiens (N2, 3, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 et 27). L'idée d'un double mouvement de compréhension est également évoquée par un étudiant, pour qui l'empathie implique aussi de « faire comprendre à l'autre qu'on l'a compris » (N13).

Une autre dimension de la compréhension est mise en avant par certains : il s'agit de comprendre ce qui n'est pas toujours manifesté de manière explicite par le patient. Cela inclut les demandes non exprimées spontanément : « parfois il y a un autre motif que le motif de consultation initial » (N3), l'attention portée à ce qui n'est pas exprimé explicitement (N16, N24) : « pour moi l'empathie ça fait partie de comprendre (…) tout ce qui n'est pas dit » (N14).

Soulignons ici la sensibilité de ces étudiants à ces aspects de la relation médecin-patient, aussi fondamentaux que difficiles à appréhender car nécessitant une attention constante envers les patients.

Un autre terme souvent associé aux tentatives de définition de l'empathie, c'est « écouter » (N12, 18, 21, 24 et 26), « être dans une attitude d'écoute, mais active » (N18), précise l'un d'entre eux.
D'autres termes remarquables ont pu être repérés, tels que la notion de « créer du lien » (N4 et 19), ainsi que celle de « confiance » (N8 et 19).

Ces mots font allusion à un investissement proactif qui sous-tend, pour ces étudiants, la notion d'empathie au sein de la relation médecin-malade.

Mais notons que nombreux sont les étudiants à introduire des termes renvoyant au professionnalisme de la relation empathique, qui doit savoir conserver un certain écart. On retrouve cela à travers l'utilisation d'expressions telles que : « la bonne » (N27) ou « la juste » (N5) distance, une « neutralité » (N11), le « juste milieu » (N15), le « recul nécessaire » (N15).

Pour développer cette idée, certains ont spontanément fait la différence entre empathie, sympathie et compassion.
Dans la comparaison avec la sympathie, l'empathie se différencie par une nécessaire « neutralité » (N11), qui permettrait de « ne pas s'approprier ce que pensent les gens » (N3) et/ou de « reconnaitre l'émotion des autres et à la prendre en compte (…) sans souffrir avec… » (N11). Ou encore par la référence à cette notion de compréhension déjà évoquée : « la sympathie c'est juste être gentil, l'empathie il y a plus une notion d'échange et de compréhension » (N19).
A travers cette mise en perspective, on retrouve des éléments pouvant nous rappeler la dimension émotionnelle de la sympathie, qui est donc ce qui la différencie de l'empathie, comme le théorise Hojat (25).

Dans les propos des étudiants (N5, 15, 21), la compassion se départage de l'empathie par son caractère éminemment émotionnel, par le fait « partager la souffrance » qui représenterait pour le médecin des risques : « ça envahit trop sur la personne qu'on est et ça nous empêche finalement d'être de bon médecin » (N15).

C'est ainsi que la compassion se devrait d'être réservée à la sphère privée, « face à un ami, face à un proche », alors que l'empathie serait plus adaptée pour la relation de soin car « il y a plus de détachement, c'est plus professionnel comme rapport » (N21).
On retrouve dans ces mises en parallèle entre empathie, sympathie et compassion l'idée d'un investissement émotionnel supérieur dans la sympathie et la compassion par rapport à l'empathie, qui, elle doit conserver une certaine neutralité dans le domaine de l'implication émotionnelle, ce qui est assez concordant avec les travaux de Diane Dechièvre cités dans l'introduction (28).

Nous avons exploré un aspect particulier de la représentation de l'empathie chez les étudiants, à savoir son caractère inné ou acquis, afin de tenter d'établir un lien entre cette représentation et la perception, par les étudiants, de la FRT. En effet, dans le cas où l'empathie ne serait que disposition naturelle, alors un enseignement concernant la relation de soin pourrait apparaitre comme stérile et dénué d'intérêt. A travers l'analyse des verbatim, différentes visions émergent.

Pour certains, l'empathie revêt un caractère inné, voire fait partie des « qualités d'une personne » (N14) et donc son apprentissage paraît incongrue. Notons que cette capacité « innée » serait susceptible d'être refoulée dans l'exercice de la profession : « c'est quelque chose d'assez naturel (…) qui est toujours présent et qu'on a tendance à refouler dans certaines situations » (N6). Ce « refoulement » est attribué au manque de temps et à la charge de travail auquel le médecin peut être confronté. L'empathie apparaît alors comme une expérience affective dépendante du contexte, sous influence d'éléments extérieurs (59).

Pour d'autres, l'empathie pourrait être acquise, mais pas à travers de l'enseignement purement scientifique dispensé sur les bancs de la fac : « ça s'apprend mais ça ne s'apprend pas dans les livres, ça s'apprend comme là (les ECOS) avec des faux patients » (N13), ou encore « ça s'apprend à force d'être au contact des personnes donc oui ça s'apprend mais pas comme on apprends les critères diagnostic de l'embolie pulmonaire » (N11). On retrouve ici l'idée de l'expérience pour faire grandir la disposition empathique de chacun. Pour cela, un enseignement semble revêtir un intérêt à condition de ne pas être uniquement basé sur un apprentissage théorique : « je suis convaincu que c'est quelque chose qui n'est pas forcément inné, pour lequel faut avoir des outils » (N17).

Soulignons dans ce propos cette notion d'« outils» apportés par un apprentissage des capacités relationnelles qui permettrait, d'une part, d' « éviter de souffrir » et, d'autre part, de ne pas « se blinder », de ne pas devenir « cynique » (N17).

Cependant, la plupart des étudiants a tendance à décrire l'empathie comme étant liée à la fois à une dimension « naturelle », présente chez tous, mais susceptible d'être développée en fonction des éléments de vie, des lieux d'apprentissage et de l'expérience apportée par les stages.

On retrouve cette idée dans plusieurs de nos entretiens : « ça peut s'apprendre oui, ça sera moins naturel chez certains et ça mettra peut-être plus de temps, il y a des gens qui sont plus ou moins empathiques de base » (N7).

L’intrication d’une prédisposition liée à la personnalité et à l’expérience vécue et partagée avec les autres est évoquée : « Il y a des gens qui sont plus naturellement empathiques mais je pense qu’on peut apprendre déjà en voyant pleins de patients et aussi en discutant avec d'autres gens qui font médecine, ou qui sont médecins et je pense qu'on peut aussi apprendre à être empathique en observant la façon dont d'autres gèrent certaines situations » (N20).

Cette notion d’apprentissage auprès des patients apparait primordiale pour plusieurs étudiants : « Je pense qu'on est tous plus ou moins empathiques de base mais il faut qu'on le développe (…). Et comment ça s'apprends, bah je pense en pratiquant (…) en voyant des patients » (N22), « c’est aussi pas mal d'expérience, et c'est l'intérêt des jeux de rôle ça fait gagner aussi un peu en expérience » (N26), « Je pense qu'on s'améliore tous par ce qu'on voit, (…) en faisant des ECOS et des FRT » (N27).
On retrouve dans ces extraits l’importance de l’expérience, avec la citation à la fois de la « vraie vie » face aux patients en stage, et des mises en scènes que sont les jeux de rôle et les ECOS.
Ces évocations nous permettent de considérer que ces enseignements sont perçus par les étudiants comme ayant un apport réel en termes d’apprentissage de l’empathie.

Pourtant, même si un apprentissage semble possible, il apparait qu’un prérequis important réside en la motivation de l’étudiant pour développer son empathie : « Je pense que ça peut s'apprendre si la personne est ouverte d'esprit et qu'elle a envie d'évoluer dans ce sens-là » (N23), ou encore « Je pense qu'il faut avoir envie et quand on a envie on peut » (N18).

Ainsi, dans la représentation des étudiants, indépendamment du côté naturel de l’empathie, son apprentissage dépend d’une réelle volonté du sujet, avec la mise en marche de mécanismes conscients et voulus pour accompagner autrui.
On retrouve cette notion d’une empathie à la fois innée et acquise chez Jean Decety, qui la définit comme « une disposition innée et non consciente à ressentir que les autres personnes sont « comme nous », et une capacité consciente à nous mettre mentalement à la place d'autrui » (60).

Le caractère indispensable de l'empathie dans l'exercice médical est mis en avant par un étudiant, en rapport avec les progrès médicotechniques actuels, cette disposition relationnelle deviendrait alors la principale plus-value du médecin : « vu comment ça avance avec l'intelligence artificielle et tout ça (…) autant que t'aies le côté empathie parce que là tu as un vrai rôle et ce qui est important c'est la relation avec la personne en face de toi » (N5).

Cette place de choix de l'empathie dans la relation est régulièrement évoquée par les étudiants, qui sont nombreux à considérer qu'il existe actuellement un changement de paradigme en médecine conduisant à un *fossé générationnel* à l'hôpital, entre les chefs et les externes, et à une des-idéalisation des médecins seniors : « on est tous choqués par nos chefs qui ne prennent pas le temps (…) on est révoltés un peu » (N19), « les PU (…) ils sont tellement sûrs d'eux (…) ils ne se réévaluent pas et ils ne se rendent pas compte (…) parfois je trouve qu'ils répondent plus trop aux attentes des gens » (N18).

Or, pour ces étudiants, cela est dû à l'importance grandissante donnée au relationnel dans les études de médecine, ce qui peut être mis en parallèle avec le passage d'un modèle paternaliste à un modèle de décision médicale conjointe. Cela se retrouve dans la façon dont les capacités relationnelles font réellement partie de la formation actuelle : c'est « une vraie part de notre formation maintenant, ça fait la différence avec l'ancienne génération qui n'avait pas cette formation et qui du coup nous choque à l'hôpital » (N15), « nous on est formés à ça maintenant (…), cette relation au patient beaucoup plus empathique on la sens (…) c'est une vision plus globale de la médecine de maintenant qui change » (N16).
Nous reviendrons sur l'apport spécifique de la formation concernant l'empathie ultérieurement[6].

Ainsi, l'important consisterait à une mise en application réussie des capacités empathiques et de ses connaissances scientifiques pour une prise en charge optimale du patient : « l'empathie est quelque chose de plus présent au jour le jour dans la formation qu'on a (…) mais après y a aussi la médecine (…) nous il va falloir qu'on sache allier les deux » (N16)

[6] Cf p. 58

Malgré la difficulté de proposer une définition unique, l'analyse du verbatim fait émerger des multiples aspects de l'empathie, correspondant à des descriptions du concept telles que l'on peut retrouver dans la littérature sur le sujet (61).

- C- Différentes perceptions du groupe d'inspiration Balint

La deuxième partie de nos entretiens s'intéresse de manière plus spécifique à la représentation des groupes d'inspiration Balint auxquels les étudiants ont participé.

Tout d'abord, il est remarquable de voir que certains étudiants ne connaissaient pas le terme de « groupe Balint » car il n'avait jamais été employé par leurs leaders : « Dans l'enseignement sur la relation thérapeutique vous avez eu des groupes type Balint, alors déjà comment tu les as vécus ?
Là tu parles des groupes de discussion, pas des groupes de simulation ? » (N2)
Certains étudiants appelaient également ces groupes « groupe de FRT », le nom donné à l'enseignement dans sa globalité par la faculté (N10, N22). Cela semble mettre en évidence le peu d'éléments que les interviewés ont eu sur ces groupes avant et pendant leur participation à l'enseignement. Nous reviendrons sur ce point dans notre discussion[7].

Tout d'abord, de façon très pragmatique, certains ont fait des suggestions concernant la logistique des groupes :

- Concernant le rythme : certains étudiants considèrent que « ça vient trop tôt par rapport à l'externat » (N3) avec l'idée que les séances ont eu lieu en début d'année de manière très rapprochée (tous les 15 jours) puis se sont interrompues « ce que je n'ai pas trop aimé c'est qu'on a eu beaucoup de séances au début de l'année plus rien... » (N18) et la suggestion de les « espacer un peu plus sur par exemple les 3 ans d'externat » (N6).

[7] Cf p. 57

- Concernant l'horaire : « le seul défaut c'est l'horaire 17h30-19h » (N15).
- Concernant le nombre de participants : des avis différents sont exprimés, certains considérant le nombre de 10 « un bon nombre » (N3), d'autres souhaitant « des groupes un peu plus petits » (N11).
- Concernant la constitution des groupes : il est une notion qui est revenue plusieurs fois, c'est le côté positif d'avoir pu choisir son groupe contrairement aux années précédentes « on a pu choisir avec qui on était, je pense que ça change vraiment » (N18).

Spontanément plusieurs étudiants ont comparé le groupe aux autres enseignements dont ils avaient bénéficié, à savoir les jeux de rôles et les ECOS.

A propos des jeux de rôles, les avis sont partagés : certains considèrent cet enseignement plus pertinent du fait d'« une vraie mise en situation », du « débriefing, un peu plus axé sur ce qui se passe vraiment… » et l'apport de conseils (N3).
Ces jeux de rôle sont donc perçus comme un dispositif où « on s'entraine vraiment à la vraie vie » (N13), susceptible d'apporter, « comme un cours », « un cadre et un algorithme de base à appliquer devant les patients » (N4), mais d'autres soulignent cependant leur caractère répétitif (N19). Cette envie d'accéder à des outils concrets pour la relation avec le patient est mise en avant par d'autres étudiants également. (N8, 16 et 22).
Notons que dans la comparaison jeux de rôle/groupes d'inspiration Balint, l'intervenant apparaît comme une « variable d'ajustement » : ainsi, l'intérêt des groupes d'inspiration Balint est associé à la qualité d'écoute et à la capacité de l'intervenant de guider le travail des étudiants (N3, N13).

Certains interviewés ont mentionné les ECOS, expérience décrite comme « incroyable » : cette mise en situation face à des professionnels extérieurs au milieu médical, avec un retour précis sur les compétences relationnelles, a été vécue par certains comme « le plus formateur de tous » (N22), malgré le caractère parfois saisissant de ce retour : « ça donne plus une claque » (N25).

La perception d'une complémentarité entre ces différents enseignements est également évoquée par un des étudiants pour qui l'apport des mises en scènes et des groupe de partage n'est pas le même, mais est bien additionnel : « La partie jeux de rôle plus pour le relationnel avec les patients et la partie des groupes plus pour le relationnel avec mes collègues donc finalement c'est un ensemble, c'est plus pour travailler avec une équipe, c'est de se rendre compte qu'on est tous très différent » (N4).

Ces mises en parallèle entre les différents enseignements de la FRT laissent sous-entendre les différentes perceptions que les étudiants ont du groupe d'inspiration Balint.

Pour un certain nombre d'étudiants, le groupe est décrit comme un « exutoire » (N1). Cette idée est reprise plusieurs fois sous diverses expressions : un « sas de décompression » (N9), « un défouloir où on pouvait parler librement » (N9), où vider « toutes ces frustrations parfois emmagasinées » (N12), « se vider la tête (…) tout le monde vide son bagage » (N15). Cette vision du groupe comme un lieu de catharsis est décrite comme ayant un apport direct sur l'empathie et les relations de soins, notamment par un étudiant qui explique cette fonction préventive du groupe pour éviter la mise en place de mécanismes de défenses rigides : « ne serait-ce que le fait d'en parler, de décharger ça évite que à force de se prendre des trucs un peu horribles dans la gueule (…) de se dire 'ok je peux pas le supporter' et ça permet d'être moins dans la défense et de pas mettre de mur parce que forcément si on met un mur, on est moins empathique. Et donc le fait d'en parler ça fait qu'on n'est pas forcément obligés de construire des barrières monstrueuses parce qu'on a des endroits où on peut décharger et c'est important » (N5).

Cette fonction du groupe est également reprise par un autre étudiant, qui connaissait déjà la démarche balintienne et qui observe - pour les autres - cette fonction cathartique du groupe : « il y avait des étudiants en souffrance et à qui ça faisait du bien d'extérioriser des trucs qu'ils avaient vécus » (N17). Ce même étudiant remarque : « pour les plus jeunes, ce que j'ai remarqué c'est qu'ils étaient toujours très 'médical' et dès qu'on parlait de leurs ressentis il fallait travailler (…) et on voyait qu'ils s'ouvraient et c'est ça qui était intéressant » (N17).

Plusieurs interviewés témoignent de cette ouverture progressive : réticents à se livrer au départ, à parler de leurs ressentis, ils relatent le sentiment de satisfaction et soulagement après l'avoir fait : « à partir de deux séances on se rend compte de l'apport énorme que c'est » (N19).

Certains évoquent le côté positif d'avoir un lieu où « tout dire sans jugement » (N1), un lieu où se fait une véritable « thérapie » du médecin (N2), notamment par le partage d'expériences qui vient rassurer l'étudiant sur ses difficultés relationnelles : « tout le monde rencontre des situations difficiles, tout le monde est un peu démuni parfois face au patient et que c'était normal » (N6). Le groupe est ainsi perçu comme offrant des repères permettant à l'étudiant d'apprécier la « normalité » de ses propres ressentis : « ça fait du bien de parler à d'autres externes, de voir si ce qu'on ressent est normal, si la façon dont on réagit est plutôt homogène avec les autres… » (N21).

Il est important de noter que les interviewés identifient la spécificité du groupe Balint, qui le différencie d'autres types de discussion entre étudiants : « le fait que ça soit en temps dédié ça apporte plus et que y ait un intervenant ça apporte plus que juste une discussion entre potes » (N18).
Une « ambiance particulière », le « contexte » du groupe qui permet de « pouvoir discuter de certaines choses » (N17), *autrement* : « elles (mes copines) ne me l'auraient pas raconté je pense aussi précisément si ce n'était pas en groupe Balint » (N7).

On retrouve ici le concept d'*atmosphère* décrit par Balint, en se référant à une fonction primordiale du leader qui « permet à chacun d'être lui-même, de s'exprimer à sa propre manière et à son heure, en attendant le bon moment » (40).

Effectivement, cette atmosphère semble intimement liée au leader animant le groupe. Ainsi, une autre étudiante utilise spontanément le terme « d'ambiance » pour décrire l'atmosphère peu propice aux confidences qu'elle a ressenti au sein de son groupe : « il (l'encadrant) faisait quelques remarques assez déplacées parfois (…) c'est vrai que devant lui on n'avait pas forcément envie de s'exprimer, de parler de nos émotions (…) c'était l'ambiance qu'il créait » (N11). On retrouve bien ici l'importance du ressenti par rapport au leader – aspect sur lequel nous reviendrons [8].

Le groupe est également décrit comme un lieu de partage par plusieurs interviewés, et cela est rapporté comme « hyper important » (N2), principalement lors du début de l'externat (N5, N19) : « le premiers patient mort, la première situation d'urgence bah c'est le premier lieu où j'en ai parlé et j'étais contente d'avoir cet endroit pour en parler » (N19).

Ce qui ressort aussi de plusieurs entretiens, c'est cette vision du groupe comme un lieu où confronter les points de vue des uns et des autres: « la parole est très libérée dans ce groupe et je trouvais que c'était pas mal parce que ça faisait émerger des choses auxquelles on penserait pas forcément et (…) on se rendait compte que sur beaucoup de questions dès qu'on les poussaient un peu et bah on était absolument pas d'accord et qu'on avait des façons de voir la médecine très différentes » (N4).

Ces différences de points de vue permettent de prendre conscience de la subjectivité qui vient déterminer la vision que chacun peut avoir des situations cliniques rapportées : « J'ai trouvé ça intéressant de voir la réaction des uns et des autres qui peut être totalement différente » (N12) ou encore « ce n'était pas facile (...) y avait des contrastes qui parfois pouvaient être importants » (N26).

[8] Cf p.51

Si cette grande pluralité des perceptions peut surprendre, elle est aussi valorisée car « les autres réfléchissaient à notre cas en fait c'était plus ça l'intérêt, et on voyait des choses qu'on n'avait pas forcément vu et eux nous reposaient des questions, ça c'était intéressant parce que des fois on pense un peu toujours de la même façon donc de confronter à d'autres pensées » (N9). Ces échanges offrent alors des repères dans les situations vécues comme difficiles : « ça nous aide sur le côté 'bah il s'est passé ça, qu'est-ce que j'aurais pu faire ? Et vous vous auriez fait quoi ?' (…) pas forcément la bonne manière de faire mais déjà d'avoir d'autres idées » (N5).

Nous avons cherché à explorer les explications données par les interviewés quant à ces différences de point de vue au sein des groupes.

Il est intéressant de voir que les réponses données sont restées assez homogènes, en faisant mention de l'influence des traits de personnalité, du vécu antérieur, de l'éducation et de la culture des étudiants (N14, 21, 23, 24, 26).

On retrouve dans ses réponses une réelle empreinte des caractéristiques intrinsèques propres à chacun, ce qui peut être mis en relation avec ce que Balint appelait la *personnalité professionnelle* du médecin (40). Ce concept peut être expliqué comme suit : « Si l'attention du médecin à ses émotions et affects peut participer à l'efficacité du soin (…), ceux-ci deviennent en effet des moyens, des outils utilisables pour mieux soigner. Alors le médecin va pouvoir et devoir, puisqu'ils font partie de son métier, travailler sur ces données que Balint rassemble sous le concept de 'personnalité professionnelle' » (62).

Les étudiants sont revenus aussi à plusieurs reprises sur l'écart générationnel auquel ils sont confrontés lors de leurs stages. A ce propos, nous souhaitons préciser que les étudiants n'ont été jusqu'alors confrontés qu'à des médecins travaillant dans des centres hospitaliers parisiens, contexte particulier de l'exercice médical. A travers le partage des cas, les étudiants identifient des comportements qui leur semblent inadaptés et qu'ils ne souhaiteraient pas reproduire : « des attitudes des chefs qui nous avaient choqué, donc se dire que c'est bien d'identifier au préalable les comportements qu'on ne veut pas reproduire par la suite » (N20).

Cependant, malgré l'identification de ces « contre-exemples » cela ne semble pas permettre d'éviter inéluctablement leur reproduction, ces attitudes étant attribuées, par certains étudiants, à la charge et au rythme du travail médical à l'hôpital : « on va faire ce qu'on trouvait horrible chez nos internes et nos chefs, nous on va se mettre à le faire sans s'en rendre compte parce que, comme eux, on aura moins de temps etc…, je pense que ça c'est un peu inéluctable... après, pas tout, il y aura j'espère des choses qui resteront en tête » (N19).

Les *traces* laissées par l'expérience du groupe Balint et, de façon plus globale, par l'enseignement FRT, sont valorisées comme contribuant à la sensibilisation des nouvelles générations de médecins au relationnel et à l'empathie : « on se disait 'je pense quand même qu'on a une chance que nos médecins séniors n'ont pas eu' et que nous on se souviendra peut-être un peu de nos groupes de FRT (…) je pense que ça a un impact et qu'on sera peut-être des médecins un peu différents » (N19).
Cette place donnée à l'enseignement de la relation thérapeutique dans le cursus des études médicales est plutôt évoquée de façon positive par les étudiants : « nous, on est formés à ça maintenant (...) on se tourne vers cette relation au patient beaucoup plus empathique, on le sent dans tout ce qu'on voit, dans tous nos cours c'est une vision plus globale de la médecine maintenant qui change » (N16).

Afin d'explorer la perception de la contribution des groupes Balint à l'exercice médical, nous avons demandé aux interviewés s'ils projetaient de participer à ces groupes à l'avenir.
Les réponses à cette question ont été assez variées. Pour certains, l'intérêt du Balint réside dans le support qu'il est pour les débuts de la « carrière » de l'étudiant, intérêt qui aurait tendance à diminuer avec l'expérience (N7, N9).
Notons que cette perception laisse entendre des représentations quant aux objectifs du groupe, tels que l'apprentissage des modalités de réactions aux différents types de situations relationnelles (N7) ou comme un « lieu de parole » plutôt qu'un cadre de réflexion sur la pratique professionnelle (N9).

Cette perception du groupe comme un « lieu de parole » amène à questionner le cadre même du groupe Balint, notamment la présence d'un leader : « entre nous on se suffit largement, on n'a pas besoin d'avoir forcément ces groupes de parole là si justement on parle avec son équipe, ses co-internes, les gens des autres services qui du coup seront prêts à écouter aussi » (N5).
Soulignons que la spécificité de l'écoute du leader et sa fonction de guide dans le travail groupal n'ont pas été clairement identifiées. Nous y reviendrons, à propos des attentes des étudiants concernant le leader [9].

Concernant la contribution des groupes Balint à l'exercice médical, certains étudiants défendent l'idée d'un apport différent, voire grandissant, de ce type d'expérience.
Pour quelque uns, l'intérêt croit au fur et à mesure de l'augmentation des responsabilités (N12, N 13) : « J'avais dit que c'était peut-être mieux pour les internes, qui eux ont plus de charge sur eux et donc ils ont peut-être besoin d'en parler, donc en ce sens peut-être que sur ce plan là oui, juste pour parler (…) même pour les médecins après d'ailleurs » (N23). Cependant, l'apport décrit de ces groupes ne devrait pas justifier qu'ils prennent un caractère obligatoire, ce qui serait alors contre-productif: « en tant qu'interne on est noyés dans la paperasse, dans le médical et on peut peut-être commencer à s'éloigner un peu du patient et de ce qui l'amène profondément donc ça peut être intéressant [d'avoir des groupes de type Balint], après faut éviter, enfin... c'est toujours le problème, tout ce qui est obligatoire ça devient néfaste... » (N16).

Pour d'autres, l'intérêt se modifie au fur et à mesure de l'exercice professionnel, mais reste toujours présent (N1, N21) : « je pense que ça a un intérêt différent mais je pense que ça a un intérêt à tous les stades quoi... je pense que nos problématiques en tant qu'externe elles sont plus dues à l'hôpital, toute la nouveauté et tout alors que quand on est interne, on est plus à l'aise et du coup on peut plus prendre en compte les problématiques liées au patient. » (N24).

[9] Cf page 51

A ce propos, on peut mentionner la suggestion de mêler les générations dans un groupe, dans l'optique que les différences existantes soient sources d'un enrichissement mutuel : « à toutes les étapes de la vie, où on trouve différents aspects des problèmes, ça peut être un exercice intéressant... surtout mettre des jeunes et des vieux dans le groupe ça peut être enrichissant parce que y a des différences à cause de la génération, de l'expérience et tout (...) je suis assez favorable à l'idée de continuer à discuter autour de tout ça... » (N26)
Ces éléments d'analyse nous amènent à prendre acte de la diversité des représentations qu'ont les étudiants à propos des groupes d'inspiration Balint, et du fait que ces perceptions semblent bien éloignées des objectifs initiaux des groupes, tels que ceux-ci peuvent être décrits dans la littérature (63).

Cependant, cela n'a pas, à notre avis, une connotation négative. Rappelons que Balint lui-même a mis en place des groupes voués aux étudiants à Londres à partir de 1967, tout en visant des objectifs différents des groupes adressés aux praticiens volontaires (64). Cette différence des objectifs était due, d'une part, au fait que les étudiants ne suivaient pas leurs patients sur le long terme et, d'une part, au fait qu'ils étaient moins murs que des praticiens plus âgés. Depuis, les groupes d'inspiration Balint adressés aux étudiants n'ont cessé de se développer, avec des retombées positives notamment en terme d'empathie (54), d'autant plus que le Balint se veut comme un temps dédié de travail à partir de l'expérience personnelle, et l'expérience de cette population, bien que pouvant apparaitre modeste, ne peut être réfutée (65).

Il nous parait également important de parler des thèmes abordés par les étudiants, notion qui nous semble étroitement liée à la vision qu'ils peuvent avoir du groupe Balint.
En effet, dans un groupe Balint 'classique', « notre but est d'aider les médecins à augmenter leur sensibilité à ce qui se passe, consciemment ou inconsciemment, dans l'esprit du patient lorsque patient et médecin sont ensembles » et de permettre au praticien à travers l'évocation d'un cas par un des participants, une prise de conscience des mécanismes mis en jeu dans la relation avec pour objectif un « changement de la personnalité, limité mais considérable » (40).

Pour nos étudiants, qui ont une obligation de présence, les objectifs sont tout d'abord le partage d'un cas ayant posé problème, afin ensuite d'essayer de décortiquer cette difficulté et de l'appréhender au niveau de la relation médecin-malade.

L'analyse des entretiens permet de dégager de grands thèmes récurrents qui ont été discutés lors des groupes :

- Difficulté d'entendre des histoires de vie « malheureuses »
- Trouver sa place d'externe à l'hôpital
- Positionnement par rapport aux médecins chefs

Il est remarquable de voir que les sujets abordés lors des groupes sont concordants avec une études qualitative finlandaise portant sur le contexte et les sujets évoqués lors des sessions de groupes Balint chez des étudiants en médecine, dans un cadre comparable au notre. On retrouvait effectivement quatre principaux sujets de discussion : « les sentiments liés aux patients, la construction d'une identité professionnelle, des modèles d'influence négative, la collaboration avec d'autres professionnels de la santé » [10].
Cette étude (66) concluait que l'apport du Balint pouvait se résumer dans le fait de « soutenir le processus de croissance professionnelle des étudiants en médecine » [11].

Après avoir exploré ces différentes visions du groupe, nous allons maintenant nous pencher sur les attentes que les étudiants projettent sur ces groupes.

[10] « feelings related to patients, building professional identity, negative role models, cooperation with other medical professionals », avec notre traduction
[11] « support medical students' professional growth process », avec notre traduction

- D- Des attentes multiples

Lorsque l'on s'est intéressé à ce que les étudiants attendent d'un tel groupe, nous avons obtenu des réponses très variées.

Pour plusieurs interviewés, le but d'un tel groupe consiste à « comprendre certaines situations » (N3) en parlant « avec d'autres, d'avoir le ressenti de d'autres personnes là-dessus et de se sentir moins seul par rapport à la situation face à laquelle on a pu se sentir un peu désemparé. » (N20).
Il est également fait mention d'un double apport : *a posteriori*, pour comprendre les situations vécues et les difficultés éprouvées et *a priori* afin d'avoir des clés en cas de confrontation à une situation qu'on pourrait qualifier de similaire (N20). Cependant cela pourrait sembler nier ce que le Balint souhaite mettre en lumière, à savoir les processus qui se jouent dans *cette relation particulière de ce soignant à tel patient*, à travers le cas qui est rapporté.

A cette demande de « comprendre » les situations cliniques, on peut relier la volonté des étudiants d'avoir un « un référentiel » (N10). Cette attente d'obtenir des points de référence et des théories applicables concernant la dimension affective de la relation de soin peut paraitre très 'scolaire', mais reste néanmoins présente (N4, N8 et N21).

Les groupes sont aussi décrits comme un lieu permettant de trouver une solution - « si j'avais fait face à un problème » (N2). Le recours au groupe *en cas de problème* réduit son apport à des situations « sporadiques », faisant fi du processus groupal et de l'engagement nécessaire aux échanges entre pairs (N13, 14).

Cependant, pour beaucoup d'étudiants, cette aide peut se trouver dans d'autres ressources « avec des amis et ma famille » (N11), cette idée reprise plusieurs fois (N14 et N22), semble faire perdre sa plus-value au cadre apporté par la structure du groupe et la présence du leader. Il s'agit de trois étudiants pour qui l'expérience du groupe « s'est très bien passée » (N22) mais qui ne décrivent pas un apport notable concernant leur empathie après ces groupes.

L'un d'eux confie que malgré la confrontation à des situations ayant pu l'affecter, le fait d'en parler à ses amis lui est apparu comme suffisant, sans exclure l'idée que « peut-être plus tard je me rendrais compte que j'aurais besoin de ça [groupes Balint] » (N22).

A l'opposé, pour d'autres, le groupe permet justement de partager sur des histoires que l'on ne peut pas raconter à son entourage, à travers une sorte de lutte contre l'isolement 'professionnel' que certains peuvent ressentir. Il s'agit là d'étudiants fréquentant dans leurs milieux amicaux et familiaux des personnes qui n'appartiennent pas au milieu médical. Dans ces entretiens (15-17 et 27), ces étudiants expliquent qu'ils ont trouvé dans le groupe cet espace de parole qu'ils n'avaient pas ailleurs.

Indépendamment de l'étayage de chacun, la notion de « comment se positionner en tant que petit externe dans la chambre d'un patient » (N15) a été un sujet récurrent de conversation au sein des groupes, dans l'optique peut-être de trouver un soutien auprès de ses camarades : « on a eu une séance entière un peu en mode réunion syndicale où c'était vraiment les conditions de travail des externes, ce qui va pas, ce qu'il faut changer » (N20), Aux yeux de certains, ces discussions peuvent avoir un caractère « palliatif » : « c'est un peu se voiler la face de faire des groupes de parole pour nous soutenir alors qu'à l'hôpital il faut juste plus de personnel et des rythmes moins durs » (N19).
Soulignons que cette attribution des difficultés relationnelles au seul contexte institutionnel peut traduire une « simplification » de la problématique de la rencontre clinique lors de ces premiers stages hospitaliers, en omettant complètement les aspects émotionnels liés à ces premières relations médecin-malade.

Plusieurs interviewés évoquent un apport direct du groupe, qui leur aura « donné envie (...) de plus discuter avec les patients » (N6), avec aussi une amélioration de l'écoute vis-à-vis des collègues et des patients (N12 et N15), ce qui équivaudrait à une amélioration de l'empathie, si l'on considère la définition selon laquelle elle est relié à la capacité d'« écouter le patient » (N12).

Si la formation « permet d'être un peu plus empathique » (N15), c'est également grâce au miroir que sont les autres : « tu t'observes en observant les autres » (N17). On retrouve ici une *démarche réflexive* suite à la participation au groupe qui permet de questionner ses propres pratiques (N17) et rend possible le fait de cerner l'impact des émotions dans la relation médecin-patient, « seule façon d'avoir une vrai empathie » (N18).

Nous pouvons citer en guise d'exemple les propos d'un étudiant pour qui la participation au groupe a permis la prise de conscience de ses mécanismes de défense concernant les situations en fin de vie : le comportement d'évitement vis-à-vis de ces patients (vus en dernier, voire pas du tout). Cette mise en lumière lui a permis de changer son comportement en stage (N17).

On note là l'identification de mouvements transférentiels et contre-transférentiels dans la relation médecin-patient, la base de la démarche Balint, et l'effet de ce type de réflexion sur l'attitude du médecin.
D'autres étudiants n'ont pas ressenti le bénéfice de ces échanges : « les cas racontés, ça n'apporte rien aux autres, ça va juste t'aider toi à te sentir mieux » (N14) et le travail du groupe « n'a pas permis d'avoir une autre vision de la situation » (N23).
C'est également la perception de ceux qui préconisent un apprentissage de l'empathie par la pratique de la relation médecin-malade, « en voyant des patients », ou à travers les ECOS et les jeux de rôles qui permettraient de « réfléchir en mode 'comment je vais faire ?' » (N22).

- <u>E- Perception du rôle de l'animateur</u>

Tout d'abord il nous paraît important de revenir sur les différents termes utilisés par les interviewés pour désigner le leader du groupe : « animateur » est celui revenu le plus souvent, mais il s'agissait du terme employé par l'investigatrice.

Certains ont utilisé spontanément d'autres mots :

Ainsi, le terme « encadrant » est associé à la perception d'une ambiance peu propice à la confidence sur les émotions, du fait de remarques ayant entraîné un certain malaise et la notion d'un cadre ressenti comme « trop rigide » (N11).

Le mot « modérateur » est utilisé *a contrario* de ce que le vocable peut couramment signifier, à savoir quelqu'un qui peut chercher à concilier des points de vue opposés ou d'animer un débat. Le terme est évoqué pour décrire un enseignant qui « ne modérait pas assez » et dont les interventions sont critiquées du fait de leur orientation trop « psychanalytiques ». Notons que les interventions de ce « modérateur » sont comparées à celles des médecins qui animaient les jeux de rôles qui, eux, « comprenaient mieux » le ressenti des étudiants (N9, N17).

Le vocable « intervenant » (N3, N7, N18), dépeint l'attitude d'un enseignant qui « interviendrait trop » et « ne nous laissait pas assez nous exprimer entre nous sur nos ressentis » (N12), ou encore perçu comme cadrant le temps de parole (N26) ou relançant la dynamique du groupe si besoin (N1).
On retrouve ici l'idée d'un leader là pour prendre part à la discussion avec un rôle *interventionniste* qui va être plus ou moins bien vécu selon les attentes des étudiants et la place prise par ces interventions.

Le terme « médiateur » se réfère à un leader qui « reformulait (...) tout ce qu'on disait (...) complètement à côté », ne correspondant pas à l'attente « qu'il s'adapte à notre conversation plutôt que l'inverse. » (N24).
Nous sommes donc dans une position où le leader est décrit comme quelqu'un qui aurait dû « être flexible » alors que dans les faits « on aurait dit qu'il avait une liste de sujets à aborder et qu'il essayait de tout ramener dans sa check liste » (N24), ce qui renvoie à une position assez rigide et éloignée de l'idée qu'on se fait spontanément d'un 'médiateur'.

Le mot « formateur » apparaît une fois, mais est immédiatement remplacé par celui d'« animateur » dans ce groupe où le « manque de cadrage » est évoqué et qui n'est justement pas perçu comme formateur, comparativement aux gardes aux urgences vues comme plus instructives que les enseignements de la faculté.

Enfin, on désigne par le terme « la prof » un leader vue comme fermée d'esprit, directive, voulant amener les étudiants à considérer l'existence d'une vérité unique, ce qui a nui au travail du groupe : « à la fin on en débriefait nous entre nous sans la prof et là ça parlait un peu plus » (N23).

Différentes visions du leader ont été mises en évidence lors de nos entretiens :

- Une de ces perceptions était associée au fait que le leader soit médecin – ou non.

Pour certains, cela était une « nécessité » : « Elle était géniale, hyper à l'écoute » et médecin donc « comprenant ce qu'on vivait » (N15). Et l'on peut là cerner le rôle des mécanismes d'identification qui peuvent être un support pour les étudiants dans le processus de construction de leur propre identité professionnelle.
... Alors que, pour d'autres, un leader non-médecin apporte un regard différent (N10, N18)
« Elle était douce avec des interventions intéressantes [psychologue], (…) on sentait qu'elle avait aussi l'expérience de la souffrance » (N18).

Mais à ce sujet, des visions différentes - voire opposées - émergent aussi. Alors que les interventions d'un psychanalyste permettaient, aux yeux de certains de « mettre un nom sur le centre de la problématique » et d'apporter une autre perspective sur la situation : « elle est passée complètement à côté de ce que je voulais dire mais du coup elle m'a montré autre chose (...) elle cherchait vraiment à nous faire réfléchir » (N27), pour d'autres, l'approche psychanalytique « n'était pas nécessaire » (N9) et a été mal vécue : « je n'ai pas apprécié qu'il s'approprie mes problématiques » (N24).

- L'autre aspect de ces perceptions du leader était moins lié à sa profession qu'à la manière dont il animait le groupe.

Ainsi, un médecin qui partage ses conseils et son expérience a pu être vécu de façon positive par certains (N7, N16) : « L'intervenante elle disait des exemples de cas qu'elle avait eu et après on disait comment, qu'est-ce qu'on aurait pu faire de mieux et chacun donnait des petites idées et c'était bien » (N7). Alors que d'autres ont trouvé que ces partages d'expérience « prenaient trop de place » (N25).

Pour d'autres, il était capital que le leader permette à tout le monde de s'exprimer : « Ce n'était pas du tout un partage de ce que lui peut vivre mais au contraire à rebondir sur ce qu'on disait en suscitant des questions (...). Les réflexions venaient vraiment de nous-mêmes » (N8) et qu'il laisse les étudiants au centre de la discussion : « C'était très bien parce que à chaque fois il relançait sur 'ton point de vue' » (N1).

Trois types d'attitudes du leader ont été jugés négatifs par les étudiants :

- *Une attitude « trop directive »*

« Un leader qui a pris la main sur le groupe... et l'a gardé pendant toutes les autres séances » (N3), qui « coupait assez souvent la parole » (N12, N25),

Ou encore une leader qui « parle beaucoup d'elle (…) on avait l'impression que c'est elle qui avait besoin de se décharger » (N20).

- *Une attitude « de retrait » :*

« L'animatrice n'apportait pas assez d'éléments pour qu'on discute » (N14) ou bien « elle était trop calme (…) c'était pas du tout actif et ludique » (N19).

- *Une attitude perçue comme « critique », voire « de jugement » :*

« Parce que là y avait des interventions même un peu culpabilisantes quoi, enfin c'était plus le ton utilisé qui était culpabilisant, ou en tout cas nous on l'a pris comme ça » (N21).

Le positionnement du leader ressort comme une variable d'intérêt majeure dans la perception qu'ont eu les interviewés du travail du groupe d'inspiration Balint. La qualité du travail réalisé est donc perçue comme « intervenant-dépendant » (N1, N10, N15).

L'analyse des propos des étudiants amène à mieux cerner leurs attentes vis-à-vis des leaders. Alors que certains attendaient « des conseils pour gérer situations difficiles » (N13), ou « qu'il mette une conclusion aux histoires » (N14), d'autres espéraient une personne objective et ouverte d'esprit (N23), étant « là pour nous écouter » (N25), « en retrait mais pas trop » (N13), afin de dynamiser le groupe (N15) sans prendre le dessus et qui les fasse « plus débattre sur comment… enfin pourquoi on se sent mal » (N14); au final un leader qui « s'adapte à notre conversation plutôt que l'inverse. » (N24).

Il est intéressant de mettre ces perceptions en regard de ce que Balint a pu décrire comme les qualités souhaitables pour un leader. En théorie le leader est décrit comme devant « se fondre » dans le groupe (67), sans s'installer dans une position de supériorité par rapport aux participants (65). Son rôle est de créer un environnement propice au partage et de guider les participants dans la mise en lumière des processus impliqués dans la relation exposée (42).

- F- Un lien entre les visions exprimées et les projets professionnels ?

Lors de la réalisation de nos analyses, nous avons repéré des liens entre les projets professionnels des interviewés et leurs visions de l'empathie et de l'enseignement.
Afin de mieux explorer ces constats, nous nous sommes penchés sur les 9 étudiants (33,3%) ayant un projet de spécialité médicale ; parmi 4 qui envisagent la médecine générale (N6, N13, N16 et N17) et nous les nommerons *Groupe 1,* et 5 s'orientent vers des spécialités médicales, à savoir la dermatologie (N2), la cardiologie (N3), la médecine d'urgence (N10), la réanimation médicale (N12) et la pédiatrie (N23), nous les nommerons *Groupe 2*.

Il est intéressant tout d'abord de noter que les étudiants du groupe 1 définissent l'empathie comme la prise en compte et la compréhension des émotions (N16), en prenant la place du patient (N6) et en laissant les émotions « aiguiller » la consultation (N13). Les affects semblent donc avoir une place importante chez ces étudiants qui décrivent une vision assez *idéalisée* du généraliste, qui serait une personne de confiance (N13), plus accessible que le spécialiste (N6), évoluant dans le cadre du libéral plus propice au développement d'une « vraie empathie » que l'hôpital (N17) et qui pourrait être plus proche de ses patients, car connaissant l'entourage de celui-ci, ce qui devrait favoriser l'observance (N13).

Si on regarde les réponses des étudiants du groupe 2, on note que la plupart (4/5) définit l'empathie par la négative : « *ne pas se mettre à la place du patient »*, même si certains évoquent également la place majeure la compréhension des sentiments du patient (N10, N23).

Concernant les groupes d'inspiration Balint, ils sont perçus par des étudiants des deux groupes comme un possible *soutien* en cas de problème (N6) ou d'histoire touchante difficile à gérer (N13), afin de ne pas être isolé (N2).

Les attentes du groupe 2, sont très axées sur une demande de « référentiels » (N10), l'envie de bénéficier d'un partage d'expérience du leader (N3) et de profiter de la vision extérieure d'une psychologue pour obtenir des « repères » (N10). Et les changements dus à ces groupes sont plutôt décrits comme une modification du regard sur les pratiques des autres, avec moins de jugements car '*l'autre c'est moi* ' (N23), sans réelle différence comportementale dans la relation avec les patients.

Dans les deux groupes, des comparaisons sont faites avec les jeux de rôles, décrivant ce mode d'apprentissage comme 'plus concret' (N16), permettant d'apprendre à 'gérer une consultation, l'annonce de mauvaises nouvelles etc.' (N3).

Il est cependant remarquable de noter que tous les interviewés de cet échantillon souhaitent poursuivre l'expérience de ces groupes plus tard. L'idée émerge dans les deux groupes d'un intérêt devant se majorer avec l'expérience et la prise de responsabilité (N12, N13 et N23). Un des étudiants du groupe 1, connaissait les groupes Balint avant, et souhaiterait même pouvoir en animer à l'avenir !

En conclusion, cette comparaison faite à titre purement illustratif fait ressortir principalement une vision très émotionnelle de l'empathie chez ceux se destinant à la médecine générale, ce qui est à mettre en lien avec leur image très idéalisée de celle-ci, probablement dû au fait qu'aucun étudiant n'a jusqu'alors pu faire de stage en cabinet libéral.

IV/ Discussion

- A- Principaux résultats et perspectives

Nous avons pu cerner chez certains interviewés des attentes relatives aux groupes d'inspiration Balint qui se traduisent par une demande de « conduite à tenir » (comment faire/réagir dans telle situation ?) à laquelle le leader serait invité à répondre, notamment à travers le partage de sa propre expérience.

Ceci émerge notamment dans les propos des étudiants ayant défini le Balint par comparaison aux jeux de rôles et aux ECOS, des dispositifs pédagogiques où ils ont pu bénéficier de conseils plus 'théoriques' pour la gestion de la relation.
De plus, il existe une relation que l'on peut qualifier de 'hiérarchique' entre les leaders et les participants, puisque les leaders sont des professionnels diplômés et expérimentés, ce qui peut favoriser les processus d'identification que nous avons relevés, et également la perception du leader comme porteur d'un enseignement à transmettre aux étudiants.

Cette volonté de posséder des *outils* pour permettre d'appréhender la relation se retrouve dans plusieurs entretiens, il s'agit d'étudiants considérant l'empathie comme pouvant s'acquérir à travers un enseignement spécifique. Le leader est alors vu comme détenteur d'un savoir-faire et savoir-être à transmettre, ce qui le positionne *de facto* comme un pédagogue.
Or, cette attente fait écho au sentiment des étudiants d'être désarmés face aux premières expériences relationnelles dans la pratique clinique des stages et peut s'inscrire dans les objectifs de la FRT. Néanmoins, il pourrait être important de mieux définir le cadre et les objectifs des groupes d'inspiration Balint, afin d'éviter une confusion entre une démarche pédagogique « réflexive » portant sur les aspects émotionnels de la relation et une démarche pédagogique « instructive », portant sur les outils de communication.

De même, une définition plus claire du cadre des groupes d'inspirations Balint pourrait aussi contribuer à éviter l'écueil de les voir perçus comme des lieux voués à des débats éthiques plutôt qu'à un travail sur les aspects émotionnels en jeu dans la relation soignant-soigné. Cette perception qui sous-tend les propos de plusieurs interviewés peut s'expliquer par des mécanismes de défense répondant à la difficulté de partager leurs propres ressentis à travers un récit d'une situation clinique. Cela nous parait avoir pu être influencé par l'obligation de présence des étudiants, et avoir eu des conséquences sur les modalités d'intervention des leaders qui se doivent d'encourager la participation et l'implication des étudiants en recentrant le travail autour du vécu de la relation.

On a pu également identifier une attente des étudiants concernant la nécessité d'un espace de parole qui puisse être un lieu de partage et de réflexion sur leur vécu de la place d'externe et de leurs premières expériences de la relation médecin-malade.

Les récits de situations observées lors des stages, laissant entendre une certaine « révolte » vis-à-vis de la hiérarchie hospitalière, peuvent apparaitre, dans une première lecture, comme éloignés de la question de la relation. Cependant, apportant des « contre-exemples », ces récits peuvent justement permettre aux étudiants de tenter de cerner ce qui serait une « attitude empathique », basée sur l'écoute et la compréhension de l'autre - ces mêmes qualités qu'ils veulent retrouver chez le leader et les participants du groupe.

L'espace de parole proposé par les groupes d'inspiration Balint est aussi assimilé à un lieu d'« exutoire » où l'étudiant va pouvoir livrer ses problèmes, poser le *fardeau émotionnel* que représente le fait de « se mettre à la place du patient » lors de ces premières rencontres au cours desquelles la difficulté de trouver *la juste distance* est omniprésente. Le groupe apparaît alors comme un contenant pour la déferlante des émotions et le leader peut être investi du rôle de celui qui permet de cerner les mouvements de transfert et contre-transfert de façon à aider l'étudiant à se positionner en tant que soignant.

L'objectif d'un groupe Balint c'est bien *le travail sur la relation médecin-malade, à partir d'un cas clinique*. Or, il apparait à la lecture de nos entretiens que ce but n'est pas forcément perçu comme tel par les étudiants, ce qui est un défi à relever pour nos leaders.

L'apport de ces groupes d'inspiration Balint parait alors dépendre de l'adéquation entre les attentes de l'étudiant avec le positionnement du leader.

En effet, ces deux variables semblent influencer de façon prégnante le discours de chacun des interviewés. Or, si les attentes des étudiants semblent difficilement modifiables, il parait envisageable de poser un cadre plus précis sur le rôle du leader, en continuant à s'inspirer de la pédagogie balintienne.
Tous les leaders n'ont pas forcément expliqué en début de session ce qu'étaient les groupes Balint, leur origine et le but recherché. Suite aux retours exposés dans ce travail, nous pourrions suggérer la mise au point d'un discours commun à tous les leaders intervenants, qui serait énoncé au début du cycle de formation dans chaque groupe, ou lors du cours magistral de début d'année pour que les étudiants puissent visualiser les objectifs de tels groupes.

Cela pourrait permettre d'éviter de trop grands décalages entre les attentes des étudiants et la réalité du rôle endossé par les leaders, tout en sachant garder l'adaptabilité nécessaire selon le jugement de chacun.

- B- Limites et biais

Notre étude apporte des informations précieuses pour la compréhension du vécu des étudiants concernant les groupes d'inspiration Balint et leur intégration au sein de l'enseignement de FRT.
Néanmoins, il nous paraît important d'expliciter les limites et les biais qu'elle comporte.

Tout d'abord, il existe un biais de sélection, lié au recrutement uniquement d'étudiants *volontaires* pour la réalisation de nos entretiens. Compte tenu de la réalisation de ces interviews à la suite des ECOS, nous étions dépendants des horaires (moins de recrutements sur les groupes de l'heure de déjeuner et de la fin de journée), de la période (difficulté de recrutement lors de la session ayant eu lieu le week-end avant les partiels) et de la motivation des étudiants présents.
Nous avons également un biais dû au fait que l'investigatrice réalisait ce type d'entretiens pour la première fois. Malgré un travail en amont sur la méthode, la thésarde s'est rendue compte lors de la retranscription des entretiens, de moments où elle a pu interrompre trop rapidement un étudiant ou bien manquer d'explorer une idée émergente. Le choix également de la réalisation d'entretiens semi-dirigés par une investigatrice peu expérimentée, a pu conduire à des relances parfois susceptibles d'orienter les propos des interviewés.

V/ Conclusion

En conclusion, les groupes d'inspiration Balint proposés dans le cursus des études médicales nous semblent être source d'un apport réel pour les étudiants, et sont de manière générale plébiscités par ces derniers, malgré la présence d'avis divergents.
Il est néanmoins important de préciser que l'apport décrit par les étudiants peut paraitre éloigné du but initial des groupes selon Balint.

Il nous semble donc capital de clairement expliciter auprès des étudiants ce qu'est un groupe Balint et les objectifs poursuivis par celui-ci afin de minoriser les discordances entre la proposition faite par le leader et les attentes des participants.
En effet, ce décalage émerge comme un facteur décisif de la vision de l'apport de ces groupes d'inspiration Balint par les étudiants.

Concernant le module FRT dans sa globalité, nous pourrions suggérer, au vu de nos résultats, la mise en place des groupes d'inspiration Balint sur une période légèrement plus longue et de façon légèrement décalée dans le temps par rapport au début de l'externat dans l'objectif d'accroitre leur apport.

Il nous parait également important de revenir sur les retours positifs des étudiants vis-à-vis de ce module d'enseignement dans son ensemble, avec des enseignements décrits comme complémentaires et semblant répondre à une vraie demande chez notre population, pour laquelle le début de l'externat est souvent vécu comme un grand bouleversement à travers le vécu des premières relations de soins et des premières confrontations à la souffrance, la maladie et la mort, tout cela dans une institution hospitalière qu'ils se doivent d'apprivoiser.

Cette étude confirme par ailleurs l'intérêt de poursuivre la promotion d'un enseignement autour de la relation médecin-malade, en l'intégrant de manière pérenne à la formation facultaire.

« Chaque groupe Balint est unique,
tout comme les patients se ressemblent mais sont uniques » (68).

VI/ Bibliographie

1. Moreau A. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients.
2. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
3. HAS. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. 2013;76.
4. HAS. Démarche centrée sur le patient Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi [Internet]. 2015 mai.
5. HAS. Recommandation de bonne pratique : Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. mai 2012;
6. Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? BMJ. 18 sept 1999;319(7212):780-2.
7. Rogers CR. L'approche centrée sur la personne. 2013. 544 p. (Ed. Ambre; 2001.).
8. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. Br J Gen Pract. janv 2013;63(606):e76-84.
9. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. Eval Health Prof. sept 2004;27(3):237-51.
10. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. Med Care. mars 1989;27(3 Suppl):S110-127.
11. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. Acad Med. mars 2011;86(3):359-64.
12. Larousse É. Définitions : empathie - Dictionnaire de français Larousse
13. Caliandro S. Empathie et esthésie : un retour aux origines esthétiques. Revue francaise de psychanalyse. 2004;Vol. 68(3):791-800.
14. Maurice Elie. De l'Einfühlung à l'empathie [Internet].
15. Lipps T, Nakov A. L'empathie. De l'empathie en général. L'ensemble de l'empathie aperceptive. Journal de la psychanalyse de l'enfant. 2013;Vol. 3(2):19-37.
16. Shlien. L'empathie en psychothérapie. In: Approche Centrée sur la Personne Pratique et recherche [Internet]. 2010
17. Rifkin J. Une nouvelle conscience pour un monde en crise. :32.
18. Rifkin J. Une empathie nouvelle gagne l'humanité. 15 avr 2011
19. Morse JM, Anderson G, Bottorff JL, Yonge O, O'Brien B, Solberg SM, et al. Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? Image J Nurs Sch. 1992;24(4):273-80.
20. Simon E. Processus de conceptualisation d'« empathie ». Recherche en soins infirmiers. 2009;N° 98(3):28-31.

21. Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S. The “doctor” effect in primary care. La Presse Médicale. 2006;35(6, Part1):967-73.

22. Devonshire CM, Stora N, Suhner N. L’Approche centrée sur la personne et la communication interculturelle. Approche Centree sur la Personne Pratique et recherche. 16 août 2011;n° 13(1):23-55.

23. Maury A. L’empathie clinique : impact de la première année d’internat sur l’empathie : étude de la cohorte Internlife, fiche INDICE. 28 mai 2015

24. Glaser KM, Markham FW, Adler HM, McManus PR, Hojat M. Relationships between scores on the Jefferson Scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care: a validity study. Med Sci Monit. juill 2007;13(7):CR291-294.

25. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. Am J Psychiatry. sept 2002;159(9):1563-9.

26. Larousse É. Définitions : compassion - Dictionnaire de français Larousse

27. Conférence permanente de la médecine générale. Pédagogie de la relation thérapeutique [Internet]. Paris, France: editoo.com; 2003. 181 p. ml

28. Dechièvre D. Empathie: utopie? : sommes-nous prêts à vaincre notre égocentrisme pour des relations harmonieuses et équitables? Editions Publibook; 2006. 300 p.

29. Konrath SH, O’Brien EH, Hsing C. Changes in dispositional empathy in American college students over time: a meta-analysis. Pers Soc Psychol Rev. mai 2011;15(2):180-98.

30. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. Acad Med. août 2011;86(8):996-1009.

31. Maria Ghali, Morgane PailliardTurenne, Nolwenn Bouchet. Evolution sociétale, (R)évolution médicale. La revue du Praticien [Internet]. mars 2018;

32. Batt-Rawden SA, Chisolm MS, Anton B, Flickinger TE. Teaching empathy to medical students: an updated, systematic review. Acad Med. août 2013;88(8):1171-7.

33. HAS UE 1 : Apprentissage de l’exercice médical et de la coopération interprofessionnelle

34. Joubert A. Étude qualitative des déterminants de l’empathie chez les internes en médecine générale. :125.

35. ACGME Home [Internet]. Disponible sur: https://www.acgme.org/

36. Aggarwal R, Guanci N. Teaching empathy during clerkship and residency. Acad Psychiatry. août 2014;38(4):506-8.

37. MRCPUK [Internet]Disponible sur: https://www.mrcpuk.org/mrcpuk-examinations/paces

38. Bessant R, Bessant D, Chesser A, Coakley G. Analysis of predictors of success in the MRCP

(UK) PACES examination in candidates attending a revision course. Postgrad Med J. févr 2006;82(964):145-9.

39. Elder A, McManus C, McAlpine L, Dacre J. What skills are tested in the new PACES examination? Ann Acad Med Singap. mars 2011;40(3):119-25.

40. Balint. Le médecin, son malade et la maladie. Payot; 1960. 325 p.

41. Société Médicale Balint [Internet]. Disponible sur: https://www.balint-smb-france.org/

42. Johnson AH, Nease DE, Milberg LC, Addison RB. Essential characteristics of effective Balint group leadership. Fam Med. avr 2004;36(4):253-9.

43. Eloïse Maincent. Peut-on évaluer des formations à la relation médecin-malade ? Quels en sont les apports thérapeutiques ? 2006;

44. Gourrin É. Apports d'une initiation au groupe Balint dans la formation à la relation médecin-patient des étudiants en SASPAS en DES de Médecine Générale. Étude qualitative par entretien semi-directif. :187.

45. Marie Michel. Évaluation de l'impact d'une Formation à la Relation Thérapeutique sur l'empathie des étudiants en DFASM1 à 6 mois. 2017;

46. Cifali M, Giust-Desprairies F. De la clinique: Un engagement pour la formation et la recherche. De Boeck Supérieur; 2006. 220 p.

47. Piquar D. Les ateliers d'inspiration Balint destinés aux étudiants de 4ème doctorat. Rev Med Brux 2006 ; 27 : S 401-3. 2006;

48. Jaury. Des groupesBalintpour lesrésidents:pourquoi pas? sept 2002;

49. Beck SC. La relation médecin-patient et la formation initiale : l'expérience des groupes Balint pour étudiants de 3ème cycle. :3.

50. Bégot Marion. Perception de la formation à la relation médecin-patient à travers la pratique des groupes Balint chez les internes de médecine générale de la région Centre. 2012;

51. DMG Paris Descartes. Etudes du DMG [Internet]. Département de Médecine Générale. 2014.Disponible sur: http://dmg.medecine.parisdescartes.fr/recherche-au-dmg/etudes-du-dmg/

52. Picard J, Catu-Pinault A, Boujut E, Botella M, Jaury P, Zenasni F. Burnout, empathy and their relationships: a qualitative study with residents in General Medicine. Psychol Health Med. 2016;21(3):354-61.

53. Airagnes G, Consoli SM, De Morlhon O, Galliot A-M, Lemogne C, Jaury P. Appropriate training based on Balint groups can improve the empathic abilities of medical students: a preliminary study. J Psychosom Res. mai 2014;76(5):426-9.

54. Jaury et al. Groupes Balint de Formation à la Relation Thérapeutique chez les étudiants en 4e année de médecine. Effets sur l'empathie clinique par un essai randomisé multicentrique contrôlé. 2018

55. Legrand Juliette. Evaluation de l'efficacité des ECOS sur l'amélioration du niveau d'empathie d'étudiants en DFASM1 de Paris Descartes, mesuré par l'échelle JSPE-MS.
56. Guest et al. How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability 2006 [Internet]. 2006
57. Lingard L, Albert M, Levinson W. Grounded theory, mixed methods, and action research. BMJ. 7 août 2008;337:a567.
58. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
59. Vignemont F de. L'empathie, des réponses aux questions majeures. Le Journal des psychologues. 1 mai 2011;n° 286(3):16-9.
60. Decety J. Neurosciences : Les mécanismes de l'empathie. 2004;4.
61. Dohrenwend AM. Defining Empathy to Better Teach, Measure, and Understand Its Impact. Acad Med. 2018;93(12):1754-6.
62. Even G. Les groupes Balint et leur spécificité : point de vue. Revue de psychotherapie psychanalytique de groupe. 9 juill 2008;n° 50(1):149-60.
63. Cohen-Léon S. Groupe Balint. Approche Balint. Revue de psychotherapie psychanalytique de groupe. 9 juill 2008;n° 50(1):141-8.
64. Netgen. L'approche Balint : une formation à la relation [Internet]. Revue Médicale Suisse.
65. Polomeni A. Formation des professionnels aux soins psychiques Les groupes Balint : un apprentissage de l'écoute. 2014;
66. Torppa MA, Makkonen E, Mårtenson C, Pitkälä KH. A qualitative analysis of student Balint groups in medical education: contexts and triggers of case presentations and discussion themes. Patient Educ Couns. juill 2008;72(1):5-11.
67. Ricaud MM. Le groupe Balint a cinquante ans. Topique. 2001;no 76(3):93-102.
68. Marchand M, Bergeron R-M. Le syndrome Balint. Santé mentale au Québec. 1986;11(2):37.

VII/ Annexes :

A- Guide d'entretien

THEME	RELANCES/SUGGESTIONS
Définition de la notion d'empathie ?	Est-ce que c'est important ? Est-ce que ça s'apprend ? Est-ce que ça peut améliorer le soin donné/la relation avec le patient ?
Vécu des groupes Balint ?	Est-ce que tu as pu exprimer ton ressenti ? Les thèmes abordés étaient-ils représentatifs de ce que tu vis en stage ? Le groupe était-il énergique ? Y-avait-t '-il une dynamique dans les échanges entre vous ?
Aide pour le début de l'externat ?	As-tu l'impression que partager avec des co-externes t'a apporté quelque chose ? Si oui, quoi ? Penses-tu que le groupe a changé ta façon de vivre le stage et tes débuts à l'hôpital ?
Apport pour la relation avec les patients en stage ?	Est-ce que tu as vu une différence dans ton comportement vis-à-vis de tes patients ? Est-ce que tu penses que cela a changé ta façon de considérer le ressenti de tes patients ? Et le tien ?
Intérêt de ce genre de groupe de pair dans une carrière de médecin ?	Vois-tu un intérêt à refaire ce genre d'expérience dans l'avenir, après avoir acquis plus d'expérience ?
Importance de réfléchir sur la relation avec les patients ?	Penses-tu que les médecins se doivent de partager leurs sentiments et ressentis vis-à-vis des situations difficiles ? Si oui, avec qui ? Cela te paraît-t '-il nécessaire/optionnel/inutile ?

B- Tableau des verbatim

Notion d'empathie	« Bah alors l'empathie c'est enfin pour moi c'est savoir se mettre à la place du patient mais sans euh mais sans rentrer dans l'affect euh trop enfin faut pas non plus ressentir euh ce que le patient ressent mais faut savoir se mettre à sa place, se rendre disponible » N1 « il faudrait qu'on se mette à la place de la personne et comprendre ce que vit actuellement la personne euh sans pour autant essayer de prendre sa place c'est hyper important de pouvoir parler de ça bah parce qu'on est des médecins, on est amené bah le relationnel ça va être notre métier » N2 « essayer de se mettre à la place du patient sans vraiment, euh c'est pas de la sympathie quoi c'est pas s'approprier des trucs du patient, enfin pour moi y a une différence entre les deux et ça peut paraître juste une différence sémantique mais pour moi c'est hyper important de pas se mettre à la place des gens enfin, pas s'approprier ce que pensent les gens, par exemple si quelqu'un pleure et qu'on se met à pleurer en face ça casse le truc, ça va être compliqué quoi. Mais en tout cas bien comprendre pourquoi est-ce qu'ils sont là et parfois c'est pas juste euh parfois y a un autre motif que le motif de consultation initial » N3 « c'est créer un lien avec le patient, un lien qui est unique et qui effectivement implique tout ce qui autour de sa vie en dehors de la maladie, c'est le fait de euh de décharger le patient de sa maladie et finalement de lui donner le sentiment qu'il est unique, qu'il a son vécu, qu'il a ses expériences, qu'il a ses projections à lui et (…) c'est pas on souffre avec lui mais vraiment euh lui montrer que c'est une globalité (…) et finalement particulièrement dans la médecine générale » N4 « c'est le fait de justement d'entendre ce que la personne en face de moi me dis et être capable d'entendre la douleur, enfin les ressentis et autres, les émotions quoi, sans me mettre à leur place justement, c'est-à-dire être « ok je comprends » voilà mais c'est pas la compassion, c'est pas « je souffre avec toi » parce que si je fais ça avec tous les patients bah je meurs quoi, donc c'est un peu dommage quoi. Enfin voilà c'est vraiment la juste distance » N5 « c'est quelque chose d'assez naturel de se mettre à la place des autres et d'essayer de faire en sorte que tout aille pour le mieux (…)c'est quelque chose qui est présent enfin qui est toujours présent et qu'on a tendance à refouler dans certaines situations, quand on a pas le temps, quand on doit faire trop de choses » N6 « Ce n'est pas se mettre à la place des patients mais c'est savoir ressentir euh bah ce qu'il ressent pour pouvoir mieux appréhender la façon dont on leur parle » N7 « L'empathie pour moi c'est une relation de confiance que le patient doit avoir en son médecin. Qui dit confiance, dit se sentir compris et être une personne de référence quand ça ne va pas, ne pas avoir peur de poser des questions et d'aller le voir » N8 « Comprendre ce que vivent les gens mais pas forcément se mettre à la place (…) là dans les jeux de rôles par exemple il fallait pas non plus faire les choses à la place des gens, c'est comme ça que je le vois, les pousser à faire des choses mais sans non plus euh les materner » N9 « essayer de comprendre les sentiments sans les vivre pour pas que ça nous affecte donc effectivement pas se mettre à la place de la personne parce que c'est déjà trop loin mais de comprendre les sentiments que ressent le patient en face de nous pour comprendre ses réactions et dans quel état d'esprit il est mais sans pour autant s'imaginer à sa place, enfin c'est théorique parce que je pense que dans la pratique c'est plus difficile que ça… » N10 « la capacité à reconnaitre l'émotion des autres et à la prendre en compte mais sans rentrer dans la sympathie, sans souffrir avec les autres, avoir toujours une séparation entre soi-même, entre son ressenti et le ressenti du patient, savoir garder cette neutralité » N11 « écouter ce qu'il a à dire et Pas forcément se mettre à la place du patient, je pense qu'il y a des situations qu'on ne peut pas comprendre mais essayer de saisir toutes les implications d'une situation » N12 « Pour moi c'est de prendre en compte les émotions du patient et pas les ressentir mais (hésite) lui faire comprendre qu'on comprend ce qu'il ressent, qu'on va l'aider dans ses émotions et en fait aiguiller la consultation en fonction des émotions du patient » N13 « je le vois comme quelque chose qui est très naturel et très compliqué à travailler, enfin quelque chose si on l'a naturellement tant mieux et si on l'a pas c'est difficile à obtenir, enfin on peut s'améliorer mais je trouve ça assez compliqué en fait (…) c'est un peu ressentir, enfin pas vraiment ressentir mais comprendre ce que les gens ressentent et (…)encore plus pour les médecins parce que très souvent les gens ont des problèmes dans leurs vies qui retentissent sur leur état de santé (…) pour moi ça fait partie des qualités d'une personne, enfin on peut essayer de comprendre et analyser tout ça mais, euh… Enfin comme c'est quelque chose d'assez abstrait, du coup à expliquer c'est compliqué » N14 « c'est un peu le juste milieu, c'est pouvoir être là pour le patient et le comprendre mais sans être dans (…) la compassion et sans partager la souffrance des patients parce que sinon ça envahit trop sur la personne qu'on est et ça nous empêche finalement d'être de bon médecin je pense parce que faut quand même qu'on ait un recul nécessaire » N15

	« Comprendre ce que peut ressentir ou exprimer une personne sans forcément le dire… ça ne veut pas dire se mettre à la place de quelqu'un mais quand même comprendre le mécanisme de la réflexion qu'elle peut avoir à ce moment-là, et puis aussi le coté émotionnel, oui c'est ça, c'est comprendre l'émotion du patient mais pas forcément avoir besoin de la ressentir mais le comprendre (…)en fait il faut entendre ce qu'il dit même si parfois il veut dire autre chose et il faut aussi entendre ce qu'il ne dit pas » N16 « pour moi c'est savoir entendre ce que dit l'autre, se mettre à sa place, sans pour autant souffrir avec (…) je suis convaincu que c'est quelque chose qui n'est pas forcément inné, pour lequel faut avoir des outils, si on a pas les outils bah je pense qu'on souffre facilement avec et du coup si on fait ça on peut faire aussi souffrir les autres (…) parce que on va chercher à se protéger et en cherchant à se protéger bah soit on écoute plus les gens soit on se blinde ou on devient cynique, enfin c'est un peu ce qu'on voit à l'hôpital (… fin de l'entretien, complète son point de vue sur l'hôpital) la première c'est le côté hiérarchique de l'hôpital qui ça, pour moi laisse pas ou peu de place avec le manque de moyen et le manque de temps aux praticiens, alors que chez les libéraux ils sont leur propre patron (…) et surtout ils ont l'histoire des gens, de leurs familles, leur travail c'est plus sur une histoire, ils connaissent toute la famille, je pense que ça créée de l'empathie quand on connait les enfants d'une personne, enfin y a tout ce suivi qui existe moins à l'hôpital» N17 « c'est la capacité de pouvoir écouter les gens et les comprendre et leur faire comprendre qu'on a compris (rire) et je pense que c'est hyper important (…) enfin par rapport à quand je vois certains PU en consult, ils disent, enfin ils répondent à la question qu'ils ont bien voulu entendre du patient alors qu'ils répondent pas à la question du patient et je trouve ça hyper frustrant à voir (...)l'empathie c'est aussi réfléchir à ça quoi... c'est comprendre l'autre et la dedans y a une part d'anticipation sur ce que la personne va nous dire et bah là elle va se sentir comprise et ça va renforcer l'empathie, bref donc être dans une attitude d'écoute mais active...» N18 « la sympathie c'est juste être gentil avec quelqu'un, l'empathie y a plus une notion d'échange, de compréhension de l'autre, d'une sorte de relation qui se créée et du coup l'autre sent une certaine bienveillance en face mais c'est un peu malgré nous quoi, on est pas sympa parce qu'il faut être sympa c'est "on crée cette relation" et du coup ça met en confiance l'autre et du coup lui il perçoit ça comme quelque chose de sympa... c'est un échange qui mène à quelque chose de sympathique mais y a eu l'échange en plus... mais ça peut être plus "théorique" en quelque sorte l'empathie, je pense, parce qu'on peut être empathique avec ses patients alors qu'on a aucune raison d'être sympa avec eux mais en fait on peut être empathique parce que bah on les comprends, on est à leur écoute et du coup eux ça va être agréable pour eux mais nous c'était pas forcément l'objectif d'être agréable, y a pas de sentiment derrière je trouve dans l'empathie » N19 « S'intéresser à l'impact qu'on peut avoir sur le patient et comment le patient vit le fait d'être patient, enfin comment c'est vécu par lui et vraiment comprendre ce que le patient ressent pour pouvoir répondre à ses questions » N20 « L'empathie c'est écouter les gens et essayer de comprendre les émotions qu'ils peuvent ressentir et essayer de réagir en fonction (…) c'est pas la même chose parce que compassion c'est genre : ahh je suis vraiment trop désolée, c'est horrible alors que empathie c'est plutôt : ah bah je comprends, j'essaye de comprendre et on va essayer de traiter ça ensemble. Enfin l'empathie y a plus de détachement, c'est plus professionnel comme rapport que la compassion, qui est face à un ami, face à un proche... » N21 « Pour moi c'est "souffrir avec" c'est réussir à se mettre à la place du patient et partager sa souffrance, pour la définition que j'ai, en médecine en tout cas c'est comprendre la souffrance d'un patient pour mieux le prendre en charge en se mettant à sa place » N22 « Le fait de réussir à comprendre les sentiments des personnes qui sont en face de nous tout simplement, pas forcément les ressentir exactement mais juste comprendre » N23 « C'est être capable de comprendre assez bien les émotions et les ressentis du patient pour écouter ses problèmes et pour pouvoir répondre à toutes ses interrogations même celles qu'il ne verbalise pas (…) c'est important de saisir toutes les perches qu'elles soient verbalisées ou dans l'attitude » N24 « C'est essayer de se mettre à la place du patient pour essayer de comprendre ce qu'il peut ressentir sans le ressentir nous-même parce que sinon c'est malsain (…) je pense surtout que c'est subjectif donc ça veut dire qu'on a une idée de l'empathie qui peut être différente et c'est intéressant de voir ce qu'un enseignant peut nous dire. Après je pense qu'effectivement il n'y a pas une seule définition mais ça peut se travailler » N25 « Écouter, savoir écouter, savoir aussi questionner pour essayer de construire une solution avec le patient... et prendre le temps, laisser parler, se poser des questions, s'interroger sur comment aider l'autre » N26
Vécu des groupes d'inspiration Balint	« y avait une bonne synergie euh tout le monde discutait un peu on se donnait des petits conseils euh voila et l'intervenant était vraiment pour relancer toujours euh enfin je trouvais que c'était très bien fait parce qu'à chaque fois il relançait (…) sur « ton point de vue » ! » N1 « on pouvait un peu se mettre à la place de son camarade qui a eu cette expérience (...) c'était vraiment très très bien après c'est franchement je pense que c'est le meilleur format, le meilleur endroit, les meilleurs gens avec qui être, enfin parce que même si j'étais avec des copains euh je pense pas qu'en dehors de ce groupe la je parlerais autant de ces situations la » N1 « c'est hyper important de partager et tout moi je pense que la parole c'est la première thérapie [pour le médecin NDLR] » N2

	« c'est vraiment des amis de longue date donc (…) on osait parler de ce qui nous tracassait (…) forcément la parole est très libérée dans ce groupe et je trouvais que c'était pas mal parce que euh ça faisait émerger des choses auxquelles on penserait pas forcément et (…) on se rendait compte que sur beaucoup de questions dès qu'on les poussaient un peu et bah on était absolument pas d'accord et qu'on avait des façons de voir la médecine très différentes et (…) ça permet de se rendre compte que y a pas toujours un meilleur choix à faire mais je pense qu'il faut juste croire en ce qu'on fait et être cohérent dans ce qu'on fait mais se rendre compte que y a pleins d'autres façon de pratiquer qui existent (…) se rendre compte de ça je trouve jeune c'est important » N4 « ça c'était super bien ! enfin surtout là au début de l'externat parce que moi je suis en D2, parce que des fois il nous arrive des trucs de ouf donc c'est cool de pouvoir en parler je trouve que ça nous aide sur le côté « bah il s'est passé ça, qu'est ce que j'aurais pu faire ? et vous vous auriez fait quoi ? » et aussi le fait de dire, enfin pas forcément la bonne manière de faire mais déjà d'avoir d'autres idées, enfin ne serait-ce que le fait d'en parler, de décharger ça évite que à force de se prendre des trucs un peu horribles dans la gueule ou d'être dans des situations qui sont difficiles de se dire « ok je peux pas le supporter » et ça permets d'être moins dans la défense et de pas mettre de mur parce que forcément si on mets un mur, on est moins empathique. Et donc le fait d'en parler ça fait qu'on est pas forcément obligé de construire des barrières monstrueuses parce qu'on a des endroits où on peut décharger et c'est important » N5 « Ça m'a aidé quand même de me dire que voilà, tout le monde rencontre des situations difficiles, tout le monde est un peu démuni parfois face au patient et que c'était normal et voilà et le fait que y en a qui disent « ah ouais au fait j'ai discuté avec un patient comme ça » ça m'a aussi donné envie moi de plus discuter avec les patients » N6 « y avait beaucoup de silences euh c'était un peu malaisant parfois mais sinon quand y avait des histoires à raconter c'était super intéressant surtout le débriefing après (…) enfin ça c'est juste en rapport avec le nombre de séances du coup mais après c'était excellent comme truc (...) y avait 2 filles qui ont parlé de la première fois où elles ont vu des patients mourir (…) et du coup c'était intéressant de voir parce que elles ont raconté et comme j'ai entendu leurs expériences, j'ai vécu après la mienne et c'était intéressant d'avoir ces notions, c'était mes amies en plus les 2 filles et elles me l'auraient pas raconté je pense aussi précisément si c'était pas en groupe balint » N7 « En D2, c'était bien et aussi parce que notre groupe y mettait de la bonne volonté. Je pense que ça a pas mal joué donc on a pu tirer profit. Là je sais que par rapport à l'année dernière on a pu choisir notre groupe c'était trop bien donc le cadre aide vachement aussi. » N8 « les gens s'écoutaient pas trop, ça partait souvent en débat, donc c'était un peu dommage ça mais je pense que c'est très différent selon les groupes après c'était intéressant d'avoir l'expérience du médecin, quand il nous racontait un peu (...) peut-être que des gens qui avaient des trucs à dire d'intéressant ont pas osé, enfin ça doit dépendre des groupes aussi » N13 « c'était pas forcément des histoires qui posaient problème, enfin parce que j'ai pas eu personnellement de souci, après c'est juste que (…) y avait des choses où je me disais « tiens c'est bizarre j'aurais pas fait comme ça » ou « tiens nous on nous apprends ça et là il fait différemment » donc c'était pas forcément du relationnel pur, enfin c'était plutôt genre des patients qui sont au courant de rien, de pourquoi on les a opérés, des choses comme ça où la moi ça me choquait (…) moi ça m'a marqué vraiment personnellement et avec mes co-stagiaires ça les avaient marqué aussi, ou pas (…) ça dépend déjà de nos émotions personnelles, de notre vécu avant, de notre vie avant quoi, enfin moi par exemple y a des choses ça m'a marqué parce que ça me rappelait ma famille ou alors ça me fait rigoler parce que ça me rappelle des situations que j'ai vécues mais du coup les gens qui ont pas vécu la même chose que moi bah forcément ça les marquent pas (…) après moi je trouve que parler sur des histoires en mode « là je me suis mal sentie » enfin moi je trouve que la FRT c'est pas trop mon truc pour ça, enfin c'est vrai que moi j'ai la chance d'avoir une famille où si je le fais, bah même si ils sont pas médecins à la maison, ils vont m'aider à me sentir mieux et je trouve que du coup le faire en groupe de FRT ça apporte rien aux autres, ça va juste t'aider toi à te sentir mieux mais ça apporte rien aux autres alors que les histoires où on parle de « est-ce que ça je l'aurais fait ou pas ? » bah ça ça apporte plus à tout le groupe » N14 « ça s'est hyper bien passé mais (…) j'ai l'impression que ça dépendait vachement cachement de la personne qui animait le groupe et bah moi c'était une hémato et franchement elle était géniale, elle était hyper à l'écoute, en même temps c'était un médecin donc elle comprenait ce qu'on vivait (…) tout le monde se vide de son bagage même c'était pas du tout en lien avec le thème, on sentait que y avait des gens qui avaient besoin de sortir des choses qui sortaient et c'était bien (…)en fait je trouve, enfin à partir de 2 séances on se rend compte de l'apport énorme que c'est, parce déjà l'externat c'est quand même super dur à vivre et en plus, moi, mais je pense que je suis pas la seule, bah d'avoir personne en médecine dans ma famille, mes copains sont pas du tout là-dedans non plus enfin voilà, bah en fait du coup on peut pas du tout échanger, au début on en parle, moi au début j'en parlais tout le temps (NDLR : à de gens de l'extérieur) et puis finalement on comprends qu'on soule les gens, qu'ils comprennent pas (…) du coup juste se retrouver avec pleins de gens qui vivent la même chose et juste pendant 1h pouvoir tout sortir son bagage et tout bah en fait ça faisait qu'au bout de 2-3 séances on avait tout dit je trouve, on avait plus du tout besoin quand on voyait d'autres personnes de parler de ça, on pouvait vraiment se vider la tête et pas avoir besoin de déverser son trucs enfin je sais pas mais je me sentais vachement soulagée (...) c'était soit des histoires par rapport aux chefs, enfin parfois on parlait hiérarchie, des trucs compliqués etc mais souvent le plus souvent c'était par rapport aux malades, euh les situations hyper difficiles (ex annonce de SIDA stade lymphome chez jeune…) et je trouve, au début de l'externat c'est compliqué de les vivre (…) Et après le côté acte aussi, comment se positionner en tant que petit externe qui sait rien faire, euh dans la chambre d'un patient et sans

	mentir et sans se faire passer pour le médecin hyper expérimenté et en même temps sans être trop distant… enfin trouver sa place quoi» N15 « c'était sympathique mais dans mon groupe du y a eu 2 fois où la formatrice, enfin l'animatrice n'était pas là du coup on a attendu un peu et on s'est cassé, apparemment finalement elle était pas disponible (…) juste on regroupe des étudiants ensemble pour parler de situations particulières ensemble alors que (…) on se regroupe tous entre étudiants tout le temps mais on parle de nos soirées, de nos fêtes, de nos vies mais on parle pas vraiment de ce qui se passe dans un contexte en fait… et c'est le contexte qui est intéressant donc ça c'est plutôt agréable de pouvoir discuter de certaines choses (…) y en a quelques-uns qui vont parler et les autres ils vont juste… attendre que ça se finisse ou dire un mot si jamais on les interpelle face à un truc (…) y a une grosse minorité d'étudiants qui vont juste voir ça comme étant relou, juste on vient parce que c'est obligatoire » N16 « Dans mon groupe et bah c'était assez chouette, on était avec un psychiatre qui du coup nous laissait beaucoup parler, intervenait très peu mais recadrait quand on sortait un peu de l'exercice (…) moi par exemple j'étais dans un service de médecine interne, on voyait pas beaucoup de gens mourir et puis à un moment donné j'ai rapporté une histoire qui moi m'avait choqué, un patient qui avait 3 grosses pathologies, un cancer plus d'autres trucs une tuberculose et je sais plus quoi et moi je m'étais dit "ça fait beaucoup pour le même homme" et ouais du coup c'est quelque chose qui m'avait marqué j'avais envie de partager cette histoire et à la fin de l'histoire, y a une de mes co-externes qui me dis "c'est tout? c'est rien du tout ça !" et en fait elle elle était en réanimation et du coup elle voyait des gens mourir tous les jours... et du coup ça m'a tout de suite montré de ne pas oublier d'où on vient et des premiers ressentis qu'on a eu parce que c'est pas normal de voir des gens avec des pathologies comme ça et que bah si on part dans un service de réa et bah je pense que l'empathie peut-être qu'elle chute beaucoup plus vite chez ces gens-là que chez quelqu'un qui va y aller graduellement (différence quand patients plus graves vus plus tôt ?) du coup on va se blinder plus vite, enfin après voilà ça me disait juste que ces groupes c'est bien parce que ça permet de se rendre compte qu'on a d'autres camarades qui sont comme nous et qui ont vécu des trucs parfois bien pires, parfois beaucoup plus légers et que ça fait une moyenne un peu quand on peut en parler... enfin en tout cas moi ça m'a apporté de pouvoir en parler, et puis le fait de voir que y avait des étudiants en souffrance et à qui ça faisait du bien d'extérioriser des trucs qu'ils avaient vécu (…) j'ai trouvé que c'était très bien dans la mesure ou y a le premier patient qui nous marque et du coup je trouve ça bien de pouvoir en parler parce que je sais que moi chez moi je peux en parler, par exemple à ma copine mais très vite elle m'a dit "ça va là, moi les trucs lourds je peux pas" et pareil avec les potes (...) les patients qui étaient proches de la mort de manière générale, qui avaient des maladies compliquées, dans mon groupe de patients j'en avais 4 ou 5, très fréquemment, naturellement j'allais les voir en dernier... en fait même parfois j'allais pas les voir parce qu'en fait je pense que ça me faisait un peu flipper aussi et donc le fait d'avoir FRT et de l'avoir remarqué en FRT bah du coup je portais un regard différent et je sais que parfois j'ai un peu la flemme parce que j'ai pas envie de voir trop de trucs euh "dark" quoi et du coup maintenant au final j'y vais pour les voir et même avant les autres patients » N17 « ça s'est bien passé parce qu'on a pu choisir avec qui on était, euh je pense que ça change vraiment, bon après y en a peut-être pour qui être avec ses amis ça empêche de se lâcher, de se libérer de certains trucs mais je pense que c'est pas ça la majorité... Enfin après nous y avait un truc c'est qu'on était un groupe d'amis où on était habitué à parler entre nous et faire de l'introspection parce qu'on est faluchards... enfin je ne sais pas si tu sais mais à P5 le cœur de ce qu'on fait c'est ce côté introspectif, c'est un travail énorme qu'on a du faire pour être faluchard (...) Et du coup la FRT ça s'est hyper bien passé parce qu'on savait parler de tout ça. Le côté "je fais le mec devant mes amis" il a pas existé mais nous c'était hyper bonne ambiance, on était contents de se retrouver, de partager nos histoires et nos avis, en revanche ce que je n'ai pas trop aimé c'est qu'on a eu beaucoup de séances au début de l'année plus rien... après c'était les jeux de rôle mais là c'est pas la même finalité ! » N18 « et c'est vrai que parfois avoir des personnes qui sont là mais qui ne participent pas à la discussion euh c'est un peu bizarre, après je comprends moi j'ai tendance à être un peu réservée, un peu timide mais là c'était au-delà de ça et du coup parfois c'était bizarre de juste déballer son sac, après d'en parler et d'avoir des gens silencieux » N20 « L'année dernière j'étais en Erasmus en Angleterre et du coup des groupes de parole, de simulations, d'annonce de mauvaise nouvelle, etc on en faisait toute l'année en fait, y avait une séance par mois environ (…) où on finissait sur nos ressentis, et du coup j'avais un peu ce biais-là, du coup l'externat je connaissais déjà un peu parce que j'ai fait toute l'année dernière à l'hôpital en plein temps donc ce n'était pas nouveau pour moi. Du coup je trouve que ça m'a plus aidé dans le sens où ça fait du bien de parler à d'autres externes, de voir si ce qu'on ressent est normal, si la façon dont on réagit est plutôt homogène avec les autres (…) Enfin il n'y a pas une manière de réagir mais y a des réactions qui sont plus ou moins cohérentes, et de savoir de ce qu'on fait n'est pas aberrant ça rassure un peu » N21 « Pour moi c'était plus comme un groupe de parole, un truc de partage, en mode « si jamais y a des élèves qui ont des trucs sur le cœur » (…) et du coup c'est un truc pour que les gens parlent et moi j'ai pas trop de problèmes là-dessus donc j'y allais et c'était sympa de partager mais j'ai pas vraiment trouvé d'apprentissage d'empathie ou même de discussion sur l'empathie en FRT (…) je pense que pour les personnes qui sont pas trop entourées c'est génial parce que c'est top de parler avec des étudiants en médecine de ce qu'on vit » N22
Vision du Balint	« on a besoin à mon avis toute la vie d'un petit support comme ça ouais d'un exutoire enfin d'un endroit où on peut tout dire sans jugement etc et à mon avis toute la carrière de médecin je pense que c'est utile, quoi euh on est jamais parfait » N1

	« je pense que si j'avais fait face à un problème euh une attitude inadaptée d'un médecin ou avec un patient euh ça m'aurait bien aidé je pense (...) dans l'idée ouais c'est pas du tout aberrant ce genre de (hésite) cours quoi enfin c'est pas vraiment des cours mais voila enfin cet enseignement » N2 « c'est hyper utile, et surtout à posteriori, c'est-à-dire que c'est utile dans le sens pas que sur le moment en tant qu'étudiant. Si tout le monde passe par ça on peut avoir l'espoir que, nous qui sommes la prochaine génération, et bah dans l'hôpital, sans avoir besoin forcément de se référer et de faire des petits groupes après, mais que les personnes qui sont passées par là également seront plus à l'écoute » N5 « Alors relationnel à proprement parler avec les patients, je ne sais pas trop (…) Je trouve que dans les situations, là typiquement, les jeux de rôle la ça a permis de donner 2-3 clés, des manières de faire ou des idées de manière de faire qu'on mettra plus ou moins en application en tant qu'interne ou en tant qu'externe (...)Moi ce qui me choque pas mal depuis le début de l'externat c'est quand même aussi relationnel inter-hospitalier, entre chefs, etc. Je pense que là-dessus il y aurait plus à approfondir. » N8 « ça faisait plus un sas de décompression où on pouvait parler librement de ce qu'on avait vécu (…) ça permettait d'avancer, enfin de dire « voilà celui-là c'était un cas compliqué mais je peux avancer ». Après en stage on y pense pas forcément mais (…) on va plus facilement dans la relation, en tout cas ça facilite les choses (…) les autres réfléchissait à notre cas en fait c'était plus ça l'intérêt, et on voyait des choses qu'on avait pas forcément vu et eux nous reposait des questions ça c'était intéressant parce que des fois on pense un peu toujours de la même façon donc ça de confronter à d'autres pensées… » N9 «Après j'ai pas senti que ça m'a manqué le fait de pas pouvoir m'exprimer, enfin les choses que j'avais à exprimer j'en ai parlé avec des amis, avec ma famille (...)ça doit être utile, enfin j'imagine surtout pour les internes (…) vous pouvez être quand même assez pris dans le travail donc ça peut être intéressant d'avoir un truc ou on peut se poser et parler mais après je sais pas si on a besoin vraiment d'un groupe parce que y a beaucoup de gens qui le font spontanément donc c'est vraiment des groupes pour les personnes qui spontanément aurait du mal à parler et qui vont pas d'elles-mêmes aller voir quelqu'un pour livrer une situation difficile, donc je pense que ça dépend vraiment des gens parce que y a des gens qui vont aller voir leurs amis, leur famille si y a des médecins et qui vont tout déballer et ça va être bien et puis y a d'autres personnes qui s'entendent pas forcément bien avec leur co-stagiaires, qui ont personne qui font médecine dans leur famille et donc là pour ces gens-là les groupes de parole sont utiles et y a des choses à dire» N11 « J'ai trouvé ça intéressant de voir la réaction des uns et des autres qui peut être totalement différente. Après je suis un petit peu plus âgé donc c'est vrai que parfois ce n'est pas trop le même ressenti et tout. Mais il y a des trucs universels sur lequel on se rejoint. (...) ça a quand même déjà mis l'accent sur l'écoute. (NDLR : avec les patients) » N12 « moi ça m'a pas particulièrement aidé mais je pense que si j'avais vécu un truc qui m'avais touché ça aurait pu m'aider mais la du coup ça m'a pas servi à grand-chose, en tout cas moins que les jeux de rôle (…) Parce que les jeux de rôle on s'entraine vraiment à la vraie vie et y a le médecin derrière qui nous donne des conseils et y a trucs ça parait évident mais ça ne fait pas de mal de se le rappeler (...) peut-être que ça serait mieux en tant qu'interne parce qu'on a muri et qu'on voit ce qui est important et qu'il nous est arrivé plus de choses (…) je pense que c'est quand même plus intéressant en vieillissant qu'au début de l'externat(…) moi j'avais rien à raconter là et puis bon y avait toujours le problème que les gens s'écoutaient pas trop » N13 « je trouve que si y a vraiment des choses qui nous ont marquées personnellement je pense que c'est pas le lieu où les personnes vont se confier sur les choses qui vraiment les ont bouleversés parce qu'on est en groupe, parce qu'ils connaissent pas… enfin moi je sais que je trouve ça plutôt avec les gens que je connais ou sinon si y a vraiment des choses qui ont pas bah avec des psychologues, des chefs mais vraiment quelque chose de plus personnel parce que la vraiment je trouve qu'on est trop pour parler des choses qui nous bouleversent vraiment (…) du coup ça dépend de qui raconte, ce qu'il raconte, comment il se sent vis-à-vis de ça, enfin y en avait dans le groupe il racontait des histoires qui s'étaient passées y a 3 ou 4 ans et là on voyait que raconter ça les bouleversait encore, y en a un qui disait « ah c'est la première fois que j'arrive à raconter normalement » donc y a des gens que ça aide et ça leur fait du bien tout ça mais moi personnellement ce n'était pas le cas (...) au final c'est des trucs philosophiques et que personne sera d'accord et que dans 10 ans si y a le même problème on se reposera les mêmes questions avec du coup ce qui a évolué sur notre vécu, mais en fait c'est juste des questions qui ont pas de réponses et du coup on peut parler dessus pendant des heures mais au final tout le monde fera toujours pareil, enfin peut-être que certains changeront un peu leur manière de faire avec les groupes de parole ais au final comme ça a pas vraiment de réponse bah à chaque fois que la situation elle reposera problème bah on se reposera les mêmes questions quoi (…) en tout cas moi si j'ai un problème de ressenti je pourrais en parler en groupe mais c'est pas là que j'en parlerais en priorité. » N14 « je pense que justement les enseignements qu'on a maintenant sont vraiment biens, enfin tout ce qu'on a eu depuis la P1, chaque année y a eu des trucs différents mais ça fait que c'est une vraie part de notre formation et je trouve que justement je pense que ça fait une vraie différence avec l'ancienne génération qui pour le coup avait pas du tout cette formation et qui du coup nous choque à l'hôpital parce que justement on repense parfois, enfin genre surtout en P2 quand on allait en stage juste pour des journées là bah on a été hyper choqués de voir des trucs à l'hôpital qui étaient l'inverse de ce qu'on nous avait enseigné même en P1 juste dans des polys (…Ex des conversations devant la chambre du patient porte ouverte / des chefs qui parlent au patient en terme ultra médicaux etc..) (…) parfois on a l'impression de perdre notre temps et bah au final quand on voit ce genre de trucs

	on se dit que non, et ça ne sera pas possible qu'on fasse pareil parce qu'on l'a vraiment répété, rabâché et que ça nous parait logique justement de faire attention » N15 « Probablement que dans la façon dont je suis avec les patients ça va être un peu différent (...) ça permet plutôt de me poser des questions mais après je sais pas trop (…) je sens pas vraiment forcément de changement juste sur la FRT... les jeux de rôle c'était différent » N16 « moi je pense que c'est super et j'en suis déjà convaincu, parce que je connaissais déjà avant les groupes Balint et j'ai fait un DU en plus y a 2 ans et j'avais vu pleins de praticiens justement libéraux qui se sentent très seuls et dont une des demandes les plus fortes ça serait de pouvoir se regrouper au moins une fois par mois entre cardiologues, entre médecins généralistes pour parler des cas durs et donc ouais moi c'est quelque chose que je referais voir que j'aimerais bien animer pourquoi pas parce que moi ça me plait bien (…) à plus forte raison si je suis libéral où on se sent très seul et je pense que pouvoir se retrouver à 4-5 généralistes déjà ça apporte en soi et puis pour se rendre compte des trucs, par exemple de l'empathie qu'on peut perdre petit à petit si on fais pas gaffe (...) Ce qu'il se passe (NDLR en Balint) ça permet de maintenir une vraie attention au patient dans la mesure où si tu en reparles le soir dans ces groupes-là bah tu vas avoir des exemples d'autres praticiens et tu vas te dire "ah là ce qu'il a fait c'est abusé" et dans les faits après tu te dis : « mais moi j'ai pas fait pareil il y a 2 semaines ? bah si peut-être » et ça fait comme ça des petites prises de conscience, tu sors un peu, tu t'observes en observant les autres parce que tu te dis "bah l'autre c'est moi en fait" et euh, je pense que ça permet d'avoir ce recul la en fait » N17 « Dans les histoires qu'on racontait c'était souvent des attitudes des chefs qui nous avaient choqué, donc se dire que c'est bien d'identifier au préalable les comportements qu'on veux pas reproduire par la suite et du coup-là c'est vraiment l'anticipation (…) je sais qu'on a eu une séance entière un peu en mode réunion syndicale où c'était vraiment, les conditions de travail des externes, ce qui va pas, ce qu'il faut changer... parce que y en avait plusieurs dans le groupe qui était passerelliens et qui avaient fait d'autres jobs avant (…) du coup on parlait pas mal des chefs mais pas forcément des histoires d'abus de pouvoir mais plus des histoires où on se sentait bloqué face au patient ou alors où on s'était pas senti d'accord avec ce que les chefs avaient fait... Je me souviens d'une fille qui racontait aux urgences, y avait un patient qui avait un pneumothorax et le chef était rentré dans la pièce il avait dit :"vous avez un pneumothorax, merci, au revoir" et donc ce n'était pas vraiment des problèmes externes/chefs c'était plutôt l'analyse du comportement des chefs par rapport au patient » N20 « (Pourquoi apport diff selon les étudiants ?) Bah déjà on a des psychologies différentes, y a pas mal de gens qui prennent les sentiments et qui les gardent, et ça c'est des caractères, ensuite je pense que y a des gens qui sont plus ou moins entourés et qui se confient plus ou moins euh mais c'est surtout des caractères je pense et c'est être entouré ou pas par des proches je pense que c'est hyper important et le fait de se confier ou pas quoi… mais c'est une bonne question mais là je n'ai pas trop d'autres idées quoi » N22 « moi j'ai plutôt bien vécu mon début d'externat, j'avais eu un bon stage donc c'est peut-être plus pour les gens qui sont un peu perdus et qui ont un peu des difficultés à s'intégrer dans une équipe médicale par exemple, donc là peut-être que ça peut aider après j'ai pas eu la sensation que ça m'avait spécialement apporté quelque chose personnellement (...) je trouve ça intéressant pour réfléchir sur mes expériences après pas forcément à la même fréquence non plus mais je pense que c'est hyper important d'avoir cette possibilité de réfléchir sur comment réagir dans les situations » N25
Retour sur le leader	« on avait un animateur qui était très présent, un peu trop je pense et du coup au début comme il sentait qu'on avait un peu du mal il a pris un peu la main et (…) il a un peu gardé la main pendant toutes les autres séances » N3 « entre nous on se suffit largement, on a pas besoin d'avoir forcément ces groupes de parole là si justement on parle avec son équipe, ses co-internes, les gens des autres services qui du coup seront prêts à écouter aussi » N5 « a fille essayait de creuser alors que y avait plus grand-chose à dire quoi… moi ça m'a pas euh ce qu'elle disait me faisait pas réfléchir plus que ça… » N6 « L'intervenante elle disait des exemples de cas qu'elle avait eu et après on disait comment, qu'est-ce qu'on aurait pu faire de mieux et chacun donnait des petites idées et c'était bien » N7 « Ce n'était pas une plaie d'y aller. Et notre médecin était top. Il nous laissait vachement parler. Ce n'était pas du tout un partage de ce que lui peut vivre mais au contraire à rebondir sur ce qu'on disait en suscitant des questions donc on trouvait vachement de truc comme ça. Les réflexions venaient vraiment de nous-même. » N8 « on avait un modérateur qui modérait pas assez je trouvais, dans les premières séances on partait assez loin desfois enfin on parlait pendant 1h d'un cas (...) en fait c'était des conversations entre nous étudiants et le modérateur était un peu en retrait et nous on avait un modérateur psychanalyste et on a eu 2-3 fois où on a trouvé que ça allait trop vers la psychanalyse et on a eu des questions enfin notamment des questions sur la sexualité et bah on était pas du tout là-dedans en allant au groupe de discussions (…) l'orientation psychanalytique n'était pas nécessaire, on a préféré les jeux de rôles parce qu'on avait des médecins et on avait l'impression qu'ils comprenaient mieux (…)ce qui est sûr c'est que nous l'approche psychanalytique on a pas accroché et pour nous c'était un peu (hésite) moyen » N9 « moi la personne avec qui j'étais était très bien (…)ces groupes nous permettait d'avoir un peu « un référentiel » sur des choses qu'on pouvait voir, est)ce que c'était vraiment choquant ce qui s'est passé ou est-ce que c'était juste une impression qu'on avait que c'était choquant, je pense que c'était un peu un phare, on peut dire ça comme ça. Enfin moi j'ai apprécié en tout cas le groupe dans lequel j'étais parce que c'était intéressant de voir déjà le ressenti des autres externes, effectivement comme je suis plus vieux qu'eux y avait un petit décalage sur ce qu'on pouvait vivre et ressentir et puis voir aussi le ressenti de la psychologue qui s'occupait de mon groupe qui a aussi beaucoup

	plus d'expérience que moi, un peu plus âgée (rire) donc j'ai trouvé ça très formateur mais encore une fois je pense que c'était très personne dépendant » N10 « le groupe était très sympa mais alors c'est vrai qu'avec l'encadrant ça s'est pas hyper bien passé enfin (hésite) il nous mettait quand même assez mal à l'aise dans certaines circonstances, je pense qu'il faisait pas du tout exprès mais il faisait quelques remarques assez déplacées parfois (…) un peu sexiste quand même et du coup dans un groupe avec surtout des filles (…) c'est vrai que devant lui on avait pas forcément envie de s'exprimer, de parler de nos émotions (…) il était médecin généraliste à la retraite (…) en fait c'était pas forcément des remarques mais c'était l'ambiance qu'il créait (…) la plupart des encadrants c'est des médecins généralistes à la retraite donc y a toutes les différences dues à la génération. Les jeux de rôles avec les CCA ça s'est beaucoup mieux passé en fait donc rien que le fait que la personne soit plus proche de nous en âge je pense que ça devait jouer un peu aussi » N11 « le groupe en tant que tel avec les étudiants était super. Par contre je n'ai pas du tout aimé notre intervenant (NDRL : MG). J'ai trouvé qu'il ne nous laissait pas assez nous exprimer entre nous sur nos ressentie - qui coupait assez souvent la parole (…) j'ai trouvé - alors qu'on n'avait pas un groupe de timide en fait. On arrivait bien à s'exprimer. (…) j'ai trouvé ça un peu dommage et du coup sur les FRT avec un intervenant différent, et bien on s'exprimait mieux. C'était beaucoup plus fluide. » N12 « Donner des conseils, comment gérer les situations difficiles, après euh bah je pense que c'était pas évident dans notre groupe… enfin il aurait fallu faire en sorte que les gens s'écoutent entre eux et il essayait de le faire un peu (…) en fait quelqu'un qui soit en retrait mais pas trop non plus pour pouvoir calmer le jeu parfois, enfin je pense qu'on ne réagit pas tous de la même manière et que y a pas une bonne manière de faire et que du coup ça peut vite partir en débat alors que y a pas de bonne manière (…) on est tous différents donc on réagit pas pareil en fonction de la personne et en fonction du patient, enfin de la manière de gérer les émotions du patients ça dépend à la fois du médecin et du patient. (+ Ex de son ECOS où le fait de s'asseoir a côté de la patiente a été mal perçue alors qu'en JDR cela avait été valorisé) » N13 « Elle nous recadrait… mais après, enfin moi je trouve que l'animateur il réagissait pas assez, ou en tout cas il apportait pas assez d'éléments pour qu'on discute tout ça, parce que juste raconter des histoires pour racontes des histoires bah moi je trouve ça bof (…) qu'il nous fasse plus débattre sur comment… enfin pourquoi on se sent mal ou pourquoi on se sent pas mal ou parfois qu'il mette une conclusion aux histoires » N14 « (Attente/intervenant ?) C'est être humaine, à l'écoute, elle était capable de relancer la conversation quand bah voilà et aussi être dans la médecine parce que sinon je trouve que c'est compliqué de comprendre… » N15 « elle nous racontait son expérience personnelle et ça c'était intéressant, elle nous racontait quand ça pouvait rebondir avec ce qu'on disait (…) y avait peut-être un peu un manque de cadrage quand y avait des blancs, où on se regarde tous dans le blanc des yeux » N16 « le modérateur ramenait toujours à (…)"mais qu'est-ce que vous avez ressenti vous ?" et c'est vrai que, enfin moi je suis un peu plus vieux donc c'est quelque chose qui me parle mais pour les plus jeunes ce que j'ai remarqué c'est qu'ils étaient toujours très médical et dès qu'on parlait de leurs ressentis bah fallait un peu travailler et puis dès qu'ils arrivaient à se livrer bah on voyait qu'ils s'ouvraient et c'est ça qui était intéressant » N17 « C'était une psychologue, ça s'est très bien passé, elle est très douce, ses interventions étaient vraiment intéressantes, euh parfois je pense que le problème c'est qu'elle se sentait un peu exclue ou démunie parce que c'est vrai qu'on était tous très proche avec des références entre nous, donc je pense que c'était un peu difficile parfois d'avoir le mot juste, mais en tout cas elle était bien et c'était bien qu'elle soit là. (…) En tout cas elle était bien et le fait qu'elle soit psychologue c'était un truc en plus, vraiment je pense que c'était bien, on sentait qu'elle avait aussi l'expérience de la souffrance » N18 « je trouvais que le médecin elle nous apportait rien... enfin elle parlait pas beaucoup (…) Généraliste je crois mais je sais même pas trop en fait, et non elle était trop calme, parfois on se regardait dans le blanc des yeux quand y avait des blancs elle attendait que quelqu'un parle mais elle lançait pas vraiment le truc, enfin c'était pas du tout actif et ludique, franchement c'était un peu ennuyant mais après j'ai trouvé que ça m'avait quand même bien aidé, enfin j'ai pleins de copines qui m'ont dit "franchement la FRT j'y vais en trainant des pieds", alors que moi j'ai trouvé que ça m'avait bien aidé, parce que euh je sais pas par exemple le premier patient mort que j'ai eu en stage, euh la première situation un peu d'urgence, bah c'est le premier lieu où j'en ai parlé et j'en ai pas parlé autre part, fin ou après, mais j'étais contente d'avoir cet endroit pour en parler mais parce que je joue le jeu aussi (...)elle attendait qu'on parle mais sauf que si on avait plus rien à dire c'est qu'on avait plus rien à dire … Enfin je sais pas, moi je pense qu'elle aurait pu lancer plus de choses, en fait elle attendait juste qu'on parle mais elle a jamais posé aucune question » N19 «La médecin qui animait le groupe parfois elle parlait beaucoup (...) on avait une liberté de parole, on pouvait dire ce qu'on voulait mais parfois elle était très directive et parfois elle parlait beaucoup d'elle... ce qui était pas forcément mal, parfois ça apportait vraiment à la discussion et parfois on avait l'impression que c'était plus elle qui avait besoin de se décharger que nous qui étions censés être là pour nous décharger et elle pour nous guider (…) parfois y avait des blancs qui étaient assez longs donc là peut-être qu'elle lance un thème (…) enfin je trouve ça bien que y a pas de thème à la base, qu'on puisse parler vraiment de ce qui nous a touché en stage sans avoir à cadrer dans un thème particulier mais quand personne n'a d'inspiration je pense que ça serait bien que l'animateur ai un thème en tête à lancer pour avancer parce que en général dans ce cas là quand y avait des blancs et que personne ne parlait, elle se mettait à parler d'un truc qui lui était arrivé à elle et parfois ça durait très longtemps et

	... enfin voilà souvent c'était des anecdotes intéressantes mais dans le cadre de l'enseignement FRT ça avait pas trop sa place » N20 « Ça c'est plutôt bien passé (…) on racontait un peu nos expériences et tout, enfin comme un groupe de parole un peu, par contre l'animatrice elle était pas très utile (...) elle était même assez culpabilisante (…) enfin c'était pas du tout approprié ses réflexions et puis c'est trop facile de poser les questions avec le recul, quand la situation est déjà passée, plutôt que d'essayer de proposer des solutions... Enfin parfois on lui racontait des situations un peu atypiques de patients qui réagissent bizarrement et elle nous disait "mais est-ce que t'as essayé de comprendre pourquoi il réagissait comme ça?" bah oui évidemment, j'ai essayé de comprendre, j'ai retourné le problème dans tous les sens dans ma tête et au lieu d'essayer de nous dire "peut-être que en faisant ça ça aurait pu désamorcer la situation", bref je pense que ça aurait été plus intéressant qu'elle utilise son expérience à elle pour essayer de nous guider un peu, par rapport à ce qu'elle a vécu, peut-être essayer de rapprocher ses expériences (...)parce que là y avait des interventions même un peu culpabilisantes quoi, enfin c'était plus le ton utilisé quoi qui était culpabilisant, ou en tout cas nous on l'a pris comme ça » N21 « Franchement ça s'est bien passé dans l'ensemble mais j'ai pas aimé ! En fait la prof était (…) généraliste, et je la trouvais très fermée d'esprit c'est à dire que quand on donnait nos histoires, elle attendait de nous qu'on donne notre avis, mais dès qu'on donnait notre avis et que ça allait pas dans son sens et bah elle essayait un peu de nous casser en fait et y avait des choses vraiment j'ai pas du tout apprécié (…Ex d'un antécédent de viol, à mettre en évidence ou pas dans le dossier patient) en fait elle considérait qu'il y avait une vérité absolue et qu'il fallait la respecter, en tout cas c'est comme ça que je l'ai ressenti moi... et du coup quand j'étais pas d'accord au début honnêtement je le disais et après j'ai arrêté de le dire quand j'ai vu que c'était pas pris en considération en fait donc ça servait à rien... et y avait pas mal de personne qui du coup osaient pas dire tout simplement ce qu'il pensait... et à la fin on en débrieffait nous entre nous sans la prof et la ça parlait un peu plus (...) (Attente / animatrice ?) Peut-être être un peu plus objective, un peu plus ouverte d'esprit, considérer que y a pas qu'une seule manière de voir les choses, que plusieurs options sont possibles pour aller dans le même sens... enfin que y a plusieurs cas possibles quoi, donc ouais une plus grande ouverture » N23 « J'ai pas du tout aimé (…) le médiateur (NDLR : psychanalyste) de notre groupe reformulait nos problématiques et tout ce qu'on disait (...) j'avais une patiente qui me demandait quelle était ma religion et j'ai pas su comment réagir sur le moment et j'en ai parlé en FRT et il a reformulé ma problématique de manière complètement à côté, j'ai plus du tout reparlé après, ça m'a trop bloqué, j'ai pas apprécié qu'il s'approprie "mes problèmes" alors que c'était pas du tout ce que je voulais dire et comme si il savait très bien de quoi je parlais alors que pas du tout (…) on aurait dit qu'il avait une liste de sujet à aborder et qu'il essayait de tout ramener dans sa check liste et du coup même parfois quand on parlait d'autre chose, il se sentait obligé de tout ramener à ce qu'il voulait et du coup ça nous coupait complètement dans notre élan et ça dénaturait un peu nos échanges... donc j'aurais voulu qu'il suive un peu plus notre conversation, qu'il s'adapte à notre conversation plutôt que l'inverse, là on avait vraiment l'impression de devoir dire ce qu'il voulait entendre » N24 « déjà c'était bien de pouvoir choisir avec qui on se met, après je trouvais que parfois l'accompagnateur parlait un peu trop, il prenait trop de place par rapport à nous et ce qu'on aurait pu raconter mais après c'est pas facile parce que c'est vrai que parfois les gens ont pas trop d'idées donc faut aussi savoir relancer et redynamiser le groupe mais c'est vrai que parfois je trouvais que c'était un peu trop porté sur ses expériences à lui (...)qu'il dynamise le groupe mais sans trop prendre le dessus, sans trop raconter son expérience même si c'est intéressant, parce que parfois ça nous écrasait un peu donc plutôt quelqu'un qui dynamise ouais, qui est là si y a des blancs pour donner des sujets ou des idées de discussion etc mais qu'il soit quand même là pour nous écouter quoi» N25 « Nous c'était un intervenant professeur de psychologie (…) il travaillait sur différents domaines avec une approche un peu psychanalytique donc c'était un peu la spécificité de sa méthode, et il avait le souci aussi de toujours mettre un nom sur le centre de la problématique. On a eu différents cas (…) moi j'ai eu une patiente je demandais ses antécédents familiaux de manière un peu machinale et en fait elle avait été abandonnée à la naissance donc j'étais pas habitué et je me suis senti déstabilisé dans la relation, ça faisait pas parti des réponses que j'avais pu imaginer en fait... et du coup après ça permettait d'en parler un peu entre nous (…) chacun avait son temps de parole et ça se passait bien (...) Honnêtement je pense qu'il faisait bien les choses, quand il voyait que ça pataugeait il posait des questions et sinon il nous laissait le champ libre pour nous exprimer... et c'était vraiment enrichissant, ça fait un retour d'expérience, ça fait aussi un sorte de colloque (…) c'était pas facile parfois, y avait des contrastes qui parfois pouvaient être importants » (N26) « notre animatrice elle posait souvent des questions intéressantes (…) moi au début j'étais très sceptique, je me disais ça va servir à rien du tout, ça va juste me prendre du temps et finalement premier groupe de FRT j'ai parlé d'une relation que j'avais eu avec une patiente, et en l'occurrence l'animatrice est passée complètement à côté de ce que je voulais partager mais du coup elle m'a montré autre chose aussi dans ce qui s'était passé avec cette patiente... mais du coup c'était chouette et on voit des gens qui sont touchés aussi par les histoires de certains patients, et du coup on se dit : comment j'aurais réagi ? et ça permet un peu d'anticiper les choses parce qu'une fois qu'on est dans la situation c'est panique à bord mais ça permet de réfléchir à pas mal de sujets (...)elle était à la bonne place, elle posait des questions qui faisait réfléchir à des choses sous un autre angle et sans non plus nous forcer à écouter son avis ou son expérience, en fait ça aurait été plus facile pour elle de juste raconter son expérience mais là elle cherchait vraiment à nous faire réfléchir donc je trouve qu'elle était très bien » N27

Logistique du groupe	« ça vient trop tôt par rapport à l'externat (...) la on arrive on fait 2 semaines de stage, déjà on essaye de prendre nos marques en stage et tout de suite commencer à en parler tous ensemble c'est pas évident. Je pense on aurait peut-être gagné à attendre un peu plus (…) Parce ça c'est fini assez tôt du coup aussi dans l'année (...) 10 ça me semble un bon nombre » N3 « je pense que vraiment pour que ce soit utile faudrait peut-être des groupes un peu plus petits… » N11
But du groupe	« le mec qui va dire « ouais la relation c'est pas important moi ce qui m'intéresse c'est d'être scientifiquement bon et de traiter les patients » bah vu comment ça avance avec l'intelligence artificielle et tout ça bah tu vas te faire bouffer à un moment ou à un autre par tout ça alors autant que t'ais le côté empathie parce que la tu as un vrai rôle et ce qui est important c'est la relation avec la personne en face de toi » N5 « on a aussi vécu ça un peu comme… euh pas un défouloir mais quelque chose où on pouvait parler librement plus que… enfin c'était pas toujours un lieu de réflexion enfin c'était juste pouvoir en parler à quelqu'un » N9 « Je sais pas si moi ça m'a apporté beaucoup de choses sur les relations que j'ai avec les patients, je vais dire ça sans prétention mais je pense être assez empathique (…)donc je suis pas sûr que ça m'ait apporté quelque chose sur le contact avec les gens mais plus que ça m'ai conforté sur des situations sur « est ce que c'est normal ou pas normal ce qu'on voit, ce qu'on observe ? » et plus me conforter dans « non ça c'est pas normal ou alors ça peut être acceptable » (...) On grandit pendant notre externat et forcément notre comportement et notre façon d'être bah ça se construit pendant l'externat et ça peut être altéré ou non pendant l'externat et après c'est sûr que ça peut nous donner des clés ou nous permettre nous remettre certains repères. Enfin je pense que c'est important de discuter entre nous mais c'est aussi important d'avoir des repères extérieurs, je pense qu'entres confrères c'est peut-être utile mais si ça se limite à ça c'est une caste et on a tous un peu la même vision dedans et je pense que c'est important d'avoir une vision extérieure et c'est pour ça que je pense que ma force c'est de venir d'un monde un peu extérieur de la médecine et de l'avoir vécu un peu de l'autre côté comme patient et donc ça permet d'avoir un certain recul et c'est la justement que je trouve que c'est intéressant d'avoir justement des psychologues qui sont dans le milieu médical mais qui ne sont pas médecins » N10 « je pense que ça permet d'être un peu plus empathique, enfin parfois d'écouter quelqu'un d'autre qui raconte que tel patient a fait tel truc ou a mal vécu ça et bah du coup je me dis « tiens c'est vrai je n'y aurais même pas pensé bah je vais faire attention » et du coup je pense qu'on fait plus attention derrière (...) ça permet d'être plus complète dans ma formation et je pense d'être plus à l'écoute, plus compréhensive, enfin par exemple des trucs tout bête mais je trouve que ça apprends même quand on raconte entre nous, et même si on est tous en médecine, ça apprend à vachement reformuler, à parler en langage courant même entre nous et du coup ça ça fait réaliser qu'il faut savoir garder un regard un peu extérieur par rapport à la médecine et je pense que par rapport au patient c'est hyper important aussi… de pas être trop dans un délire scientifique aigu… » N15 « mais après au début de l'année je pensais que ça servait à rien parce qu'on avait des amis et que ça servait aux gens qui avaient pas forcément d'amis parce que sinon ils ont pas ce temps dédié de parole qui est indispensable, et au final le fait que ça soit en temps dédié ça apporte plus et que y ait un intervenant ça apporte plus que juste une discussion entre potes (…) moi j'aime bien cette capacité qu'on peut avoir à se forger à avis grâce à ceux de nos amis à qui ont fait confiance, donc ça permet d'avoir les avis de tout le monde et puis finalement même je nous ai vu progresser et évoluer dans nos avis au fil de l'année et en fait ça permet de faire une introspection et de se dire "ah punaise je pensais ça en début d'année mais maintenant je compare et je me rends compte que y a une différence, qu'est-ce que c'est que cette différence ?" enfin oui ça me permet de prendre la mesure du chemin parcouru et peut-être aussi à rectifier, enfin quand je sens que je perds en empathie (...)ceux qui sont dans la vraie empathie, qui ont cette capacité à être touché par les histoires, eux ils vont encore plus grandir dans le Balint (…) pouvoir mieux comprendre les gens et d'avoir cette empathie active justement, même si elle est plus fatigante (Pourquoi ?) Parce que ça fait RESSENTIR et que ressentir c'est interdit, ressentir c'est fatigant, (…) c'est genre intégrer le raisonnement de quelqu'un et du coup pour comprendre les enjeux je pense qu'il faut ressentir. Et je sans qu'il faut jamais cocher "l'empathie c'est prendre sur soi le sentiment du patient" parce que c'est pas vrai et que c'est dangereux mais en même temps je pense que c'est la seule façon d'avoir une vraie empathie (…)à mon avis quand on est dans cette position passive où on refuse complètement de prendre sur soi le sentiment du patient... enfin je pense que tu peux pas dire le bon truc, au bon moment, apporter la bonne solution si tu souffres pas un peu avec le patient, en tout cas prendre une part de sa souffrance. » N18 « Je suis contente de l'avoir fait parce que pour les quelques avantages, les quelques situations que j'ai été contente de raconter, que j'ai été contente d'écouter aussi des autres, rien que pour ça je suis contente de l'avoir fait (...) ça a aidé de voir certains qui racontaient des situations et de se dire "ah ouais c'est vrai que la il critique tel ou tel étudiant qui été comme ça, moi j'ai peut-être été comme ça aussi une fois à l'hôpital" et à l'inverse j'ai déjà été choquée aussi par des choses qui étaient racontées, t'as des étudiants qui racontaient des trucs et je me disais "oulaa bah moi ça m'aurait choquée si je les avais vu faire ça", (…) ce qui remontait vachement c'est qu'on est tous choqué de nos chefs, de nos internes qui prennent pas de temps, qui répondent trop de manière crue, que nous on passe à chaque fois derrière dans les chambres et que les patients ils se lâchent complètement avec nous, parce qu'ils se sentent pas écoutés par les autres médecins... ça ça ressort quand même beaucoup je trouve.. on est tous révoltés un peu.. (...)Je pense que ça a quand même un bon impact, enfin c'est ce qu'on se disait entre nous en groupe de FRT, on se disait "je pense quand même qu'on a une chance que nos médecins séniors on pas eu et que nous on se souviendra peut-être un peu de nos groupes de FRT et quand on verra nos externes on se dira : ah tiens peut-être qu'ils ont un regard différents, ils apprennent de nous donc faut faire gaffe à ce qu'on fait" et ouais ça je

	pense que a aidé quand même, je pense que ça a un impact et qu'on sera peut-être des médecins un peu différents » N19 « L'intérêt des groupes c'était plus rétrospectif pour comprendre certaines situations, pouvoir débriefer (…) ça permet dans les situations un peu compliquées où on a pu se sentir un peu démuni, d'en parler avec d'autres, d'avoir le ressenti de d'autres personnes la dessus et de se sentir moins seul par rapport à la situation face à laquelle on a pu se sentir un peu désemparé... et puis éventuellement la plutôt en anticipation, voir ce qu'on pourrait faire de mieux, et du coup si la situation venait à se représenter sous une autre forme pouvoir prendre un peu de recul et se dire : « ok j'en ai déjà parlé, je suis plus à même de faire face à cette situation » » N20 « à aucun moment j'ai l'impression que ça m'a permis d'avoir une autre vision de la situation ou d'adopter une autre solution (…) après par exemple si jamais je vois des personnes faire quelque chose je vais moins juger leurs comportements si je suis pas d'accord, par contre sur mes faits et gestes à moi ça n'a rien changé » N23 « je pense quand même que ça m'a aidé à prendre du recul déjà par rapport à certaines situations » N26 « mon empathie elle est déjà là, enfin pour le coup je vois les retours que j'ai, je le vois avec les patients dont je m'occupe, ils savent que j'écoute, ils savent que je suis là, si ils veulent me parler d'un truc il peuvent le faire et la FRT pour moi c'était plus "y a eu un souci, je sais pas comment moi je le gère" c'était pas vraiment par rapport au patient, c'était vraiment moi qu'est-ce qui se passe en fait, je suis pas sure de savoir comment j'ai géré les choses donc j'aimerais un retour d'autres personnes » N27
Comparaison JDR/ECOS	« je pense que ça permet juste de comprendre certaines situations. Je pense que par rapport à ça ce qui nous a beaucoup plus aidé c'est les jeux de rôles… où là (hésite) enfin y a une vraie mise en situation et je trouve que le débriefing est un peu plus axé sur ce qui se passe vraiment… enfin parce que les groupes balint c'était un peu trop général je trouve enfin ça dépend des situations et puis aussi je pense des intervenants » N3 « ce qui était jeux de rôle enfin ça pour le coup (…) je trouve que c'est quand même bien d'avoir quand même un cadre et un algorithme de base à appliquer devant les patients parce que c'est des choses qui ont été travaillées, pensées avant et qui je pense sont très bien et par exemple penser à faire suivre le patient après une annonce ce genre de choses enfin je pense qu'au début on y pense pas parce qu'on est très concentré sur le diagnostic, sur le traitement, sur des choses très très techniques et là ça nous permet quand même d'avoir un plan et du coup dans une consultation de pas dire n'importe quoi et ça m'a beaucoup servi sur enfin presque comme un cours enfin je trouve que c'était très bien (...)La partie jeux de rôle plus pour le relationnel avec les patients et la partie des groupes plus pour le relationnel avec mes collègues donc finalement c'est un ensemble, c'est plus pour travailler avec une équipe, c'est de se rendre compte qu'on est tous très différents » N4 « après les jeux de rôle ça j'ai trouvé que ça nous apportait moins... en fait le premier j'ai bien aimé, le deuxième aussi et après c'était tout le temps pareil... et je sais pas il aurait fallu changer le format et pas toujours avoir : le scénario, un qui lève la main pour être médecin, un autre pour être patient et on fait le scénario... parce qu'en fait on s'est rendu compte qu'on disait tout le temps la même chose » N19 « je sais pas si c'est la meilleure façon de nous enseigner l'empathie... je sais pas si y a d'autres façons..? (…) Ouais moi j'ai trouvé ça plus formateur les jeux de rôle, parce que vraiment on avait besoin de réfléchir en mode "comment je vais faire ?", et le plus formateur de tous c'était les 2 ECOS, vraiment, c'était vraiment hyper intéressant, hyper stylé, surtout ceux d'aujourd'hui, avec les acteurs et ce n'est vraiment pas mal ! » N22 « Bah franchement les jeux de rôle ça m'a aidé je pense à mieux communiquer face au patient, y avait pas mal de conseil à prendre, de façon de faire dans tel situation et tout grâce au débrief (NDLR : JDR animé par un psychiatre « c'était une pedopsy de l'IMM et sur les questionnements elle était vraiment bien avec des bons retours ») » N24 « les mises en situation ça aide bien, parce que c'est vrai qu'on peut pas nous dire : il faut être comme ci ou comme ça, c'est plus avec notre expérience et les erreurs qu'on peut faire. (…)là les acteurs ils disaient des trucs complètement différents comme ils ne sont pas du milieu médical et du coup ça donne plus une claque » N25
Balint plus tard ?	« totalement, mais là c'est vrai que j'ai trouvé que ça arrivait vraiment trop vite » N3 « pour moi ça aurait été mieux de les espacer un peu plus, quitte à changer le nombre si besoin mais à les espacer un peu plus sur par exemple les 3 ans d'externat… et pendant l'internat je trouve ça intéressant aussi, d'autant que quand on est interne c'est nous qui avons plus de responsabilités donc forcément y a d'autres questions qui se posent.. » N6 « Bah je pense qu'avec l'expérience on a moins besoin de ce genre de FRT (…) de temps en temps ça peut être pas mal ouais ! Mais après je pense qu'au bout d'un moment on a vu un peu tous les cas et on sait un peu réagir à tous les cas, enfin nous là ce qui est bien c'est qu'on a rien vu et on nous dit avant ce qu'on peut voir du coup quand on voit la chose ça fait moins peur... » N7 « j'ai gardé en tête que thésé ça peut être un endroit pas mal pour discuter, enfin j'ai trouvé que c'était une bonne idée qu'ils nous en ai parlé en fait, que ça existait et qu'ils nous expliquent le concept donc ouais je garde l'idée en tête même si je sais pas si je le ferais (…)au moins au début de la carrière ça peut être pas mal je trouve » N9 « Là on est externe donc on n'a pas la responsabilité et tout donc je pense qu'après ça sera un peu différent quand ça sera nous qui aurons la responsabilité en se disant 'ben là, tu vois je n'ai pas su…'. Toutes ces frustrations parfois emmagasinées, du coup je trouve ça d'autant plus pertinent pour la suite en fait » N12 « je pense que tout dépend de ma spé et de si j'en ressent le besoin ou pas mais oui pourquoi pas, enfin je pense que ça peut éviter de trop s'enfermer dans un monde hyper médical, enfin de se remettre en question et franchement c'est pas mal » N15 « probablement parce qu'en tant qu'interne on est noyé dans la paperasse, dans le médical et on peut peut-être

	commencer à s'éloigner un peu du patient et de ce qui l'amène profondément donc ça peut être intéressant, après faut éviter, enfin... c'est toujours le problème, tout ce qui est obligatoire ça ça devient néfaste... je pense que ça peut être intéressant mais je saurais pas dire la fréquence de la chose... après on voit que y a des chefs, des PU PH, on voit bien que ça nous convient pas, mais on fait pas comme eux et puis voilà, c'est une autre génération... nous on est formé à ça maintenant, et même sans formation ça reste quand même dans l'air du temps, on se tourne vers cette relation au patient beaucoup plus empathique, on le sent dans tout ce qu'on voit, dans tous nos cours (…) après c'est pas un cours ou une séance de FRT qu'on a en D2 qui est vraiment responsable de ce changement, c'est une vision plus globale de la médecine maintenant qui change... » N16 « Pourquoi pas ça pourrait me servir en tant que médecin mais sur la base du volontariat. Pouvoir me dire "ouais là j'en ai besoin donc je m'inscris à un groupe cette semaine" et y aller (…) mais je pense qu'au fur et à mesure voilà on va se blinder, on va être choqué par de moins en moins de choses, on va apprendre aussi à s'entourer avec d'autres gens et à en parler entre nous et du coup peut-être moins avoir besoin de ça (…) et du coup on va faire ce qu'on trouvait horrible chez nos internes et nos chefs nous on va se mettre à le faire sans s'en rendre compte parce que comme eux on aura moins de temps etc, je pense que ça c'est un peu inéluctable... après pas tout, y aura j'espère des choses qui resteront en tête (…) (Solution pour empêcher cela ?) C'est avoir plus de personnel, c'est tout ce qu'on dit sur l'hôpital, enfin être moins fatigué parce que ça ça joue vachement aussi... enfin le nombre de fois où on est crevé et du coup forcément on a pas l'attention à accorder au patient et ça bah c'est avoir des rythmes moins durs, enfin ça fait grosse syndicaliste de dire ça mais pour moi c'est ça les moyens d'améliorer... en fait je trouve que c'est un peu se voiler la face de dire "des groupes de parole et des choses comme ça pour vous soutenir" alors que ce qu'il faut c'est juste plus de personnel, des rythmes moins durs et on a beau libérer la parole on sera toujours tendus je pense même si ça aide quand même » N19 « ça peut aider plus tard pour des raisons différentes, les problématiques sont pas les mêmes... Les problématiques de l'externe c'est plutôt : je suis qui à l'hôpital ?, les problématiques de l'interne c'est différent, je pense que c'est pas les mêmes mais dans tous les cas ça aide d'en parler avec des gens qui comprennent un peu quoi. Parce qu'en parler avec des gens comme ses parents ou ses amis autre que médecine c'est jamais pareil qu'en parler à quelqu'un qui a peut-être vécu une autre situation similaire... Enfin en tout cas pour l'instant c'est surtout pour trouver notre place vis-à-vis du patient » N21 « J'avais dit que c'était peut-être mieux pour les internes, qui eux ont plus de charge sur eux et donc ils ont peut-être besoin d'en parler, donc en ce sens peut-être que sur ce plan là oui, juste pour parler (…) même pour les médecins après d'ailleurs (…) ça peut être bien pour se décharger » N23 « Franchement pourquoi pas, j'aime bien le concept, je pense que ça a un intérêt différent mais je pense que ça a un intérêt à tous les stades quoi... je pense que nos problématiques en tant qu'externe elles sont plus dues à l'hôpital, toute la nouveauté et tout alors que quand on est interne, on est plus à l'aise et du coup on peut plus prendre en compte les problématiques liées au patient » N24 « à toutes les étapes de la vie, où on trouve différents aspects des problèmes, ça peut être un exercice intéressant... surtout mettre des jeunes et des vieux dans le groupe ça peut être enrichissant parce que y a des différences à cause de la génération, de l'expérience et tout (...) je suis assez favorable à l'idée de continuer à discuter autour de tout ça (...) ça peut permettre de se remettre un peu en question... enfin parfois on a des certitudes et avec les temps on se dit que ça serait mieux de les remettre en question quoi... enfin la l'ECOS sur les antibio j'étais fixé sur le fait que je voulais pas donner d'antibio, qu'on en donne trop et tout et en fait je me suis rendue compte vachement tard que derrière ça y avait un patient en maltraitance et que en fait indirectement les antibio pour un motif bidon bah c'était pour se protéger... donc tout ça il faut que ça se travaille et qu'on continue quoi ! » N26 « je pense que oui, parce qu'après personnellement j'ai aucun médecin dans mon entourage donc la ça me permet d'être dans un moment où on est entre médecins, entre collègues et on est là pour en parler(…) et même parfois de tout et de rien, y avait des moments où on parlait de choses qui s'était bien passées, de relations qui étaient cool à avoir, des bons moments entre des externes et des patients et ça c'était chouette quoi et pour moi c'était assez bien d'avoir accès à ça (…) mais c'est pas un truc auquel j'irais régulièrement, là c'était toutes les 3 semaines, là ça serait plus si il s'est passé quelque chose qui m'a chiffonné et que je veux en parler à d'autres gens que je connais pas, pour avoir des points de vus différents, voire de spécialités différents et qui pourraient être intéressant » N27
Apprentissage de l'empathie	« ça peut s'apprendre ouais, ça sera moins naturel chez certains et ça mettra peut-être plus de temps mais y a des gens qui sont +/- empathiques de base… » N7 « moi je pense que moi je l'ai appris, enfin cette année ça l'a quand même amélioré chez moi donc oui ça s'apprends après je pense que j'avais quand même une petite patte (…) et je pense que ça venait quand même de mon éducation, ça venait pas naturellement mais je pense que là on a quand même appris à la développer, peut-être qu'elle était déjà la avant mais on a appris à bien développer » N9 « être sensibilisé oui ça c'est sûr, après oui je pense qu'on peut apprendre des règles de conduite aux gens (…) Est-ce que ça sera de la vraie empathie j'en sais rien mais on peut avoir des règles (…) qui donnent l'impression d'avoir de l'empathie, je pense que ça ça peut s'apprendre oui » N10 « ça s'apprend à force d'être au contact des personnes donc oui ça s'apprend mais pas comme on apprends les critères diagnostic de l'embolie pulmonaire » N11 « Je pense qu'il faut s'entrainer parce que on peut être empathique de base mais on est vite déstabilisé par les émotions en face de nous. En fait il faut être quand même sûr de soi et pas se laisser envahir par, enfin par exemple quand le patient pleure faut pas se mettre à pleurer quoi ! mais du coup oui ça s'apprend mais ça ne s'apprend pas

	dans les livres, ça s'apprend comme là (les ECOS) avec des faux patients » N13 « Je pense que ça passe beaucoup par les stages (…) en vrai quand on discute avec nos patients il faudrait que des internes ou des chefs viennent avec nous comme là (NDLR : les ECOS) et puisse nous dire ensuite « pourquoi tu as fait ça ? » ou « la tu aurais pu réagir comme ça ou la t'as pas compris ça » (…) si on le faisait tous les jours en stage on aurait beaucoup plus de situations » N14 « Je pense qu'on part pas tous sur les mêmes bases, il doit y avoir des moyens d'améliorer un peu les choses mais ça reste fondamentalement inné je pense… peut-être pas inné stricto sensu mais plutôt par le développement et comment on a évolué dans la vie, l'entourage enfin ce n'est pas en un an de formation avec quelques cours par ci par là, enfin ça augmente peut-être pour certaines personnes mais je ne pense pas qu'on apprenne à devenir empathique comme ça (…) (Différences dues à quoi ?) la personnalité et je pense surtout le contexte familial, l'environnement dans lequel on a pu évoluer dans sa jeunesse, dans son enfance, ouais primaire, collège, lycée, c'est quand même là qu'on va se former, parfois se fermer, parfois s'ouvrir aux autres, des choses comme ça… a la fac on est déjà quand même un peu plus murs, enfin moi je suis vieux, ceux qui ont 20-22 ans je sais pas, mais si quand même je pense qu'on est déjà plus mûrs dans notre personnalité et donc c'est plus compliqué de demander d'avoir un trait de caractère à quelqu'un qui l'a pas du tout » N16 « Vu ce que j'ai dit dans les premières questions où y a quelque chose de plus innée mais aussi quelque chose de plus présent au jour le jour dans la formation qu'on a pendant des années et c'est bien mais après y a aussi la médecine derrière, y a quand même des pathologies, enfin faut aussi qu'on soigne les gens, ce n'est pas juste un rdv chez le psy quoi... On fait les 2 quoi et là dans ce que j'ai vu pendant l'ECOS bah on n'évalue pas notre compétence clinique que le traitement du VIH, les complications tout ça, par contre sur le relationnel on a tous du positif donc c'était vraiment bien et nous il va falloir qu'on sache allier les 2 » N16 « Je pense que y a un moment où on peut l'apprendre jusqu'au moment où on peut plus (...) parce que, enfin je pense encore aux PU mais je pense qu'ils sont (…) dans leur truc et certainement très bons dans ce qu'ils font mais je pense qu'ils ne sauraient pas entendre que ce qu'il font ce n'est pas la meilleure chose à faire et du coup comme ils savent que ça marche, que leurs patients ils sont contents bah ils vont pas se dire "il faut que je change quelque chose" donc il le feront pas... Je pense qu'il faut avoir envie et quand on a envie on peut... Donc pour répondre à ta question en fait je pense que quand on en a envie on peut ! » N18 « je pense que y a une prédisposition, enfin je sais pas mais la par exemple avec les 2 jeux de rôles, moi les 2 actrices elles m'ont dit que j'étais quelqu'un d'assez posée, que je disais bien les choses et que du coup c'était agréable et ça du coup je pense que je suis comme ça depuis toujours (..) je pense qu'on apprends cette bienveillance mais je pense que y aura toujours une différence à la fin qui est liée à (…) notre personnalité » N19 « Y a des gens qui sont plus naturellement empathiques mais je pense qu'on peut apprendre déjà en voyant pleins de patients et aussi en discutant avec d'autres gens qui font médecine, ou qui sont médecins et je pense qu'on peut aussi apprendre à être empathique en observant la façon dont d'autres gèrent certaines situations, en se disant "ouais là c'est bien j'ai l'impression que le patient ça l'a aidé" parce que l'empathie c'est aussi aider le patient à traverser ce qu'il traverse » N20 « je pense que proportionnellement c'est plus inné que proportionnellement à ce qui peut être acquis mais je crois que avec l'acquis on peut plus ou moins standardiser les comportements pour éviter que y ai des extrêmes, des gens beaucoup trop empathiques qui du coup déversent leur truc sur le patient ou des gens qui sont complètement secs (...) en Angleterre ils aiment bien les protocoles et tout et que les choses soient nivelées même pour des trucs comme ça : enfin dans leur ECOS tu dois : serrer la main, te présenter, si tu te laves pas les mains c'est 1 point en moi, si tu dis pas "ah je comprends désolée", si tu tends pas le mouchoir t'as 1 point en mois, enfin c'est archi carré quoi... et si on avait un peu ça ça éviterais que y ai des connards qui arrivent à l'hôpital qui prennent même pas en compte le patient, enfin je pense que ça limite un peu les extrêmes » N21 « Je pense qu'on est tous plus ou moins empathique de base mais il faut qu'on le développe et moi là je pense que ça m'a permis de développer pas mal de choses (…) y a pleins de trucs qu'on doit apprendre pour réussir à vraiment être hyper empathique ou au moins le plus possible. Et comment ça s'apprends, bah je pense en pratiquant (…) en voyant des patients » N22 « moi je sais que j'ai un naturel empathique en fait, on me l'a toujours dit donc voilà (…) je pense que oui (NDLR : ça peut s'apprendre) après c'est juste que y a des personnes qui sont fermées sur ce côté-là et qui refuseront d'apprendre parce qu'ils considèrent que ça sert à rien, j'en connais (…) je pense que ça peut s'apprendre si la personne est ouverte d'esprit et qu'elle a envie d'évoluer dans ce sens là » N23 « On peut apprendre certains outils (…) mais après c'est aussi pas mal d'expérience, et c'est l'intérêt des jeux de rôle ça fait gagner aussi un peu en expérience (...) surtout l'expérience, le fait de parler, d'aller en stage le matin même si parfois en stage … » N26 « Je pense qu'on s'améliore tous par ce qu'on voit, (…) en faisant des ECOS et des FRT on comprend mieux les choses mais après je pense que de base y a des gens qui sont vraiment empathiques et d'autres qui le sont pas du tout et du coup à la fin de leur carrière peut-être qu'ils pourront avoir la même empathie si celui qu'en avait aucune à la base se dit que c'est vraiment important dans sa prise en charge et se forme mais y a des gens qui après considèrent que c'est pas important et si pour eux ça fait pas parti de la prise en charge ils l'apprendront pas (…) Je pense que c'est un trait de personnalité, ça dépend de tout, de notre environnement social, familial à la base» N27

C- Exemple de double lecture d'un entretien à partir des verbatim

13 Projet : MG	Analyse 1 (thésarde)	Analyse 2 (directrice)
Pour moi c'est de prendre en compte les émotions du patient et pas les ressentir mais (hésite) lui faire comprendre qu'on comprend ce qu'il ressent, qu'on va l'aider dans ses émotions et en fait aiguiller la consultation en fonction des émotions du patient	**Accent mis sur les émotions** **A prendre en compte sans les ressentir** **Faire comprendre au patient qu'on l'a compris !**	*** l'émotion du patient comme un repère pour la consultation**
Je pense qu'il faut s'entrainer parce que on peut être empathique de base mais on est vite déstabilisé par les émotions en face de nous. En fait il faut être quand même sûr de soi et pas se laisser envahir par, enfin par exemple quand le patient pleure faut pas se mettre à pleurer quoi ! mais du coup oui ça s'apprend mais ça ne s'apprend pas dans les livres, ça s'apprend comme là (les ECOS) avec des faux patients	**Apprentissage pour gérer ces émotions ! Pour justement ne pas ressentir les émotions du patient** **Apprentissage auprès de faux patients !**	**Un « autre » type d'apprentissage**
les gens s'écoutaient pas trop, ça partait souvent en débat, donc c'était un peu dommage ça mais je pense que c'est très différent selon les groupes après c'était intéressant d'avoir l'expérience du médecin, quand il nous racontait un peu	**Balint = Pb d'un gpe ressenti avec manque d'écoute/parole coupée/tj les mêmes qui parlent/débat sans partage** **+ du partage d'exp de l'anim**	**8 intéressant : la difficulté d'écoute, de prendre la parole, le « débat » - ce n'est pas attribué à l'animateur (c'est son rôle !) mais au groupe !!!**
peut-être que des gens qui avaient des trucs à dire d'intéressant ont pas osé, enfin ça doit dépendre des groupes aussi (Pq différences entre les groupes ?) Bah le caractère des gens, après il peut y avoir un groupe où tout le monde est hyper timide et du coup personne parle donc ça c'est un peu l'enfer, ou au contraire mon groupe où beaucoup de gens parlaient beaucoup et du coup personne s'écoutait et les gens se coupaient et après ils étaient énervés donc moi je ne parlais pas trop parce que dès que je commençais à parler tout le monde me coupait comme d'hab donc je me disais finalement je vais écouter et puis voila	**Caractère des gens qui joue sur le groupe, ici étudiante qui n'a pas osé s'exprimer car se faisait couper à chaque tentative** **Peu d'écoute -> énervement des gens**	*** intérêt pour l'expérience de l'animateur = « modèle » ? (cf supra)**
moi ça m'a pas particulièrement aidé mais je pense que si j'avais vécu un truc qui m'avais touché ça aurait pu m'aider mais la du coup ça m'a pas servi à grand-chose, en tout cas moins que les jeux de rôle (…) Parce que les jeux de rôle on s'entraine vraiment à la vraie vie et y a le médecin derrière qui nous donne des conseils et y a trucs ça parait évident mais ça ne fait pas de mal de se le rappeler	**Intérêt limité car 1- n'a pas pu s'exprimer 2- ne s'est pas sentie touchée par des histoires ?** **Comparaison spontanée JDR : conseils / entrainement vraie vie (avec faux patients cf def empathie !)**	**la question de la dynamique de groupe – et de la place de cette étudiante dans ce groupe => à discuter ++ : fonction de l'animateur**

peut-être que ça serait mieux en tant qu'interne parce qu'on a muri et qu'on voit ce qui est important et qu'il nous est arrivé plus de choses (…) je pense que c'est quand même plus intéressant en vieillissant qu'au début de l'externat(…)moi j'avais rien à raconter là et puis bon y avait toujours le problème que les gens s'écoutaient pas trop	**Groupe prends de l'intérêt avec l'expérience // à mettre en balance avec expérience non + du groupe pour cette étudiante**	*** attentes vis-à-vis de l'enseignement**
(Attentes / intervenant) Donner des conseils, comment gérer les situations difficiles, après euh bah je pense que c'était pas évident dans notre groupe… enfin il aurait fallu faire en sorte que les gens s'écoutent entre eux et il essayait de le faire un peu (…) en fait quelqu'un qui soit en retrait mais pas trop non plus pour pouvoir calmer le jeu parfois, enfin je pense qu'on ne réagit pas tous de la même manière et que y a pas une bonne manière de faire et que du coup ça peut vite partir en débat alors que y a pas de bonne manière (…) on est tous différents donc on réagit pas pareil en fonction de la personne et en fonction du patient, enfin de la manière de gérer les émotions du patients ça dépend à la fois du médecin et du patient. (+ Ex de son ECOS où le fait de s'asseoir a côté de la patiente a été mal perçue alors qu'en JDR cela avait été valorisé)	**Animateur : conseils pratiques « vraie vie » + cadrage du groupe (en retrait mais calme les débats !)** **Débat : car chacun gère les émotions différemment – pas « une bonne manière de faire » ici pas de partage d'exp mais plutôt une confrontation (vs 4 et 5)**	*** perception du rôle de l'animateur : « faire en sorte que les gens s'écoutent entre eux »**
(Empathie et projet MG ?) c'est le med gé qui est au centre donc s'il n'est pas empathique l'observance à mon avis c'est compliqué… parce que les autres spés ils les voient moins souvent donc ils ont moins d'impact et je pense que les patients leur font peut-être aussi moins confiance	**Différences dans l'approche empathie (cf def ~ prise en compte des émotions !) dues à la fois au méd ET au patient !** **Fait spontanément un lien entre MG, confiance, empathie et observance (cf littérature)**	*** la différence = subjectivité ne devrait pas « faire débat »** **!! pas de recette** *** représentation du MG en opposition aux spécialistes (vision stéreotypée)**

VIII/ Résumé

Contexte :
L'empathie est un concept multi dimensionnel ayant une place importante dans le domaine médical. Depuis plusieurs années de nombreux travaux ont été publiés mettant en avance l'importance d'une pédagogie de l'empathie chez les étudiants en médecine.
Actuellement, à la Faculté de Médecine de Paris Descartes, un module de « Formation à la Relation Thérapeutique » est obligatoire pour tous les étudiants de quatrième année et est composé d'un cours magistral, de groupes d'inspiration Balint, de séances de jeux de rôle et de consultations simulées (ECOS), et ceci dans le but de faire évoluer les capacités empathiques de ces étudiants.

Objectifs :
L'objectif principal de cette thèse est d'aborder la perception qu'ont les étudiants des groupes d'inspiration Balint proposés durant la première année d'externat, et d'identifier des éléments ayant pu influencer le vécu de ces groupes par les participants.

Méthode :
Il s'agit d'une recherche qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 27 étudiants de quatrième année. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits intégralement. Une double lecture du verbatim a été réalisée et l'analyse du contenu a été effectuée selon la méthode de la théorie ancrée.

Résultats :
Les étudiants identifient des apports de la participation aux groupes d'inspiration Balint sur leur capacité d'empathie.
Plusieurs thèmes récurrents ont émergé, à savoir : une difficulté à conceptualiser l'empathie, avec des perceptions différentes des groupes d'inspiration Balint qui peuvent apparaitre comme un lieu de partage d'expérience, de confrontations des points de vue, un endroit où raconter ses difficultés à faire face à des difficultés relationnelles, où parler de la difficulté de trouver sa place d'externe à l'hôpital et de la quête d'un positionnement adéquat par rapport à la hiérarchie hospitalière.
Nous avons également mis en évidence des attentes multiples vis-à-vis de ces groupes d'inspiration Balint, notamment le fait d'avoir un lieu où se livrer sans jugement, permettant de comprendre et réfléchir sur certaines situations et d'obtenir des conseils pour les appréhender.
On retrouve enfin des perceptions très variables du rôle de l'animateur, professionnel pouvant apparaitre comme trop en retrait ou bien trop directif, et des vécus divers de la participation aux groupes selon le positionnement adopté par le leader.

Conclusion :
Cette étude a permis l'identification des apports perçus par les étudiants suite à leurs participations aux groupes d'inspiration Balint. Cela a également mis en lumière les divergences pouvant exister dans certains cas entre les attentes des étudiants vis-à-vis des groupes et la position prise par les différents animateurs.
Une explication plus détaillée sur l'objectifs et la méthode de travail au sein de ces groupes nous parait devoir être dispensée aux étudiants à l'avenir pour permettre de minorer ces discordances.
Nos résultats sont concordants avec ceux d'autres travaux mettant en évidence l'importance d'intégrer un enseignement concernant l'empathie de manière pérenne dans le cursus des études médicales en deuxième cycle.

Perception de l'apport des groupes d'inspiration Balint par les étudiants durant la première année d'externat.

Résumé (français) :
Contexte : L'empathie est un concept multi dimensionnel ayant une place importante dans le domaine médical. Depuis plusieurs années de nombreux travaux ont été publiés mettant en avance l'importance d'une pédagogie de l'empathie chez les étudiants en médecine.
Actuellement, à la Faculté de Médecine de Paris Descartes, un module de « Formation à la Relation Thérapeutique » est obligatoire pour tous les étudiants de quatrième année et est composé d'un cours magistral, de groupes d'inspiration Balint, de séances de jeux de rôle et de consultations simulées (ECOS), et ceci dans le but de faire évoluer les capacités empathiques de ces étudiants.

Objectifs : L'objectif principal de cette thèse est d'aborder la perception qu'ont les étudiants des groupes d'inspiration Balint proposés durant la première année d'externat, et d'identifier des éléments ayant pu influencer le vécu de ces groupes par les participants.

Méthode : Il s'agit d'une recherche qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 27 étudiants de quatrième année. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits intégralement. Une double lecture du verbatim a été réalisée et l'analyse du contenu a été effectuée selon la méthode de la théorie ancrée.

Résultats : Les étudiants identifient des apports de la participation aux groupes d'inspiration Balint sur leur capacité d'empathie.
Plusieurs thèmes récurrents ont émergé, à savoir : une difficulté à conceptualiser l'empathie, avec des perceptions différentes des groupes d'inspiration Balint qui peuvent apparaitre comme un lieu de partage d'expérience, de confrontations des points de vue, un endroit où raconter ses difficultés à faire face à des difficultés relationnelles, où parler de la difficulté de trouver sa place d'externe à l'hôpital et de la quête d'un positionnement adéquat par rapport à la hiérarchie hospitalière.
Nous avons également mis en évidence des attentes multiples vis-à-vis de ces groupes d'inspiration Balint, notamment le fait d'avoir un lieu où se livrer sans jugement, permettant de comprendre et réfléchir sur certaines situations et d'obtenir des conseils pour les appréhender.
On retrouve enfin des perceptions très variables du rôle de l'animateur, professionnel pouvant apparaitre comme trop en retrait ou bien trop directif, et des vécus divers de la participation aux groupes selon le positionnement adopté par le leader.

Conclusion : Cette étude a permis l'identification des apports perçus par les étudiants suite à leurs participations aux groupes d'inspiration Balint. Cela a également mis en lumière les divergences pouvant exister dans certains cas entre les attentes des étudiants vis-à-vis des groupes et la position prise par les différents animateurs. Une explication plus détaillée sur l'objectifs et la méthode de travail au sein de ces groupes nous parait devoir être dispensée aux étudiants à l'avenir pour permettre de minorer ces discordances.
Nos résultats sont concordants avec ceux d'autres travaux mettant en évidence l'importance d'intégrer un enseignement concernant l'empathie de manière pérenne dans le cursus des études médicales en deuxième cycle.

Mots clés (français) : empathie, étudiants, relation médecin-malade, enseignement

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06