

2023-2024

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine générale

**Effets d'une participation
à un groupe Balint pour
l'apprentissage de la
relation médecin-patient**

RIPAUD Adèle

Née le 16/12/1996 à Niort (79)

Sous la direction de Madame la Pre DE CASABIANCA Catherine

Membres du jury

Madame la Pre TESSIER-CAZENEUVE Christine | Présidente

Madame la Pre DE CASABIANCA Catherine | Directrice

Madame la Dre MONTECOT Claire | Membre

Monsieur le Dr SEYEUX Gérard | Membre

Soutenue publiquement le :
20 décembre 2024

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée RIPAUD Adèle
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **14/08/2024**

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie :

Pr Sébastien FAURE

Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine

DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE	Médecine
DUVERGER Philippe	HOSPITALIERE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	PEDOPSYCHIATRIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Médecine
FOUQUET Olivier	ANATOMIE	Médecine
FURBER Alain	CHIRURGIE THORACIQUE ET	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	CARDIOVASCULAIRE	Médecine
GOHIER Bénédicte	CARDIOLOGIE	Médecine
GUARDIOLA Philippe	PNEUMOLOGIE	Médecine
GUILET David	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Pharmacie
HUNAULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	CHIMIE ANALYTIQUE	Médecine
KAZOUR François	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
KEMPF Marie	IMMUNOLOGIE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	PSYCHIATRIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE	Médecine
LACCOURREYE Laurent	HOSPITALIERE	Médecine
LAGARCE Frédéric	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET	Pharmacie
LANDreau Anne	STOMATOLOGIE	Médecine
LASOCKI Sigismond	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LEBDAI Souhil	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	BIPHARMACIE	Pharmacie
LEGRAND Erick	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LERMITE Emilie	UROLOGIE	Médecine
LEROLLE Nicolas	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	RHUMATOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MARCHAIS Véronique	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MARTIN Ludovic	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	REANIMATION	Médecine
MENEI Philippe	HISTOLOGIE	Médecine
MERCAT Alain	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
ORVAIN Corentin	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
PAISANT Anita	DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine
PAPON Nicolas	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT	Médecine
PASSIRANI Catherine	ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
PELLIER Isabelle	NEUROCHIRURGIE	Médecine
PETIT Audrey	REANIMATION	Médecine
PICQUET Jean	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
	RADIOLOGIE	Médecine
	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
	PEDIATRIE	Médecine
	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE	Médecine
	VASCULAIRE	Médecine

PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine

BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	Médecine
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTROT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUD Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
PIRAUX Arthur	OFFICINE	Pharmacie
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine

RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER		
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie
PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST-MAST		
AUBRUCHET Hélène		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOThERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

A Madame la Professeure TESSIER-CAZENEUVE Christine, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury,

A Madame la Professeure DE CASABIANCA Catherine, merci d'avoir accepté de diriger ma thèse et de m'avoir si bien accompagnée pour la réalisation et l'écriture de celle-ci. Merci également pour ces 6 mois de stage qui ont été très enrichissants pour moi autant sur le plan personnel que professionnel,

A Madame la Docteure MONTECOT Claire, merci pour ton accompagnement et pour nos discussions lors de ces 6 mois de stage à l'HAD. Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse,

A Monsieur le Docteur SEYEUX Gérard, je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail et d'avoir accepté de faire partie de ce jury,

A tous mes **maîtres de stage** qui m'ont accompagnée durant ces 10 années d'études, à tout le **personnel paramédical** croisé sur ma route qui m'a fait progresser.

Aux **patients** rencontrés et pris en charge, pour m'avoir aidée à devenir le médecin que je suis aujourd'hui.
A **Corinne et Laëtitia** que je remplace depuis presque un an pour nos échanges enrichissants.

A ma famille :

A ma **Maman**, pour ton courage et ta force qui forcent l'admiration, pour ton sourire, pour être une personne si solaire et une oreille attentive. Merci pour tout ce que tu as pu faire pour moi, surtout lors de mes premières années où la vie ne nous a pas épargnées... Merci d'avoir toujours répondu présente et d'avoir fait ces allers-retours à Poitiers, merci pour tes bons petits plats, pour l'intendance lors du confinement, pour tes conseils toujours avisés. Merci d'être toi, d'être le modèle que tu es pour moi. Et même si on se le dit peu, je t'aime.

A mon **Papa**, la vie ne m'aura pas permis de te connaître assez, j'ai déjà eu presque 4 ans avec toi... Heureusement, ton entourage nous aura permis d'en apprendre plus sur toi, j'aurai tellement aimé que tu restes à mes côtés, mais je sais que tu es fier de moi, où que tu sois...

A **Jeanne**, ma sœur, mon pilier, même si les mots me manquent parfois (et les câlins aussi !), je sais que tu seras toujours là quoi qu'il arrive et que je serai toujours ta grande sœur, celle sur qui tu peux compter n'importe quand. Notre histoire est singulière, mais on a réussi à franchir pas mal d'épreuves maintenant, j'espère que la vie continuera de nous apporter le bonheur que l'on mérite. Je suis fière de la personne que tu es devenue, je t'aime.

A **Thierry**, celui qui a endossé le rôle de figure paternelle depuis mes 10 ans, ce qui n'était pas la position la plus aisnée. Merci pour ces échanges lors des journées à la pépinière, merci pour les valeurs que tu m'as inculquées, merci de rendre heureuse maman. Le chemin est parfois semé d'embûches mais tu as su les surmonter.

A **Thomas**, ce frère tombé du ciel, je ne pouvais pas rêver mieux, même si le début n'a pas été simple, merci d'avoir accepté l'invasion du girl power à la maison. Je suis fière de l'homme que tu es, ne doute pas de toi. Hâte des prochaines pistes que nous dévalerons ensemble.

A **Julie**, juju, la petite (plus trop maintenant), ma filleule, tu as permis la réunion de nos deux familles pour n'en former plus qu'une : les Ripauger. Continue d'être cette personne si attentive aux autres, si sensible et si sportive. Merci d'être cette jeune fille si rayonnante et pour ces moments passés ensemble.

Merci de m'avoir supportée et épaulée pendant toutes ces années médecine. J'ai de la chance de vous avoir, je vous aime.

REMERCIEMENTS

Aux **Mottard**, merci papi et mamie d'être cet exemple de couple qui dure et qui rassemble, merci pour toutes les petites attentions que vous avez pour moi, merci pour tous ces moments partagés ensemble. A Anita, ma marraine, merci pour ce lien si particulier qui nous lie, sache que je serai toujours là pour toi. A Sylvie, ma tante, merci de faire de ta maison notre nouveau lieu de rassemblement familial. A Christophe, pour toutes les aventures et les fous rires partagés, promets nous de ne plus nous faire de frayeur. A mes (petits) cousins, Mathis et Trystan pour nos vacances passées ensemble, nos discussions, nos rires. A Charlotte, pour finir cette belle bande, reste la personne si souriante et épanouie que tu es. Et puis : « *l'important c'est... d'être ensemble* » !!!

Aux **Ripaud**, merci mamie pour tous tes bons petits plats préparés lors de mes venues, pour nos discussions, je pense également à papi qui m'aura bien taquiné étant petite. A Gaëtan mon parrain, merci pour ta présence dans les moments qui comptent, à Frédérique, à Jocelyne pour nos échanges toujours passionnantes, à René pour toutes tes blagues, et non tu n'auras toujours pas réussi à me faire aimer le concombre ! A Hippolyte, Mathilde et Pauline, merci d'avoir été ces grands cousins/cousines présents, et à Inès, merci à tous pour ces noëls, pour nos parties de jeux de société endiablées. A Marie, Céleste et Lysithéa de faire partie de notre famille maintenant.

Aux **Auger**, cette famille qui nous a si bien adoptée, merci Marie-Louise, Jojo bien-sûr, Claudie, Marc, Dorine, Fiona, Monique, Jacky, Bastien, Clarisse et Mathis, pour tous ces repas de famille ensemble, ces spectacles de noël. Merci Annie et Eric pour tous ces mercredis chez vous, je pense fort à Andy. A Adrien et merci à Candice d'être cette cousine si présente, tu auras toujours cette place de « presque » sœur pour moi.

A la **famille de cœur**, celle qui a été tellement présente pour nous toutes ces années, merci d'être toujours là même si l'on se voit moins souvent : Stéphane et Carine, Jean-Marc et Fabienne, David et Géraldine, et tous vos enfants.

A mes amis :

A mes amis de toujours : **Barth**, je n'aurai pas assez de mots pour décrire notre amitié, ta détermination et ta force m'impressionnent, merci d'être toujours présent à mes côtés. **Chloé**, merci pour tous ces moments, ces goûters, ces vacances ensemble. Notre trio est une évidence, merci pour ce soutien sans faille, merci d'être vous, je vous aime.

A mes copains de **Cheffois**, Emeline depuis chez tata Annie et Eugénie, merci pour tous nos goûters et nos conversations. A Dany (et Lorie), merci pour nos discussions lors de nos retrouvailles, merci d'être toujours là.

A **Julie**, pour ta présence depuis nos années foyer.

A **l'Hémicycle** : les 2 Nico et Sylvain depuis le collège, Léa, Alix, Camille, Éloïse, Baptiste, Florentin, Clarisse, Arnaud, Gaël. La semaine au ski n'aurait pas la même saveur sans vous, merci pour votre spontanéité, merci de toujours rester aussi naturels et de ne pas avoir peur du regard des autres, merci pour tout.

A **Léna**, merci pour nos années collège/lycée, maintenant c'est toujours un plaisir de se retrouver.

A **Nahel**, merci de m'avoir soutenue pendant toutes ces années, je n'aurai jamais réussi la P1 sans ton soutien, merci pour la justesse et la sincérité de tes mots. Le lien reste malgré les années et la distance.

REMERCIEMENTS

A mes copains de la **Fac**,

Jean #groupe7, Pierre pour tes commentaires toujours très farfelus, **Antho** hâte de te voir à Angers, **Antoine** présent même à l'autre bout du monde, **Aurélien, Sarah B., Marie** pour ta douceur et ta force de vie que j'admire, **Camille** pour me faire toujours autant rire et pour tes talents d'artiste, **Mathilde** pour nos discussions et pour cette amitié fidèle, **Clara** pour tous ces moments partagés, pour ta résilience et pour m'avoir permis de crier ton nom comme une folle lors de la flamme des JO, **Sarah** depuis le début, en souvenir de nos soirées, nos repas, nos BU improvisées ... ta présence au quotidien me manque, merci pour ton écoute, sache que je ne suis jamais bien loin si tu as besoin de moi, merci pour tout, et **Chloé**. Merci pour tout ce que l'on a vécu ensemble, j'ai grandi avec vous, merci de m'avoir fait me sentir à ma place à vos côtés, merci pour tout ce qu'il nous reste à vivre.

A la team de **Cholet**, Lucie pour nos conversations confidences, Julien, Oss, Momo, Alex, Victor, Mel, Pauline I., merci d'avoir rendu mon premier semestre aussi joyeux et festif.

A **Pauline**, merci d'être cette oreille si attentive, merci pour tous tes conseils, merci pour nos années de solo swing, merci pour ta générosité, j'admire ta capacité à toujours voir le positif, merci pour cette amitié si précieuse pour moi.

A **l'Internemans**, merci de m'avoir accepté si facilement dans votre team, vous avez pris une place si rapidement et si importante dans ma vie. A Clara pour ta bonne humeur, pour nos conversations que j'adore, à Emma pour ta joie communicative, à Marie et Juju pour savoir nous réunir, à PE pour nos soirées escalades, à Théo depuis l'externat on en a fait du chemin, à Laura, à Ariane, à Victo, à Étienne, à Maxence. A **Aurélia** pour toutes nos confidences, pour nos soirées films, sushis... tu es cette amie que l'on rêve tous d'avoir, continue d'être si souriante et attentionnée.

Merci à tous pour cette nouvelle vie à Angers, j'ai hâte de voir ce que l'avenir nous réserve ensemble.

A tous ceux que j'ai rencontrés lors de **l'internat** : la team gégia et en particulier Clarisse, Joris et Léna, Cécilia et Pierre, Marie L.

A **Chloé et Solenne**, vous serez toujours mes colocs d'amour, mes rayons de soleil ! Merci **Chloé** pour ta présence, pour ton soutien indéfectible depuis toutes ces années, merci d'être la personne qui me connaît le mieux, merci d'être si attentive, depuis nos confs on en aura fait des choses ensemble. Merci **Solenne** pour ta joie de vivre, pour être si solaire, pour toujours faire attention aux personnes qui t'entourent et pour ton écoute. Vivre avec vous pendant ces 3 ans aura été inoubliable pour moi.

Pour finir, cette phrase qui m'accompagne depuis 24 ans :

« On ne voit bien qu'avec le cœur, l'essentiel est invisible pour les yeux. » A. St-Exupéry

Liste des abréviations

CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
WONCA	"World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians"
SASPAS	Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé
DUMG	Département Universitaire de Médecine Générale
DES	Diplôme d'Études Spécialisées
GEAP	Groupe d'Échange et d'Analyse de Pratique
MBI	Maslach Burn out Inventory

Plan

SERMENT D'HIPPOCRATE

INTRODUCTION

MÉTHODES

- 1. Stratégie d'échantillonnage et de recrutement**
- 2. Présuppositions des chercheurs**
- 3. Guide d'entretien et recueil de données**
- 4. Analyse des données**
- 5. Considérations éthiques et réglementaires**

RÉSULTATS

- 1. Caractéristiques des participants interrogés**
 - 2. « Être un aventurier »**
 - 2.1. Les propositions institutionnelles
 - 2.2. La rencontre d'un groupe inconnu
 - 2.2.1. Les échanges informels
 - 2.2.2. Les expériences authentiques vécues antérieurement
 - 2.2.3. La rencontre avec le groupe
 - 2.3. L'envie d'échanger
 - 3. « Être en sécurité »**
 - 3.1. Le cadre institutionnel
 - 3.1.1. Les modalités organisationnelles
 - 3.1.2. Une séance-type de groupe Balint
 - 3.1.3. Le rôle identifié de l'animateur
 - 3.1.4. La répartition du temps de parole
 - 3.2. Partager avec les autres
 - 3.2.1. Connaître le groupe
 - 3.2.2. Mettre l'autre au travail
 - 3.2.3. Faire avec les différences d'opinion
 - 3.2.4. Faire preuve de bienveillance
 - 4. « Être enrichi »**
 - 4.1. Consolider sa posture pour savoir agir en situation complexe
 - 4.1.1. Ressources apportées par le groupe
 - a) Le patient au centre des préoccupations
 - b) Apprendre par l'échange
 - c) Savoir-faire et savoir-être
 - 4.1.2. La connaissance de soi
 - 4.2. Le groupe Balint : un lieu d'aide et d'écoute

DISCUSSION DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

- 1. Forces et limites**

- 1.1. Forces**

- 1.2. Limites
- 2. **Principaux résultats**
- 3. L'écoute active
- 4. La connaissance de soi
- 5. Le sentiment de légitimité

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

INTRODUCTION

Dans la définition européenne du médecin généraliste/médecin de famille de la WONCA Europe, établie en 2002 puis révisée en 2023, l'une des caractéristiques de la médecine générale est de disposer « d'un processus de consultation unique, qui établit une relation au fil du temps, grâce à une communication efficace entre le médecin et le patient ». En effet, « chaque contact entre le patient et son médecin de famille contribue à une histoire évolutive, et chaque consultation individuelle peut s'appuyer sur cette expérience préalable partagée. La valeur de cette relation personnelle est déterminée par les capacités de communication du médecin de famille et est en soi thérapeutique » (1).

Le rapport de l'Académie de médecine de 2021 exprime que la « qualité de la relation médecin-malade est essentielle pour l'obtention d'un résultat thérapeutique optimal », avec un patient acteur de sa prise en charge. Les facteurs nécessaires à la mise en place de cette relation de la part du médecin sont « l'écoute, l'empathie, la clarté et la sincérité des explications » (2).

Un groupe de travail réuni sous l'égide du CNGE a permis une description des compétences spécifiques du médecin généraliste, avec notamment l'Approche centrée patient, la Relation et la Communication au centre de la marguerite des compétences principales de la médecine générale, à acquérir lors de la formation initiale (3-5).

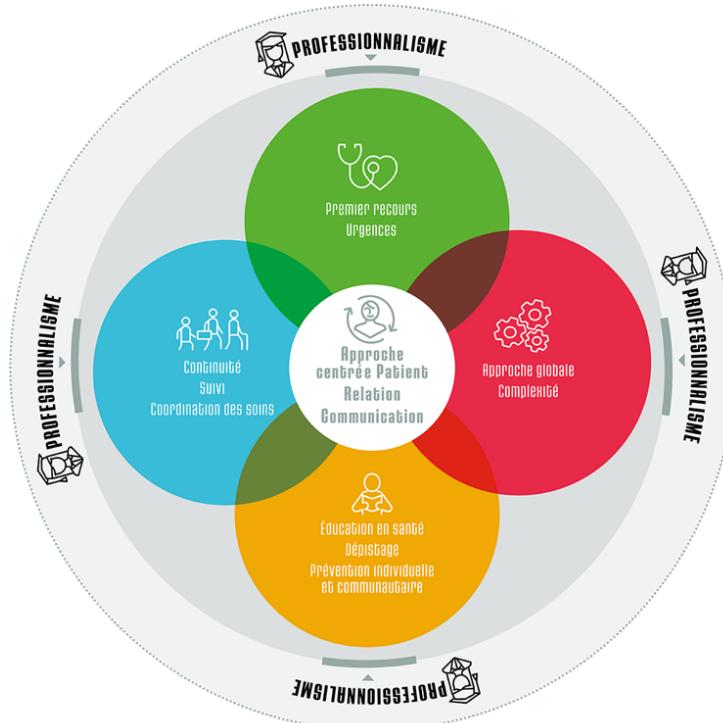


Figure 1 : Marguerite représentant les 6 compétences principales du médecin généraliste – CNGE

Les départements universitaires de médecine générale (DUMG) s'intéressent à développer pour les internes des compétences professionnelles à propos de la relation médecin-patient.

Cette approche se construit à partir d'enseignements pour certains plutôt théoriques transmettant de la connaissance, pour d'autres sous forme de groupes d'échange et d'analyse de pratique. Ces groupes permettent de discuter de situations complexes, de démarches diagnostiques décisionnelles et des effets de la rencontre avec le patient.

Certains groupes de travail s'inspirant de la méthode Balint ont proposé de se centrer uniquement sur la relation subjective avec le patient.

Ainsi des groupes type Balint ont été créés dans les facultés ; notamment à Amiens, Angers, Bordeaux, Caen, Grenoble, Marseille, Nancy, Paris Saclay, Paris Cité, Créteil, Rennes, Strasbourg, Toulouse, Tours (arrêté depuis 2019) (6).

La méthode Balint a été promue par Michael Balint ; psychiatre et psychanalyste anglais d'origine Hongroise ; en 1950, auprès d'omnipraticiens de la Tavistock Clinic (7). Le projet était la formation des médecins généralistes à la psychologie, lors de séminaires appelés « research cum training », actuellement connu sous le nom de « groupe Balint » (Annexe 1).

La Société Médicale Balint (SMB) a été créée en France, en 1967 pour permettre de former les médecins généralistes et autres professionnels de santé à la relation médecin-patient (8).

Les médecins participants à ces groupes travaillaient sur leurs réactions émotionnelles face aux patients dans le cadre professionnel. Ils analysaient l'implication de celles-ci dans les problématiques que le patient apportait, trouvaient des ressources et adaptaient leur prise en charge (Annexe 2).

Ces groupes sont actuellement destinés aussi bien à des médecins expérimentés qu'à des étudiants en formation.

Une étude a été réalisée en 2018-2019 au sein de l'université Paris Centre pour appuyer l'intérêt d'enseignements sous une forme originale au sein des facultés dans l'apprentissage de la relation médecin-patient et notamment pour maintenir le niveau d'empathie chez les étudiants en médecine. Les résultats montrent que la réalisation d'enseignements spécifiques (simulation humaine et groupe Balint) favorise le développement de l'empathie chez les étudiants (9).

Le Département Universitaire de Médecine Générale d'Angers a mis en place des enseignements travaillant la relation médecin-patient. C'est le cas dans les enseignements transversaux, par exemple celui intitulé « annonce de mauvaise nouvelle », se déroulant sous forme de jeux de rôles. La relation médecin-patient est également abordée dans les groupes d'échange et d'analyse de pratique, obligatoires pour tous les internes lors des stages chez le

praticien de niveau 1 (SN1), lors du « Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé » (SASPAS) et lors des quatre stages de huit demi-journées de « Prise en compte de la souffrance psychique », à réaliser auprès de psychologues, psychiatres, addictologues. Ces derniers permettent d'appréhender la prise en charge des pathologies psychiatriques ou addictives dans les conditions d'exercices spécialisées ou d'être face à des patients ayant une demande d'ordre psychologique (10).

Pour développer la formation des internes à cette compétence relationnelle, il a été mis en place à Angers, dès 2011 un enseignement facultatif. Il a donné lieu à un travail de thèse, qui repérait que « l'élaboration psychique peut avoir comme effet de privilégier une place de « non-savoir » et de « laisser-être », et donc de créer du lien et du sens à la fonction soignante » (11). Différents enseignements ont été expérimentés entre 2011 et 2019, pour aboutir en novembre 2020 à la création d'un enseignement à la relation médecin-patient selon la méthode Balint s'adressant uniquement aux internes en deuxième année de DES. En 2020, le groupe était constitué de 12 internes, en 2023, ils étaient 45 internes répartis en 3 groupes.

Ce travail permet d'étudier le ressenti des internes de médecine générale à propos de cet enseignement au sein de l'université d'Angers.

MÉTHODES

Il s'agit d'une étude qualitative, réalisée de novembre 2023 à mai 2024, par entretiens individuels semi-dirigés, selon une approche inspirée de la théorisation ancrée, répondant aux critères de qualité de la grille COREQ appliquée aux études qualitatives (12)(Annexe 3).

Elle a été menée auprès des participants à l'enseignement intitulé « La relation médecin-patient selon la méthode Balint » depuis sa création en novembre 2020.

1. Stratégie d'échantillonnage et de recrutement

Le recrutement a été réalisé par échantillonnage raisonné. Les critères d'inclusion étaient :

- Avoir participé à l'enseignement à la relation médecin-patient selon la méthode Balint au sein de la faculté d'Angers,
- Être interne en médecine générale à Angers, en 2^{ème} année de phase d'approfondissement,
- Avoir soutenu son DES de médecine générale à Angers.

L'unique critère d'exclusion était d'avoir eu plus de deux absences à l'enseignement.

L'échantillonnage visait la variation maximale sur la date d'inscription en DES, l'année de participation aux groupes Balint, le sexe, les stages réalisés pendant l'enseignement, le type d'exercice professionnel envisagé ou actuel.

Les participants potentiels à l'étude ont été contactés par mail, et une fiche explicative leur a été remise (Annexe 4). Leurs coordonnées avaient, au préalable, été obtenues lors de la réunion de présentation du stage SASPAS. Le recrutement s'est poursuivi au cours des entretiens par effet « boule de neige », en questionnant les participants ou par les connaissances de l'investigatrice.

2. Présuppositions des chercheurs

La participation des internes à cet enseignement est motivée par la validation de deux stages de prise en compte de la souffrance psychique sur les huit exigés au terme du DES.

La participation aux groupes Balint permet à certains d'améliorer leur sentiment d'être à l'aise pour accueillir et faire avec les réactions des patients. En interrogeant leurs propres représentations sur la relation, ils considèrent différemment celles du patient.

A l'issue de leur participation aux groupes Balint, les internes de médecine générale se sentent légitimes pour accompagner les patients qui vivent une souffrance psychologique.

Les échanges avec leurs collègues à propos du soin apporté aux patients nommés comme exigeants ou difficiles permettent de se décaler d'une relation médicale repérée initialement comme impossible.

3. Guide d'entretien et recueil de données

Le guide d'entretien explorait les thèmes suivants : motivations à participer aux groupes Balint, vécu des séances et effets des séances sur sa fonction « d'être médecin » (Annexe 5).

Le guide était susceptible d'être modifié en cours d'analyse.

Les entretiens se sont déroulés au domicile de l'interne ou de l'investigatrice, ou par visioconférence (logiciel Teams ©). Ils ont été réalisés par une seule investigatrice. Ils ont fait l'objet d'un enregistrement audio et ont été retranscrits mot à mot après chaque entretien au moyen d'un traitement de texte Word © pour constituer les verbatims. Les entretiens ont été anonymisés après transcription.

La directrice de thèse a été rencontrée après trois entretiens, en cas d'interrogations, puis régulièrement pour aider à l'avancée du travail de thèse.

4. Analyse des données

Une analyse inductive générale a été réalisée. Un codage ouvert a été effectué manuellement avec un tableur Excel®, permettant de dégager des étiquettes expérientielles et des propriétés puis de catégoriser. Un double codage a été réalisé pour les trois premiers entretiens et pour le sixième entretien par la directrice de thèse.

5. Considérations éthiques et réglementaires

Une information écrite sur l'objectif du travail a été délivrée aux internes et médecins remplaçants, leur consentement a été recueilli en amont de l'entretien.

Comme cette étude ne relevait pas de la réglementation sur la recherche médicale impliquant la personne humaine, le comité d'éthique n'a pas été sollicité.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des participants interrogés

Dix médecins ont été interrogés, trois d'entre eux étaient internes lors de l'entretien, les autres participants étaient remplaçants en médecine générale, travaillant en centre de santé ou installés. Les lieux d'habitation de certains participants, éloignés de celui de l'investigatrice, ont contraint à l'utilisation de la visioconférence pour la majorité des entretiens. Leur durée était comprise entre 19 minutes et 40 minutes avec une moyenne de 28 minutes. On notait une augmentation de leur durée au fil de leur réalisation.

Tableau I : Caractéristiques des participants

Entretien	Sexe	Date d'inscription en DES	Année de participation aux groupes Balint	Stages lors de l'enseignement	Type d'exercice professionnel envisagé ou actuel	Durée de l'entretien (minutes)	Modalité d'entretien (visioconférence « visio » ou présentiel)
E1	F	2021	2022-2023	Pédiatrie et Médecine polyvalente	Mixte : cabinet libéral et structure (institut, PMI, hospitalier ou SMR)	21	Visio
E2	F	2021	2022-2023	Médecine polyvalente/Infectiologie et Pédiatrie	Cabinet libéral +/- activité de soins palliatifs	29	Visio
E3	F	2021	2022-2023	Gynécologie/Pédiatrie et HAD/SMR	Cabinet libéral ou SMR	19	Visio
E4	F	2020	2021-2022	Gynécologie et Cardiologie	Cabinet rural/semi rural actuellement puis +/- SMR/EHPAD/PMI	31	Visio
E5	F	2020	2021-2022	Médecine polyvalente et Gynécologie/Pédiatrie	Centre de santé en gynécologie actuellement puis +/- PMI	29	Présentiel
E6	H	2020	2021-2022	SMR et Gynécologie	Cabinet libéral actuellement puis Cabinet libéral (MSP)	40	Présentiel
E7	F	2019	2020-2021	Gériatrie et Gynécologie/Pédiatrie	Installée en cabinet libéral semi-rural	25	Visio
E8	F	2019	2020-2021	SMR pédiatrique et Gynécologie	Cabinet libéral puis installation en cabinet	30	Visio
E9	F	2020	2021-2022	Médecine polyvalente et Pédiatrie	Cabinet libéral et urgences pédiatriques	34	Présentiel
E10	F	2019	2020-2021	Gériatrie et Gynécologie	Collaboration en cabinet libéral et mi-temps à l'hôpital	21	Visio

2. « Être un aventurier »

2.1. Les propositions institutionnelles

Parmi les raisons ayant amené à choisir cet enseignement, la plupart des interviewés, mettait en avant la **validation de deux enseignements de prise en compte de la souffrance psychique** : « faire le groupe Balint, ça permet de valider deux stages de prise en compte de la souffrance psychologique donc c'est quand même un point très positif et attrayant » (E3).

2.2. La rencontre d'un groupe inconnu

2.2.1. Les échanges informels

Avant de s'engager à participer aux groupes Balint, les internes s'étaient **renseignés auprès de leurs prédecesseurs**, « j'en avais entendu du bien aussi de personnes qui l'avaient fait au semestre d'avant » (E1) ou bien **auprès de confrères**, « on avait un stage de prise en compte de la souffrance psychologique à faire et je me suis retrouvée avec un psychologue à (ville) qui lui, était un fervent défenseur de la méthode Balint, donc il m'en avait parlé un petit peu en long en large en travers, il était très fan et il trouvait ça très bien » (E3).

2.2.2. Les expériences authentiques vécues antérieurement

La majorité des interviewés ne se souvenaient pas d'enseignement théorique dédié à la relation médecin-patient lors de leur formation (E1, E3, E4, E5, E8, E10).

Les étudiants avaient pu expérimenter durant leur **externat** des **mises en situation** ou **jeux de rôles**, par exemple des journées « Théâtre-forum » à Angers ou à Nantes, permettant de **travailler sur la relation médecin-patient**, « y avait quelqu'un qui jouait le médecin, quelqu'un d'autre qui jouait le patient, les autres étaient observateurs et ensuite on en tirait quelque chose, on se disait sans critique ou quoi, mais juste l'analyse de la situation et qu'est-ce qui était problématique à ce moment-là, qu'est-ce qui l'était pas » (E2), « on avait chacun un scénario parce qu'en fait l'idée c'était qu'on soit pas limité justement par nos connaissances ou des choses comme ça, donc on avait un scénario avec toutes les informations médicales

qu'il nous fallait pour pouvoir répondre au comédien-patient et on avait un format de consultation d'une vingtaine de minutes à tenir avec une demande du patient, une consultation à dérouler [...], y'avait pas d'enregistrement mais on échangeait après sur les difficultés, sur c'qu'on avait ressenti pendant les mises en situation » (E7). Ils y repéraient l'intérêt de la **présence des acteurs** qui ne « *sont pas médecins donc dans la manière dont ils improvisent ils ont pas tout ce truc de médecin derrière donc ça fait vraiment authentique* » (E6).

L'un des interviewé avait pu bénéficier d'un **enseignement optionnel de communication**, qui était fait par une « *coach en communication [...], qui avait présenté les différents modes de communication : communication verbale, non verbale et puis, essayer de détecter les différentes astuces sur quand on communiquait avec quelqu'un, essayer de comprendre comment la personne, arrivait à communiquer, pour qu'on s'mette au même niveau qu'elle* » (E4), un autre avait fait un « **DU sur la déontologie, l'éthique** et les choses comme ça, donc *sur ce lien là on va dire entre professionnels et avec le patient* » (E8).

L'un d'entre eux avait participé à des **groupes Balint** pendant son **externat** Rennais « *je l'ai fait un peu tôt, je l'ai fait au début de mon externat et du coup j'avais trouvé ça difficile parce que j'avais pas eu beaucoup de situations encore avec des patients et donc j'me souviens que moi personnellement ça m'apportait pas beaucoup mais d'entendre les histoires des autres je trouvais ça intéressant* » (E9).

Lors de **l'internat**, ils avaient pu expérimenter le format **groupe de parole** en participant aux **GEAP**. Cependant, ils s'accordaient à dire qu'il y avait une différence avec les groupes Balint, les « *GEAP c'est quand même plus pratico-pratiques* » (E3), « *ça restait très axé sur la pratique, le modèle bio-psycho-social* » (E4), alors que les groupes Balint « *ça va plus être sur le ressenti qu'on a eu, le ressenti des patients* » (E3).

Certains avaient participé de façon **obligatoire** aux **groupes Balint** lors de la première année d'internat, l'intérêt suscité par cet enseignement, les avaient poussés à poursuivre l'expérience

lors de leur deuxième année, « *je crois que c'est quand même ce groupe-là qui m'a fait encore plus avoir envie de faire le [groupe Balint] l'année dernière* » (E2).

2.2.3. La rencontre avec le groupe

Certains interviewés avaient choisi de participer à cet enseignement pour **l'aspect relationnel**. L'envie de rencontrer de **nouvelles personnes**, se justifiait par un isolement sociétal subit, « *chose toute bête, mais promo COVID, donc c'est vrai qu'on connaît pas grand monde à la fac et ça permettait de voir du monde* » (E4) et le désir de découvrir des **pratiques cliniques différentes** en fonction du lieu d'exercice, « *de voir aussi ce qui se passait dans les autres départements, notamment sur Angers sur le CHU, sur Le Mans* » (E4), « *c'était intéressant de rencontrer des gens qui avaient travaillé à Cholet, en Mayenne, qui ont des expériences quand même médicales très différentes de Angers en particulier* » (E9).

A l'inverse, pour d'autres, cela permettait une **rencontre programmée** « *avec une amie [...], de se voir régulièrement une fois par mois* » (E3).

2.3. L'envie d'échanger

Ils avouaient avoir un **besoin d'échange** avec leurs **pairs** plutôt que d'être dans une position d'observateur passif comme proposé dans les autres terrains de stage de prise en compte de la souffrance psychique, « *même si on me l'avait présenté par rapport au stage de souffrance psy, avec du recul, tu m'aurais proposé les deux, j'pense que j'aurais pris le Balint parce que j'trouvais ça intéressant et j'aurais pas eu l'impression de perdre en allant pas en stage d'observation, j'trouve que on était à un stade où, fin moi en tout cas, l'observation j'ai pu le voir ailleurs et finalement faire un stage spécifiquement où tu vas observer ce qui s'passe au niveau relationnel ou psycho j'en ressentais pas le besoin, alors que partager avec les pairs et les internes, et les médecins qui animaient, j'trouvais ça nouveau, en fait ça apportait vraiment quelque chose que j'retrouvais pas dans les stages* » (E6).

3. « Être en sécurité »

3.1. Le cadre institutionnel

3.1.1. Les modalités organisationnelles

Concernant l'organisation des stages de souffrance psychique, ils repéraient un **accès simplifié** aux groupes Balint : « *il y avait aussi la facilité de, j'ai pas à chercher de stage de souffrance psy à côté et ça m'en valide 2. C'est un peu cette facilité-là, c'est programmé on peut dire entre guillemets, j'ai cours ce jour-là, et basta* » (E1).

Avec pour quelques-uns la **contrainte des trajets**, lorsque leur lieu de stage était éloigné d'Angers, « *c'est la route qui était le plus pénible, mais ça s'fait aussi* » (E4).

Cependant le format d'un **enseignement en distanciel** n'était pas une option envisagée « *je verrai pas ça en distanciel quoi, fin j'trouve que c'est c'qui est dans l'air entre guillemets, qui est hyper important sur ce type de groupe [...] fin j'trouve qu'on sent quand même en présentiel les gens qui ont envie de parler et qui veulent intervenir et finalement qui attendent un p'tit peu, alors que quand on est en visio ben ceux qui sont à l'aise vont prendre la parole plus facilement alors que bah toi quand t'as envie de dire quelque chose et que t'es pas très à l'aise j'trouve que c'est moins facile aussi quoi* » (E7), certains participants lors de la période COVID avaient pu expérimenter les premières séances en visioconférence, pour autant ils ne voulaient pas poursuivre l'expérience sous ce format-là « *c'est toujours mieux en présentiel, surtout pour parler de ces choses-là, en visio [...] tu vas moins te raconter les choses qu'en présentiel* » (E8), « *[en visioconférence] on perdait quand même un p'tit peu pour le coup, de relationnel, et donc le présentiel j'trouve qu'on gardait, on avait plus d'empathie, on avait plus d'interactions avec les autres qu'en visuel* » (E10).

Certains trouvaient qu'un nombre de **dix participants** était suffisant (E1, E2).

Le **jour et l'horaire** choisis de l'enseignement étaient valorisés, « comme le stage est censé te libérer, tu venais le vendredi après-midi, tu faisais ta séance, du coup on était libéré même plus tôt que la plupart des internes [...] , donc y avait un côté aussi, où tu clôtures ta semaine, [...] t'as déjà fait ton débriefe et du coup t'es pas avec tes histoires à gamberger forcément le week-end, c'qui peut être parfois le cas quand t'as pas forcément pu le verbaliser » (E6) ainsi que le fait que l'enseignement se déroule **sur un an** « ça m'allait pas mal, parce que c'était un engagement un peu long » (E8).

3.1.2. Une séance-type de groupe Balint

Ils s'accordaient à **décrire la séance** comme un lieu accueillant avec une disposition des chaises en cercle, sans table, permettant une vision globale des participants (E1, E2). Cette disposition était **comparée avec celle des consultations au cabinet** « j'trouve que ça casse le côté vraiment très sérieux, informel de [...] l'image du médecin qui est séparé de son patient par le bureau, le sachant et l'ignorant ; et je trouvais ça plus convivial » (E4).

Par la suite, chaque rencontre permettait de **discuter des cas cliniques**, « on était 2 à parler par séance si on avait une situation qui nous avait posé problème dont on voulait parler donc on se lançait, on parlait et puis ça durait bien les 2h » (E3).

3.1.3. Le rôle identifié de l'animateur

Ils repéraient que cette **place d'animateur** nécessitait une **formation** et nommaient l'intérêt « d'avoir plusieurs intervenants possibles donc plusieurs points de chutes possibles et plusieurs façons de voir aussi les choses » (E8).

Ils l'identifiaient comme un **référent accessible**, à contacter en cas de problème (E8).

Certains l'attendaient comme **modérateur du temps de parole** du groupe : « l'animateur doit prendre une place et affirmer sa position et dire tout le monde a le droit de parler et voilà, peut-être un peu plus recadrer les choses » (E2), sans être **jugeant** ni **sachant** : « apporter

son regard de médecin généraliste plus expérimenté de temps en temps pourquoi pas si y'avait besoin mais pas que ce soit mis en avant » (E5).

3.1.4. La répartition du temps de parole

Quelques interviewés mettaient en avant une **inégalité du temps de parole** au sein du groupe, « *on a tous nos personnalités et il y en a qui parlent un peu moins que d'autres et ça leur laissent pas trop la place quoi » (E2)*, ce qui avait une incidence sur le partage des expériences « *sur le groupe y en avait deux qui parlaient beaucoup, et y en avait deux autres pour le coup vraiment on les a quasiment jamais entendues et elles ont jamais raconté une situation qui elles, leur a posé problème donc en fait on a un minime aperçu de ce qu'elles peuvent parfois répondre à d'autres, alors que moi j'trouve ce serait plus riche d'avoir leur avis aussi et leur vision des choses » (E2)*.

Certains trouvaient que l'animateur « *prenait trop de place » (E5)*, ce qui pouvait être « *gênant en fait surtout son regard un peu de, ça c'est juste et ça c'est faux, j'trouve c'était pas approprié, [...] j'trouve c'était censé être un groupe pour nous internes » (E5)*.

Mais la plupart trouvaient « *qu'elle [avait] vraiment réussi à avoir cette place de médiation, juste de facilitatrice de dialogue » (E7)*, pour eux il était « *important d'avoir quand même quelqu'un qui, sans te pointer du doigt, mais qui t'offre l'opportunité de parole des fois, en te mettant en avant » (E8)*.

3.2. Partager avec les autres

3.2.1. Connaître le groupe

Ils décrivaient le groupe Balint comme un lieu pour « *se poser et aborder un peu plus une situation que tu as expérimenté, avec du recul, avec d'autres personnes, qui sont faites autrement que toi » (E8)* et « *discuter de cas qui auraient posé question ou pour lesquels on*

s'poserait encore des questions, fin qu'on aurait du mal en fait à évacuer un truc psychologiquement qui nous resterait un peu dans la tête » (E10).

Ils repéraient que l'échange était plus facile si l'ensemble des participants **se sentait à l'aise**, « *on a vraiment eu le temps d'apprendre à s'connaître aussi et d'être à l'aise pour parler un peu plus à cœur ouvert* » (E7, E9), « *au début tu sais pas trop quoi te dire, [...] puis après tu peux aller en profondeur sur des choses, et tu te fais confiance* » (E8), et que cela permettait à chacun de prendre la parole, « *j'pense que ça doit dépendre beaucoup des groupes aussi, avec lequel on est, nous on avait un groupe avec des gens qui osaient parler et avec des échanges très riches et chacun avait beaucoup d'histoires à rapporter* » (E9).

3.2.2. Mettre l'autre au travail

Lors de leurs rencontres, ils **questionnaient** celui qui se racontait au travers d'un récit. Leurs questions commençaient par « pourquoi » et ils s'exprimaient avec bienveillance, en donnant parfois leur avis (E7, E9).

L'écoute passait également par **l'observation des comportements** de celui qui racontait et du groupe, « *y avait une écoute aussi du non-verbal et ça c'était hyper intéressant* » (E7).

3.2.3. Faire avec les différences d'opinion

L'échange et l'écoute permettaient de **s'ouvrir** à d'autres **opinions ou façons d'exercer**, « *l'idée c'était pas toujours d'être d'accord aussi entre nous, c'était plus d'accepter, d'écouter aussi qu'il puisse y avoir différentes manières de faire et ça j'trouvais ça intéressant, [...] d'accepter que si pour un même motif, un même patient tu consultes telle personne ou telle personne, tu vas pas avoir la même finalité* » (E6).

3.2.4. Faire preuve de bienveillance

La plupart des interviewés identifiait ce lieu de parole comme un **espace bienveillant**, sans « *jugement dans le groupe. En fait on s'est senti tout de suite à l'aise avec le groupe, et du coup ça s'est vite lié, tout de suite tout le monde était à l'aise et du coup ça c'était agréable* » (E10), « *c'était vraiment une discussion ouverte et respectueuse* » (E4), ce qui permettait une **liberté de parole**, « *on peut prendre la parole, on sera pas jugé, on était même presque plutôt soutenu quoi* » (E10).

Les **émotions** pouvaient être exprimées spontanément sans crainte, « *ils acceptaient nos émotions, c'est arrivé où il y a eu des pleurs pendant les séances et j'trouve que y avait vraiment une bienveillance autour* » (E10), parfois « *on était plusieurs à être émus* » (E8, E7). Cependant, l'un d'eux trouvait qu'il était parfois **difficile de livrer ses pensées** devant des collègues « *quand c'est des trucs plus intimes ou plus compliqués. Parce que finalement en fait quand on se rend compte de c'qui nous touche, c'est quand même très souvent lié aussi à notre histoire et on n'a pas forcément envie d'la partager en groupe de quinze personnes parce que d'un côté, y'a du respect, de l'empathie et à priori de la confidentialité mais en même temps c'est quand même des collègues ou des futurs collègues* » (E5).

4. « Être enrichi »

4.1. Consolider sa posture pour savoir agir en situation complexe

Au-delà du travail mobilisant les compétences professionnelles, l'interne se racontait au groupe en tant que **soignant et individu** : « *c'était plus le côté personnel du groupe Balint, le médecin en tant que personne et non pas en tant que sachant* » (E4), « *on n'était pas juste médecin quand on est en Balint, on était une personne qui avait la fonction de médecin* » (E4).

4.1.1. Ressources apportées par le groupe

a) Le patient au centre des préoccupations

Adapter sa communication

Grâce aux expériences partagées, les interviewés ont pu améliorer leur **aptitude à communiquer avec les patients** : « ça m'a quand même appris plein de trucs sur la relation médecin-patient mais un peu informel ou quoi, c'est pas de la connaissance qu'on peut avoir autrement que dans ce type d'échange » (E2).

Ils se sont questionnés sur ce qui pouvait **être adressé ou pas au patient**, certains pensaient que le médecin doit « être clair avec le patient sur la situation actuelle et sur ce qu'[il] a envie de lui dire, tout en intégrant le fait qu'il faut s'adapter à chaque patient » (E1).

Les échanges ont permis d'aider à identifier certains **tempéraments de patients**, et de **singulariser le discours** à ces patients (ex : être rassurant si la personne est anxieuse), ils appelaient ça « la lecture des gens, ça c'est un truc un peu informel qu'on nous apprend pas trop, alors qu'en fait on y est confronté tout le temps » (E6), « c'est cerner les profils un peu des gens à travers les histoires qui sont racontées et comment les médecins aussi gèrent » (E6). Ce travail permettait ensuite « d'essayer de mieux réanalyser toutes les émotions surtout quand elles paraissent très fortes chez le patient » (E7).

Faire avec le patient difficile

Pour certains, le groupe Balint a permis un apprentissage sur la « **gestion** » **des consultations** avec des **patients identifiés comme « difficiles »** : « apprendre à dire non à certains patients au contraire, et à les arrêter, les freiner et dire non mais là vous dépasser les bornes et ça peut pas se passer comme ça » (E1), à **analyser** le comportement de ces patients, « y a des consultations on a l'impression qu'on se fait un peu engueuler par les patients, on s'fait pas engueuler en fait, c'est que souvent c'est des gens qui ont peur et qui

communiquent, qu'ont du mal à verbaliser c'qui se passe pour eux et du coup une fois qu'on a identifié ça, moi j'trouve ça vient désamorcer » (E6), en parlant même d'un **enrichissement** sur ce type de prise en charge : « *je trouve ça enrichit ma vision des choses, ça enrichit comment je peux être face à un patient agressif, face à un patient triste* » (E2).

b) Apprendre par l'échange

L'ensemble des discussions permettait une construction d'expériences (E2), faisant **écho à des situations déjà expérimentées** : « *y avait beaucoup de résonance, beaucoup de situations en écho* » (E7).

Ce partage permettait de repérer des **difficultés similaires** rencontrées par les autres membres du groupe « *on est pas que seul à être en difficulté les autres peuvent être en difficulté aussi* » (E4). Ils identifiaient ce qu'ils pensaient être une **erreur** de soin « *de voir que finalement là c'est pas mes amis, c'est juste des co-internes et ils sont touchés aussi par des situations, y'a des choses qu'ils vivent mal et ils font des erreurs aussi* » (E5), et concevaient qu'il n'y avait **pas de recette** prédéfinie, « *y a pas forcément une meilleure solution qu'une autre et on fait tous un peu comme on peut et du mieux qu'on peut et en prenant en compte tous les facteurs qui rentrent dans la situation en cours* » (E7).

Ce repérage était vécu comme **apaisant**, « *c'est rassurant de voir qu'on est tous confrontés à des situations plus ou moins compliquées, qu'on a tous des difficultés* » (E7), soutenant la **légitimité** à se mettre en question « *se dire finalement c'est pas une question bête mais j'ai le droit de me poser cette question-là, et j'ai le droit de me la poser à moi-même, et j'ai le droit d'oser poser la question aux autres parce que les autres se posent les mêmes questions* » (E9).

Pour certains, **l'écoute seule** était suffisante pour bénéficier de l'enseignement : « *j'en apprends autant quand j'écoute que quand je parle* » (E2), « *y a pas besoin ni de raconter, ni d'intervenir pour qu'il s'passe quelque chose dans cet enseignement-là* » (E6).

Ils valorisaient **l'échange avec les pairs** dans leur pratique future : « ça m'a permis de prendre conscience que je pouvais aussi en parler avec les équipes qui m'entouraient » (E4).

c) Savoir-faire et savoir-être

Les interviewés avaient appris « *des modes de réflexion, des changements de point de vue* » (E4). En effet, ils percevaient l'intérêt de parfois **se décaler de la situation** clinique vécue : « *ça apporte beaucoup de recul, ça permettait de faire un pas de côté sur l'analyse des situations et de prendre du recul quand c'était nécessaire surtout quand c'était une situation qui nous tenait à cœur* » (E7), « *parfois d'être moins frontal sur certaines choses, de me dire là il a pas les idées en place, pourquoi, comment je peux essayer justement, voilà de détourner, de passer à autre chose* » (E8). Également d'accepter que **les réactions des patients n'étaient pas dirigées contre soi**, « *ça m'a aidé aussi je pense à ne pas tout prendre pour moi* » (E8), « *de moins culpabiliser d'une situation qui s' passe mal, de trop cogiter sur la situation* » (E10).

Ils repéraient la nécessité **d'accepter l'incertitude**, « *savoir dire aussi des fois, là je sais pas trop quoi faire avec tout ça* » (E1).

Les différents échanges avaient permis à certains de développer une **assurance verbale** : « *j'me sens plus à l'aise à prendre la parole et je sais plus vers quoi je veux aller quand je la prends* » (E3), et également d'améliorer leur **écoute active** « *quand quelqu'un raconte une histoire en Balint, des fois ça peut durer 30-40 min [...], donc ça apprenait à écouter quelqu'un de manière très active en se disant je garde ça en tête je vais rebondir sur ça après* » (E6).

Ils expérimentaient la réalité de la pratique médicale et le besoin d'être à la bonne distance vis-à-vis du patient pour rester dans **l'empathie** (E6).

4.1.2. La connaissance de soi

Ces échanges ont permis de « savoir se placer en tant que médecin dans la relation » (E1), et de « particip[er] à former le médecin que je vais être » (E2).

La participation aux groupes a permis à certains de « gagner en **confiance** » (E7).

La plupart trouvait que la capacité à **se sentir à l'aise** avec le patient s'apprenait par **boucles d'apprentissage** : « quand on se retrouve pour la première fois dans une situation un peu difficile forcément on est moins à l'aise et puis une fois qu'on l'aura fait une fois ou alors même d'avoir à en discuter par exemple avec d'autres personnes qui ont été face à ce genre d'expériences, forcément nous quand on s'y retrouve on se sent plus apte à répondre et à donner des conseils, à poser des questions que si on n'a aucune idée de comment réagir ou quoi faire » (E1, E4, E9) ; ainsi que par **la connaissance de soi** : « pour être à l'aise avec un patient j'pense qu'il faut déjà être à l'aise avec soi-même et être à l'aise avec ses compétences et ses connaissances » (E3). Cela dépendait également du **regard du patient** « y a des patients où on sent qu'ils nous mettent facilement à l'aise parce que on voit qu'ils ont confiance en nous » (E9).

L'écoute de l'autre et des situations évoquées permettait à chacun **d'apprendre sur soi** : « t'écoutes, du coup tu penses aussi toi à des situations mais tu vas pas forcément tout raconter et tout dire, t'écoutes aussi les réactions des autres, tu dis « c'est intéressant cette réaction » moi ça m'serais jamais venu à l'esprit et après tu te poses la question de pourquoi et en fait tu dis pas parce que c'est une mauvaise réponse, juste parce que moi je fonctionne différemment » (E7).

Le groupe Balint était identifié comme un **lieu privilégié** pour pouvoir **exprimer son ressenti et l'analyser avec ses pairs**. Certains prenaient la mesure de la notion de transfert/contre-transfert, « *ça m'a permis de mieux analyser mes émotions par rapport aux patients, par rapport à ce que j'ressentais, que la situation de transfert/contre-transfert je sais que j'en ai beaucoup plus conscience* » (E3), et énonçaient la nécessité de s'écouter soi pour écouter au mieux le patient permettant la poursuite parfois de la relation médicale « *plutôt orientée vers soi dans le sens où, comment on l'a vécu et comment on a vécu l'événement avec le patient, la relation avec le patient et comment on peut faire pour, soit mieux le vivre soit l'appréhender différemment aussi* » (E4, E7).

Certains comparaient le groupe Balint à une **thérapie** : « *ça permet aussi de se poser des questions soi-même et de faire une sorte de thérapie quand même sur soi, parce que y a plein de choses aussi que tu verbalises pas au groupe mais qui te passent par la tête [...], et on devrait peut-être avoir tous en tant que médecin [...] au moins un moment où tu réfléchis en terme relationnel sur c'qu'on vit nous fait à titre personnel et c'qu'on véhicule aussi auprès des patients en fonction de si on est disposé à entendre ou pas certaines choses quoi* » (E6).

Cela permettait de sensibiliser au **bien-être psychique du médecin**, « *si on est bien avec soi et si on arrive à s'écouter aussi, on écouterai forcément mieux le patient et on sera mieux capable d'entendre ses problématiques derrière* » (E7), « *j'trouve dans notre formation on est sensibilisé à la souffrance psychologique du patient mais on n'est pas beaucoup accompagné, beaucoup sensibilisé à notre propre souffrance* » (E7).

4.2. Le groupe Balint : un lieu d'aide et d'écoute

L'échange avec le groupe était « *perçu comme une aide* » (E4). Ils repéraient que le groupe Balint pouvait être une **ressource** pour permettre « *de pas être seule* » (E9), car « *l'exercice est quand même assez solitaire [...] en cabinet* » (E9), « *quand on est un peu seul au cabinet, ou un peu seul dans la vie de tous les jours, ça permet d'avoir un lieu de parole* » (E10).

Pour la plupart, cet espace permettait d'avoir un **lieu identifié pour exprimer ses difficultés** : « *j'ai besoin d'en parler en fait, [...] et le lieu pour en parler, [...] où on peut vraiment en parler, partager la responsabilité, réfléchir à c'qu'on peut faire, à comment on les accueille et tout, j'pense que c'est avec des personnes, avec des collègues médecins ou autres, mais qui sont déjà dans le soin, qui ont déjà accepté de rentrer là-dedans* » (E5), « *d'avoir un lieu si j'avais besoin de partager une histoire compliquée pour moi, d'avoir ce lieu où j'étais sûre que j'pouvais l'faire* » (E9).

Pour certains, cela relevait même de la nécessité d'avoir ce lieu, pour pouvoir **équilibrer sa pratique professionnelle** : « *le fait [...] de pouvoir se libérer un peu du poids de certaines consultations qui s'accumulent, quand tu sens qu'ça remonte, moi ça m'est déjà arrivé d'me dire « ce serait bien de continuer à faire du Balint, ou là j'en suis à un stade où il faut que j'fasse un travail sur moi parce que là j'accumule trop et j'veais plus être bien en fait au niveau des consult, [...], ça m'a fait prendre conscience de ça, que c'est important si j'veux continuer à faire du soin, que moi j'sois aussi équilibré et de sentir un peu le curseur où ça commence à être un p'tit peu trop* » (E6).

Pour d'autres, il était nécessaire de **protéger son entourage personnel**, en déposant ailleurs son vécu professionnel « *j'trouve qu'on vit quand même des choses super difficiles parfois, et en fait j'pense qu'y'a des choses c'est compliqué de ramener chez soi* » (E5).

DISCUSSION DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

1. Forces et limites

1.1. Forces

La réalisation d'entretiens semi-dirigés a permis une plus grande liberté de parole de la part des participants.

Dix entretiens ont été réalisés pour atteindre la suffisance des données.

La qualité intrinsèque de l'étude a été vérifiée à partir de la grille COREQ, seul l'item 23 (retour des retranscriptions aux participants) n'a pas été respecté (Annexe 3).

Des résultats inattendus ont été formulés par les participants, notamment sur l'effet de connaître le groupe pour pouvoir s'exprimer plus facilement, sur l'amélioration de la connaissance de soi et sur le besoin d'avoir un lieu d'écoute pour équilibrer sa pratique.

1.2. Limites

Il s'agissait de la première expérience d'étude qualitative par entretien de l'investigatrice, avec quelques biais :

Un biais de subjectivité, lié à la méthodologie de l'étude qualitative, dû au fait que l'encodage progressif des données pouvait orienter l'analyse des réponses, cependant le double codage de certains entretiens par la directrice de thèse permettait de le réduire en partie.

Un biais d'information, par la réalisation de la majorité des entretiens en visioconférence, qui pouvait entraîner une perte de données.

Un biais de désirabilité sociale, par la connaissance personnelle de certains interviewés par l'investigatrice. Cela pouvait influencer certaines de leurs réponses, tout en permettant à certains de se livrer plus facilement.

2. Principaux résultats

Le **cadre institutionnel** était perçu comme sécurisant pour choisir le groupe Balint, avec une facilité d'accès et permettant de valider les stages de prise en compte de la souffrance psychique.

L'intérêt d'une **formation à la relation médecin-patient** lors du cursus universitaire était valorisée, ce qui avait pu manquer, en particulier lors du premier cycle.

Les différents échanges avaient permis l'acquisition de **compétences relationnelle et communicationnelle**, en particulier l'écoute active, notamment grâce à l'expression des émotions ressenties et leur analyse avec le groupe dans un environnement bienveillant.

La **connaissance du groupe** a permis aux participants d'apprendre sur soi, hors du savoir théorique.

Le **sentiment de légitimité** était amélioré par le partage des expériences cliniques.

La différence entre **GEAP** et groupes Balint restait parfois floue pour certains interviewés.

3. L'écoute active

Grâce aux groupes Balint, les participants ont pu acquérir diverses compétences et notamment développer leur écoute active. Ce concept a été décrit par Carl Rogers en 1980 : « L'écoute attentive signifie donner son attention totale et indivisible à l'autre personne et dire à l'autre que nous sommes intéressés et préoccupés. [...] Nous n'écoutons pas seulement avec nos oreilles, mais avec nos yeux, avec notre esprit, notre cœur et notre imagination. Nous écoutons ce qui se passe en nous-mêmes, ainsi que ce qui se passe dans la personne que nous entendons. Nous écoutons les paroles de l'autre, mais nous écoutons aussi les messages enfouis dans les mots. Nous écoutons la voix, l'apparence et le langage du corps de l'autre » (13). Il s'agit donc d'une technique d'accompagnement du patient fondée sur le fait que « chaque être humain a en lui-même les ressources nécessaires à son développement

personnel » (14). Selon différentes postures adoptées par le médecin, celui-ci « prend en compte l'intégralité du vécu et du ressenti du patient au-delà de son discours, et manifeste son intérêt par une attitude bienveillante verbale et non verbale » (15).

Les différentes postures sont : « empathique (ressentir et comprendre le point de vue du patient), congruente (être en accord entre ce que l'on pense et ce que l'on dit en restant centré sur le patient) et la considération positive inconditionnelle (capacité à considérer le patient de façon positive, sans porter de jugement) » (15).

Ce concept peut être en lien avec ce que Balint décrit comme le « médecin-remède », il dit que « le médicament, de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine générale [est] le médecin lui-même » (7). En effet, le simple fait de venir voir le médecin, peut permettre au patient de cheminer et d'aller mieux, il a donc des effets thérapeutiques mais aussi des effets secondaires indésirables, ce qui rentre en compte dans la relation médecin-malade.

Cependant, même si cette méthode permet d'améliorer la relation médecin-patient, est-il possible qu'elle soit enseignée à tous les étudiants ?

Les compétences relationnelles, et notamment ce qui constitue le « savoir-être », décrit entre autres par G. LE BORTEF (16,17), ont une part innée, que l'individu a construit tout au long de sa vie, au fil des expériences vécues. Celles-ci sont également en lien avec les valeurs, le caractère et la personnalité de l'individu.

Dans l'ouvrage « La communication professionnelle en santé » (18), s'appuyant sur des articles internationaux, il est décrit que l'apprentissage et l'amélioration des capacités communicationnelles est possible. Dans un article de 2004 (19), les auteurs démontrent l'importance d'une formation à la communication lors des études de médecine, puisque cette compétence s'acquierte. Cet enseignement se base sur l'utilisation d'un référentiel théorique, le « guide Calgary-Cambridge », sur l'importance de la mise en pratique répétée avec rétroaction

(feed-back) immédiate et sur la connaissance de soi, via la réalisation d'observations critiques de ses consultations et la participation aux groupes de paroles dont les groupes Balint.

4. La connaissance de soi

Le philosophe Canguilhem signalait dans un texte publié en 1972, que « le couple médecin-malade n'a été que rarement un couple harmonieux, dont chacun des partenaires puisse se dire pleinement satisfait du comportement de l'autre » (20). Il y a donc au sein de la relation médecin-patient des questionnements et parfois une certaine forme de souffrance de la part des deux partis. Selon J-C. Weber (21), « être patient » n'est pas seulement un statut, mais également une expérience à vivre, qui peut soulager ou aggraver l'expérience « d'être malade ». De la même façon, être médecin est à expérimenter et peut affecter l'image professionnelle voir personnelle de soi.

En se mettant au travail lors des groupes Balint, il ne s'agit pas seulement d'acquérir une compétence professionnelle mais également d'apprendre sur soi. Or dans la théorie, les groupes Balint se concentrent uniquement sur le moi professionnel, cependant, les situations rapportées font parfois écho au personnel. Le groupe Balint peut donc permettre d'apprendre à gérer cette interférence entre les deux en définissant au mieux le rôle du médecin.

La participation aux groupes Balint permet probablement d'éprouver les effets d'une première exposition aux éléments subjectifs de sa pensée et de vouloir continuer ailleurs en dehors d'une proposition facultaire. Par exemple, en commençant un suivi psychologique sur le plan personnel avec un professionnel dédié.

Depuis quelques années une recrudescence du syndrome d'épuisement professionnel est notée chez les médecins. L HAS le décrit comme étant un « épuisement physique, émotionnel et

mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel » (22). Celui-ci peut être exploré par le Maslach Burn-out Inventory (MBI) qui explore les trois dimensions du burn out : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la perte de l'accomplissement personnel (23-25).

Il a été décrit dans plusieurs études et enquêtes, une prévalence de 22 à 67,3% du syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes (26), avec un sur risque par rapport aux autres spécialités médicales et aux autres professions (27). Comme décrit dans l'enquête Medscape de 2020 (interrogeant 1000 médecins français), 51% des médecins présentent des symptômes d'épuisement professionnel dont 19% de médecins généralistes, tendance accentuée après la pandémie COVID-19 et similaire dans plusieurs pays (28).

Quelques études ont démontré que la participation aux groupes de parole entre pairs et notamment aux groupes Balint permettait de réduire le nombre de syndrome d'épuisement professionnel ou burn out chez les médecins (29), notamment une étude réalisée auprès d'étudiants en Chine qui montrait un impact favorable des groupes Balint sur les sous-unités « dépersonnalisation » et « épuisement émotionnel » du MBI chez les internes de première année (30).

5. Le sentiment de légitimité

Lors de leur cursus, les étudiants en médecine peuvent s'interroger sur leur place en tant que soignant, et parfois questionner leur sentiment de légitimité.

Dans sa thèse, A. OUDE ENGBERINK (31) décrit le sentiment de légitimité comme se construisant « par le ressenti inédit de la satisfaction du patient, par la reconnaissance de ses pairs, des instances facultaires et par le plaisir personnel dans l'intersubjectivité ». Celui-ci amène à la construction de l'identité professionnelle, se basant également sur les savoirs acquis.

Ce sentiment de légitimité est intimement lié avec la confiance en soi, ressentie par l'étudiant puis par le médecin généraliste. Dans notre étude, les interviewés mettaient en avant l'amélioration de celle-ci par l'évocation de situations cliniques permettant d'acquérir de l'expérience professionnelle.

Dans une synthèse de la littérature réalisée en 2022, il était décrit que le manque de confiance en soi ressortait lors des situations d'incertitude. Il existe deux formes d'incertitude, la première, liée à la place du médecin généraliste dans le système de soin. Celui-ci est en première ligne pour répondre aux plaintes « brutes », profanes des patients et pour agir lors du stade précoce et peu différencié des maladies, ce qui amène à une prise de décision en situation complexe. Or comme le dit E. Morin « la complexité surgit comme difficulté, comme incertitude » (32). La deuxième est plutôt liée au positionnement du médecin face au savoir biomédical. R. FOX en 1957, définit trois niveaux d'incertitude diagnostique : la première qui résulte d'une maîtrise imparfaite ou incomplète de l'ensemble des connaissances et des techniques médicales disponibles ; la seconde, des limites propres à l'état des connaissances en médecine du moment ; ces deux formes se rejoignent pour en créer une troisième : un médecin peut ne pas savoir si son incertitude dans une situation particulière relève plutôt des limites des connaissances de la médecine ou de ses propres limites en tant que médecin (33).

L'incertitude est donc omniprésente dans la pratique clinique quotidienne. Le médecin a des doutes diagnostiques ou thérapeutiques, qu'il peut exprimer au patient pour permettre une décision médicale commune ou une réévaluation des symptômes selon l'évolution clinique. Par exemple, la gestion d'une douleur sans diagnostic évident, pour laquelle un premier traitement est mis en place avant réévaluation, examen complémentaire et éventuel avis spécialisé.

Une formation à la gestion de ces situations d'incertitude diagnostique, pronostique et/ou thérapeutique est nécessaire, comme étudiée dans plusieurs thèses (34,35). En effet, la confiance en soi et en sa capacité à gérer l'incertitude est en lien avec l'auto-perception de ses compétences acquises lors du DES et de l'auto-évaluation de sa capacité à les utiliser en pratique quotidienne (36).

Une thèse réalisée en 2023 (37), interrogeant des internes de première année, mettait en avant l'importance de la pratique et de la formation facultaire à la communication et à la relation médecin-patient, pour l'amélioration du sentiment de confiance en soi.

Cette aisance permettrait de développer avec le patient une confiance partagée, facilitant la décision commune partagée.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

L'enseignement à la relation médecin-patient selon la méthode Balint dans le cadre de la formation des internes de médecine générale devrait être généralisée, et étendue à la phase de consolidation.

Il semblerait pertinent que la différence entre GEAP et groupe Balint au niveau méthodologique soit expliquée dès la première rencontre aux internes participants à ces groupes.

Un enseignement théorique sur les différents concepts psychothérapeutiques pourrait être réalisé en amont de la participation aux groupes.

Cette thèse questionne également sur la possibilité de mettre en lien les étudiants qui le souhaiteraient à la fin de leur internat, avec des groupes Balint déjà pré-existants ou en cours de formation. Actuellement, l'existence de ces groupes sur le territoire reste méconnue, avec pour certains médecins un désir d'y participer mais l'impossibilité de trouver un groupe à proximité de leur lieu d'exercice. Une réflexion sur l'amélioration de la visibilité des groupes Balint sur le territoire paraît nécessaire.

Des études futures pourraient être réalisées, explorant l'adhésion des internes à cet enseignement qui se veut non obligatoire mais dont le caractère facultatif pourrait se discuter. En effet, quelques DUMG ont fait le choix d'obliger les internes de médecine générale à participer à ces groupes, notamment à Nancy, Paris Saclay, Paris Cité et Créteil (6).

Une étude quantitative s'intéressant aux effets de l'enseignement à la relation médecin-patient selon la méthode Balint est en cours au sein de la faculté de médecine d'Angers.

BIBLIOGRAPHIE

1. Windak A, Rochfort A, Jacquet JP. La définition Européenne de la médecine générale/médecine familiale pour WONCA Europe. Révision 2023. 2023.
2. Bontoux D, Autret A, Jaury P, Laurent B, Levi Y, Olié JP. Rapport 21-09. La relation médecin-malade. Bull Académie Natl Médecine. 14 juill 2021;205(8):857-66.
3. Attali C, Bail P, Magnier AM, Beis JN, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. Exercer. 2006;(76):31-2.
4. L. C, P. B, Huez JF, B. S, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 1 janv 2013;24(108):148-55.
5. CNGE. DES de Médecine Générale [Internet]. Disponible sur: <https://www.cnge.fr/la-pedagogie/le-cursus-de-medecine-generale/des-de-medecine-generale/>
6. Seguinot C. État des lieux de l'enseignement à la méthode BALINT dans les universités françaises de médecine. [Caen]; 2023.
7. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Payot; 1960.
8. Histoire de la Société Médicale Balint [Internet]. Société Médicale Balint. Disponible sur: <https://www.balint-smb-france.org/histoire-de-la-smb/>
9. Chauvel H, Santini C, Layat Burn C, Jilet L, Abdoul H, Billon G, et al. Évolution de l'empathie d'étudiants en 4e année de médecine après un module obligatoire de formation à la relation thérapeutique. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr [Internet]. 12 mai 2023; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448723001300>
10. Le D.E.S de médecine générale à Angers [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.univ-angers.fr/fr/acces-directs/facultes-et-instituts/faculte-de-sante/formations/departement-medecine-generale/e-cycle.html>
11. Montecot C. Expérience d'analyse des pratiques, de type Balint dans un groupe d'internes de médecine générale: vers une élaboration psychique. [Angers]: Faculté de

médecine d'Angers; 2011.

12. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. 1 janv 2015;15(157):50-4.
13. Rogers C. A Way of being. 1979.
14. Roustant O. L'écoute active [Internet]. Disponible sur: https://www.ac-reunion.fr/fileadmin/ANNEXES-ACADEMIQUES/02-MISSIONS-ACADEMIQUES/mission-tutorat/livretboi_te_a_outils_FO_E_coute_Active.pdf
15. Département de médecine générale de la Sorbonne. L'écoute active [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/10/Ecoutre-active.pdf>
16. Le Boterf G. Apprendre à agir et à interagir en professionnel compétent et responsable. Education permanente. 2011;(188):97-112.
17. Frappé P, Attali C, Matillon Y. Socle historique des référentiels métier et compétences en médecine générale. Exercer. 2010;21(91):41-6.
18. Richard C, Lussier MT. La communication professionnelle en santé. 2016.
19. Millette B, Lussier MT, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. Pédagogie Médicale. mai 2004;5(2):110-26.
20. Canguilhem G. Écrits sur la médecine. Seuil. Paris; 2002.
21. Weber JC. Traiter quoi, soigner qui ? Cah Philos. 2011;125(2):7-29.
22. HAS. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout [Internet]. 2017 mars. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout
23. Maslach C, Jackson S. The Measurement of Experienced Burnout. J Organ Behav. 1 avr

1981;2:99-113.

24. Williamson K, Lank PM, Cheema N, Hartman N, Lovell EO. Comparing the Maslach Burnout Inventory to Other Well-Being Instruments in Emergency Medicine Residents. *J Grad Med Educ*. 1 oct 2018;10(5):532-6.
25. Test de Maslach sur le burn-out [Internet]. Disponible sur: https://www.mgfrance.org/images/utilitaires-medicaux/test-maslach_burn-out.htm
26. Guedon A. Le burnout du médecin: prévalence et déterminants dans le monde. Revue de la littérature [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01381406>
27. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 8 oct 2012;172(18):1377-85.
28. Medscape [Internet]. Burnout et détérioration de la relation médecin-patient, un constat international. Disponible sur: <https://francais.medscape.com/voirarticle/3607870>
29. Bar J. Méthodes de prévention de l'épuisement professionnel utilisées par les médecins généralistes en zone à faible démographie médicale. L'exemple des jeunes généralistes de la région du Havre Seine Métropole [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02969717v1>
30. Huang L, Harsh J, Cui H, Wu J, Thai J, Zhang X, et al. A Randomized Controlled Trial of Balint Groups to Prevent Burnout Among Residents in China. *Front Psychiatry* [Internet]. 11 févr 2020;10. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.00957>
31. Oude Engberink A, Amouyal M, David M, Bourrel G. Étude qualitative du sentiment «d'être prêt à exercer» la médecine générale chez des internes et de jeunes médecins généralistes. *Pédagogie Médicale*. nov 2011;12(4):199-212.
32. Morin E. Le défi de la complexité. *Chimères Rev Schizoanalyses*. 1988;5(1):1-18.
33. Bateman S. À propos de l'incertitude dans la pratique médicale. *Sci Soc Santé*.

2010;28(1):71-80.

34. BETTES M. Etude de la tolérance à l'incertitude chez les internes en SASPAS de Midi-Pyrénées [Internet]. [Faculté de Médecine Purpan,]: Université Toulouse III; 2017. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1691/1/2017TOU31017.txt.pdf>
35. Clavilier A. Gérer l'incertitude diagnostique en médecine générale. Analyse des réponses mises en œuvre par les médecins généralistes. Proposition d'outils d'aide à la gestion de l'incertitude diagnostique. 6 avr 2021;175.
36. Macabrey J, Dionne E, Chanière M. Comment définir la confiance en soi des étudiants en DES de médecine générale ? Synthèse narrative de la littérature et proposition du modèle CeSMed. 31 janv 2022;2022:39-46.
37. De Decker S. Attentes des étudiants en D.E.S de médecine générale de Lille sur leur formation à la communication médecin-patient. [Internet]. Lille; 2023. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2023/2023ULILM100.pdf
38. Michael Balint [Internet]. Société Médicale Balint. [cité 14 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.balint-smb-france.org/michael-balint/>
39. Bass HP, Moreau Ricaud M. À l'écoute des médecins : les groupes Balint. J Psychol. sept 2015;330(8):34-9.
40. Reznik F. Le groupe Balint, une autre façon de penser le soin. J Psychol. sept 2009;270(7):29-30.
41. Groupes Balint - Plaquette de présentation par la Société médicale Balint [Internet]. Disponible sur: <https://www.balint-smb-france.org/wp-content/uploads/2022/03/balint-plaquette-actuelle.pdf>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Marguerite représentant les 6 compétences principales du médecin généraliste – CNGE.....	2
---	---

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques des participants	8
---	---

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE	
INTRODUCTION	1
MÉTHODES	5
1. Stratégie d'échantillonnage et de recrutement	5
2. Présuppositions des chercheurs	6
3. Guide d'entretien et recueil de données	6
4. Analyse des données	7
5. Considérations éthiques et réglementaires.....	7
RÉSULTATS	8
1. Caractéristiques des participants interrogés	8
2. « Être un aventurier »	9
2.1. Les propositions institutionnelles.....	9
2.2. La rencontre d'un groupe inconnu	9
2.2.1. Les échanges informels.....	9
2.2.2. Les expériences authentiques vécues antérieurement	9
2.2.3. La rencontre avec le groupe	11
2.3. L'envie d'échanger	11
3. « Être en sécurité ».....	12
3.1. Le cadre institutionnel	12
3.1.1. Les modalités organisationnelles	12
3.1.2. Une séance-type de groupe Balint	13
3.1.3. Le rôle identifié de l'animateur.....	13
3.1.4. La répartition du temps de parole.....	14
3.2. Partager avec les autres	14
3.2.1. Connaitre le groupe.....	14
3.2.2. Mettre l'autre au travail	15
3.2.3. Faire avec les différences d'opinion.....	15
3.2.4. Faire preuve de bienveillance.....	16
4. « Être enrichi »	16
4.1. Consolider sa posture pour savoir agir en situation complexe	16
4.1.1. Ressources apportées par le groupe	17
a) Le patient au centre des préoccupations	17
Adapter sa communication	17
Faire avec le patient difficile	17
b) Apprendre par l'échange.....	18
c) Savoir-faire et savoir-être	19
4.1.2. La connaissance de soi	20
4.2. Le groupe Balint : un lieu d'aide et d'écoute	22
DISCUSSION DES PRINCIPAUX RÉSULTATS	23
1. Forces et limites	23
1.1. Forces	23
1.2. Limites	23

2.	Principaux résultats.....	24
3.	L'écoute active	24
4.	La connaissance de soi	26
5.	Le sentiment de légitimité	27
	CONCLUSION ET PERSPECTIVES	30
	BIBLIOGRAPHIE.....	31
	LISTE DES FIGURES	35
	LISTE DES TABLEAUX	35
	TABLE DES MATIERES	36
	ANNEXES.....	I

ANNEXES

Annexe 1 : Biographie de Michael BALINT et méthode "Balint" (8,38,39)

Michael BALINT est né en 1896 à Budapest en Hongrie, il est le fils d'un médecin généraliste. Il s'est formé à la **psychanalyse** au sein du Berliner Psychoanalytisches Institut et a notamment côtoyé Mélanie KLEIN, puis a poursuivi son analyse avec FERENCZI à Budapest et a été admis à la Société psychanalytique de Budapest en 1925.

En 1939, il s'exile en Angleterre, à Manchester puis à Londres. Il travaille au sein de la Tavistock Clinic où il rencontrera, Enid EICHHOLTZ (sa troisième épouse), qui va l'initier à la méthode « **case work** » ou « travail de cas » : groupes de travaux composés initialement de psychanalystes et de travailleurs sociaux, puis de médecins généralistes et de psychanalystes.

Il organise un séminaire expérimental (une dizaine de réunions, payantes) en 1950, qui durera pendant deux ans, permettant à des médecins de discuter sur les problèmes psychologiques rencontrés dans leur pratique générale. Il en ressortira une méthode, d'abord appelée « **méthode Tavistock** » puis « **Training cum Research** » et enfin « **groupe Balint** ».

Il mettra en œuvre cette méthode de formation avec 14 médecins de 1953 à 1955.

Cette méthode, est décrite par F. Reznik comme un travail qui « *s'effectue à partir d'un cas ou d'une difficulté clinique qui pose problème au soignant et qu'il expose devant le ou les animateurs ainsi que les participants du groupe* ». « *Le groupe a pour but de dessiner les pourtours et les limites de la fonction professionnelle et, ce faisant, de sensibiliser à l'aspect subjectif de la rencontre, aux mouvements psychiques faits d'attraction, de répulsion, d'identifications éprouvées devant tel patient ou telle pathologie* ». « *Le travail Balint n'est en aucun cas une psychothérapie pour les praticiens, mais plutôt un travail incarné sur la pratique et sur la clinique, sur l'écart entre le savoir médical, le sujet du soin et le sujet soignant* » (40).

Michael BALINT a publié de nombreuses œuvres, notamment en 1957, *Le Médecin, son malade et la maladie* (7), et en 1961, *Techniques psychothérapeutiques en médecine*.

Annexe 2 : Organisation d'une séance de groupe Balint (d'après la Société Médicale Balint) (41)

1. Il s'agit d'un groupe de **8 à 12 personnes** qui se retrouvent **régulièrement** pour réfléchir autour de la présentation d'un **cas clinique** dans lequel la **relation soignant-soigné** pose problème et questionne.
2. Les participants sont des **soignants** qui ont tous des responsabilités thérapeutiques et 1 à 2 **leaders** (ou animateur) de formation psychanalytique.
3. Le déroulement d'une séance de travail se construit autour de la présentation par un membre du groupe, **d'une situation clinique**. Les autres membres du groupe **écoutent** sans l'interrompre. Puis ils peuvent **réagir et intervenir** en questionnant, en exprimant leur avis, voire leurs émotions. Le narrateur entend et cherche à répondre aux questions tout en découvrant un autre éclairage de sa relation à ce patient là.
4. La règle de fonctionnement est basée sur : la **spontanéité** avec laquelle le rapporteur du cas le raconte (pas de préparation). Les associations libres des idées et des ressentis. **Absence de notes** dans le respect de la parole des autres sans évaluation, ni jugement.
5. L'ensemble du travail se déroule dans un cadre de **confidentialité**.
6. Le fonctionnement du groupe nécessite un **engagement personnel** par une présence régulière et matérialisée par le paiement des séances.
7. Quel est le rôle des **leaders** ?
Ils assurent la cohésion du groupe, veillent à éviter les dérives générales, personnelles ou hors sujet. Ils protègent les participants d'interpellations personnelles entre participants et assurent la libre circulation de la parole. Ils reçoivent les futurs participants avant la formation du groupe afin de repérer leur intérêt et leur motivation réels dans ce travail collectif.

Annexe 3 : Grille COREQ

D'après Gedda M. Traduction Française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la revue 2015;15(157) : 50-54 (12).

N°	Item	Guide question / description	Réponses
Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion			
Caractéristiques personnelles			
1	Enquêteur / animateur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	RIPAUD Adèle
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Détenteur du DES de médecine générale
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Remplaçante en médecine générale
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Une femme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Pas d'expérience pratique en recherche qualitative. Formation lors de cours à la faculté de médecine d'Angers.
Relation avec les participants			
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Oui pour certains participants
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Qu'il était ancien interne de médecine générale, et pour certains plus d'informations personnelles lorsqu'ils se connaissaient déjà
8	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	Qu'il était ancien interne de médecine générale, réalisant un projet de thèse.
Domaine 2 : conception de l'étude			
Cadre théorique			
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Retranscription en verbatim du discours puis analyse inductive inspirée de la théorisation ancrée.
Sélection des participants			
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Par effet boule de neige
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par mail
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	10
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?	1

Contexte			
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	En visioconférence pour 7 participants, au domicile du chercheur pour 2 participants et au domicile d'1 participant.
15	Présence de non participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Cf tableau 1
Recueil des données			
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ?	Non
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio à l'aide de 2 dictaphones.
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Durée moyenne de 28 minutes.
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Non
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non
Domaine 3 : Analyse et résultats			
Analyse des données			
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codés les données ?	4 entretiens par le chercheur et le directeur de thèse puis le chercheur seul.
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Ils étaient identifiés à partir des données recueillies.
27	Logiciel	Quel logiciel a été utilisé pour gérer les données ?	Analyse manuelle sur Microsoft Excel
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
Rédaction			
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

Annexe 4 : Fiche explicative envoyée aux participants



Travail de recherche – Département de Médecine Générale d'Angers.



LETTRE D'INFORMATION

■ UFR SANTÉ

UFR Santé d'Angers
Rue Haute de Reculée
49045 ANGERS CEDEX 01

Angers, le 02/11/2023

Cher collègue,

Je viens de finir mon internat de Médecine générale à Angers. Dans le cadre de mon travail de thèse sous la direction du Pr DE CASABIANCA, je mène une étude qui s'intéresse à **l'enseignement à la relation médecin-patient type groupe Balint** auquel tu as participé.

Pour cela, j'aimeraï t'interroger lors d'un **entretien individuel** sur ta participation à ces séances. Il s'agirai d'un échange, d'une durée prévisible d'environ 30 minutes, ajustable, dans le lieu de ton choix. Tu auras la possibilité d'interrompre l'entretien à tout moment, sans justification demandée.

Cet entretien sera enregistré, puis retranscrit sans modification de ma part. Toutes les informations permettant une identification seront par la suite anonymisées.

Un consentement écrit ou oral te sera demandé.

Pour que l'on puisse organiser la rencontre, j'ai besoin de pouvoir te recontacter par mail ou téléphone.

Tu peux me répondre à l'adresse mail suivante : (*coordonnées*)

En te remerciant d'avance pour ton aide,

Adèle RIPAUD

Annexe 5 : Guide d'entretien final

GUIDE D'ENTRETIEN

1. Présentation

Bonjour, je m'appelle Adèle RIPAUD, je suis remplaçante en médecine générale en année de thèse. J'ai réalisé mon internat à la faculté d'Angers.

Je te remercie d'avoir accepté cet entretien. Celui-ci restera confidentiel. Je vais effectuer un enregistrement audio qui sera retranscrit et anonymisé puis détruit à la fin de mon travail. À tout moment tu peux me demander d'arrêter l'entretien. Es-tu d'accord avec ça ?

Je réalise un travail de thèse concernant ta participation à l'enseignement à la relation médecin-patient selon la méthode Balint.

2. Description générale/Questions brise-glace

Peux-tu te présenter s'il-te-plaît ? (nom, prénom)

Tu viens d'où ? (faculté d'origine)

Comment t'était enseignée la relation médecin-patient dans le second cycle ?

Avais-tu déjà fait partie d'un groupe Balint ?

→ Comment décrirais-tu ce qu'est un groupe Balint ? Quelle est la différence entre un groupe Balint et un GEAP ?

Que représente pour toi un groupe Balint ?

3. Motivations à la participation

Qu'est-ce qui t'a amené à y participer ?

Quelles étaient tes attentes initiales ? Pourquoi ?

4. Vécu des rencontres

Peux-tu me raconter comment s'organisaient ces rencontres ?

→ Est-ce que c'était un format qui te convenait ?

→ Comment as-tu vécu ta rencontre avec le groupe ?

→ Qu'as-tu pensé du contenu des séances ?

5. Modifications

Qu'est-ce-que cet enseignement a modifié chez toi ? (Ton attitude a-t-elle changé dans ta relation avec le patient ?)

Que peux-tu dire du sentiment d'être à l'aise avec le patient ?

6. Perspectives

Le médecin a une obligation de formation médicale continue, comment penses-tu la construire ?

As-tu d'autres points que tu voudrais aborder ?

7. Remerciement

Merci d'avoir répondu à mes questions, est-ce que l'entretien s'est bien passé ?

8. Caractéristiques :

La date d'inscription en DES

L'année de participation aux groupes Balint

Le sexe

Les stages réalisés pendant l'enseignement

Le type d'exercice professionnel envisagé ou actuel.

ABSTRACT

RÉSUMÉ

RIPAUD Adèle

Effets d'une participation à un groupe Balint pour l'apprentissage de la relation médecin-patient

Introduction :

La communication et la relation médecin-patient font partie des compétences à acquérir par les internes de Médecine Générale. La participation aux groupes Balint est une méthode d'enseignement proposée par certains Départements de Médecine Générale. Ces groupes, par l'échange, ont pour but de réfléchir sur le ressenti du médecin lors d'une situation clinique lui ayant posé problème.

Sujets et Méthodes :

Étude qualitative auprès des participants aux groupes Balint entre 2020 et 2023 à la faculté d'Angers, par entretiens semi-dirigés. La suffisance des données était visée. Analyse des données selon une approche inspirée de la théorisation ancrée.

Résultats :

10 entretiens d'une moyenne de 28 minutes ont été réalisés. La validation de deux stages de souffrance psychique était la principale raison du choix de l'enseignement. Le cadre institutionnel et la connaissance du groupe au fil de l'année étaient sécurisants. Cela permettait aux participants d'en apprendre sur soi, hors du savoir théorique. Ainsi, les différents échanges avaient permis l'acquisition de compétences relationnelle et communicationnelle, en particulier l'écoute active, notamment grâce à l'expression des émotions ressenties et leur analyse dans un environnement bienveillant. Le sentiment de légitimité était amélioré par le partage des expériences cliniques. La différence entre GEAP et groupes Balint restait parfois floue pour certains interviewés.

Conclusion :

La participation aux groupes Balint permet une formation à la relation médecin-patient et à la communication au sein de celle-ci. Elle semble être un facteur pour améliorer le bien-être psychique du médecin ainsi que sa pratique professionnelle.

Mots-clés : Groupe Balint ; Relation médecin-patient ; Étude qualitative

Effects of participation in a Balint group on learning the doctor-patient relationship

Introduction :

Communication and the doctor-patient relationship are among the skills to be acquired by interns in General Medicine. Participation in Balint groups is a teaching method offered by some Departments of General Medicine. The aim of these groups, through exchange, is to reflect on the doctor's feelings during a clinical situation that has posed a problem for him.

Subjects and Methods :

Qualitative study of Balint group participants between 2020 and 2023 at the Faculty of Angers, using semi-structured interviews. Sufficiency of qualitative date was aimed. The data was analysed using an approach inspired by the grounded theory.

Results :

10 interviews lasting an average of 28 minutes were conducted. Validation of two courses on psychological suffering was the main reason for the choice of teaching. The institutional framework and knowledge of the group throughout the year were reassuring. This enabled participants to learn about themselves, outside of theoretical knowledge. As a result, the various exchanges helped them to acquire interpersonal and communication skills, in particular active listening, thanks to the expression and analysis of their emotions in a caring environment. The feeling of legitimacy was improved by sharing clinical experiences. The difference between GEAP and Balint groups remained unclear for some of the interviewees.

Conclusion :

Participation in Balint groups provides training in the doctor-patient relationship and communication within it. It appears to be a factor in improving doctors' psychological well-being and professional practice.

Keywords : Balint group ; Doctor-patient relationship ; Qualitative study