



**UNIVERSITÉ D'ANGERS**

---

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Année 2011

N°.....

**THÈSE**

Pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Qualification en : MÉDECINE GÉNÉRALE**

Par

***Claire MONTECOT***

**Née le 26/05/1983 à Angers**

---

**Présentée et soutenue publiquement le : 19 Mai 2011**

---

***EXPÉRIENCE D'ANALYSE DES PRATIQUES, DE TYPE BALINT DANS UN  
GROUPE D'INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE :  
VERS UNE ÉLABORATION PSYCHIQUE***

---

**Président : Monsieur le Professeur Frédéric DUBAS**

**Directeur : Madame le Professeur Céline BARON**

# LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

---

**Doyen**  
**Vice doyen recherche**  
**Vice doyen pédagogie**

Pr. SAINT-ANDRÉ  
Pr. BAUFRETON  
Pr. RICHARD

**Doyens Honoraires :** Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER

**Professeur Émérite :** Pr. GUY

**Professeurs Honoraires :** Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. CHAUVET, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DENIS, Pr. DESNOS, Pr. EMILE, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESNEAU, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. GUNTZ, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PENNEAU, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. WARTEL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

<b>MM ABRAHAM Pierre</b>	Physiologie
<b>ARNAUD Jean-Pierre</b>	Chirurgie générale
<b>ASFAR Pierre</b>	Réanimation médicale
<b>AUBÉ Christophe</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>AUDRAN Maurice</b>	Rhumatologie
<b>AZZOUZI Abdel-Rahmène</b>	Urologie
<b>Mmes BARON Céline</b>	Médecine générale (professeur associé)
<b>BARTHELAIX Annick</b>	Biologie cellulaire
<b>MM BASLÉ Michel</b>	Cytologie et histologie
<b>BATAILLE François-Régis</b>	Hématologie ; Transfusion
<b>BAUFRETON Christophe</b>	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
<b>BEAUCHET Olivier</b>	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
<b>BEYDON Laurent</b>	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
<b>BIZOT Pascal</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologique
<b>BONNEAU Dominique</b>	Génétique
<b>BOYER Jean</b>	Gastroentérologie ; hépatologie
<b>CALÈS Paul</b>	Gastroentérologie ; hépatologie
<b>CAROLI-BOSC François-Xavier</b>	Gastroentérologie ; hépatologie
<b>CHABASSE Dominique</b>	Parasitologie et mycologie
<b>CHAPPARD Daniel</b>	Cytologie et histologie
<b>COUTANT Régis</b>	Pédiatrie
<b>COUTURIER Olivier</b>	Biophysique et Médecine nucléaire
<b>DARSONVAL Vincent</b>	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
<b>de BRUX Jean-Louis</b>	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
<b>DELHUMEAU Alain</b>	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
<b>DESCAMPS Philippe</b>	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
<b>DIQUET Bertrand</b>	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
<b>DUBAS Frédéric</b>	Neurologie
<b>DUBIN Jacques</b>	Oto-rhino-laryngologie
<b>DUVERGER Philippe</b>	Pédopsychiatrie
<b>ENON Bernard</b>	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
<b>FANELLO Serge</b>	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>FOURNIÉ Alain</b>	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

<b>MM</b>	<b>FOURNIER Henri-Dominique</b>	Anatomie
	<b>FURBER Alain</b>	Cardiologie
	<b>GAGNADOUX Frédéric</b>	Pneumologie
	<b>GAMELIN Erick</b>	Cancérologie ; radiothérapie
	<b>GARNIER François</b>	Médecine générale (professeur associé)
	<b>GARRÉ Jean-Bernard</b>	Psychiatrie d'adultes
	<b>GINIÈS Jean-Louis</b>	Pédiatrie
	<b>GRANRY Jean-Claude</b>	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	<b>HAMY Antoine</b>	Chirurgie générale
	<b>HUEZ Jean-François</b>	Médecine générale (professeur associé)
<b>Mme</b>	<b>HUNAUT-BERGER Mathilde</b>	Hématologie ; transfusion
<b>M.</b>	<b>IFRAH Norbert</b>	Hématologie ; transfusion
<b>Mmes</b>	<b>JEANNIN Pascale</b>	Immunologie
	<b>JOLY-GUILLOU Marie-Laure</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
<b>MM</b>	<b>LACCOURREYE Laurent</b>	Oto-rhino-laryngologie
	<b>LAUMONIER Frédéric</b>	Chirurgie infantile
	<b>LE JEUNE Jean-Jacques</b>	Biophysique et médecine nucléaire
	<b>LEFTHÉRIOTIS Georges</b>	Physiologie
	<b>LEGRAND Erick</b>	Rhumatologie
<b>Mme</b>	<b>LUNEL-FABIANI Françoise</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
<b>MM</b>	<b>MALTHIÉRY Yves</b>	Biochimie et biologie moléculaire
	<b>MARTIN Ludovic</b>	Dermato-vénéréologie
	<b>MENEI Philippe</b>	Neurochirurgie
	<b>MERCAT Alain</b>	Réanimation médicale
	<b>MERCIER Philippe</b>	Anatomie
	<b>MILEA Dan</b>	Ophthalmologie
<b>Mme</b>	<b>NGUYEN Sylvie</b>	Pédiatrie
<b>M.</b>	<b>PARÉ François</b>	Médecine générale (professeur associé)
<b>Mme</b>	<b>PENNEAU-FONTBONNE Dominique</b>	Médecine et santé au travail
<b>MM</b>	<b>PICHARD Eric</b>	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	<b>PODEVIN Guillaume</b>	Chirurgie infantile
	<b>PROCACCIO Vincent</b>	Génétique
	<b>PRUNIER Fabrice</b>	Cardiologie
	<b>RACINEUX Jean-Louis</b>	Pneumologie
	<b>REYNIER Pascal</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>Mme</b>	<b>RICHARD Isabelle</b>	Médecine physique et de réadaptation
<b>MM</b>	<b>RODIEN Patrice</b>	Endocrinologie et maladies métaboliques
	<b>ROHMER Vincent</b>	Endocrinologie et maladies métaboliques
	<b>ROQUELAURE Yves</b>	Médecine et santé au travail
<b>Mmes</b>	<b>ROUGÉ-MAILLART Clotilde</b>	Médecine légale et droit de la santé
	<b>ROUSSELET Marie-Christine</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
<b>MM</b>	<b>ROY Pierre-Marie</b>	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
	<b>SAINT-ANDRÉ Jean-Paul</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
	<b>SUBRA Jean-François</b>	Néphrologie
	<b>URBAN Thierry</b>	Pneumologie
	<b>VERRET Jean-Luc</b>	Dermato-vénéréologie
	<b>WILLOTEAUX Serge</b>	Radiologie et imagerie médicale
	<b>ZANDECKI Marc</b>	Hématologie ; transfusion

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

<b>M. ANNAIX Claude</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>Mmes BEAUVILLAIN Céline</b>	Immunologie
<b>BELIZNA Cristina</b>	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
<b>BLANCHET Odile</b>	Hématologie ; transfusion
<b>MM BOUCHARA Jean-Philippe</b>	Parasitologie et mycologie
<b>BOUYE Philippe</b>	Physiologie
<b>CAILLIEZ Éric</b>	Médecine générale (maître de conférences associé)
<b>CAPITAIN Olivier</b>	Cancérologie ; radiothérapie
<b>CHEVAILLER Alain</b>	Immunologie
<b>Mme CHEVALIER Sylvie</b>	Biologie cellulaire
<b>MM CRONIER Patrick</b>	Anatomie
<b>CUSTAUD Marc-Antoine</b>	Physiologie
<b>Mme DUCANCELLE Alexandra</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
<b>MM DUCLUZEAU Pierre-Henri</b>	Nutrition
<b>EVEILLARD Matthieu</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
<b>FORTRAT Jacques-Olivier</b>	Physiologie
<b>GALLOIS Yves</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>HINDRE François</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>JEANGUILLAUME Christian</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>Mme JOUSSET-THULLIER Nathalie</b>	Médecine légale et droit de la santé
<b>M. LETOURNEL Franck</b>	Biologie cellulaire
<b>Mmes LIBOUBAN Hélène</b>	Biologie cellulaire
<b>LOISEAU-MAINGOT Dominique</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>MAY-PANLOUP Pascale</b>	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
<b>MESLIER Nicole</b>	Physiologie
<b>MM MOUILLIE Jean-Marc</b>	Philosophie
<b>NICOLAS Guillaume</b>	Neurologie
<b>PAPON Xavier</b>	Anatomie
<b>Mmes PASCO-PAPON Anne</b>	Radiologie et Imagerie médicale
<b>PELLIER Isabelle</b>	Pédiatrie
<b>MM PICQUET Jean</b>	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
<b>PUISSANT Hugues</b>	Génétique
<b>Mme SAVAGNER Frédérique</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>MM SIMARD Gilles</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>SIX Patrick</b>	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
<b>TURCANT Alain</b>	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
<b>VERNY Christophe</b>	Neurologie

novembre 2010

# **COMPOSITION DU JURY**

**Président du jury :**

**Monsieur le Professeur Frédéric DUBAS**

**Directeur de thèse :**

**Madame le Professeur Céline BARON**

**Membres du jury :**

**Monsieur le Professeur Frédéric DUBAS**

**Madame le Professeur Isabelle RICHARD**

**Madame le Professeur Céline BARON**

**Monsieur le Professeur Jean-François HUEZ**

## Remerciements

*Aux membres du jury:*

Monsieur le Professeur Frédéric DUBAS,  
Qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence du jury.

Madame le Professeur Isabelle RICHARD, et Monsieur Jean-François HUEZ,  
Qui ont accepté de participer au jury.

Madame le Professeur Céline BARON,  
Pour avoir accepté la direction de cette thèse, et m'avoir fait confiance,  
Pour votre enthousiasme, votre investissement, et votre grande disponibilité,  
Je vous en suis réellement reconnaissante.

*Aux personnes m'ayant accompagnées lors de mes études et de ce travail:*

Madame le Docteur Chantal MASSON,  
Pour votre aide précieuse, votre regard, votre disponibilité, vos encouragements,  
Et votre accompagnement tout au long de ce travail,  
Je vous en suis infiniment reconnaissante.

Madame le Docteur Geneviève HAMON,  
Pour nos rencontres qui m'ont guidées dans l'élaboration de ce travail.

Au département de Médecine générale,  
Pour leur aide à la participation au colloque de la Société Médicale Balint.

A Madame le Docteur Noëlle RAILLARD-MAUDUIT,  
Qui m'a fait partager une médecine générale que j'aime,  
Ainsi que les groupes Balint.

A Audrey, Cécile, Émilie, Gaëlle, Isabelle, Lucie et Malik,  
Pour votre investissement dans cette aventure,  
Sans vous, ce projet n'aurait pas vu le jour.

A Gildas,  
Pour ta patience, ton aide précieuse de tous les instants,  
Ton soutien, ton écoute et ton amour de tous les jours  
Je t'en suis considérablement reconnaissante.

A mes parents,  
Merci de votre soutien, et de votre confiance,  
Maman pour ta relecture.

A mes sœurs, Marie et Émilie  
Merci de vos encouragements constants et de votre présence.

A Claire et Émilie  
Merci pour la pertinence de vos remarques et votre amitié  
Merci pour les discussions qui m'ont permis de cheminer  
Merci pour ton aide Mimi dans les affres de l'informatique.

A Anne-Sophie,  
Pour ta lecture et tes commentaires qui ont permis d'enrichir mon travail.

A Éric,  
Pour tes lumières de la mise en page.

A Élise,  
Pour ton aide.

A Olivia et Chloé



# Sommaire

Remerciements.....	6
Introduction.....	10
<b>I) <u>Historique des groupes Balint</u>.....</b>	<b>13</b>
1. Qui est Michael Balint?.....	13
2. Son œuvre.....	14
3. Les groupes Balint en France.....	16
4. Les premiers groupes Balint pour étudiants.....	16
<b>II) <u>Histoire de notre groupe</u>.....</b>	<b>18</b>
1. La démarche initiale.....	18
2. Quel nom lui donner? Définition des concepts:	
a. Groupe de parole.....	20
b. Groupe de pairs.....	21
c. Groupe Balint.....	22
d. Groupe d'analyse des pratiques.....	24
e. Groupe d'analyse des pratiques, type Balint.....	25
3. Constitution du groupe.....	26
4. L'animateur.....	27
5. Le dispositif.....	28
<b>III) <u>Comment le groupe a évolué d'une analyse des pratiques vers un groupe d'analyse de pratiques type Balint?</u>.....</b>	<b>31</b>
1. Le cheminement du groupe au cours des dix séances.....	31
2. Qu'est ce qui a permis cette évolution?.....	39
a. Le détachement progressif du cadre facultaire.....	39
b. La prise de recul sur le travail de thèse.....	40
c. La mise en confiance.....	40

d.	Le décalage de la position de l'animateur.....	41
e.	De mes attentes au lâcher-prise .....	42
f.	Le cheminement des membres du groupe.....	43
g.	Synthèse.....	43
3.	La parole.....	44
a.	L'aventure de la parole .....	44
b.	La parole du sujet- Une parole qui expose.....	45
c.	Laisser libre la parole.....	45
d.	La prise de parole initiale.....	46
e.	L'investissement de celui qui parle.....	47
f.	La circulation de la parole.....	48
g.	Une parole bienveillante.....	49
4.	La fonction groupale, soutien de l'élaboration psychique.....	49
<b>IV)</b>	<b><u>Quelles élaborations psychiques autour de la parole?</u></b> .....	<b>52</b>
1.	Recul-Mise à distance.....	52
2.	Des mots qui prennent sens, des mots qui font lien .....	56
3.	S'entendre en entendant l'autre.....	59
4.	Réflexion sur la personnalité professionnelle.....	63
a.	Concepts psychanalytiques du travail en groupe et personnalité professionnelle.....	63
b.	La fonction apostolique.....	65
c.	Réflexions du groupe.....	66
5.	Émergence du sujet patient-sujet médecin.....	77
<b>V)</b>	<b><u>Discussion</u></b> .....	<b>81</b>
<b>VI)</b>	<b><u>Conclusion</u></b> .....	<b>85</b>
	Épilogue.....	87
	Bibliographie.....	88
	Annexes.....	91

« Il faut parvenir à admettre que le malade est plus et autre qu'un terrain singulier où la maladie s'enracine, qu'il est plus et autre qu'un sujet grammatical qualifié par un attribut emprunté à la nosologie du moment. Le malade est un Sujet, capable d'expression, qui se reconnaît comme Sujet dans tout ce qu'il ne sait désigner que par des possessifs : sa douleur et la représentation qu'il s'en fait, son angoisse, ses espoirs et ses rêves »

*Puissance et limites de la rationalité en médecine,  
Etude d'histoire et de philosophie des sciences, 1978*

George Canguilhem

## **Introduction**

Durant nos études de médecine, nous apprenons à raisonner, à identifier des signes cliniques, à classer de manière nosographique, à examiner, à prescrire. Ces enseignements, indispensables, ont pour but de soigner des maladies, mais qu'en est-il de la personne présentant les symptômes, les plaintes, les signes. Le patient peut-il se résumer à ces données objectives quant à son état de santé ? Comment prendre soin de l'individu qui présente une maladie ? L'individualité de chacun, avec son histoire, sa culture, ses représentations, ses croyances, ne risque-t-elle pas d'être inhibée par l'homogénéisation des soins, la protocolisation des prises en charge? Chaque patient, chaque individu est unique, différent de son voisin, tel le médecin, différent de son confrère. Une relation singulière se crée entre un patient, qui adresse une plainte à un médecin qui est supposé pouvoir y répondre.

Lors de mes études en deuxième cycle, cette relation me questionnait. Pourquoi étais-je à l'aise avec certains patients, alors que d'autres, bien au contraire, me déstabilisaient ? Pourquoi dans certaines rencontres, éprouvais-je la sensation que quelque-chose se passait à mon insu? Quelles significations devais-je en comprendre ? A la faculté, les enseignants proposent des comportements à adapter face à chaque situation, évoquent l'empathie dans la relation médecin-patient .Face à ce concept qui se définit par « faculté de se mettre à la place d'autrui », j'éprouvais une impasse.

Un maître de stage, quand j'étais externe, m'a présenté une méthode, qu'elle nommait « Balint ». Après m'être intéressée au contenu de celle-ci, je me suis aperçue qu'elle pourrait accompagner mes questionnements.

A mon arrivée sur Angers, j'ai rencontré Céline Baron, enseignante du département de médecine générale, qui m'a parue intéressée par l'écoute de l'autre et par la relation entre un patient et un médecin, lors de la présentation des journées de prise en compte de la souffrance psychique. Je lui ai donc fait part de mon désir de travailler ces questions. Nous nous sommes alors investies pour mettre en place un groupe d'analyse des pratiques type Balint chez les internes de médecine générale. Cette expérience serait le support pour le travail de ma thèse avec comme problématique : Comment sont questionnés les internes de médecine générale par la rencontre avec les

patients ? Nous imaginions comme résultat une liste de thèmes, comme la responsabilité, la souffrance, le deuil, les soins palliatifs, la sexualité, les relations interprofessionnelles, les mises en échec de certains patients. Ces attentes démontrent bien la position pédagogique dans laquelle nous étions avant de débiter l'expérience. La suite de cette aventure nous montrera qu'on ne peut attendre de ce travail l'abord de thématiques générales.

Dans une première partie, pour resituer la méthode, nous évoquerons la biographie de Michael Balint, ainsi que son œuvre et la mise en place des premiers groupes Balint. Ensuite, nous expliquerons la démarche de constitution du groupe et la mise en place du projet. Dans une troisième partie, nous réfléchirons à ce qui a permis l'évolution d'un groupe de pairs vers un groupe d'analyse des pratiques de type Balint. Nous étayerons par la suite des élaborations psychiques des participants au fil des rencontres. Enfin, nous discuterons des éléments de réflexion quant à l'intégration de ce type de formation dans le cursus des études médicales.

## **I) Historique des groupes Balint** (1, 2, 3, 4, 5, 6)

### **1. Qui est Michael Balint?**

Michael Balint est né en 1896 à Budapest, d'un père juif d'origine hongroise, médecin généraliste. Au début de sa vie d'adulte, il change son nom d'origine, Bergsmann devient Balint. Il fait ses études de médecine à Budapest, et obtient le titre de docteur en 1918. Il se marie à Alice Székély-Kovacs et partent ensemble à Berlin afin de se former à l'institut de psychanalyse. Il commence alors une psychanalyse avec Hans Sachs durant deux années, puis, suite à des divergences quant à l'organisation des soins et de l'institut même, il retourne à Budapest exercer en tant que psychanalyste. Il s'intéresse particulièrement aux malades psychosomatiques. Il continue sa psychanalyse pendant deux ans avec Sandor Ferenczi.

De 1931 à 1935, il occupe le poste de vice-directeur de l'institut de psychanalyse et de la clinique de psychothérapie de Budapest. Il en devient directeur de 1935 à 1939. Une première expérience de rencontre est effectuée entre médecins praticiens, prémices des futurs groupes Balint, en leur proposant de raconter leurs cas « difficiles », tout en laissant le groupe faire des associations libres. En 1939, ces groupes sont surveillés, écoutés, enregistrés avec la présence constante de la police. Cette première expérience se solde par un échec dû au manque de liberté intellectuelle requise et d'une confidentialité mal respectée.

En 1939, il quitte Budapest pour s'installer à Manchester avec Alice et leur fils, John, suite à l'arrivée des troupes nazies. Ses travaux sur les stades précoces du développement de l'enfant sont nettement orientés vers l'étude des relations d'objets et surtout du rapport à la mère. Alice Balint décède d'une rupture d'anévrisme en 1939.

Après avoir obtenu les diplômes d'équivalence de médecine anglais, Michael Balint déménage à Londres, et intègre la Tavistock Clinic. Un an après, il obtient la nationalité anglaise. En 1950, Michael Balint met en place des séminaires de formation psychologique appelés « research cum training » pour les omnipraticiens de la Tavistock Clinic. Ces séminaires seront connus alors sous le nom de « groupes Balint ». Il se marie avec Enid, assistante sociale, en 1953. L'article « le médecin, son malade et la maladie » est publiée en 1955.

Il se retire de la profession en 1960 mais continue à animer des groupes Balint jusqu'en 1970. En 1969, les participants des groupes Balint fondèrent une société Balint, fortement liée à la société anglaise de psychanalyse dont Michael Balint fut le président de 1968 jusqu'à sa mort en 1970.

## 2. Son œuvre

Michael Balint, Le médecin, son malade et la maladie-Appendice I

*« Comment leur faire prendre conscience intellectuellement et affectivement des processus inconscients, sans leur offrir la méthode éprouvée et sûre de l'analyse personnelle. En fait, nous avons dû éviter soigneusement que notre système de formation ne devienne une thérapie pour les participants, ou tout au moins que son but ne devienne thérapeutique, car la tentation thérapeutique aurait entraînée des dépenses considérables et devait être exclue.*

*Devant ce problème, je décidais d'utiliser mon expérience de système hongrois de contrôle et d'élaborer une formation psychothérapeutique basée essentiellement sur le contre transfert des travailleurs sociaux, en employant les méthodes de groupe. Afin d'examiner en détail le contre transfert, je devais créer des conditions où il pourrait apparaître aussi librement que possible. Je rejetais donc tout emploi de matériel écrit autour des réunions de discussion de cas; le participant devait rapporter librement ses expériences avec le client d'une manière rappelant l'association libre et permettant toutes sortes de*

*distorsions subjectives, d'omissions, de réflexions secondaires, d'interpolations consécutives, etc...»*

Les groupes Balint ont pris naissance à la fin des années 1940, lorsque le gouvernement britannique a demandé à Michael Balint de créer une formation intellectuelle pour des praticiens, complémentaire à celle plus pratique offerte par leurs études de médecine. Le but original était de soutenir les omnipraticiens dans leur formation et conduite thérapeutique.

Un concept a alors émergé. Enid et Michael Balint ont réalisé l'importance, pour un médecin, de la compréhension de la puissance thérapeutique et pathogène de la relation médecin malade. L'essentiel de ses travaux fut présenté dans un article en 1955, intitulé « Le médecin, son malade et la maladie ». Cet article, ultérieurement élargi, fit l'objet d'un livre paru sous le même titre en 1957. Il est centré sur le médecin, sa « fonction apostolique », son rôle dans l'organisation de la maladie par ses interventions, par ce qu'il dit, ainsi que le moment et la manière dont il le dit.

Dans son livre, la relation médecin-malade est analysée: quels en sont les enjeux, quelles sont les demandes du malade et les réponses du médecin? Il dénonce la dilution des responsabilités et la collusion de l'anonymat, attitudes qui consistent à prendre plusieurs avis auprès des spécialistes, chacun récusant l'autre et personne ne décidant vraiment ce qui semble être bon pour le patient. Le praticien peut se perdre dans les symptômes cliniques et le diagnostic peut s'enliser. Ces symptômes peuvent être aussi l'expression d'une névrose sous-jacente. Par ailleurs, dans cette relation soignant-soigné perdure une survivance de la relation maître-élève, qui altère aussi la relation humaine.



### 3. Les groupes Balint en France

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

En ville, le premier groupe dit « Marignan », ancienne appellation des groupes Balint, a commencé en 1966.

Il faudra attendre mai 1968 en France pour entendre parler de groupe Balint comme outil de formation médicale; dans le « livre blanc » sur la réforme des études médicales, on peut lire:

*« ... la commission réclame la création au niveau de chaque CHU et dès la rentrée prochaine, d'un département de sciences humaines responsable de l'enseignement théorique au niveau du CHU.*

*Nous n'avons jusqu'ici abordé que la formation théorique, mais de même que dans toutes les autres formations médicales, la formation théorique s'accompagne d'une formation pratique... cette formation devra se faire dans des groupes que jusqu'à ce que nous ayons trouvé un nouveau qualificatif plus juste, nous appellerons « groupe Balint » ».*

Ces groupes ont été étudiés plus particulièrement pour les médecins déjà en exercice, mais peuvent, grâce à des sensibles modifications être appliqués aux étudiants au niveau des responsabilités diagnostiques et thérapeutiques.

### 4. Les premiers groupes Balint pour étudiants

Dans le service du Pr Royer à Necker, suite aux revendications des étudiants, le Dr Ginette Raimbault anime le premier groupe Balint pour étudiants en France, avec douze participants. Parfois, le Dr Balint vient de Londres pour co-animer le groupe. Il exprime à cette occasion que ces groupes devraient être obligatoires pour tous les étudiants.

En 1974, à Bobigny, l'expérience se poursuit. Le Dr René Gelly écrit un rapport expliquant le fonctionnement de ces groupes :

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

Cette expérience exprime bien le concept des groupes Balint pour étudiants.

## **II) Histoire de notre groupe**

### **1. La démarche initiale**

Lors de ma cinquième année d'études, j'ai effectué un stage ambulatoire de médecine générale en tant qu'externe, pendant deux mois. Durant celui-ci, j'ai fait la rencontre d'une femme, médecin généraliste, pratiquant la médecine telle que je me la représentais. Au cours de diverses discussions, elle m'a expliqué la pratique du Balint, ainsi que ce qui mettait au travail. Dans le même temps, j'ai rencontré une jeune patiente qui m'a questionnée au travers de la relation que nous avons établie.

Lors de cette consultation, cette jeune femme se plaignait de douleurs pelviennes. J'ai eu le sentiment d'être passé à côté de quelque chose, sans pouvoir mettre de mot dessus. C'est pourquoi, j'ai choisi d'écrire autour de cette rencontre, dans le cadre du travail demandé lors de ce stage. Afin de mieux saisir ce qui s'est passé, je retranscris le travail réalisé :

« Cette jeune femme est venue consulter pour un épisode de pesanteur pelvienne et d'hématurie, associées à une pollakiurie. Au début de l'entretien, je la vouvoyais, mais cette situation m'a mise mal à l'aise, peut être en raison de notre proximité d'âge, je me suis donc mise à la tutoyer, sans lui demander son accord. Après la description de ses symptômes, nous avons abordé la question de la contraception. C'est alors qu'elle m'a appris qu'elle était sous pilule. Ses dernières règles, peu abondantes, dataient de trois semaines. Lorsque je l'ai interrogée sur de possibles oublis, elle m'a expliquée que cela lui arrivait régulièrement. Je fus étonnée par cette réponse si franche, rapide et apparemment sans crainte pour elle, alors que le risque de grossesse dans cette situation me paraissait important. J'ai alors abordé sa vie sexuelle ; elle m'a parlé de la relation avec son partenaire régulier avec qui, ils n'utilisaient plus de préservatifs depuis qu'ils avaient réalisé les sérologies VIH, négatives. Nous avons donc discuté du problème de ses oublis réguliers, car je pensais utile de la prévenir du risque de grossesse, bien qu'elle m'ait répondu n'avoir aucun risque étant donné que cela ne lui était jamais arrivé. J'ai insisté sur la conduite à tenir en cas d'oubli de

pilule, sans qu'elle y prête beaucoup d'attention. Ne pouvant envisager qu'une grossesse soit possible et souhaitée par elle, je n'ai pas soulevé la question, ni interrogé son point de vue.

Par la suite, elle a accepté l'examen gynécologique à condition que ce soit moi qui le réalise, ce témoignage de confiance me réconfortait dans ma position de jeune médecin. Au cours de l'examen, nous avons échangé sur son parcours professionnel. Devant sa plainte initiale de signes fonctionnels urinaires, je lui ai également proposé de réaliser une bandelette urinaire qui a mis en évidence des signes de cystite.

Nous avons ensuite rejoint mon maître de stage, qui était absente pendant toute la première partie de la consultation, j'ai émis une hypothèse diagnostique devant la patiente : une cystite. Le médecin lui a donc remis une ordonnance pour le traitement de l'infection urinaire. La patiente est partie, sans lui avoir proposé logiquement de réaliser un test de grossesse, alors que j'avais abordé clairement les risques de l'oubli. Je percevais mon malaise, j'avais le sentiment d'avoir fait mon travail à moitié. Je craignais qu'elle soit enceinte, crainte qui ne me semblait pas partagée, sans pouvoir lui en parler. »

Lors de la discussion avec mon maître de stage, puis avec mes collègues au cours de nos rencontres pour la formation, j'ai pris conscience de mon impossibilité d'évoquer une possible grossesse avec cette jeune femme, malgré mes questionnements insistants sur cette possibilité. Mon malaise et ma perception d'être passée à côté de quelque chose sans comprendre, découlait de cela. Je n'ai donc pu mettre en mots et en actes lors de la consultation ce que je ne pouvais envisager pour moi, être enceinte à 18 ans, donc pour elle. La proximité d'âge a probablement favorisé cette situation, dont peut témoigner le tutoiement. Mes projections m'ont influencées dans le déroulement de la consultation et dans ce que j'ai pu lui proposer, d'autant plus que le symptôme l'amenant à consulter était tout autre. Mon attitude était dictée par un processus inconscient, qui a pu s'élaborer sur le plan de la conscience par cet espace de parole et d'écriture.

Ce constat m'a fait prendre conscience de nos actes manqués, de l'implication du soignant en tant qu'individu dans la relation. Par la suite, j'ai eu le souhait de m'intéresser à ce type de groupe qui questionne la relation lors la rencontre avec un patient, et de travailler autour de cette question pour ma thèse.

C'est ainsi qu'en première année du Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale, j'ai fait la rencontre du Dr Céline Baron, généraliste-enseignante, avec qui nous avons échangé autour de ce projet. Nous avons donc décidé de travailler la question des effets de rencontre avec les patients dans un groupe d'internes de médecine générale.

## 2. Quel nom donner au groupe?

Il existe de nombreux termes pour désigner le regroupement de personnes pour créer un espace de parole, cependant la finalité n'est pas identique entre ces différents concepts: groupe de parole, groupe de pairs, groupe Balint, groupe d'analyse des pratiques... Nous allons tenter de définir ces différents concepts afin de bien saisir le dessein de chacun.

### a) Le groupe de parole pour soignants (7, 8)

Le groupe de parole est un lieu de soutien, susceptible de prendre en compte la souffrance des soignants, structuré par la présence d'un intervenant extérieur de formation psychologique, un lieu de formation propre à favoriser l'apprentissage de l'écoute et de la prise de parole de chacun des membres de l'équipe, un espace d'échange, un espace où la parole des soignants s'exprime sur un mode différent, un espace de libre expression qui concerne la mise en mot du vécu, la verbalisation ; c'est une parole dynamique, en mouvement, un temps de partage proposé à la réflexion, propre à rétablir une communication. Trois termes définissent le groupe de parole dans ses fonctions, c'est un lieu de soutien, de formation, d'échange.

La finalité du groupe est possiblement l'amélioration de la relation soignant-soigné par l'atténuation de la souffrance des soignants, en les aidant à éclairer leurs réactions face aux malades ; le groupe de parole propose de se situer dans une dynamique de sujet, pour redonner à chacun sa place de sujet ; mais, le groupe de parole n'a pas à devenir un espace d'analyse des problématiques individuelles.

## b) Groupe de pairs (9, 10)

Parmi les méthodes utilisées par la Société Française de médecine Générale (SFMG), dans les années quatre-vingt a été développée et formalisée la méthode d'inter-formation des groupes de pairs.

La logique d'organisation de ce groupe s'appuie sur deux principes importants. D'une part, l'enseignement de la médecine générale s'enracine dans la recherche pratique et théorique, et d'autre part, la formation médicale permanente du médecin généraliste repose avant tout sur l'observation méthodique de sa pratique, jointe à une formation sélective et critique. C'est dans cette double perspective que les groupes de pairs ont été conçus comme méthode de formation du médecin généraliste.

Un groupe de pairs se définit en médecine générale par plusieurs caractéristiques:

- Il s'agit d'un espace de parole spécifique où l'expression et le débat vise à analyser les pratiques effectives et respectives des professionnels. Le groupe est constitué d'une dizaine de participants volontaires, formant un groupe homogène entre pairs, sans organisation hiérarchique pour permettre la parole de chacun. Une confrontation régulière, choisie et confiante, entre participants permet une comparaison obligatoire, systématique et aléatoire des pratiques de chacun. Chaque réunion se déroule de manière structurée en trois parties : exposition et analyse structurée des cas cliniques vécus, analyse des circuits et trajectoires de soins, puis thème libre. Secondairement, un compte-rendu de la séance est rédigé.

- Il s'agit d'une démarche volontaire sans contribution financière. Ce sont souvent des professionnels travaillant dans une même aire géographique, ce qui permet de discuter des différents usages des ressources parfois communes.

- L'objectif commun est de réfléchir et d'analyser sa pratique de manière interactive. Les participants se rencontrent 6 à 10 fois par an dans un espace-temps défini. Il n'y a pas d'animateur mais une fonction tournante de rapporteur de groupe. Les ressources sont internes, issues de la diversité des formations, des compétences et des choix professionnels de chaque participant. Cela permet une grande distance sur sa pratique et sur celle de ses confrères, avec des effets de miroir personnel et collectif.

- Les cas discutés ne sont pas choisis par les professionnels, mais retenus de façon aléatoire en fonction d'une règle désignée : soit le choix aléatoire du Nième consultant

vu tel jour de la semaine, ou parfois, un choix aléatoire ciblé, notamment pour la recherche ou la formation permanente. Les données enregistrées dans le dossier médical serviront dans l'exposition et le débat. Cette règle est la caractéristique fondamentale et incontournable des groupes de pairs.

- Le groupe de pairs permet aussi de débattre sur les écarts perçus et vécus, entre les « conduites à tenir » enseignées à la faculté ou recommandées par les conférences de consensus, et la variabilité inter-individuelle des comportements de chacun en situation de soins réels.

Cet outil est utilisé par les médecins généralistes souhaitant approfondir leurs connaissances et trouver une aide auprès de leurs collègues.

### c) Groupe Balint (6, 11)

Le groupe Balint est un groupe de formation-recherche « *training cum research* ». La formation Balint est une méthode de travail avec les soignants en groupe qui peut être pluridisciplinaire, concernant tous les soignants ayant des responsabilités thérapeutiques. La participation à un tel groupe est en engagement volontaire, souvent sur plusieurs années, qui va permettre à celui-ci de vivre et travailler régulièrement. En outre, les participants assument financièrement leurs séances.

Une à deux fois par mois, une dizaine de soignants se réunissent autour d'un ou deux animateurs psychanalystes, appelés « leader » par Michael Balint. « *Les animateurs font partie du groupe* », et « *rien dans la structure spatiale et temporelle du dispositif ne distingue participants et animateurs* »(6). Pendant deux heures, un ou deux cas vont être rapportés par un ou deux participants. Pour M. Balint, un « cas » est l'histoire relationnelle d'une rencontre entre un médecin et un patient, où quelque chose pose question, embarrasse et pour laquelle une prise de recul, d'autres idées, d'autres avis pourraient être utiles.

Cette histoire, vécue, exposée sans dossier, ni notes permet d'exprimer interrogations, malaises, gênes, blocages, lors de la rencontre entre un soignant et un patient. Après l'énoncé du cas en laissant émerger tout ce qui vient à l'esprit, la libre

expression de chacun essaiera de clarifier la situation relationnelle par de multiples questions, ou hypothèses, afin d'enrichir l'angle de vue du narrateur, parfois limité par son implication affective, ses mécanismes de défenses. Le travail du groupe, et en particulier de celui qui raconte, se fait à partir des associations libres. Ce travail concerne la sphère professionnelle, il ne sera pas abordé le pourquoi de ses blocages.

L'essentiel du travail du groupe Balint porte sur la mise en lumière de la relation singulière qui se vit entre le médecin et son malade. Le « Balint » vise à aider les médecins généralistes à augmenter leur sensibilité vis-à-vis de ce qui se passe, consciemment ou inconsciemment, dans la relation médecin-malade. Un autre élément des groupes Balint est de découvrir, de ressentir que nous ne soignons pas des maladies mais des personnes ; que nous soignons l'homme dans son histoire, que nous soignons l'histoire de sa maladie et les maladies de son histoire évoquant le livre de Michael Balint : "Le défaut fondamental". De plus, cette formation amène, dans la relation soignante, à la reconnaissance de la subjectivité tant du soigné que du soignant. Une lecture intellectuelle d'une situation peut être enrichie par une lecture émotionnelle des situations relationnelles. Cette formation à la relation est difficile à enseigner, l'objectif est de la pratiquer pour en savoir et en ressentir quelque chose.

De multiples et variées motivations peuvent inciter à participer à un tel groupe, comme des questionnements autour de la complexité de la relation avec un patient, le besoin d'échanges devant une pratique souvent solitaire, ou encore la perception de se heurter de manière répétitive à certaines situations...

Le groupe Balint n'est pas un groupe thérapeutique: il s'agit bien de parler de soi en tant que professionnel, le leader du groupe étant garant des non-intrusions personnelles. Si le soignant est confronté à un problème qui lui est personnel, il lui faudra chercher à le résoudre ailleurs. Il n'est pas non plus un séminaire à visée médico-technique: ce n'est pas la maladie ou le malade qui est au centre de la discussion et le groupe ne cherche pas à trouver la meilleure « conduite à tenir » ou « le meilleur traitement ».



#### d) Groupe d'analyse des pratiques (12)

L'analyse des pratiques est une méthode de formation professionnelle. Elle se met en place, le plus souvent dans une institution, pour un groupe de professionnels, animée par une personne ayant une expérience de ce type de groupe, habituellement extérieure à l'institution, pouvant avoir une formation de psychologue ou non.

Cet espace permet à chaque participant d'explorer, de réfléchir et de penser sa pratique, soutenu par les réactions et questionnements du groupe. Les échanges ne relèvent pas du bavardage mais de paroles, de traduire en mots ce qui est ressenti, ce qui est vécu, et réalisé. Le regard sur la situation se métamorphose petit à petit, sous l'effet des échanges, laissant entrevoir des liens pouvant faire ouverture, totalement imprévisibles lors du premier récit. L'énonciation de questions s'enrichit petit à petit par la formation de liens nouveaux permettant une lecture différente. Comme l'explique Maryvonne Lagueux, psychosociologue, « *Progressivement les participants osent se fier à ce que le récit les fait vivre intérieurement, à la manière dont ils sont touchés personnellement par la situation exposée* ».

L'analyse des pratiques consiste à exposer une situation professionnelle concrète qui a questionné un professionnel, ou une équipe. Une réflexion se tisse sur les pratiques professionnelles mises en œuvre et les interactions entre les acteurs en présence, permettant de repérer les incidences et les conséquences de cette pratique pour tous les acteurs concernés dans leur statut, et leur fonction, tant au niveau des affects que des répercussions individuelles, collectives et institutionnelles. La complexité d'une situation est analysée en tenant compte du contexte social, politique, médical, législatif, géographique... permettant de développer une aptitude à penser les situations dans l'ensemble des liens mais aussi avec tous les acteurs concernés. Cet espace permet de vérifier la cohérence de la pratique et son adéquation avec le projet de service, et au besoin de repérer les outils professionnels à disposition ou à créer. De ces réflexions se dégagent des propositions de travail dans une perspective d'adéquation des pratiques, pour une meilleure qualité de service rendu, une réponse ajustée mais aussi un mieux-être professionnel. De nouveaux concepts de référence sont mis en œuvre dans le cadre professionnel.

### e) Groupe d'analyse des pratiques, type Balint

Nous avons décidé de nommer ce groupe: « groupe d'analyse des pratiques, type Balint ». Nous allons définir le concept initial comme nous l'avions imaginé, sans préjuger de ce qui s'est déroulé par la suite, lors de nos rencontres.

Il est intéressant de remarquer que certains participants le dénommaient « groupe de parole ».

Groupe d'analyse des pratiques car la volonté était de réunir les participants motivés pour créer un espace de parole, dans le but bien précis de réfléchir sur ses pratiques et de travailler sur la subjectivité de la rencontre entre deux sujets.

De type Balint, car l'objet du travail était la relation soignant-soigné à partir de ce que le soignant en dit. On s'est intéressé à la personne du patient, avec ses réactions, ses comportements, au sens de ses demandes, et de certains symptômes, mais aussi à celle du médecin que nous sommes, et comment nous réagissions en tant que soignant, aux émotions, aux pensées, et à tout ce qui peut être de l'ordre du contre-transfert soignant.

Contrairement au groupe de parole pour soignants, l'objectif premier n'est pas la prise en compte de la souffrance des soignants, ni d'être dans un rôle de soutien.

A l'opposé des groupes de pairs, il n'est ni question de l'apprentissage d'une technicité dans le soin, ni d'améliorer ses connaissances par le travail en groupe.

Ce groupe ne pouvait non plus se dénommer uniquement « groupe Balint ». En effet, d'une part, le concept classique du Balint propose d'évoquer des situations de soins au long cours, ainsi que parler de patients rencontrés dans leur lieu de vie habituel. Ces deux notions ne pouvaient être envisageables dans notre situation. En effet, en tant qu'internes en médecine, il nous est difficile de soigner des patients sur une longue durée, et de les revoir. De plus, il nous est seulement possible de rencontrer des patients sur leur lieu de vie, lors du stage ambulatoire en médecine générale, cependant, il s'agit de six mois sur trois années d'internat, nous sommes amenés plus souvent à rencontrer des patients hospitalisés. En outre, le nombre de séances était fixé dès le début, ne

permettant pas un travail sur plusieurs années. D'autre part, pour être identifié groupe Balint, il est nécessaire d'être affilié à la Société Médicale Balint (SMB), ce qui ne pouvait être notre cas, en effet, le leader devant être accrédité par la SMB.

Néanmoins, comme pour les groupes Balint, c'est la sphère professionnelle qui est concernée, le participant est considéré comme un professionnel, il n'y a pas d'exploration de son histoire privée; ce n'est pas non plus une psychothérapie de groupe.

### 3. Constitution du groupe

De nombreuses questions ont été préalables pour définir la réalisation de ce projet. Je savais que je souhaitais travailler autour de la question des groupes Balint, mais comment mettre en place ce projet? Lors de nombreuses rencontres avec Céline Baron, et Chantal Masson, médecin et psychanalyste, nous avons réfléchi, échangé autour ce dessein commun. Nous avons décidé de proposer ce groupe aux étudiants du troisième cycle de médecine générale.

Quelle pourrait être la question initiatrice de ce travail? Des travaux pour évaluer les formations à la relation médecin-malade de manière quantitative ont déjà été réalisés à la faculté de médecine de Paris V (4, 5). Nous avons donc pris le parti de faire une évaluation plus qualitative de ce qu'il se passe dans un groupe d'analyse des pratiques, type Balint, chez les internes en médecine générale.

Quelle place allais-je occuper? Celle d'observateur, sans prendre parti aux discussions, cette position paraissait difficile pour deux raisons, d'une part, je souhaitais expérimenter ces groupes, m'investir, et ressentir. D'autre part, la présence d'un observateur peut être un frein pour le groupe et limiter la liberté de parole. Cependant, ma position, que nous avons choisie de participante active, n'est pas non plus sans conséquences, en effet, ma prise de position influencera la retranscription que je ferai des séances, de part une subjectivité obligatoire.

Après avoir opté pour ces différentes conditions, il était nécessaire de constituer un groupe d'internes volontaires en médecine générale. Comment le constituer? Dans le but d'informer le plus d'internes de cette proposition, j'ai mis un message sur le site internet du syndicat des internes en médecine générale (IMGA): plusieurs semaines après, aucune réponse. J'ai donc évoqué et proposé ce projet aux personnes m'entourant, ce qui a permis de constituer un groupe de huit internes, tous en troisième semestre, au moment du début de nos rencontres. La majorité était en stage chez le médecin généraliste, une interne seulement l'avait déjà réalisé auparavant. Un interne avait eu une expérience du Balint lors de l'externat, dans sa faculté d'origine, les autres connaissaient ce type de groupe par mon explication. Un engagement avait été signifié à chacun pour les dix séances.

Il avait été décidé, avec l'accord du département de médecine générale, que la participation à ces groupes validerait les journées de prise en compte de la souffrance psychique, pour un semestre. Cette formation est obligatoire dans le cadre du Diplôme d'Etude Spécialisé de médecine générale, elle comprend dix demi-journées par semestre, à réaliser auprès d'équipes spécialisées, en ambulatoire, ou en hospitalier.

#### 4. L'animateur

Michael Balint a consacré le terme de « leader » pour la personne animatrice du groupe. Ce terme « leader » se traduit de l'anglais comme « chef », « meneur », « directeur ». Nous lui préférons donc le terme d'animateur. Le substantif d'animateur est « celui ou celle qui, par son tempérament, ses qualités, par son activité (souvent professionnelle) suscite auprès d'un groupe, d'un public une émulation, un intérêt, un accroissement d'activité ». L'adjectif, quand à lui, se définit par « qui insuffle la vie, qui donne le mouvement ».

L'animatrice, le Docteur Céline Baron, enseignante au département de Médecine Générale d'Angers, était intéressée par cette question et a participé, elle-même, pendant plusieurs années à ce type de groupe. De plus, elle a une formation personnelle à la psychanalyse, condition indispensable pour animer un tel groupe.

Nous avons décidé de ne pas faire appel à une personne extérieure à l'enseignement de médecine générale, même si nous savions qu'il pourrait exister une confusion entre sa position d'enseignante, et celle d'animatrice d'un tel groupe : la neutralité conseillée pour animer un tel groupe n'était donc pas respectée. L'intervention d'une personne extérieure aurait nécessité un financement, nous ne souhaitions pas le demander aux membres du groupe. Leurs participations étaient plus dans le registre de l'expérimentation, que d'une volonté individuelle de participer à un groupe d'analyse des pratiques de type Balint, rendant délicate la demande d'un investissement financier.

La position de l'animateur n'est pas celle du savoir, plutôt de relative modestie, son rôle essentiel est de favoriser « la mise en place d'une atmosphère de travail, d'un climat propice aux échanges ». L'animateur fait partie intégrante du groupe, et rien ne peut distinguer participant et animateur, chacun prend la parole quand il le souhaite.

## 5. Le dispositif

Il était convenu de se réunir lors de dix séances, sur une année scolaire, un jeudi par mois, à la faculté de médecine d'Angers. Lors de la première séance, l'animatrice a expliqué en quoi consistaient ces rencontres. Aucun travail préparatoire n'était nécessaire, et aucune note n'était prise pendant la rencontre.

Il a été proposé à chaque interne, après narration de son histoire, de l'écrire en prenant en compte les paroles échangées avec le groupe. L'animatrice a suggéré à chacun de m'en envoyer ce récit, en précisant que ces écrits seraient intéressants pour le travail de thèse, cependant chacun avait la liberté de le faire, ou non.

Lors de chaque séance, spontanément, un ou plusieurs internes évoquaient une situation réelle, vécue, de leur choix, sans notes, relatant leur ressenti, leurs questionnements, leurs difficultés, à travers leur rencontre avec un patient. Les participants après avoir écouté le récit, en s'intéressant à ce qui s'était passé pour

l'interne, questionnaient, remarquaient, réagissaient, demandaient des précisions, mettaient en exergue les contradictions...

Les neuf premières rencontres ont permis aux internes de parler d'histoires de leur choix, la dernière a été consacrée à l'expression de chacun sur les effets de la participation à un tel de groupe. Cette séance m'a servi de support pour répondre à la question des effets d'un groupe d'analyse des pratiques de type Balint.

Dans le but de retranscrire les séances, un dictaphone a permis d'enregistrer les entretiens. Dans un premier temps, j'en ai écrit l'intégralité, puis chacune a été décomposée en trois parties. La première relatait le récit de l'interne, la deuxième reflétait les réactions du groupe, et la troisième partie correspondait à l'analyse des échanges, des liens, des interprétations du groupe.

Par la suite, ce travail était relu par Chantal Masson, médecin et psychanalyste. Cette dernière a une grande expérience des groupe d'analyse des pratiques, de type Balint, et elle en a animé pendant plus de dix ans au sein de la faculté de médecine dans le deuxième et troisième cycle.

Une relecture a été réalisée à plusieurs niveaux. Au cours de l'année scolaire 2008-2009 pendant laquelle avait lieu le groupe, j'ai initié un travail d'écriture et d'analyse des différentes séances. Chantal Masson apportait alors un regard extérieur sur ce qui s'est exprimé et entendu, ce qui peut s'apparenter à une supervision. Elle m'accompagnait dans la démarche d'analyse de ce qui avait été mis au travail, mais aussi dans la mise en lumière des zones d'ombres non explorées Elle m'a guidée dans cet exercice d'analyse de ce qu'il s'est passé pour cet interne avec ce patient, exercice qu'il était nécessaire que je découvre et travaille. Pendant cette période, l'animatrice n'est pas intervenue dans la rédaction et l'analyse, dans le but d'éviter de confondre les rôles de chacune. A deux reprises, nous nous sommes rencontrées toutes les trois pour réfléchir ensemble comment favoriser la parole libre et spontanée, mais aussi pour nous soutenir, Céline Baron et moi-même, à occuper une place, non enseignante, non observateur mais investie, subjective.

Puis, à la fin de l'année de rencontres du groupe, Céline Baron et moi-même avons œuvré ensemble pour confronter nos perceptions de ce qui s'était travaillé, en ayant une acuité particulière sur ce qui s'était dit et sur la circulation de la parole, afin d'élaborer un travail autour du sens des mots, de ce qu'ils pouvaient signifier.

Ces différentes lectures avaient pour but d'enrichir la position d'écoute et le travail d'écriture qui en découlait, mais également pour éviter une analyse réductrice, et interprétative.

### **III) Comment le groupe a évolué d'un groupe de pairs vers un groupe d'analyse des pratiques type Balint?**

#### **1. Évolution du groupe au cours des dix séances:**

Nous allons tenter d'expliquer le déroulement des dix rencontres, en ayant bien conscience de l'impossibilité d'évoquer de manière exhaustive ce qui s'est travaillé pendant celles-ci. Une synthèse en est réalisée dans ces paragraphes, l'ensemble des écrits relatant l'histoire racontée, les questionnements et l'analyse sont en annexes. Nous souhaitons éclairer ce qui a permis l'évolution de nos rencontres, ce qui a permis d'étayer l'élaboration psychique. De plus, la part subjective de l'auteur ne peut être mise de côté.

##### **1<sup>ère</sup> séance**

Après avoir été invité par l'animatrice à nous exprimer, un interne a présenté une situation: sa rencontre avec une jeune adolescente, en présence du frère de celle-ci, car son praticien, avant le début de l'entretien, lui avait dit qu'il ne fallait jamais rester seul avec une jeune femme en consultation. En effet, il souhaitait la présence d'un témoin si un procès était intenté.

Durant la discussion, le groupe a abordé différentes questions: la crainte du médico-légal et de son influence dans la rencontre, la relation entre sexes opposés dans une consultation, ainsi que la notion des paroles prédictives du maître de stage. Chaque interne s'est exprimé par rapport à sa propre expérience. Il en est ressorti la question: quelle attitude adopter de manière générale dans une consultation avec une adolescente?

A la suite, l'interne concerné a écrit ce cas, dans lequel il explique qu'il a décidé de ne pas se soumettre à la crainte judiciaire, et de garder son libre-arbitre, il a pris conscience de l'influence de la parole de son maître de stage, dans le déroulement de cette



consultation. Cela lui a permis de réfléchir sur l'attitude qu'il adoptera par la suite en précisant qu'il acceptera de recevoir une jeune fille seule en consultation, sauf pour les examens gynécologiques. Le travail du groupe l'a mobilisé afin de se construire une identité professionnelle. Par la suite, il l'a intégré dans son portfolio comme un récit de situation clinique complexe.

## 2<sup>ème</sup> séance

La situation évoquée rapportait la rencontre d'une interne avec un patient qui lui demandait un arrêt de travail daté de la veille. L'interne n'a pas souhaité le faire, en expliquant au patient que c'était illégal.

Après un rappel sur les règles de prescription d'un arrêt de travail, l'animatrice a proposé une réflexion sur une attitude possible lors d'une telle demande. Elle a interrogé le groupe avec la question suivante : « Donne-t-on un arrêt de travail ? ». D'une manière générale, les participants ont fait part de leurs craintes de « se faire avoir » par les patients. Ils ont remarqué que le risque de se cacher derrière ce cadre légal, est de ne pas entendre la demande du patient. L'interne a alors évoqué sa perception avec cette phrase: « Pendant la deuxième partie de la consultation, l'atmosphère a changé, était lourde, et j'ai bien vu que je ne lui avais pas donné satisfaction ». A travers ces mots, elle a exprimé son manque d'attention à la demande de ce patient, ce qui lui a permis de se questionner sur ses réponses systématiques. Cette réflexion l'a motivée à raconter cette histoire. Par la suite, elle a témoigné que cette discussion lui a permis de ne pas être uniquement dans un registre légal, mais aussi dans l'écoute de l'autre, et d'être vigilante à répondre à une demande par la discussion et la délibération dans un but de bienfaisance.

Pendant cette même séance, un second cas a été illustré comme s'il y avait urgence pour l'interne de partager son histoire: une maman consultait pour son fils présentant une anorexie, avec un amaigrissement. Le groupe a interrogé l'interne comme un « relevé d'anamnèse », en recherchant des événements objectifs ou pouvant s'exprimer facilement par des mots, attitude différente des cas précédents où chacun partageait son expérience. Après cet échange de type « observation médicale », l'interne a pu dire qu'elle se questionnait sur une possible maltraitance de cet enfant, en lien avec des

molluscums contagiosum sur le périnée, une notion de forçage à manger, et l'amaigrissement sans cause apparente. Elle s'interrogeait aussi sur ce motif de consultation qui lui était adressé à elle et non au médecin référent. L'ensemble de ces perceptions l'ont conduit à évoquer l'hypothèse d'une maltraitance. L'animatrice a relevé l'importance d'écouter et de soutenir ce qui est ressenti. Par la suite, nous avons discuté des possibilités de soins et de conduite à tenir, devant cette perception de l'interne.

### 3<sup>ème</sup> séance

Au cours de cette séance, il y a eu trois cas exposés par différentes personnes.

Lors d'une garde, une interne a rencontré un jeune africain, amené par les pompiers aux urgences car il semblait être en détresse sociale dans la rue. Devant ses difficultés pour communiquer avec lui en raison de la barrière de la langue, elle s'est précipitée sur l'examen clinique favorisant l'incompréhension et l'anxiété du jeune homme. Devant l'inefficacité de son intervention « exclusivement médicale » dans cette situation, l'interne a éprouvé le besoin de communiquer avec lui, ce qui a pu se réaliser avec l'aide d'une aide soignante parlant l'arabe. Le dialogue alors instauré a permis à l'interne d'obtenir des informations précieuses sur les besoins du patient, et donc d'adapter les soins envers lui. Elle a souligné avoir été touchée par ce patient, son histoire, leur rencontre, et ce qu'il a mobilisé en elle pour être soignante. Le groupe a réfléchi sur la notion de soin, et des représentations de chacun sur celui-ci.

Puis, une autre interne a retracé une consultation avec une femme de la communauté des gens du voyage, venant pour une mycose vaginale. Elle était enceinte, mais aucune démarche n'avait été faite, selon l'interne, pour le suivi de sa grossesse. Cette dernière était mal à l'aise devant le refus de cette femme de faire une déclaration de grossesse avec les examens préconisés. Le groupe a tenté de comprendre la position de cette patiente qui pouvait être d'un autre ordre que médical, et en particulier social (peur du fichage), et/ou culturel.

Enfin, une autre interne a relaté la demande, entre deux consultations, d'une femme, souhaitant de la ventoline® pour son fils. Il était impossible d'amener l'enfant en

consultation, car son mari ne le considérait pas comme malade. Le groupe a discuté de la difficulté de répondre à cette demande sans voir l'enfant, basée sur les seuls dires de la mère, évoquant ceux du père. La confusion de cette situation inhabituelle où la plainte de la personne concernée n'est pas éclaircie, a surtout questionné le « quoi faire », et n'a pas permis de prendre du recul sur ce qui était présenté comme impossible par cette femme et l'interne. L'interne ne parlait pas d' « elle » au singulier, mais d'« elles » en incluant son praticien. La question d'argent est arrivée alors dans la discussion, en effet, cette femme expliquait qu'elle ne paierait pas la consultation, car pour son mari, il n'y avait pas de justification médicale. Le groupe est alors venu à converser autour du paiement à l'acte, ainsi que les représentations que chacun avait de la rémunération de l'acte médical. L'animatrice a proposé à quelques uns de réfléchir à une situation autour de ce thème, qu'ils pourraient présenter à la séance suivante.

Parler de trois cas lors d'une séance de deux heures, limite probablement l'analyse qui pouvait en être faite. Pourquoi, lors de cette séance, il y a eu tant d'histoires? Y-avait-il urgence à parler de ces situations? Le groupe considérait-il que les commentaires faits autour de chaque récit étaient suffisants? Le silence entre les questions étaient-ils insupportables, conduisant à la narration d'une nouvelle rencontre?

Quelques semaines après, nous nous sommes rencontrées avec Céline Baron, et Chantal Masson, au terme de ces trois séances, pour effectuer un travail de supervision. Nous avons constaté que les rencontres se situaient plus dans le registre des groupes de pairs. Nous avons alors décidé d'expliquer au début de la séance suivante, la différence entre un groupe de pairs et un groupe d'analyse des pratiques type Balint.

#### 4<sup>ème</sup> séance

Après avoir reformulé ces notions de groupe d'analyse des pratiques type Balint, certains ont mentionné qu'ils n'avaient jamais participé à un tel groupe auparavant, qu'il leur était donc nécessaire d'apprendre. D'autres ont exprimé un étonnement, car pour eux, nous étions attentifs à la globalité du patient. Cela confirme pour ceux-ci, la confusion entre le soin global et l'implication du soignant dans la relation avec le patient. Puis d'autres encore ont perçu que ces groupes permettent de prendre conscience de la relation à l'autre. Il est élaboré une notion de parole différente de celle

que l'on connaît dans le cadre de la transmission d'un savoir. Mais il a été remarqué la nécessité d'une confiance entre les membres, ainsi qu'un besoin de temps, car « il existe encore quelques barrières ».

Ensuite, l'animatrice a proposé de discuter d'une situation, évoquant la difficulté de demander un règlement lorsque le motif de consultation était hors du champ médical; question qui avait été évoquée par certains au cours de la séance précédente. Une interne nous a raconté alors ses trois rencontres avec une même patiente d'une cinquantaine d'années, qui consultait pour des crises d'angoisse, en lien avec une agressivité et des troubles du comportement de sa fille. Le groupe a cherché des explications au comportement de sa fille, des hypothèses ont été formulées quant aux liens familiaux. D'une première consultation où la patiente cherchait des « solutions » pour sa fille, elle a ensuite parlé de sa propre relation à ses parents. Par la suite, elle a retrouvé un travail et a exprimé une amélioration de ses symptômes d'angoisse. L'interne dit « ne rien avoir fait » lors des consultations, et justifie ainsi sa difficulté à demander un paiement de celle-ci. Était-il possible de se faire régler une consultation, quand elle souhaitait régler la difficulté d'un patient? Peut-on faire un parallèle entre les différentes utilisations du terme « régler ». Pourquoi cette interne a-t-elle raconté cette histoire, quel effet cette rencontre a-t-elle eu sur elle?

#### 5<sup>ème</sup> séance:

Lors de cette cinquième séance, une interne a évoqué une situation où elle n'a pas compris son comportement, son attitude était dictée par quelque chose sur laquelle elle ne pouvait mettre de mot. Cette patiente d'une trentaine d'années souhaitait un arrêt de travail daté de la veille, car des symptômes digestifs l'avaient empêché de se rendre à son travail. L'interne l'avait déjà rencontrée une première fois avec son maître de stage, pour des symptômes d'angoisse, et ce dernier s'était beaucoup mobilisé pour qu'elle prenne un traitement anxiolytique, alors qu'elle y était plutôt réticente. Lors de cette seconde consultation, après accord du praticien pour anti-dater l'arrêt, l'interne souhaitait lui prescrire un traitement pour ses troubles digestifs. Devant le nouveau refus de la patiente de toute thérapeutique médicamenteuse, l'interne a insisté pour prescrire un traitement, ce qui l'a mis mal à l'aise.

La discussion a permis de prendre conscience de la répétition des comportements de la patiente qui semblait avoir induit la répétition du comportement du maître de stage chez l'interne. Il faut préciser qu'il existait des désaccords entre cette interne et le maître de stage, cette mésentente a probablement influencé le déroulement de cette consultation. L'interne, de part sa position d'étudiante, était dans une triangulaire, entre le patient et le maître de stage, ce qui a renforcé l'impossibilité d'être dans une position de neutralité dans la relation de cette interne avec cette patiente.

#### 6<sup>ème</sup> séance:

Après un temps de silence, une interne s'est surprise à décrire une consultation où elle a fait la connaissance d'un homme d'une trentaine d'années, qui souhaitait un renouvellement de Subutex®, traitement de substitution de l'héroïne. Cette rencontre a été angoissante pour elle, car, elle a eu l'impression de ne pas avoir d'autre choix que de réaliser l'ordonnance, dictée par sa peur qu'il devienne violent.

Grâce à la parole, elle a pu mettre des mots sur son malaise, et en comprendre une possible origine. La discussion s'est close après qu'elle ait pu évoquer la réminiscence d'un souvenir d'une rencontre similaire hors de son exercice professionnel.

Cette narration a fait résonance pour une autre participante. Elle a rencontré un homme lors de plusieurs entrevues, pour le renouvellement du traitement de substitution à l'héroïne. Malgré les mises en garde de son maître de stage qui prédisait que le patient demanderait une majoration des doses, elle a augmenté la posologie du traitement, suite à la demande du patient, alors qu'il était convenu avec l'équipe d'addictologie de ne pas modifier la dose.

Elle a pu dire qu'elle n'a pas souhaité appeler son maître de stage pour rester autonome dans sa prescription, qui lui paraissait répondre à la demande de soins de ce patient et non à un protocole. Cet acte était-il vraiment dans l'intérêt du patient ou lui permettait-il de marquer son désaccord avec son maître de stage, avec qui les relations étaient conflictuelles?

### 7<sup>ème</sup> séance:

Un interne a rapporté un entretien qu'il a eu avec une jeune femme de 19 ans, étudiante infirmière, qui venait aux urgences gynécologiques pour des métrorragies dans le cadre d'une grossesse non désirée. Elle a exprimé son souhait d'avoir recours à une interruption volontaire de grossesse. Cependant, à travers ses paroles, l'interne a eu l'impression que cette décision était influencée par sa mère et son petit ami. Ce malaise l'a conduit à plus interroger la demande, tout en ayant la crainte d'influencer la jeune fille.

Il a manifesté son inquiétude à plusieurs reprises quant au possible traumatisme ultérieur, pour une prochaine grossesse. Sa supposition était qu'une interruption volontaire de grossesse aurait des conséquences néfastes sur une fécondité future: « Il faut quand même penser à plus tard si elle veut un enfant et qu'elle n'y arrive pas ». Il était dans une position de protection de cette jeune femme, et dans ses propres projections. Il a manifesté de l'incompréhension au comportement de l'ami de la patiente, lui-même étudiant infirmier, qui n'était pas présent pour soutenir sa petite amie, alors qu'il aurait dû savoir ce que cela représentait. Il lui a proposé un rendez-vous au centre d'orthogénie, où les interruptions de grossesses ont lieu, dans le but de contrôler la viabilité de la grossesse, car le jour de cette consultation, aucune activité cardiaque n'avait pu être détectée à l'échographie. Le groupe a souligné l'ambivalence de cette proposition dans cette situation. Pourquoi ne l'a-t-il pas revu en consultation? Voulait-il mettre de la distance entre eux? Cette proposition permettait à la patiente de cheminer dans ses choix, accompagné par des soignants ayant du temps et de l'expérience.

### 8<sup>ème</sup> séance:

Une interne a décrit sa rencontre avec une patiente de 72 ans, en rééducation fonctionnelle, suite à une hémorragie méningée. Elle a commencé à présenter des troubles du comportement, avec des crises de pleurs, des idées de persécution, associées à une perte d'autonomie. Après avoir éliminé une récurrence d'un accident vasculaire, un traitement antidépresseur a été mis en place dans l'hypothèse d'une réaction dépressive.

L'interne explique s'être beaucoup investie et questionnée autour de cette patiente. Elle s'est demandée à plusieurs reprises pendant ses vacances comment elle allait la retrouver. Elle a expliqué au groupe qu'elle se sentait responsable d'elle, et de son aggravation. Elle s'était engagée à veiller sur elle auprès de la famille, mais aussi, à prendre soin d'elle auprès du collègue qui la lui avait transférée. Le groupe a remarqué la nécessité pour l'interne d'un classement nosographique, mais le risque est-il de ne pas entendre ce qui se passe en voulant mettre un cadre médical? Une réponse médicale à un symptôme n'était-elle pas rassurante pour elle? L'interne a clos la discussion en prenant conscience que l'investissement qu'elle avait eu dans l'histoire avec cette patiente n'était peut-être pas anodin, en lien avec sa propre relation avec un de ses grands-parents, mais aussi des liens tissés avec les proches de cette femme qui pouvaient induire un degré d'engagement personnel.

#### 9<sup>ème</sup> séance:

Cette séance a été investie par une interne qui a retracé sa difficulté pour arrêter les soins actifs envers une patiente qu'elle côtoyait tous les jours. Cette dernière, aux lourds antécédents, présentait des diarrhées, avec des pertes hydriques et potassiques importantes, difficiles à compenser. Ces symptômes digestifs étaient en lien avec une ischémie mésentérique, pour laquelle il n'avait pas été envisagé de geste chirurgical. L'interne alternait entre l'hydratation per os, sous cutanée, intra-veineuse, et essayait d'adapter les apports sur les prises de sang, ce qui devenait problématique. Elle a alors eu l'idée de mettre en place une voie veineuse centrale permettant de compenser les pertes potassiques. Elle cherchait l'approbation d'un senior pour ce geste. Quand l'équipe mobile de soins palliatifs lui a proposé de réfléchir à la situation sans rencontrer la patiente, elle en a été déçue car elle souhaitait une décision partagée avec une réelle appréciation de la patiente. De plus, il était impossible pour elle de ne pas agir tout de suite. Ne pas compenser ces pertes était inconcevable car cela signifiait le décès de la patiente dans le service « sous ses yeux ». La patiente a initialement accepté, puis refusé car cet acte avait comme conséquence un changement de lieu de vie. Le médecin senior a alors décidé d'arrêter les soins actifs pour que la patiente puisse retourner dans sa maison de retraite, ce que l'interne ne pouvait entendre. Elle a fait part de l'attachement qu'elle ressentait pour cette patiente, induisant sa difficulté dans les soins à lui proposer.

## 10<sup>ème</sup> séance:

Cette séance a été consacrée à l'expression de chacun autour des effets de ce type de groupe. Cette séance me servant de support pour répondre à la question des effets d'un groupe d'analyse des pratiques de type Balint, elle sera donc détaillée dans la quatrième partie

## 2. Qu'est ce qui a permis cette évolution?

Au travers du récit des dix séances, nous pouvons identifier une évolution de notre groupe et de son fonctionnement, d'un groupe de pairs vers un groupe d'analyse des pratiques type Balint. Qu'est ce qui a évolué? L'écoute de l'autre et de soi, la prise en compte de la parole, l'implication du sujet soignant dans la rencontre... Comment cette évolution a pu se faire?

### a. Détachement progressif du cadre facultaire

Plusieurs explications d'ordre organisationnel peuvent être évoquées concernant les similitudes dans le déroulement de nos séances avec celui des réunions d'enseignement, de type groupe de pairs.

Elles avaient lieu le même jour et aussi dans la même salle. Lors de nos premières rencontres, nous étions installés en cercle, assis devant des tables, cette position reproduisait celle des séances d'enseignement. Au début de la sixième rencontre, nous nous sommes installés en cercle, mais sans table comme obstacle entre nous, avec une chaise vacante, dans le but d'ouvrir le cercle.

Comme expliqué précédemment, la participation à cette initiative permettait de valider dix demi-journées de prise en compte de la souffrance psychique. Initialement, à chaque séance, chacun devait signer une feuille pour attester de sa présence. Cependant après la remarque d'une des participantes, il a été décidé de ne plus faire émarger les internes, pour éviter d'introduire un cadre obligatoire, dans un dispositif qui se veut basé sur le volontariat.



Le détachement petit à petit du cadre facultaire a probablement permis de mettre de la distance avec un possible enseignement ou apprentissage lors de ces groupes.

### b. La prise de recul sur le travail de thèse

Le groupe s'était constitué dans le but de réaliser un groupe d'analyse des pratiques, dont cette thèse s'inspirerait. Celui-ci a exprimé à plusieurs reprises ses interrogations concernant la validité de ce qui était dit et travaillé pour le sujet de la thèse. Il a manifesté une réelle volonté d'être aidant pour ce travail. Ce souhait de bien faire n'a-t-il pas pu perturber le travail d'élaboration psychique? En précisant à plusieurs reprises la nécessité de se détacher du cadre, et de laisser libre l'expression de chacun, cette préoccupation est devenue moins présente.

L'existence du dictaphone dans le but d'enregistrer les séances a gêné certains qui interrogeaient l'utilisation des traces orales et écrites qui en découlaient. Ce dispositif a pu limiter initialement la liberté de parole et engendrer une certaine maîtrise. Puis, il nous a semblé qu'il s'intégrait plus naturellement au fur et à mesure.

D'autres ont évoqué leurs inquiétudes de voir leurs paroles transmises à un tiers sans qu'ils en connaissent le réel contenu, avec la crainte d'un jugement de valeur sur leurs propos. Nous avons alors expliqué en quoi consistait l'écriture des séances : à savoir de nommer ce qui a été mobilisé sans juger ce qui a été dit. Ce travail de déposition à un tiers, Chantal Masson, a pour but d'éviter les interprétations afin d'être au plus près de la parole de l'autre. La relecture avec elle permettait de recentrer sur la complexité d'une rencontre, en s'intéressant à la particularité de la personne concernée par la demande.

### c. La mise en confiance

Nous avons rappelé initialement la nécessaire confidentialité: ce qui se dit reste dans le groupe, et ne doit pas être révélé en dehors. Cependant, pour s'assurer de ce principe, l'épreuve du temps est indispensable. La parole ne peut se risquer qu'après avoir éprouvée que celle-ci était respectée. La parole se veut prudente au départ, puis au fil du

climat de confiance progressivement établi, elle s'exprimait de manière plus spontanée et confiante.

L'atmosphère de confiance du groupe est effectivement indispensable pour que naisse le travail de l'élaboration psychique. Michael Balint écrivait (6) : « *Une des fonctions les plus importantes de ces séminaires est de créer une atmosphère suffisamment sécurisante pour permettre au médecin de faire un rapport spontané qui révèle son implication émotionnelle, et où l'auditoire soit assez sympathisant pour critiquer son rapport, mais de façon amicale et constructive.* »

#### d. Le décalage de l'animatrice

Céline Baron, animatrice de notre groupe, est également enseignante au Département de Médecine Générale, elle animait, le jour de nos rencontres, des séances d'enseignement en lien avec le stage chez le médecin généraliste. Sept personnes sur huit composant le groupe, participaient à cette formation. Une confusion s'est probablement tissée entre ces deux types de rencontres, favorisant le déroulement initial comme des séances de groupe de pairs.

De plus, pour l'animatrice, l'exercice d'alternance entre l'enseignement dans les séances de cours et le soutien de l'élaboration psychique dans le groupe d'analyse des pratiques, était complexe. L'approche différente de ces deux groupes a pu se distinguer progressivement, au fil des rencontres.

Elle témoigne : « *L'approche non pédagogique nécessitait de favoriser l'expression de chacun, de relever les questions soulevées et de centrer l'attention sur les enjeux de la relation. Ce décalage de la position enseignante, nécessaire pour l'animation de ce groupe s'est progressivement établi, avec le souci de se dégager d'une image modélisante.* »

### e. De mes attentes au lâcher-prise

Lors des premières séances, nous discutons du « relevé de l'anamnèse » cité par Michael Balint, nous nous préoccupons des événements objectifs, ceux qui pouvaient facilement s'exprimer par des mots, mais peu de la subjectivité dans la rencontre entre un soignant et un patient. En initiant cette expérience, j'avais des attentes, des idées préalables, des souhaits sur ce qui se travaillerait. J'étais impatiente d'arriver au fonctionnement idéalisé, mais aussi inquiète que ce travail ne soit pas possible. Par ces pensées, j'ai eu le sentiment d'influencer le cheminement du groupe par mes attentes préconçues.

De plus, j'ai compris au fil des discussions que je ne me sentais pas libre dans ma parole. Ma position duelle, entre participante, et observatrice, ne me permettait pas de m'investir de manière spontanée dans les échanges. Après cette réflexion, je me suis autorisée à relater une histoire qui m'avait questionnée. Cette séance a été salvatrice pour moi dans ce que j'ai compris à travers la conversation, mais aussi elle m'a permise de faire confiance au groupe.

Cette cinquième séance nous est apparue comme un tournant dans le déroulement, l'attention se portait progressivement vers la rencontre de deux sujets, et moins autour de considérations générales sur le « cas ». Ce constat était-il une coïncidence? Cette aventure de la parole m'a-t-elle permise d'être moins dans une position d'attente et de maîtrise, et donc d'insuffler de la liberté de parole dans notre groupe?

Philippe Robert, maître de conférence en psychologie, et animateur de groupe de parole, exprime dans un article « Groupe de parole pour formations de soignants » cette notion de maîtrise : « *Certes de façon quelque peu empirique et intuitive on peut vouloir favoriser le « déblocage » d'un groupe par un détour transitionnel, surtout lorsqu'on dispose d'un temps restreint. Mais ce que l'on peut ressentir comme un malaise est bien souvent l'expression de notre propre gêne et en particulier de notre atteinte narcissique à n'être pas un bon animateur avec un bon groupe. Lorsque cette pression interne s'estompe, on s'aperçoit souvent que les membres du groupe peuvent verbaliser plus facilement qu'on l'imaginait. Bien sûr cela est lié, à notre état interne mais aussi aux types d'interventions que nous nous permettons.* » (13)

## f. Le cheminement des membres du groupe

Les participants se connaissaient avant cette expérience, et se côtoyaient régulièrement sur les lieux de stages et en cours. Ces liens entre les membres ne permettaient donc pas l'anonymat. Parler librement de soi professionnellement, « *avoir le courage de sa propre bêtise* », comme le disait Michael Balint est probablement plus difficile, lorsqu'il y a une communauté de vie avec ses représentations.

De plus, les membres étaient des amis, qui ont accepté de soutenir mon projet. Leurs participations étaient motivées par le fait de me rendre service, ce n'était donc pas un souhait spontané de leur part de participer à un tel groupe. Cette démarche, initialement basée sur des liens d'amitié répondant au désir de l'autre, s'est centrée petit à petit sur leurs propres questions.

## g. Synthèse

Il est intéressant de noter que chaque membre, à travers ses points de vues sur l'organisation a permis de faire évoluer notre groupe qui s'est façonné petit à petit vers un groupe d'analyse des pratiques.

A travers différentes lectures, nous avons pu constater que notre évolution est assez similaire à celle d'autres groupes Balint. En effet, les premières rencontres évoquent des généralités, des « conduites à tenir », parlent du « relevé d'anamnèse », questionnent sur la possibilité de faire différemment. Ce préambule permet de quitter une position de certitude, et d'évoluer petit à petit vers un travail d'élaboration psychique. Celui-ci ne peut s'envisager qu'avec du temps, paramètre essentiel pour le groupe, mais aussi sur le plan individuel pour que chacun puisse investir cet espace de parole et s'en imprégner, dans un climat de confiance.

Au fil des rencontres, nous avons constaté une entente naissante entre les participants permettant de travailler la question qui nous intéressait, à savoir la relation d'un soignant et d'un soigné, mais aussi la relation de l'étudiant avec son maître de stage.

### 3. La parole

Ce travail a été permis en partie par le partage de parole, la mise en mots devant le groupe, et nous allons tenter d'explorer ce qu'il en est.

Ferdinand de Saussure, linguiste du dix-neuvième siècle, définit la parole par « *un acte individuel de volonté et d'intelligence, dans lequel il convient de distinguer les combinaisons par lesquelles le sujet parlant utilise le code de la langue en vue d'exprimer sa pensée personnelle et le mécanisme psycho-physique qui lui permet d'extérioriser ces combinaisons.* » (14)

« *La parole, symbolique humaine, est destinée à communiquer la pensée.* »  
« *Parler, c'est être* » (15)

#### a. L'aventure de la parole (7)

Comme l'explique Martine Ruzniewski, psychologue, cette aventure de la parole « *vaut par le plaisir et l'énergie que son parcours fait naître chez le soignant [...]. La subjectivité en jeu ici est la vie, la surprise et le désir d'une personne. Cette parole subjective, libérée et désirante, invente. Elle est l'expression de celui qui se découvre, se reconnaît comme sujet et se surprend donc en parlant. Se surprendre soi-même, être surpris par l'autre au sein du groupe : il s'agit de sortir de la parole contrôlée, formatée, pour laisser un peu de place à l'expression du désir et donc du sujet.* »

L'aventure se définit par « un évènement surprenant, inattendu, dont l'issue est incertaine, et risquée ». Cette définition met l'accent sur l'incertitude, l'incertitude de ce qui va se produire au fil des dix séances, l'incertitude pour celui qui raconte une histoire, l'incertitude vers quoi va mener la discussion. Par exemple, des internes ont évoqué des situations de rencontre avec un patient où il est apparu avec étonnement que le questionnement était plus en lien avec la relation avec le maître de stage, la relation avec le patient n'étant que le symptôme du lien entre l'enseignant et l'interne. Cette position d'incertitude laisse un espace, indispensable à l'élaboration psychique.

Il s'agit d'une expérience, d'une aventure, et non d'un apprentissage, ni d'une technique.

### b. La parole du Sujet- Une parole qui expose

Par sujet, nous entendons nous référer à l'humain, acteur et assujéti aux liens conscients et inconscients dans son histoire.

Le sujet, à travers sa parole, s'exprime, se positionne, s'identifie comme individu singulier, unique, avec son histoire, ses questionnements, sa subjectivité. La parole du sujet peut disparaître derrière une fonction, et se vide alors de l'identité de celui qui la prend. Cette parole technique permet aussi de s'identifier dans un groupe social et peut également être un refuge pour éviter une parole de sujet.

La relation soignant-soigné suppose deux sujets. Au cours de nos rencontres, le sujet-patient a été reconnu, ainsi que le sujet-médecin qui a émergé et a été écouté, lorsque chaque participant petit à petit s'est autorisé à se positionner comme membre de la relation, et à parler de cette position. Les internes se sont exprimés sur les sentiments ressentis envers certains patients, sur leurs identifications, et projections. Ces paroles exposent alors celui qui les exprime au regard des autres sur ce qu'il est. Pour illustrer ceci, lors de la huitième séance, l'interne a témoigné de ses inquiétudes quant au devenir d'une femme de 80 ans hospitalisée, qui présentait des symptômes sortant du cadre nosographique. Le jeune médecin prenait à cœur d'apporter une réponse médicale, en lien avec la pression de l'équipe soignante de faire quelque chose, mais aussi lié à son investissement. Son implication dans cette rencontre a été favorisée par l'engagement qu'elle avait pris envers le collègue qui lui a transféré la patiente ainsi que celui pris auprès de la famille de prendre soin de la patiente. Le sentiment éprouvé par elle d'être dans un attachement particulier, mais aussi dans un engagement d'« obligation de résultats » a pu faire lien avec une situation similaire de sa vie personnelle.

Laisser se dérouler la parole du soignant en laissant venir ce qui surprend de son attitude ou sentiments permet de faire émerger dans le groupe la parole du sujet.

### c. Laisser libre la parole

Dans le projet initial, l'objet du travail était de relever les effets de la rencontre entre un soignant et un patient. En fait, cet objectif supposé ne correspondait pas à ce qui s'est passé. Ce cadre devait s'adapter pour accueillir la parole de ce groupe, sans se soucier de répondre à la question première. Le danger aurait été grand de vouloir influencer la parole pour qu'elle mette au travail ce que nous avons imaginé dans le projet de thèse. Comme l'explique Philippe Robert à travers l'expérience chez un groupe d'étudiants en odontologie (13) : *« Il paraît tout à fait essentiel que le groupe de parole remplisse une fonction d'accueil de ce qui se présente. Le groupe de parole ne peut fonctionner qu'en acceptant l'imprévu et parfois une force apparente de détournement. Le risque est grand d'attendre un niveau d'élaboration optimale alors que nous sommes là pour favoriser les conditions d'une éventuelle élaboration. Celle-ci surviendra éventuellement dans un deuxième temps, lorsqu'en tout état de cause le groupe se reconnaitra autour d'une plainte commune. »*. *« Derrière des échanges qui paraissent parfois anodins, ces groupes font émerger des préoccupations jusque là passées sous silence. »*

Laisser libre la parole signifie aussi se laisser libre d'exprimer les commentaires qui viennent à l'esprit, et les affects ressentis. En effet, les participants, au fur et à mesure, se sont autorisés à partager avec le groupe les associations d'idées, les mots émergents lors de l'écoute, en disant « ça me rappelle... », « ça me fait penser... », « dans ce que tu dis, j'entends... ».

### d. La prise de parole initiale

La prise de parole était spontanée, et non thématifiée. Au début la séance, l'animatrice demandait « est ce que quelqu'un a une histoire? ».

Des internes se sont exprimés sur ce moment initial de silence où l'on peut se laisser surprendre :

« En partant à ce groupe de parole ce matin, je n'étais franchement pas prête à raconter une histoire. L'histoire avec le toxico m'a traversé l'esprit, mais je ne pensais

pas que ça pouvait occuper une séance. Et puis personne ne se lançait et je me suis surprise à parler de cette histoire. »

« Ça fait plusieurs séances que j'ai envie de parler de ce cas-là, mais jusqu'à maintenant je n'avais jamais réussi. Ce matin, je me suis posé beaucoup moins de questions, et spontanément je me suis à parler de cette histoire. »

Comme l'écrit Guy Even, médecin généraliste et animateur de groupes Balint, (16) *« au début d'une séance, ce « cas » soit on l'a en tête, soit on ne l'a pas. Parfois, il est déjà là, apparaissant comme une urgence [...]. Mais parfois, curieusement tout se brouille, rien n'apparaît ; pas de « cas ». D'autres fois, on songe à une situation ; mais l'on n'ose pas la présenter à un groupe, encore mal connu, revendiquer la parole, occuper l'espace. Hésitations, interrogations ..., quelqu'un va-t-il nous devancer, nous laisser avec le dépit d'avoir à « ranger » ce qui, finalement, n'aspire qu'à s'exprimer ? Parfois enfin le silence dure, suffisant. S'installe alors la pression d'une demande supposée, celle des autres participants, des animateurs ».*

#### e. L'investissement de celui qui parle

Une interne a évoqué l'investissement nécessaire pour elle dans ce type de rencontre. En effet, en comparaison aux cours, où la position d'apprentissage est plutôt passive et guidée, le groupe d'analyse des pratiques nécessite d'être acteur et de s'engager. Elle indique qu'elle doit se placer en tant que sujet, s'investir dans la rencontre et la discussion, et ne pas se cacher derrière un discours technique. Ce travail d'échange et d'élaboration demande du courage, et un engagement sur le plan émotionnel.

Elle explique « quand on arrive, on sait que l'on va donner de soi », « on s'engage », « on ne peut être passif », mais après « on est très content », « ça construit ».



## f. La circulation de la parole

Comme l'explique Martine Ruzniewsky (8): « *L'écoute de soi circule davantage que les paroles et leur contenu. Le groupe est contagieux en ce qu'il encourage chacun à admettre ses sentiments, à les exprimer et à les confronter à ceux des autres sans esprit de jugement ou de victoire.* »

La libre circulation de la parole relève plus d'une perception, d'un ressenti, d'un éprouvé, dans le fonctionnement du groupe, que de critères facilement identifiables. Il est intéressant de remarquer que celle-ci pouvait faire écho avec ce qui s'était produit dans la rencontre avec le patient. En effet, parfois, la discussion ne permettait pas de se décaler, de prendre du recul par rapport à ce qui avait été présenté par le narrateur. Par exemple, une interne a témoigné d'une situation où elle a rencontré une maman qui venait demander une ordonnance de ventoline® pour son fils, seulement il était impossible de rencontrer l'enfant en consultation, car le papa ne le considérait pas comme malade. Les dires rapportés du père, l'absence de l'enfant, ce qui était présenté comme impossible par la mère, a eu comme effet une impossibilité de parler de cette rencontre en groupe. Les participants n'ont pu se distancier des paroles de la mère, du père, de l'interne. Il y a eu un mimétisme entre le déroulement de la consultation et celui du groupe, avec la circulation de non-dits dans les deux situations. Non-dits en partie liés à ce que chacun ne s'autorisait pas pleinement à faire part de ses réflexions, remarques; comme l'interne narratrice, qui ne s'est pas autorisée à faire part de ses questionnements à la maman. Le travail de relecture a permis de mettre en évidence ce calquage.

Puis petit à petit, certains se sont autorisés plus de liberté dans leur parole, ce qui a été communicatif au reste du groupe. La richesse des discussions et du travail en était meilleure. Cette permission de parler librement, de cette parole qui expose, a pu s'acquérir lentement, au fil de la confiance acquise entre les participants, et a eu comme un effet de favoriser la parole, libre, de chacun.

« *La question pertinente pour juger d'une parole est : autorise-t-elle une rencontre ?* »

(8)

#### g. Une parole bienveillante

Il a été constaté que le narrateur de la rencontre était souvent en difficulté et exprimait ses états d'âme. Les participants manifestaient une grande délicatesse lors de l'écoute de la personne qui s'expose, dans une situation qui l'a mis mal. Les réflexions et questions du groupe suscitaient parfois des réactions chez le narrateur qui pouvaient être le témoignage de ce qui était entendable ou inentendable pour lui, et son cheminement était alors respecté, tout en le questionnant.

Certains ont fait part de leur crainte de dévoiler leurs insuffisances, de s'exposer au regard de l'autre. Cette appréhension était partagée par tous, mais il s'est avéré qu'elle ne s'est pas vérifiée, en effet, ceux ayant fait l'expérience d'être narrateur ont pu témoigner de l'absence de malveillance, de violence, et d'agressivité.

Michael Balint écrivait « *L'atmosphère amicale de nos séminaires de recherche a permis aux participants de surmonter leurs résistances à dévoiler leur contribution personnelle aux processus thérapeutiques.* » (6)

#### 4. La fonction groupale, soutien de l'élaboration psychique

Le groupe a un rôle important comme appui de l'élaboration psychique. André Missenard, psychanalyste, explique les processus en jeu dans le travail psychique en groupe, dans *Des médecins se forment. Essai sur le processus psychique dans les groupes* « Balint ». (17)

Les participants, ayant des motivations similaires, tel que le désir de changement, permettent de former un groupe, qui s'individualise alors du reste du corps médical. Ce groupe constitue un ensemble unifié par le souhait commun de pratiquer « une meilleure médecine ». Cependant, chacun vient avec son histoire, ses expériences professionnelles, ses connaissances, son parcours universitaire. Certaines rencontres ont favorisé des identifications permettant de se construire médecin, dans un idéal imaginé.

A partir du cas présenté, des discussions se mettent en place entre le narrateur et les membres, André Missenard précise qu'elles « *sont l'occasion de mise en œuvre de mécanismes psychiques, principalement de projections et d'introjections. Les diverses tendances, mouvements pulsionnels, défenses psychiques, idéaux, règles [...] qui fonctionnent en chacun dans son métier mais selon des modalités individualisées, sont projetées sur les uns et les autres [...]. Ainsi se mobilisent, se confondent ou se contestent à travers des personnes différentes ce qui jusqu'ici était immobilisé à l'intérieur de chacun* ».

De même, il ajoute que, pour lui, le travail psychique groupal a pour effet :

- la constitution d'une nouvelle référence identificatoire pour les membres, particulièrement nécessaire, en raison des possibles pertes d'identifications professionnelles constituées au cours des études médicales, auxquels le travail groupal peut aboutir.
- La création d'« *un corps commun de savoir et d'expérience : il est le fruit des échanges, des difficultés rencontrées, des abandons successifs [...] de toutes choses qu'il faut renouveler, remplacer, refaire, à sa façon, en groupe et personnellement, pour que chacun puisse s'identifier, se reconnaître lui-même et se faire reconnaître.* »

Il illustre un exemple de l'effet des groupes : « *On peut donner un exemple de l'aboutissement possible de ce travail commun quand l'abandon de l'idéal (implicite) de la toute puissance professionnelle fait place à la découverte par chacun de ses propres attentes thérapeutiques dans chaque cas (sa fonction « apostolique ») et à la reconnaissance autant de son savoir que de ses limites (l'acceptation de « ses bêtises »).* »

Michael Balint dans son ouvrage « *Le médecin, son malade, et la maladie* » évoque également, cette fonction groupale, comme soutien de l'élaboration psychique (6):

- « *Le groupe améliore régulièrement la compréhension de ses propres problèmes, à la fois du point de vue individuel et collectif. L'individu peut affronter la reconnaissance de ses erreurs lorsqu'il sent que le groupe les comprend, peut s'identifier avec lui dans ses erreurs et lorsqu'il s'aperçoit qu'il n'est pas le seul à les commettre* »
- « *Tant que les identifications mutuelles des membres du groupe sont assez fortes, tout membre individuel peut affronter les tensions parce qu'il se sent soutenu et accepté par*

*le groupe. Bien qu'humiliantes, il ne ressent pas ses erreurs et ses défaillances comme des singularités qui feraient de lui un participant inutile et l'excluraient du groupe ; au contraire, il sent qu'il a aidé le groupe à progresser en utilisant ses défaillances comme des tremplins. »*

René Kaës, professeur de psychologie, propose le concept « *d'appareil psychique groupal* » pour désigner le dispositif de recherche, de formation, et de transformation de la réalité psychique au sein du groupe. « *Son caractère principal est d'assurer la médiation et l'échange de différences entre la réalité psychique dans ses composantes intra-psychiques, intersubjectives et groupales et la réalité groupale dans ses aspects sociétaux et culturels. Ce concept théorique a pour fonction de rendre compte des transformations psychiques dont les groupes sont les instruments, les supports et les résultats.* » (18, 19)

Jean-Claude Rouchy, psychanalyste, décrit l'espace analytique du groupe comme délimitant « *un intérieur et un extérieur mettant en rapport l'intrapsychique et l'histoire du sujet avec l'intersubjectif et le rapport à la réalité du groupe de travail.* »

Ce dispositif à trois caractéristiques principales :

- « *L'aspect contenant des angoisses primaires,* »
- « *Lieu de métabolisation de la réalité psychique et de la réalité externe,* »
- Le soutien de « *processus identificatoires offrant de nouvelles possibilités de structuration du sujet.* »

Cet espace « *n'est pas seulement étayé ainsi sur le passé, mais sur le présent de l'ici-et-maintenant avec une ouverture sur des perspectives futures (...)* C'est à la base une *thérapie du lien où l'intersubjectif soutient la subjectivation, l'introjection et l'expérience d'identifications nouvelles.* » (20)

Le groupe, soutien de l'individualité de chaque membre, permet l'émergence de nouvelles projections et identifications de chacun, après la modification des identifications acquises pendant nos études.

## **IV- Quelles élaborations psychiques autour de la parole?**

Guite Guérin, psychanalyste et animatrice de groupes Balint, décline l'élaboration psychique sous deux angles (21) :

- « Elle est ce qui permet qu'advienne une représentation, une métaphore, une idée, un symbole inconnu, absents jusque là. Elle suppose un travail, une réflexion qui va de l'impensé au représenté par des mots. Elle suppose de passer outre l'autocensure, la censure la plus coriace. L'élaboration construit une pensée. »

- « Elle investit la pensée d'émotions, d'affects, de sentiments. Elle quitte l'anesthésie. Elle adhère à la pensée, elle l'incarne. Elle joint pensée et affect. L'élaboration psychique construit une pensée investie. »

L'élaboration psychique permet donc de bâtir et d'approcher une vérité psychique, définie par Freud comme « une fiction investie d'affect ».

Lors de la dernière séance, nous avons proposé aux participants de s'exprimer autour de cette expérience, ce qu'ils y ont découvert, ce que cela leur a permis. Ces paragraphes sont inspirés des paroles des internes, qui ont nommé ce groupe comme un lieu où il était possible d'« évacuer, d'écouter, d'entendre, de parler ».

Pour ma part, les différentes rencontres, les entretiens avec Céline Baron et Chantal Masson, m'ont permis de soutenir l'élaboration de ce travail, de le tisser petit à petit, de nommer des ressentis, de mieux apprivoiser ma place de sujet-médecin. De plus, je porte une attention particulière aux mots et au sens de ceux-ci, aux liens entre eux, suite au travail d'analyse des séances.

### **1. Recul-mise à distance**

Les internes ont répété à plusieurs reprises que les rencontres leur avaient permis de réfléchir sur une situation qui pose question, de mettre de la distance dans les cas difficiles, dans les rencontres qui interrogent (« Quand on est pris dans une histoire,

discuter avec les autres permet de s'en détacher », « J'ai compris qu'il était parfois nécessaire de prendre le temps de parler, pour mieux comprendre ce qui s'est passé »)

En quoi ce travail permet-il de prendre du recul? Lors de l'exposé d'un cas, le groupe écoute, interroge, cherche. A travers ces questionnements, les images, les représentations, la vision du narrateur sur le patient sont modifiées. Les paroles du patient, son comportement, ses symptômes sont éclairés par les remarques du groupe, en permettant une mise à distance, en élargissant la vision du patient de celui qui raconte. Cette prise de recul permet de se distancier de ses croyances, ou certitudes initiales, et a comme effet un changement de regard sur le patient.

Une interne nous explique ses difficultés dans l'accompagnement d'une patiente, pour qui les médecins du service avaient décidé d'une prise en charge palliative. Cette interne cherchait par tous les moyens à adapter les apports hydro-électrolytiques avec un questionnement sur la mise en place d'une voie veineuse centrale. Toutes ses démarches reposaient sur son impression que la patiente souhaitait ces soins, sans que cette dernière se soit réellement exprimée sur sa volonté. Le groupe a alors interrogé l'interne sur le véritable souhait de la patiente au vu de ce qu'elle en disait, et a favorisé une prise de recul du jeune médecin par rapport au lien très investi avec la patiente.

La parole libre, spontanée sans réflexion préalable, peut avoir comme fonction la construction d'une pensée, en passant outre l'autocensure. Ainsi, dans le groupe, des associations ont pu se faire, des ambiguïtés et ambivalences être entendues. Ce travail d'élaboration psychique permet de passer de ce qui était impensé, à des représentations par des mots, « des actes de paroles non mentalisés »(20). C'est par la parole que l'élaboration se fait.

Cette même interne souligne que « la verbalisation permet de prendre conscience de certains mouvements, réactions ». Lors de la narration de la rencontre avec cette patiente en soins palliatifs, un participant fait part de son étonnement de l'absence de famille, l'interne lui répond spontanément « c'est nous sa famille ». Cette réponse si franche était-elle consciente avant le questionnement du participant, ne met-elle pas des mots sur quelque chose qui était impensé ? Ainsi, comment peut-on arrêter des soins actifs avec une telle implication émotionnelle dans la relation ?

Lors du récit d'une rencontre, au cours des échanges, des liens entre l'histoire racontée et une situation personnelle similaire de la vie du rapporteur peuvent être entendus. Une participante a expliqué: « c'est en discutant que je fais le lien entre mon histoire et cette consultation ». A plusieurs reprises, des participants ont identifié que les protagonistes de l'histoire racontée, n'étaient pas sans leur rappeler ceux de leur vie personnelle ; de ce fait, entendre en partie leur implication et réactions dans cette histoire. Par exemple, cette interne nous parlant de sa peur d'être seule en consultation avec ce patient toxicomane, lui rappelait une expérience similaire. Cette prise de conscience a un rôle important en offrant une nouvelle lecture de la situation, en comprenant l'implication et l'investissement émotionnel du narrateur, en lien avec son histoire personnelle. Cependant, après, nous nous arrêtons, en effet, nous quittons alors le domaine professionnel. Effectivement, l'objet du travail n'était pas d'évoquer le « transfert privé », comme l'a expliqué Michael Balint.

S'interroger permet de repérer ce qu'est le transfert et contre-transfert par la mise à distance permise par le groupe. Ce dernier a un rôle important pour identifier ces mécanismes, en effet, bien souvent l'introspection n'est pas suffisante pour les mettre à jour.

Le transfert est la mise en acte des mouvements de l'inconscient dans la relation thérapeutique, dans le lien soignant-soigné. La parole n'est pas seule en jeu, ni même seulement le langage. *« Dans le transfert, un patient ne se remémore pas nécessairement des pages de son passé, il les revit inconsciemment dans le présent du lien. »* (22)

La notion de contre-transfert *« désigne les mouvements inconscients du médecin en réaction à ceux de son patient et en relation avec son propre vécu. »* (23)

Les concepts de transfert et contre-transfert sont le fruit de longues années de réflexions dont Freud a été le moteur. Ce dernier en conceptualise trois approches: le transfert de sentiments, le transfert d'images, et le transfert d'identifications.(24)

*« Le transfert existe partout dans le monde, dans toutes relations, puisque pris dans son sens élargi, et Freud ne s'en prive pas, il témoigne du fait que le sujet ne saurait rencontrer quelqu'un, et lui parler, sans projeter une part, aussi infime soit-elle, d'imaginaire qui lui soit personnelle et inconsciemment déterminée. »* (25) .

Le transfert opère lors de la rencontre entre le désir d'un professionnel de s'offrir à un patient qui suppose un savoir au médecin. Une aliénation du patient envers le

professionnel peut survenir, le rôle du soignant est alors d'éviter l'enkystement de cette aliénation, en en faisant une lecture, ainsi qu'en interrogeant son désir de professionnel(25). Lacan énonce en effet : « *Des qu'il y a un sujet supposé savoir, il y a transfert* »(22).

Le groupe d'analyse des pratiques permet aussi de repérer la place occupée et investie par le soignant ou le patient.

Un maître de stage et une interne ont reçu une patiente en entretien pour des symptômes d'angoisse. Le médecin s'était beaucoup mobilisé pour chercher dans tous ses tiroirs un traitement anxiolytique, dans le but de s'assurer qu'elle le prenne devant eux. Par la suite, l'interne a rencontré cette même patiente pour une demande d'arrêt de travail suite à des troubles digestifs l'ayant empêché de se rendre au travail la veille. L'interne a alors insisté pour lui prescrire un traitement et a été agressive quand la patiente l'a refusé catégoriquement. Le groupe a constaté la similitude des comportements du maître de stage et de l'interne. Cette dernière a alors remarqué la répétition des comportements, probablement liée à des mécanismes identificatoires de l'interne envers son maître de stage. Il a été évoqué que cet acte était « contre nature » de l'interne, et qu'elle était prise dans un comportement influencé par le lieu et la consultation précédente, « c'était dicté par la manière de faire dans le cabinet ».

En effet, cette mise à distance peut mettre en évidence des mécanismes d'identifications (26, 27). L'identification, « *processus psychique inconscient, n'est pas imitation, mais assimilation d'un aspect, d'une propriété, d'un attribut de l'autre. Tout ou partie, « du moi à un moi étranger* » (Freud 1923), fait que le premier est comme l'autre ». « *L'identification, c'est ce qu'on voudrait être.* » (Freud)

En 1921, Freud décrit dans *Psychologie collective et analyse du moi*, chapitre VII, trois types d'identifications: l'identification primaire (forme originaire d'attachement), l'identification par substitution du sujet à un aspect (un trait de l'objet libidinalement investi), l'identification hystérique, identification du sujet à l'autre à partir d'un élément commun aux deux.

On distingue avec Lacan les identifications imaginaires constitutives du moi, et les identifications symboliques fondatrice du sujet.

Ces concepts ont beaucoup évolué dans l'histoire de la psychanalyse.



Il a été souligné que parfois, le jeune médecin pouvait se projeter à travers le patient. La projection, autre mécanisme de défense, est un processus psychique (29) « *par lequel le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs qu'il méconnaît ou refuse en lui* ». Le discernement de ce mécanisme est intéressant pour éclairer un comportement, une réponse, du soignant. Souvenons-nous de la rencontre entre cet interne et cette jeune patiente, étudiante infirmière. Elle consultait pour des métrorragies, dans le cadre d'une grossesse non désirée. L'interne craignait qu'une prochaine grossesse soit difficile après une interruption volontaire de grossesse. Pourquoi avait-il cette crainte, qu'en a-t-il transmis à la patiente ? N'a-t-il pas projeté ses propres peurs sur la patiente ? Voulait-il la protéger ? Il a également manifesté de l'incompréhension au comportement de l'ami de la patiente, lui-même étudiant infirmier, qui n'était pas présent pour soutenir sa petite amie. De même, l'interne a projeté ses propres conceptions sur le petit ami. Ces prises de conscience permettent au soignant de ne pas transposer ses craintes pour que chacun reprenne sa place, dans le but de relancer la dynamique de soin.

Le travail en groupe d'analyse des pratique type Balint permet une prise de recul, un éclairage différent de la relation, et facilite donc le repérage des projections et identifications, ainsi que l'implication personnelle. Soutenir ces questionnements peut être un effet de ce type de groupe. Il permet aussi de retrouver des traces du transfert et contre transfert.

## 2. Des mots qui prennent sens, des mots qui font lien

Dans cet espace, les mots, les paroles font lien entre les participants. Après l'énoncé d'une histoire, les échanges entre les membres forment de nouveaux liens. Nommer ses ressentis, chercher à employer le mot juste pour désigner une chose, une perception, permet de clarifier la pensée, de la matérialiser par le langage. La parole est un vecteur permettant l'expression d'une partie des pensées du sujet qu'il partage avec les autres, mais également de se faire entendre.

Lors des discussions puis de l'analyse, une attention particulière a été portée aux mots utilisés, à leurs sens initiaux, mais aussi à leurs sens cachés. Au cours d'une séance, une interne explique sa difficulté à demander un règlement lorsqu'un patient vient pour une plainte hors du champ médical. Elle nous parle alors d'une femme qui consulte pour des crises d'angoisse, dues aux difficultés avec sa fille. Elle cherchait à trouver une solution aux ennuis de la maman, mais peut-elle régler ces problèmes? L'impossibilité pour celle-ci de régler le problème de cette femme ne l'empêche-t'elle pas de se faire régler la consultation ? Le terme « régler » vient mettre en tension la position du soignant.

De plus, certains choix de mots, d'explications déterminent une parole qui rend impossible une rencontre. Lors de la deuxième séance, une interne a refusé d'anti-dater un arrêt de travail, en justifiant son acte par une « histoire de chasse » qui ne concerne pas le patient, dont la réalité est peu probable. L'utilisation de cet argument évite de se positionner dans une parole engagée avec le patient. En outre, nous avons constaté un écho possible entre les mots. L'interne en refusant de modifier la date de l'arrêt de travail, explique que c'est illégal. La réponse du patient fait alors écho à ses paroles en parlant de faute : il accuse l'interne de ne pas l'avoir reçu la veille alors qu'il avait appelé, il lui explique donc qu'il considère que c'est sa faute et qu'elle doit la réparer. Le champ sémantique de la loi commun aux deux discours situe chacun dans ses représentations, et évite la rencontre des deux personnes. De plus, le rôle du médecin est-il de représenter la loi ?

Les mots en prenant un sens différent que celui supposé, permettent de former, et de découvrir des liens, qui ouvrent vers une nouvelle lecture de la rencontre. Pour illustrer ce constat, évoquons la consultation de la jeune femme qui souhaitait un arrêt de travail daté de la veille, mais qui refusait toute thérapeutique médicamenteuse. Ceci mettait en difficulté l'interne. Elle a alors brusquement demandé à la patiente « alors vous préférez rester avec vos douleurs ? ». A quelle douleur faisait-elle allusion? Initialement, elle a expliqué qu'elle parlait de douleurs physiques. Cependant, elle a remarqué que les douleurs pouvaient aussi s'apparenter à des souffrances psychiques, d'autant que cette femme était déjà venue consulter pour de l'anxiété.

En décrivant l'entretien avec un patient toxicomane en demande de traitements de substitution, l'interne utilise le champ sémantique de la religion : elle parle de « pêcher », « confesser », elle compare la vie des toxicomanes comme une « descente aux enfers ». Quelle signification, symbolisation ces mots ont pour elle?

Au fur et à mesure des rencontres, les internes portaient une attention grandissante aux représentations du narrateur derrière l'utilisation d'un mot. Quelle signification ce terme avait-il pour lui ? En effet, il a été souligné que les mots énoncés pouvaient être entendus différemment du sens auquel le narrateur se référait. Le groupe questionnait alors : « Quand tu dis ça, qu'est ce que ça représente pour toi ? », « Qu'est ce que tu veux dire derrière ces mots ? ». Cette constatation d'une possible ambiguïté entre les mêmes mots, prononcés ou entendus, a une importance majeure. Effectivement, lors de la rencontre avec un patient, une attention aux représentations des mots de chacun est intéressante pour s'entendre, et éviter de transposer ses propres significations sur les propos du patient.

Cette attention aux mots, et à leurs sens et associations a été également d'une grande importance pour la retranscription des séances, afin qu'elle soit le plus juste possible, mais aussi pour en dégager des éléments d'analyse.

Jacques Lacan, psychanalyste, a élaboré une théorie du signe, à partir de celle de Ferdinand de Saussure, linguiste. Dans son œuvre principale, *Cours de linguistique générale*, ce dernier pose les bases de la linguistique contemporaine, en opposant langue et parole, diachronie et synchronie, signifiant et signifié. Il définit le « signe linguistique », unité de base de la langue, comme un système qui relie « concept » (signifié), et une « image acoustique » (signifiant). (29)

Lacan revisite la conception saussurienne du « signe linguistique », son enjeu est de penser le désir dans sa dimension inconsciente. Il place en position dominante le signifiant sur le signifié. En effet, un signifiant se déchiffre par rapport à son renvoi à d'autres signifiants, et non par son signifié : il nomme la béance entre le signifiant et le concept qu'il est censé signifier. Pour lui, les signifiants ne sont pas uniquement les images acoustiques ou les traces sur le papier, c'est tout ce qui est susceptible d'entrer dans un système clos et de s'y comporter différemment : « objet, relation, actes symptomatiques ». Toute représentation peut prendre le statut de signifiant ; c'est ainsi

que les objets du désir sont en réalité tramés par des représentations d'une « chaîne signifiante ». Cette définition « Le signifiant, c'est ce qui représente le sujet pour un autre signifiant » a été élaborée par Lacan entre 1955 et 1960. (24, 30)

Cette méthode a permis aux internes de découvrir un mode d'expression groupale. Ils se sont aperçus des significations des mots, de ce qu'ils peuvent transmettre et de leurs effets. En particulier, une interne a expliqué qu'au travers de ce qu'elle a découvert, elle a compris qu'elle pourrait dans son avenir professionnel s'autoriser à parler avec une équipe devant une difficulté commune, permettant de prendre du recul sur une situation. De plus, c'est en pratiquant que les internes constatent que ces groupes ont des effets dans la relation : « on voit que ça marche d'en parler, on progresse dans la situation ».

### 3. S'entendre pour entendre l'autre

Catherine Draperi, philosophe, explique dans le Manuel pour les études médicales (15) : « *L'apprentissage de la sémiologie (lecture des signes) et de l'élaboration du diagnostic passe par un travail d'objectivation : on se forme à déceler, dans le récit du patient, les informations objectives tandis que l'expérience subjective est laissée de côté. Ce travail d'objectivation, nécessaire pour identifier des symptômes qui se prêteront à une classification et pour analyser les dysfonctionnements physiques par rapport à la norme, risque, si l'on n'y prend pas garde, de faire oublier la personne et sa singularité au profit de sa maladie.* » .

En effet, nous sommes formés pour repérer dans le discours du patient les éléments objectifs nécessaires pour proposer un diagnostic médical. Cependant, entendre la subjectivité de l'autre n'est pas une préoccupation majeure des internes, concentrés dans la démarche diagnostic. Le cadre médical, la technicité ne risquent-ils de rendre inaudible la demande d'un patient ? Cette attention et écoute de la subjectivité n'est pas chose aisée, et nécessite une attention aiguisée à son égard et à celle du patient.

Lors de nos premières rencontres, la discussion était comparable à du « bavardage », comme l'appelle Martine Ruzniewski. En effet, chacun partageait son expérience autour d'un thème commun, sans que la parole soit centrée sur l'histoire racontée: « Nous sommes peu habitués à écouter l'autre, sans se projeter à travers son discours, nous avons fait ce que nous connaissions par les séances de groupes cliniques ». Puis, le groupe manifestait progressivement une attention plus précise aux histoires de rencontres entre patients et internes, les digressions étaient de moins en moins présentes.

Cette évolution a été favorisée par les questionnements de l'animatrice sur la possibilité de faire différemment, sur les réflexions pouvant expliquer le comportement de certains patients.

Par exemple, une interne a rencontré une femme enceinte, de la communauté des gens du voyage qui demandait un traitement pour une mycose vaginale. Malgré l'affirmation de la patiente d'un suivi de sa grossesse, l'interne était persuadée que ce n'était pas le cas. Celle-ci était mal à l'aise devant son impression de l'absence de suivi, et a donc expliqué à la patiente les démarches et examens à prévoir pour une grossesse. En groupe, nous avons réfléchi à de possibles explications quant à son refus de suivi telles que des raisons culturelles, sociales (...), et non uniquement médicales. Cette discussion a favorisé la réflexion de l'interne en élargissant sa lecture de leur rencontre, et mis l'accent sur la possibilité d'en discuter avec la patiente. Ces questionnements permettaient de quitter une position de certitude, et d'introduire les notions de croyances, d'histoire du patient dans la rencontre, et le soin.

Parfois aussi, nous avons remarqué que l'écoute du patient et de l'interne lui-même était parasitée par un désir de maîtrise de l'interne. En effet, le souhait de maîtriser le symptôme et la consultation (en particulier si l'interne ne sait quoi proposer), ne permet pas d'être disponible pour entendre l'autre, car concentré sur l'élaboration d'une proposition. Une interne a reçu une maman et son garçon en consultation, pour une anorexie de ce dernier. Malgré une suspicion de maltraitance, sans réponse, l'interne se dit satisfaite de la consultation. A quoi était liée sa satisfaction ? A sa capacité d'apporter une proposition thérapeutique ?

Durant une autre rencontre, le groupe a souligné l'adaptation en général, nécessaire du patient au fonctionnement des équipes médicales et paramédicales, dans le système

hospitalier. Cette position de maîtrise peut éviter parfois de rentrer en relation avec un patient. Il a d'ailleurs été remarqué l'effort nécessaire pour que les soignants s'adaptent, tant soit peu, au patient. Mais, cette position différente permet de faire évoluer la relation et faire émerger une nouvelle écoute. A travers cette remarque, une interne a énoncé prendre conscience de ce qu'on impose parfois dans le soin.

Le temps est un paramètre indispensable pour que l'élaboration psychique puisse se composer au rythme de celui qui a parlé. Une interne a expliqué la lecture différente de la situation que lui a permise la discussion en groupe. Cette dernière a permis d'enrichir son point de vue, de le décaler. Néanmoins, c'est dans l'après-coup, toute seule, qu'elle a compris l'attachement qu'elle ressentait pour sa patiente et la culpabilité qu'elle éprouvait dans cette situation. Cette élaboration lui a permis de s'autoriser à discuter avec le reste de l'équipe ayant accompagné la patiente, elle leur a fait part de la difficulté qu'elle a ressentie à s'occuper de cette vieille dame. La réflexion continue après la séance.

Nous avons remarqué que bien souvent les internes expliquaient avoir « eu l'impression de », « d'avoir ressenti que », sans que des mots aient été verbalisés devant le patient. Michael Balint a écrit: « *Nous avons découvert que si des sentiments ou des émotions quels qu'ils soient se trouvent suscités chez le médecin pendant le traitement d'un malade, ils doivent également être évalués comme un symptôme important de la maladie du patient ; mais en aucun cas ils ne doivent s'exprimer par l'action* ». L'animatrice a insisté sur l'importance d'entendre ces perceptions, et leur rôle dans la relation avec le patient. Ces perceptions ont un sens, et il est possible de prendre appui sur elles comme un symptôme. (31, 32)

Les groupes d'analyse des pratiques type Balint, espace où il est possible de parler, d'écouter, d'être le témoin de l'histoire d'un autre participant, peuvent être rapprochés d'une consultation avec un patient. Comme l'explique une interne: le médecin «est là pour que le patient verbalise devant lui, qu'il puisse prendre conscience des choses, sans lui apporter une solution toute prête ». Elle a ajouté que « s'exprimer devant quelqu'un permet de comprendre le problème », mais aussi « de prendre du recul et de trouver des solutions ». Les dires de l'interne en se référant à une consultation avec un patient font particulièrement écho à ce qui se travaille dans ce type de groupe. En effet, pour le

soignant, déposer par la parole une rencontre avec un patient, permet de mettre des mots sur ce qui était parfois impensé, devant les témoins du groupe, amenant à une lecture différente par les questionnements du groupe. L'éprouvé par les membres soignants de ce type de fonctionnement et de ce qu'il permet, peut induire une approche différente de la consultation avec un patient, en soutenant l'élaboration du patient.

Cette attention à l'écoute de l'autre dans le groupe, peut induire une acuité particulière à l'écoute du patient dans la rencontre: « On arrive à se sortir de situation compliquée, pas par l'action, mais par l'écoute du patient qui va amener ses clés », en laissant « la chance au patient de s'exprimer ». Comme le disait Michael Balint : « dans le doute, ne vous hâtez pas mais écoutez » (6). Écouter, entendre le patient d'une manière différente permet de mieux cerner ses processus psychiques d'adaptation, d'acceptation, ses réactions, mais aussi le sens dans l'histoire de sa plainte, et de ses symptômes.

« Nous sommes allés chercher en chacun, dans nos expériences, des ébauches de réponse ». Cette découverte a soutenu le travail d'élaboration psychique, les ressources étaient internes au groupe, chacun apportait une pierre à l'édifice, nous n'étions pas dans une position d'enseignement où une personne transmet un savoir. Les internes ont expliqué : « Nous avons appris des choses, mais pas comme habituellement, pas dans les bouquins ». Cette découverte de la contribution de la parole de chacun comme fondement de ce travail, favorise l'écoute mutuelle pour s'entendre. Le partage d'histoire, l'écoute d'un récit permet aux autres membres un travail en effet, « les histoires des autres nous apprennent autant que les nôtres ». Certains ont exprimé que le groupe leur a permis d'être attentifs à écouter l'autre.

Les participants du groupe d'analyse des pratiques de type Balint ont témoigné après les neuf séances, d'une écoute différente: « on entend des choses dans ce que dit le patient, qu'on n'aurait pas entendu il y a un an ». Cette écoute spécifique permet d'entendre les réactions subjectives, émotionnelles du patient, ce qui crée un espace de confiance, et de respect mutuel, nommé par Michael Balint, « la compagnie d'investissement mutuelle ». (33)

#### 4. Réflexions sur la personnalité professionnelle

La personnalité n'est pas une donnée biologique, héréditairement acquise. Elle est une construction, fruit d'une interaction constante entre l'individu et son environnement, elle résulte d'une succession d'identifications qui laissent, dans la psyché, « des objets ». Cette constitution est en devenir permanent et susceptible de bouleversements et de désorganisations sous l'effet de traumatismes provenant de l'intérieur du sujet-même ou du monde extérieur. (23)

##### a. Concepts psychanalytiques du travail en groupe et personnalité professionnelle

Hélène Oppenheim Gluckman, psychanalyste, témoigne « *Il apparaît clairement que l'évolution des médecins se fait par des identifications multiples suscitées par le groupe. Il leur donne la possibilité d'entrevoir une multiplicité d'agir et de positions, de devenir plus souple, par rapports à leurs idéaux et leur position de maîtrise et d'être plus conscients de leurs limites et plus capables de les accepter. Le groupe permet donc au médecin d'acquérir plus de souplesse intérieure en élargissant le champ des représentations du cas présenté, et par la même, l'éventail de ses propres représentations.* » (34)

André Missenard a écrit en 1982 un article « *des médecins se forment, essai sur le processus psychique dans les groupes « Balint »* », où il évoque les modifications de la personnalité professionnelle liées au travail en groupe « Balint ». (17)

René Gelly et André Missenard désignent par personnalité professionnelle du médecin « *une part de la psyché qui se développe à partir de fantasme(s) organisateur(s) et qui comprend diverses instances : celles-ci sont entre elles comme les trois registres de l'Idéal, du Surmoi, et du Moi.* » Ces concepts psychanalytiques renvoient aux processus d'identifications dont ils sont la marque.

L'idéal du moi est une instance psychique qui choisit parmi les valeurs morales et éthiques requises par le Surmoi, celles qui constituent un idéal auquel le sujet aspire.



*« Les modifications du registre de l'Idéal professionnel, apportées possiblement par la formation, consistent en une diminution relative de l'importance du Moi idéal dans sa dimension de toute-puissance mégalomane. »*

Le Surmoi est l'instance de notre personnalité psychique dont le rôle est de juger le moi. *« Les modifications du Surmoi sont le corrélat d'un assouplissement d'exigences intérieures et de la diminution de la culpabilité. »*

Le Moi est le siège de la conscience mais aussi le lieu de manifestations inconscientes. *« Les changements du Moi résultent, s'ils opèrent d'une diminution de l'angoisse de culpabilité, et de l'angoisse devant les pulsions, obtenue par les identifications aux autres, par un partage avec eux des expériences professionnelles(...). L'acceptation de ses « propres bêtises » est un autre aspect de renforcement du Moi professionnel, lorsque le sujet peut fonctionner autrement que par rapport aux idéaux de toute puissance, et de travail scientifique « pur » avec lesquels, plus ou moins implicitement, il s'est formé. »* *« Participe également aux modifications du Moi un regard devenu possible sur soi-même au travail dans les particularités, les tendances, les traits caractériels de chacun ; un regard qui autorise un certain recul. »*

Les cas cliniques présentés sont en lien avec la personnalité professionnelle. Le travail du groupe Balint permet de mobiliser la part professionnelle de la personnalité. *« En psychanalyse, le transféré est ce qui dans la cure se répète semblablement pour le patient et l'analyste, et le travail consistera précisément à élucider ce qui se répète en l'autre, grâce à une élucidation préalable ou concomitante pour soi ».* En médecine aussi, dans la relation avec le patient, *« on repère dans l'autre ce qu'on perçoit de soi en lui »* rappelant dans ce cas le narcissisme, on peut aussi repérer des « zones aveugles », liées à l'inconscient. C'est cela qui motive le participant à raconter un cas, car *« les fantasmes sous-jacents, bien que voilés, attirent le regard, fascinent l'attention ».* *« Les aspects de la personnalité du médecin qui sont ici engagés, s'articulent à des traits de caractère narcissiquement-investis : ils ont peu de raison de changer, mais leur connaissance peut éclairer celui qui les découvre en action dans ses cas cliniques ».*

De plus, il existe un questionnement autour des identifications acquises au cours des études médicales mais aussi des conséquences de celles-ci sur l'attitude du médecin dans sa pratique. Deux mécanismes psychiques accompagnent ces premières

identifications des étudiants en médecine: premièrement, l'idéalisation du médecin qui s'appuie sur le sentiment de toute puissance associé depuis les origines du narcissisme au pouvoir du médecin sur le corps ; secondairement, le clivage qui « *permet à chacun de s'assurer que le malade c'est l'autre, lequel devient alors un objet d'étude* ». Ce mécanisme peut engendrer la répression des réactions émotionnelles et affectives du praticien pouvant limiter ses capacités de fonctionnement psychique.

*« Le changement s'accomplit à travers la perte des identifications antérieures et à travers des mouvements dépressifs rendus possible par la double référence au leader et au groupe ; en parallèle se développent des identifications nouvelles aux autres, dans des mouvements de projections et d'introjections qui assurent une mobilisation des différentes parts de la personnalité professionnelle de chacun. ».*

La personnalité professionnelle se constitue à partir des mécanismes inconscients cités ci-dessus décrit par Gelly et Missenard. Dans le registre de l'Idéal, le médecin, en fonction de sa personnalité professionnelle, élabore alors une idée du comportement qu'il devrait adopter, et par conséquent imagine également une conduite que le patient devrait préférer.

#### b. La fonction apostolique

Ordonner un traitement en faisant une ordonnance symbolise ce que Michael Balint appelait « la fonction apostolique », terme emprunt au domaine religieux (qui est propre aux apôtres).

Le temps est indispensable pour permettre à chaque participant d'identifier que son comportement est animé par « *une idée vague mais presque inébranlable du comportement que doit adopter un patient lorsqu'il est malade.* », idée appelée par Balint la « *fonction apostolique* » : « *ces phénomènes qui (...) sont essentiellement les expressions de la conduite personnelle de médecin avec ses patients, autrement dit des expressions de sa personnalité* » (6).

Ainsi les convictions du médecin se traduisent par la conception qu'il se fait du comportement que le patient devrait adopter. Ses convictions ne sont pas uniquement scientifiques, universitaires, mais aussi liées à toute sa personne, à ses croyances, son histoire, ses préjugés, ses représentations, et son idéologie.

La reconnaissance de « l'écart entre son comportement réel et ses intentions et croyances » permet « cette modification limitée bien que considérable de la personnalité du médecin ». « Limitée », car cette modification n'intéresse que la personnalité professionnelle. « Considérable », car cette modification met en lumière ses propres réactions face au patient.

Pour permettre cette prise de conscience, « *il faut une atmosphère émotionnelle libre et amicale pour qu'on puisse accepter de reconnaître qu'un comportement diffère souvent radicalement de celui qu'on voulait avoir et de ce qu'on a toujours cru fermement qu'il était.* » (6)

Quelques phrases des internes témoignent de cette notion. Une interne explique que bien souvent, elle ne laissait pas le choix aux patients, elle appliquait ce qu'elle imaginait bon pour eux. Avoir conscience de ce processus a sensibilisé l'interne à être dans une démarche plus explicative.

Une autre interne explique avoir été agacée par une patiente qui n'acceptait pas les prescriptions médicamenteuses qu'elle lui « ordonnait », « le refus d'ordonnance discréditait complètement son symptôme ». « C'est elle qui dirigeait, on inversait les rôles ». Cet autre exemple illustre bien cette croyance de l'interne quant au comportement que le patient doit adopter, mais aussi la toute puissance imaginée du prescripteur.

### c. Réflexions du groupe

Le groupe d'analyse des pratiques type Balint permet de repérer « *certaines processus psychiques dans l'activité de soin (place de la répétition, des processus défensifs, de la dynamique relationnelle, des émotions) afin de prendre de la distance par rapport à ses propres émotions* ». (35)

Certains participants expliquent que cela leur a permis de « comprendre leur manière de réagir, de se comporter, de ressentir, en partageant leurs questionnements sur leurs ressentis et leurs difficultés ». De plus, ces groupes permettent également un « apprentissage sur soi, avec une meilleure compréhension de son fonctionnement », ce qui entraîne une modification de leurs comportements, décrit comme « une amélioration ». Cette expérience a donc permis aux différents membres de se découvrir, d'introduire la notion de subjectivité, d'entendre les réactions émotionnelles, et de percevoir le rôle des processus inconscients de chacun dans le soin et dans la relation avec le patient. Rappelons-nous de la rencontre d'une interne avec un patient souhaitant un arrêt de travail daté de la veille. Celle-ci a refusé catégoriquement de modifier la date en se justifiant par une anecdote. Cette attitude initiale est liée aux croyances de l'interne, à ses représentations avec sa crainte de « se faire avoir ». En effet, les questionnements du groupe lui ont permis de réfléchir à la place du patient, aux potentielles conséquences pour lui, mais aussi à sa position avec sa crainte de se faire manipuler.

A la question, est-ce un apprentissage ? Une interne répond, c'est « un apprentissage sur soi, pour mieux comprendre comment je fonctionne ».

Gilles Ferry, professeur en sciences de l'éducation a décrit plusieurs modèles d'apprentissages, dont celui mis en jeu dans ce type de groupe qu'il nommait *centré sur l'analyse où la théorie fonde la "régulation" de la pratique* (36). Dans ce modèle centré sur l'analyse, les professionnels tentent d'élaborer eux-mêmes les instruments de leur pratique et les moyens de leur formation. Le souci de l'animateur n'est pas alors de faire acquérir des connaissances et des savoir-faire, ni de structurer un dispositif pour induire une démarche déterminée, hormis la mise à distance de l'expérience que suppose l'analyse. Ce concept s'intéresse aux perceptions et aux représentations des médecins en formation, porte leur attention à saisir le sens et la dynamique des situations et à apprécier les effets de leurs interventions et de leurs attitudes.

« Lorsqu'on entend une histoire : des images, des idées se forment, propres à chaque participant, qu'il communique ou non au groupe. Des émotions surgissent, des pensées, une manière personnelle- toujours un peu la même pour chacun- de réagir au cas. Là affleure ce que la psychanalyse nous a appris à reconnaître comme une « répétition ». Cette répétition n'est pas à considérer ici comme du négatif, mais comme l'expression

d'une position subjective, un révélateur quant à la personnalité professionnelle des participants. ». Ce processus inconscient est difficile à illustrer par un exemple, en effet, de par le faible nombre de rencontres, il est difficile d'identifier des répétitions dans le comportement ou les réactions d'un même participant. Cependant, cette notion a une grande valeur indicative dans la personnalité professionnelle. (37)

Cet espace de parole permet à chacun, si l' « *atmosphère libre et amicale* » est suffisamment rassurante, de « parler de ses doutes », d'évoquer « ce qu'on a mal fait », ses difficultés, ses ressentis. Cette possibilité permet de quitter une croyance comme quoi il y aurait une bonne ou une mauvaise attitude, une et seulement une « conduite à tenir ». « On a appris à être plus à l'aise avec l'incertitude, un espace où il n'y aurait rien à faire, mais qui permet des choses (entendre des mots qu'on n'aurait pas entendu, accepter ses défauts...) » « Chacun peut revendiquer son individualité, avec une manière différente de faire, on est dans un apprentissage différent qui expose au regard des autres ». De par cette revendication à l'individualité, après avoir compris l'influence de la subjectivité du médecin, chacun peut s'affirmer en tant que tel, prendre confiance en lui dans sa position professionnelle, en ayant conscience de ce qui peut s'y jouer.

Les participants ont expliqué être rassurés de constater que les autres étaient aussi confrontés à des situations posant question, les mettant en difficulté. Ce constat est sécurisant pour les internes, d'une part, ils pouvaient s'exposer devant le groupe, sans risquer de se marginaliser de celui-ci, et d'autre part, ce point commun permet de consolider le fonctionnement du groupe. Se confronter aux autres membres du groupe permet de se rendre compte qu'il est possible de penser différemment (« partage d'expérience », « discuter avec les autres m'a permis de comprendre »). Ce constat est le prémice du travail de constitution de la personnalité professionnelle par le jeu des identifications et contre identifications au sein du groupe. (38)

Plusieurs témoignages, questions ont été redondants, comme la conception du soin, l'acte du paiement d'une consultation et ses représentations pour les internes, et la relation au maître de stage. Dans les paragraphes suivants, nous évoquerons les discussions, et les réflexions suite à celles-ci.

## Le soin

Des questionnements autour du concept du soin ont régulièrement émergé dans les échanges. Qu'est-ce que le soin ? Qu'est-ce être soignant ? Que représente le soin ? Comment prendre soin ? Ces discussions ont favorisé les considérations des internes sur ce concept, ce qu'il représente et ce qu'il mobilise pour eux. Nous allons détailler dans les paragraphes suivants quelques situations ayant conduit à ces réflexions.

Auparavant, il semble opportun d'apporter quelques précisions sur le terme de « soin ». L'étymologie du mot « soin » renvoie à l'idée de « procurer, fournir quelque chose à quelqu'un », mais aussi de « veiller à ce que » ou « s'occuper de » (39). En anglais, « soigner » peut se traduire sous deux verbes : « to cure », signifiant les moyens à visée thérapeutique, pouvant correspondre à « traiter » en français, et « to care » exprimant la recherche de la satisfaction du bien-être de la personne sur les plans physique, psychologique, sociale et spirituel, pouvant se traduire par « prendre soin ».

Une interne a retracé une rencontre qu'elle a faite avec un jeune patient africain dans une situation sociale très précaire. Après lui avoir apporté des soins somatiques, elle explique avoir été touchée par l'histoire de cet homme, il a mobilisé chez elle une attention, une écoute, elle a été attentive aux problèmes sociaux de cet homme, et lui a proposé un abri pour la nuit. Elle a pris soin de lui, en prenant en compte son histoire, ses craintes. Elle a expliqué avoir été sensible à ce qu'il s'est passé dans cette rencontre. Le groupe, à travers les échanges, a réfléchi aux soins apportés à ce patient, il a constaté que les soins en plus d'être curatif (to cure), était également dans le registre du prendre soin (to care). Ces réflexions ont permis d'élargir le concept du soin dans la vision des participants.

Une interne a fait part de son étonnement : pourquoi, bien souvent, l'équipe soignante désigne uniquement l'équipe paramédicale comprenant les infirmières, les aides soignantes ? Quel rôle ont alors les autres acteurs de soin ? Ne sont-ils pas dans une démarche de soin ?

A qui s'adresse le soin ? Souvenons-nous de cette femme venue demander de la ventoline® pour son fils, dont le mari refusait que l'enfant soit vu en consultation. Dans cette situation, à qui s'adresse le soin ? A cet enfant qui nécessite un traitement, mais qui n'était pas au centre des préoccupations ? A cette femme venant témoigner aux médecins d'une situation familiale étonnante ? Comment être soignant si la personne concernée n'est pas présente ? Discuter avec elle de l'importance de voir l'enfant n'était-il pas du soin ? Du soin pour qui ? Le soin était-il de lui remettre une ordonnance pour que le fils ait un traitement ?

De même, dans une autre situation : la patiente consultait pour des manifestations anxieuses en lien avec le comportement de sa fille. L'interne se mobilisait pour trouver des solutions pour la fille, seulement, qui était à l'initiative de la demande de soin ? Qui avait besoin de soin : la mère, la fille ?

Nous avons retenu de ces histoires qu'il était important d'être attentif à celui ou ceux qui nécessitent les soins, de le ou les positionner au centre des préoccupations. Se poser la question à qui est destiné le soin permet parfois de clarifier certaines situations. Une interne a expliqué la pression de l'équipe pour une patiente présentant des troubles du comportement, avec des craintes paranoïaques : elle avait peur qu'on l'empoisonne, et ne prenait donc aucun traitement. Un traitement par neuroleptique a été injecté dans le yaourt sans l'ouvrir pour ne pas qu'elle s'en rende compte. Mettre le traitement à son insu est-il du soin ? Dans l'intérêt de qui celui-ci était-il proposé ? Pour les soignants qui demandaient une solution ? Pour les médecins qui se sentaient actifs en proposant quelque-chose ? Pour la famille qui était inquiète ? Pour la patiente ?

Un projet de soin se définit entre celui qui le demande, et celui ayant une fonction de soin. Le soin peut-il exister si le soignant ne désire avoir de projet de soin avec le patient ? Le soin exige-t-il une confiance mutuelle ?

Les soins adaptés, adaptés à quoi ? A ce que voulait la patiente ? Adaptés à la situation médicale ? Des soins actifs, des soins palliatifs ?

Une interne a expliqué qu'elle assimilerait son refus de majoration du traitement à un refus de soins. Être soignant veut-il dire accéder à toutes les demandes de ce

patient ? Un participant a demandé alors s'il ne pourrait pas y avoir une autre forme de soin pour ce patient.

Toutes ces questions sont restées sans réponse précise, mais elles ont permis de complexifier, et donc d'enrichir la pratique, et d'ouvrir une réflexion à ce qui rentre en compte dans une relation de soin.

### La notion du paiement à l'acte en médecine ambulatoire

Nous avons eu l'occasion d'aborder la question du paiement de l'acte. Demander une rémunération est un fait nouveau, en effet, lors des stages hospitaliers, la notion d'argent n'intervient pas dans la relation entre un soignant et un soigné. En médecine ambulatoire, la rémunération valorise l'acte réalisé et apporte une reconnaissance du travail accompli. Payer une consultation implique un engagement de la part du patient en témoignant au médecin de la confiance accordée, et pour le médecin, non une obligation de résultat, mais de moyens. Un échange se fait donc entre un patient présentant une plainte, qui vient faire une demande au médecin, supposé détenir un savoir. De plus, la rémunération de l'acte permet de ne pas mettre en dette le patient envers le médecin dans cet échange, évitant ainsi l'accentuation d'une relation de soin asymétrique. Au cours d'une discussion, le groupe s'est dit à l'aise pour être rémunéré lors de la prescription d'un antibiotique, cependant lorsque nous abordons le soutien psychologique d'un patient, sans prescription en fin de consultation, les avis sont plus divergents, et certains décrivent une difficulté à demander au patient la somme due. Comment peut s'expliquer cette difficulté?

Premièrement, la prescription d'un antibiotique se réfère à des recommandations, à des protocoles, la démarche de soins est enseignée, la recherche de données objectives tels que des symptômes, des signes cliniques, entre dans une démarche scientifique, et permet donc une réponse biomédicale, selon ce qui est recommandé. Cette attitude est celle à laquelle les étudiants en médecine, les internes sont formés au cours de leurs études universitaires. Cependant, il n'y a pas de conduites à tenir systématiques, rassurantes, quant aux plaintes en dehors du champ biomédical. Parfois, il est proposé de la « réassurance », ou alors d'envisager une consultation chez un psychologue ou un



psychiatre. Il est probablement difficile d'être rassurant quand soi-même on est mal à l'aise par l'absence de protocole, ou de réponses préconçues. Un espace se crée « où il n'y aurait rien à faire, mais qui permet des choses ». Un espace où la rencontre entre deux sujets est possible, par l'absence de technicité, et de maîtrise.

Deuxièmement, ce type de situation met en jeu la capacité d'écoute du médecin, de ce qui se dit, se dit à demi-mots ou ne se dit pas, mais aussi sa capacité d'attention au sens de la demande et du symptôme du patient. Ces soins engagent alors le médecin en tant que sujet. La confiance dans sa capacité d'aide est alors questionnée, une aide où l'on ne connaît pas le résultat, où l'on ne pourra pas le mesurer. Se faire régler la consultation alors qu'on ne connaît pas la portée de son écoute, devant l'incertitude des moyens, et donc des résultats, devient alors difficile. Soutenir cette capacité d'écoute, « cet espace où il n'y aurait rien à faire », par la parole dans ce type de groupe permet peut-être de donner confiance aux internes sur ce qu'ils sont en tant que sujet dans la relation, et en évitant de se cacher derrière un cadre protocolisé.

Finalement, le patient est aussi engagé dans sa demande auprès de ce médecin. Son choix de professionnel n'est pas lié au hasard, le patient lui porte une confiance, lui suppose une compétence, lui prête une bienveillance, un respect. Ces éléments transférentiels du patient au médecin participent à la mise en place d'une relation d'aide, de soins. (40)

### L'expérience de la relation au maître de stage

Les internes, donc étudiants, sont accompagnés dans leur formation par des enseignants, des personnes détenant un savoir qu'ils transmettent. Lors des stages ambulatoires en médecine générale, les enseignants sont nommés maîtres de stage.

La majeure partie des participants lors du groupe étaient en stage ambulatoire de médecine générale. Celui-ci se déroule habituellement en trois parties : une première où l'interne observe le médecin généraliste, puis il réalise les consultations en sa présence. La dernière phase est celle de l'autonomisation, l'interne est alors seul en consultation,

et le médecin est joignable si besoin est, une supervision est réalisée pour discuter des consultations.

La question de la relation avec les maîtres de stage a été redondante lors de nos différents entretiens. Les internes ont témoigné de leurs interrogations sur leur place d'étudiant, et sur l'influence de la relation maître de stage-interne dans leur rencontre avec le patient.

Ce constat a également été décrit par Philippe Robert, lors d'une expérience de même type pour des étudiants en odontologie de l'université de Paris-Descartes « *nous avons constaté que les étudiants s'interrogeaient surtout sur leurs relations avec les enseignants ou maître de stage.* »

Cette relation soulevait de nombreuses interrogations: Quelle place pour l'interne, tierce personne dans la relation entre le médecin référent et son patient ? Quelle autonomie est possible ? Comment garder une individualité quand on est dans son cabinet, avec ses patients, sous sa responsabilité ? Comment créer une relation de confiance avec un patient, alors qu'il sait que nous sommes « sous la responsabilité du maître de stage » ? Comment faire si le maître de stage n'adhère pas à ce que l'on propose ? Certains actes posés par l'interne sont-ils uniquement motivés dans l'intérêt du patient ? Ces actes parfois, n'ont-ils pas le sens de se positionner par rapport au maître de stage ?

De plus, quelques internes ont témoigné que dans certains cabinets, les médecins demandent implicitement de faire comme eux, avec la sentence de dire « ce n'est pas bien » si cette attitude n'est pas respectée. Comment peut-on faire à la place d'eux, comme eux ? Quelle place est alors laissée à la construction subjective d'un professionnel ?

Toutes ces interrogations, ces questionnements émergent des situations cliniques, vécues par les internes. Nous allons en décliner quelques unes pour illustrer nos propos.

Le maître de stage peut influencer par son comportement ou ses paroles le déroulement d'une consultation que l'interne réalise. Au cours de notre première séance, un interne nous explique un entretien avec deux jeunes adolescents. Auparavant, le maître de stage

lui avait demandé de ne jamais rester seul avec une jeune femme en consultation afin qu'il ait un témoin si un procès était intenté. L'interne a accueilli le frère et la sœur dans le même temps de consultation. Si le maître de stage n'avait pas fait cette remarque, aurait-il eu la même attitude et aurait-il reçu le frère et la sœur en même temps ? Les termes « parasiter » et « imposer » utilisés par l'interne confirment l'influence des paroles du maître de stage sur la relation entre l'interne et la patiente, même en son absence. Quelle part de sa subjectivité l'enseignant transmet-il à l'interne comme une vérité ? Le maître de stage ne risque-t-il pas de faire croire comme enseignement ses expériences de vie, ses croyances ? L'interne ne doit-il pas se faire sa propre idée sur les pratiques qu'il souhaite adopter ? Le groupe a longuement discuté du prédicat exprimé par le médecin et de ses conséquences. Ensuite, après réflexion et discussions avec ses autres maîtres de stage, l'interne écrit « finalement, cette judiciarisation m'agace réellement, et une chose est sûre, c'est que je ne vais pas m'imposer de voir les adolescentes accompagnées sauf pour les examens gynécologiques ». Celui-ci, à travers son récit illustre l'assujettissement initial à ce que le maître de stage lui a « imposé », qui induit un « parasitage » de la consultation. Il a donc cherché ensuite des avis auprès de ses autres enseignants, il a eu l'impression qu'ils voulaient le « protéger en tant que novice ». Le cheminement élaboré par l'interne lui permet de prendre conscience de ce prédicat et de ses influences, de réfléchir à ce qui s'est déroulé pendant la consultation, et d'élaborer ses propres pratiques. Cette discussion a probablement contribué à la constitution de sa propre identité professionnelle.

Lors d'une séance suivante, une interne a fait le récit de la consultation d'un patient qui venait pour le renouvellement d'un traitement de substitution à l'héroïne. Elle l'avait déjà rencontré plusieurs fois pour le même motif de consultation. A plusieurs reprises, lors de la supervision, le maître de stage l'a questionnée sur le souhait du patient d'augmenter la posologie. Il avait été décidé avec l'équipe d'addictologie de maintenir cette dose, et de ne pas céder à une telle demande. Lors de cette nouvelle rencontre, le patient a sollicité l'interne pour majorer la dose, en lui expliquant que de toute façon, il en prenait déjà plus que prescrit. Elle décidât alors d'augmenter la posologie sans en référer au praticien.

Lors de la rencontre en groupe d'analyse des pratiques, il a été mis en lumière une mésentente préalable à cette consultation entre le médecin et l'interne. Elle savait qu'en acceptant l'augmentation, elle allait à l'encontre de la position du praticien. Quand le

groupe la questionne sur la possibilité d'appeler le maître de stage, elle répond qu'elle n'y a pas pensé, puis elle s'explique : en effet, si elle avait pris son avis, elle n'aurait eu d'autre choix que de faire ce que préconisait le médecin, « la question était est ce que je garde mon opinion ou pas ? ». Elle explique même qu'elle aurait été probablement plus réticente à augmenter le traitement, si ce n'avait pas été ce patient dont le maître de stage lui avait parlé plusieurs fois. Cette majoration de traitement était-il uniquement dans l'intérêt du patient ? Cet acte lui permettait-il de se démarquer du médecin, et de lui indiquer son désaccord ?

Dans cette rencontre, le patient ne paraît pas être au centre des préoccupations. Sur cette scène de consultation, se joue un probable règlement de compte de l'interne envers son maître de stage.

Un maître de stage dira à une interne « Tu t'es faite avoir » concernant la prescription d'un traitement de substitution pour quinze jours pour mettre possiblement de la distance avec ce patient qui l'angoissait. En quoi s'est-elle fait avoir ? Se fait-on avoir par les patients ? La question n'est-elle pas d'interroger les motifs ayant motivé l'interne, plutôt que de porter un jugement de valeur qui fige ?

Au cours d'une rencontre suivante du groupe, une interne explique sa difficulté avec la patientèle d'un des médecins généralistes, elle a le sentiment de manquer de crédibilité auprès des patients. Quand elle raconte l'histoire en groupe, elle se décrit comme une « petite jeune, avec ses grands principes », et pense qu'elle n'a pas de crédit auprès d'une patiente en lien avec cette position de « petite jeune ». Elle l'explique par le côté paternaliste du médecin, qui l'installe dans une position d'élève, et d'apprentissage, « dans mon comportement, je reste dans cette position d'interne qui fonctionne sous l'aile du praticien », « dans son cabinet, il est de bon ton que je fasse comme lui ». De plus, l'utilisation du terme paternaliste par l'interne pour désigner le comportement du maître de stage, n'est-il pas sans lui rappeler l'image paternelle ? Effectivement, l'interne est dans une situation d'apprentissage, cependant, en recevant des patients seuls, il semble important que les patients puissent avoir confiance dans ses propositions thérapeutiques, et qu'elle soit identifiée comme médecin, et non comme étudiant.

La discussion du groupe a permis de réfléchir à ce que dans le discours du maître de stage est enseignement, et est soutien de la subjectivité. Le risque de ne pas différencier les deux est de croire sur parole, sans réflexion, le discours du praticien. La prise de conscience de cette triangulaire influençant la rencontre singulière entre l'interne et le patient, permet de mieux cerner ces influences. Cette rencontre à « trois » complexifie la rencontre de deux sujets. De plus, habituellement, le patient choisit le praticien, selon la confiance, le respect, la sympathie... qu'il lui prête. Le plus souvent, le maître de stage fait le lien entre l'interne et ses patients, les informe de la présence de celui-ci, leurs témoigne de la confiance accordée au jeune médecin. Lorsque ces explications préalables n'ont pu être dites, le patient n'a pas le choix du médecin, et lui est imposé par la présence de l'interne. Cette absence de libre-arbitre du choix du patient et parfois la surprise de celui-ci, peuvent expliquer également les situations où la confiance fait défaut. D'autant que l'interne est étudiant, même si il est en voie d'autonomisation.

A travers les témoignages des internes, nous pouvons percevoir que les échanges du groupe leurs ont permis de noter l'écart entre un savoir enseigné et le particulier qui n'est pas objectivable.

La relation interne- maître de stage est une relation de demande mutuelle. L'élève peut attendre une connaissance, une reconnaissance, un apprentissage, alors que le maître de stage peut espérer revalorisation, échanges, maîtrise. *« C'est l'écart entre les deux protagonistes qui est facteur de dynamisme et moteur de l'attente. Chacun est censé œuvrer pour son plus grand profit et celui de l'autre mais où les facteurs affectifs interviennent en force, perturbant la relation et pouvant la conduire dans l'impasse ou dans le sens contraire que celui attendu. En effet, l'attente affective peut être telle de part et d'autre qu'elle transforme les rapports d'échange en rapport de force. »* (41)

Cette relation d'attente et de demande peut d'ailleurs être comparée à celle de soigné-soignant. En effet, le patient en offrant une demande explicite au soignant, pouvant masquer une demande implicite, est en attente du professionnel, cette attente peut être cachée, bien loin de celle proposée ; comme le soignant, en attente de la satisfaction de son désir de professionnel auprès de « son » patient.

## 5. Émergence du sujet-patient, du sujet-médecin

Lors de la formation, l'apprentissage se fonde sur des données objectives, ce qui permet de devenir médecin des maladies. Les étudiants peuvent alors imaginer que la relation qui se crée entre un patient et un médecin est d'ordre technique, un malade-objet. Cette conception sous-estime l'implication de chacun des protagonistes, chaque relation est singulière par l'individualité de chacun, de part ses croyances, son histoire, ses émotions, son inconscient. G. Canguilhem, affirme « *on peut se demander si la relation médecin à malade a jamais réussi à être une relation simple d'ordre instrumental* » (42). La reconnaissance du malade-sujet ainsi que du médecin-sujet a émergé, au fil des rencontres.

Nous ne ferons pas ici un développement de l'histoire du sujet depuis les philosophes grecs, par Descartes et la conscience, Freud et l'inconscient, jusqu'à Lacan.

L'utilisation du terme « sujet » dans ces textes se réfère à l'humain acteur et assujetti aux liens conscients et inconscients dans son histoire, au particulier qui le constitue dans son réseau imaginaire, symbolique, identificatoire, de manière consciente et inconsciente.

Au cours des premières séances, une interne nous livre une rencontre qu'elles, son maître de stage et elle-même, ont fait avec une femme. Lors de la discussion, elle parlait de « nous », elle ne s'est pas positionnée en tant que sujet. Ce « nous » conférerait-il une valeur plus importante à leur discours ? De plus, celui-ci ne lui évitait-il pas de s'exposer comme sujet dans cette relation ? Le groupe n'ayant pas perçu cette « protection » n'a donc pu lui renvoyer.

Lors de la troisième séance, une interne évoque comme « un don du ciel » la présence d'une aide soignante parlant arabe pour l'aider à rentrer en contact avec un patient. Son désir de sujet-soignant de rentrer en contact avec le patient ne peut-il être « le don du ciel » ? Qu'est ce qui l'a touchée ? Elle a exprimé que le « don du ciel » venait des autres ? Sa subjectivité n'a-t-elle pas un rôle dans ce « don du ciel » ?

Au cours de la quatrième rencontre, une interne énonce une histoire : elle a rencontré une patiente à plusieurs reprises, elle venait pour des symptômes pouvant s'apparenter à de l'angoisse, associés à des insomnies. Elle explique qu'elle est en conflit avec sa fille. L'interne ne lui a pas prescrit de traitement particulier, et a essayé de trouver des solutions pour régler le problème. Cette dernière témoignait de sa difficulté à demander un paiement de la consultation, elle avait l'impression de n'avoir rien fait. La patiente est revenue en consultation à trois reprises, ce qui a touché l'interne, en effet malgré ses doutes, la patiente a témoigné de la satisfaction des entretiens en revenant. En se disant touchée, elle parle du sujet qu'elle est : qu'est ce que cette patiente a mobilisé dans son désir ?

Lors du cinquième groupe, l'interne a expliqué son désarroi quant-au planning vide et a évoqué « je ne plais pas aux gens, ma manière de faire ne leurs plait pas ». Ce sentiment a influencé la consultation avec une patiente, en mettant implicitement celle-ci dans un rôle de réassurance de l'interne. Cette dernière a décrit alors son impression de ne plus être dans un rôle professionnel en cherchant une reconnaissance. Repérer que les représentations personnelles peuvent influencer la fonction professionnelle n'est-il pas salutaire, afin d'éviter d'instaurer une dépendance dans la relation ?

Des phrases exprimées par des internes témoignent également de leur place subjective: « je ne suis pas contente de cette consultation, je suis passée à coté, ce sentiment d'insécurité m'a envahi », « je n'ai donc pas eu le choix », « j'ai réagi en fonction de moi, il n'y a pas de réponse universelle ».

Au cours de l'entretien entre une interne et une maman accompagnant son fils en consultation pour une anorexie, cette dernière explique, exaspérée, qu'elle a forcé son enfant à manger un œuf. L'interne a eu l'impression que la maman, culpabilisée par cet acte, venait se « confesser » devant témoin. Grâce à ce ressenti, l'interne a porté beaucoup d'attention à écouter la maman, à entendre ses paroles, sans émettre de jugement.

Dans la situation où l'interne se questionnait sur le souhait de la patiente d'avoir recours à une interruption volontaire de grossesse, en ayant l'impression « qu'elle soit dépossédée de la décision », la subjectivité de deux protagonistes était en jeu. L'interne

a émis l'hypothèse d'un possible acte manqué quant au rejet de la pilule (par un vomissement), et sur le réel désir de cette femme de devenir mère et, ou d'avoir un bébé. Quant à la patiente, que fait résonner pour elle l'évocation du désir de sa propre mère qu'elle interrompe la grossesse, dans cette situation où elle-même pourrait devenir mère ?

Une autre participante a expliqué comment elle a essayé de classer dans un cadre nosographique les symptômes d'une patiente. Il lui a été demandé si ces signes ne pouvaient pas avoir un autre sens pour la patiente, exprimer par des maux, ce qu'elle ne pouvait dire par des mots. Le groupe peut avoir comme fonction aussi le questionnement de l'interne afin de décaler le regard du jeune médecin sur la position de patient en tant que sujet, et pas que objet-maladie, et donc possiblement éclairer des zones d'ombre où la médecine n'a pas de réponse systématique.

D'une part, en enrichissant progressivement les discussions par la singularité de la rencontre entre un interne et un patient, en questionnant cette relation, nous avons perçu une attention au particulier. Les réflexions autour de cette singulière rencontre, enrichissent une vision protocolisée de la médecine, et permettent donc des soins centrés sur le patient. Ainsi, la vision d'une relation d'objet est enrichie par la subjectivité de chacun des sujets, médecin et patient. D'autre part, ce qui s'est passé de particulier a fait émerger la notion « d'autre scène » pour le médecin, ainsi nommé par Freud comme l'inconscient. Certains membres ont découvert, constaté, éprouvé, le rôle de celui-ci dans leurs vies relationnelles, en évoquant des sentiments, des perceptions. L'irruption de ces sensations, parfois dans la consultation, peut surprendre mais peut permettre d'interroger la place occupée par le soignant. L'animatrice a soutenu les impressions ressenties, les émotions éprouvées, énoncées par le groupe lors de la rencontre avec le patient, en soulignant l'importance de les entendre, comme un signe de la relation entre le sujet-médecin, et le sujet-patient. Une attention différente se porte alors sur ce qui se dit et s'échange.

Guy Even souligne les processus de prise en compte de la subjectivité : « *En parlant de son malade, le soignant se trouve engagé dans une réflexion sur ce qui le détermine à être et à réagir de telle ou telle façon dans la rencontre. Parallèlement, il est sous l'influence de son vécu dans le groupe. Que ce soit dans ses réactions émotionnelles,*



*dans les questions posées ou à travers les cas présentés, chacun est ainsi conduit à se retourner sur ce qu'il fait, dit et pense... c'est-à-dire finalement sur ce qu'il est. Là réside le lien entre les deux effets de la formation : connaissance différente du patient et modification du praticien. Ce lien dépend d'une rencontre plus ou moins consciente mais effective que va faire le soignant : celle de l'assujettissement commun des malades comme des médecins aux affects et émotions, à cette histoire en partie inconsciente qu'ils portent en eux. » (43)*

Les internes ont expliqué qu'une telle pratique permet « d'apprendre la dimension humaine de notre métier », « ça rend humain ». « Faire avec soi et ses défauts ». Quel était le sens de ces mots exprimés par les internes ? Nommaient-ils la part de subjectivité en parlant de faire « avec soi », et « avec ses défauts », et ainsi ne pas être « surhumain » ?

## V) Discussion

Cette expérience, aussi modeste soit-elle, a souligné les questionnements des internes autour de la rencontre avec un patient. En se distanciant des références, des conduites à tenir, elle a permis d'ouvrir une nouvelle dimension à la pratique soignante. Les participants ont éprouvé un apprentissage par eux-mêmes, sur eux-mêmes, avec le soutien de la fonction groupale. Le groupe ouvre de nouvelles identifications, mais permet aussi d'y soutenir l'individualité du sujet. Reconnaître ses émotions, ses sentiments comme un signe, un symptôme à entendre de la relation avec un patient est une attention nouvelle, générée par les échanges. Cette place d'énonciation subjective fait émerger alors ce qui peut se jouer dans l'implication du médecin, mais aussi d'identifier le patient en tant que sujet, et non objet-maladie. Elle permet de reconnaître « *la dimension inconsciente et émotionnelle de la rencontre* » (44). Comme les internes l'ont évoqué, « ça apporte une dimension humaine à notre métier ». Soutenir l'imprévu de la rencontre peut-être un effet de cette formation, en permettant de se décaler d'une position de savoir, de toute-puissance et de maîtrise, et d'accueillir ainsi ce qui vient de l'autre.

Cette formation-recherche permet de développer l'analyse et la réflexion sur sa pratique, et de lui donner du sens. A travers cette expérience, les internes auront été sensibilisés à ce qu'est un groupe d'analyse des pratiques, et ce qu'il met au travail. Après, à chacun de se saisir de cette méthode en fonction de ses désirs. Ce n'est que le début d'un long chemin à parcourir.

Cette expérience a permis de dégager des effets de formation pour les futurs médecins généralistes. Cependant, à travers les différentes lectures pour ce travail, nous avons constaté que de nombreuses questions restent en suspens quant à une mise en place à l'université (45).

Dans plusieurs facultés françaises, des formations sont proposées afin de travailler, de questionner « la relation médecin-malade », nommées: « prises en charge psychiatriques et psychothérapeutiques en médecine générale », « communication en médecine générale », « savoir-être : formation à la relation et à la communication »,

« apprentissage de l'exercice médical », « Pratique de la médecine générale » (46). Ces séminaires ont pour but l'acquisition de compétences que doit posséder tout médecin généraliste, en proposant des exposés didactiques, avec l'apport d'éléments conceptuels, associés à des supports de cas cliniques, et des groupes Balint. L'énoncé des effets attendus d'une telle formation, en listant les objectifs d'enseignement répond à un besoin pédagogique de transmission d'un message. Ils ont l'intérêt d'introduire des éléments constitutifs de la relation avec un patient, du rôle médical... Cependant, n'est-il pas contradictoire de proposer une position de maîtrise et d'attente, au risque de ne pas laisser de place à l'imprévisible d'une rencontre ? L'objectif premier est-il l'acquisition d'une compétence, d'un savoir permettant d'agir dans les situations rencontrées ? L'analyse de la pratique me semble plus être un moyen afin de s'interroger, de favoriser une réflexion permettant d'élaborer, d'inventer, position bien différente de l'apprentissage d'un savoir-faire. Il s'agit probablement d'une des difficultés pour introduire l'analyse des pratiques dans les facultés, entre cette position duelle des objectifs pédagogiques, et de la place laissée à l'autre.

Cette dernière est probablement possible dans un type de formation, où comme l'explique Ginette Raimbault, l'enseignement a comme fonction que « *les médecins apprennent d'eux-mêmes sur eux-mêmes, à travers leurs périples et les péripéties cliniques, grâce aux questionnements et aux discussions* ». Que cet enseignement fasse « *passer d'une question à une autre, en permettant l'approche progressive d'une vérité personnelle* ». Et non d'empêcher les questions qui viennent surgir, ni un enseignement correspondant à une transmission d'un maître à son élève(47).

Certains animateurs de groupe en France, notent la difficulté pour les internes de quitter les banalités, et de sortir des bavardages. En effet, nous avons constaté un long temps nécessaire aux membres pour s'exposer, pour se distancier de leurs habitudes de formation, pour comprendre que les ressources sont internes au groupe et à chaque individu. De plus, nous pouvons souligner que même en l'absence de l'évocation de l'implication du soignant, cet espace de parole permet d'ouvrir sur l'individualité de chacun, et de reconnaître sa place dans le « rouleau-compresseur » des conduites à tenir.

Une question reste en suspens en France, et les avis sont divergents : Une telle formation doit-elle être obligatoire ? Le risque de la proposer sur le volontariat est de ne toucher que les étudiants déjà sensibilisés à ces questions. Mais, la rendre obligatoire

n'est-elle pas un frein à l'élaboration psychique, en limitant l'investissement des participants de part une position attentiste ? Pour Chantal Masson, « *l'inconvénient majeur de cette participation obligée est apparu pour les participants qui acceptèrent de se risquer à parler. Ils ont pu éprouver une violence insupportable, face à la réaction de leurs collègues, violence qui a pu faire fermeture ; de telle sorte qu'il est maintenant clair pour moi que même de loin, le Balint ne peut être lié à un quelconque caractère obligatoire* » (48). Alors que pour Louis Velluet, médecin généraliste-enseignant et psychanalyste « *cette formation doit être obligatoire. [...] Le volontariat, qui a d'ailleurs été évoqué par Balint lui-même en ce qui concerne la constitution des groupes de médecins en activité dans le milieu de vie des patients, n'est pas de mise à l'Université. Certains formatages familiaux ou sociaux, certains conditionnements inconscients, risquent ainsi d'être solidifiés du fait du choix initial de ne pas se confronter à tout un pan de la réalité humaine. Un Sur-Moi médical organiciste viendra alors recouvrir et durcir précocement les Sur-Moi d'origine construits sur une vision mécaniste des phénomènes vitaux.* » (49)

S'il semble opportun de rendre obligatoire une telle formation, il pourrait être judicieux de l'instituer au début des études médicales. En effet, introduire cette attention à la subjectivité en fin de cursus est difficile car apparaît alors comme une rupture par rapport à un enseignement antérieur visant l'objectivité. De plus, il a été remarqué l'importance des processus de défenses chez les étudiants en troisième cycle. Débuter cette formation suffisamment tôt, tant que les identifications en germes n'ont pas eu le temps de s'ancrer, serait sans doute plus pertinent.

Dans notre groupe, les internes étaient volontaires. Cependant, ils l'étaient pour participer à un projet dont je leur avais parlé, sans réellement en comprendre le sens. En effet, ils ne connaissaient pas les groupes « Balint », mais leur volonté de s'inscrire dans ces rencontres témoignait de leur investissement. Certains ont manifesté leur gêne quand il s'agissait d'attester de leur présence en émargeant. Cette procédure témoignait en effet du caractère obligatoire pour valider les journées de prise en compte de la souffrance psychique.

La place de l'animateur est essentielle, avec une expérience personnelle de la psychanalyse, et donc une connaissance des processus mis à l'œuvre dans le jeu de la relation, afin de repérer des mouvements tels que le transfert et le contre-transfert. Dans

un cursus universitaire, qui pourrait occuper cette place d'animateur? Un enseignant ? Un intervenant extérieur ? Formé à la psychanalyse ?

La place choisie de l'animateur dans notre groupe n'était pas sans question. En effet, animateur et enseignant de médecine générale portait à confusion aussi bien dans l'esprit des participants et de l'animatrice, expliquant en parti le déroulement initial du groupe. Nous avions des doutes sur ce choix, au risque que l'animatrice soit identifiée comme enseignante, et donc mise dans une position de savoir. L'expérience nous a montré la possibilité de cette double fonction, si l'animateur lui-même distingue les deux rôles.

Des notions théoriques préalables sont-elles indispensables pour les participants avant cette formation- recherche ? Indispensables, probablement non. En effet, ils n'avaient aucune connaissance théorique, ils se sont appuyés sur leurs ressentis, leurs perceptions, ce qui faisait malaise, ou posait question. Des processus ont pu être identifiés dans la rencontre, sans pouvoir cependant les lier à des notions conceptuelles. Des repères préalables auraient donc permis d'appréhender ces processus. Néanmoins, quel est le but de ce type de groupe? D'accumuler des savoirs ou d'apporter de nouveaux repères ?

Est-ce le souhait des facultés d'intégrer ces formations-recherches au cours de la formation des étudiants ? Cette attention à l'individualité, à la subjectivité est-elle de la responsabilité de l'université ou de chacun ?

## **Conclusion**

En Initiant ce projet, Céline Baron et moi-même souhaitions qu'il puisse apporter des réponses à des situations questionnantes que nous avions supposées, mais je crois que nous n'imaginions pas notre « changement limité mais considérable » après cette expérience.

Suite aux nombreuses discussions que nous avons eues pour la mise en place de ce projet, le groupe d'analyse des pratiques de type Balint a pris forme et s'est intégré dans le cursus des internes de médecine générale.

S'apparentant plus à un groupe de pairs initialement, celui-ci s'est dévoilé capable de fonctionner comme un groupe d'analyse des pratiques, inspiré de la méthode de Michael Balint. Son évolution a été soutenue par la fonction de l'entité groupale.

Par une parole qui s'est instituée, au fil du temps, libre, confiante, bienveillante, les échanges ont pu s'intéresser au particulier, au singulier, permettant d'enrichir une vision d'une médecine protocolisée. Le recul favorisé par les questionnements et réflexions du groupe autorise un autre regard sur le patient, sur sa demande, mais aussi sur le soignant, et sur leur rencontre. Le jeu des mots, les sens qu'ils prennent, les liens qu'ils tissent apportent également une lecture différente des situations. Entendre la subjectivité dans la relation entre le patient et le soignant émerge alors, en se distanciant d'une position uniquement de savoir et de maîtrise. Cette place peut laisser possible l'imprévu d'une rencontre, qui peut être surprenante, étonnante, questionnante, où quelque chose est à entendre. Ce travail d'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.

Pour ma part, cette expérience a été d'un grand enrichissement. Cette aventure a été un chemin truffé de surprises par les questionnements et réflexions que ce travail a suscité pendant les trois années nécessaires à son élaboration. En complément de l'éprouvé de ce groupe, l'écriture m'a permis de continuer le travail d'élaboration en cherchant à nommer les effets. Les rencontres avec Céline Baron et Chantal Masson m'ont accompagnée dans ce cheminement; mais, au-delà, je crois dans le cheminement de mes réflexions sur ma fonction soignante. Les différentes lectures, dont celles sur les théories psychanalytiques, ont étayé mes réflexions, et m'ont permis de toucher du doigt un monde qui m'était inconnu. Cette thèse, finalisant mes études, a une grande valeur

dans l'élaboration de mon métier de médecin, dans mes réflexions sur ma fonction soignante. Je retire de cette expérience un dynamisme créatif, créatif de liens, de sens, et d'écoute, qui pourra, je l'espère, nourrir mon exercice quotidien.

## Épilogue

A la fin des dix séances définies initialement, Céline Baron a proposé aux membres de continuer le travail, en dehors de la thèse, au regard de la connivence du groupe au fil des rencontres. Effectivement, certains participants ont manifesté leurs souhaits de poursuivre. Une date avait été fixée selon les disponibilités des participants motivés pour continuer. Lorsque l'échéance s'est approchée, les personnes se sont désistées petit à petit, conduisant à annuler la rencontre. Après avoir laissé un temps de réflexion à chacun autour de l'engagement nécessaire pour constituer un groupe, nous avons décidé de ne pas proposer de nouvelle date. En effet, les membres ont exprimé leurs difficultés pour trouver une date, se libérer d'obligations... Ces obstacles d'ordre organisationnels étaient-ils l'unique raison pour ne pas perdurer cette expérience ?

Un an après, une séance de groupe d'analyse des pratiques était animée par Chantal Masson, durant laquelle elle a constaté que les quelques membres ayant participé au groupe un an auparavant, ont manifesté une réflexion centrée sur le sujet, une écoute de celui-ci, qu'il soit patient ou médecin.

Lors de discussions avec des participants plusieurs mois après, certains ont exprimés leur désir de réitérer l'expérience, et réfléchissent sur la possibilité de constituer un groupe en dehors du cadre universitaire. Le temps est probablement indispensable pour que chacun élabore, s'investisse et appréhende ce que permet ce type de groupe. Nous ne savons pas si cette volonté de s'inscrire de nouveau dans cette démarche aboutira, seulement, elle aura fait découvrir à certains un versant parfois ignoré de notre métier.



## Bibliographie

- (1) « Michael Balint, Le renouveau de l'école de Budapest » Michelle Moreau Ricaud, Collection Actes, 2000
- (2) « Lire Michael balint, Un clinicien pragmatique », Hélène Oppenheim Gluckman, , Edition Campagne première, 2006
- (3) « L'approche de la relation médecin-malade par la formation Balint », F. Auger, et Marie-Anne Puel, la revue du praticien, 2003
- (4) « Peut-on évaluer des formations à la relation médecin-malade ? Quels en sont les apports thérapeutiques ? » Eloise Maincent, Thèse, 2006
- (5) « Formation a la relation médecin-malade en troisième cycle des études de médecine générale : évaluation d'une formation Balint », Sonia Bourreau, Thèse, 2005
- (6) « Le médecin, son malade et la maladie », Michael Balint, 1988, Edition Payot
- (7) « Groupe de parole de soignants en milieu hospitalier : la souffrance, cause commune ? », Danièle Leboul, 2004
- (8) « Le groupe de parole à l'hôpital », Martine Ruszniewski, Edition Dunod 1999
- (9) Conférence Permanente de la médecine générale : « pédagogie de la relation thérapeutique », Editoo.com, 2003
- (10) « Règles du jeu ; effets et enjeux des groupes de pairs comme procédure dans le soin, la formation et la recherche » Dr Gallais, Société Française de Médecine Générale, 2002
- (11) « la formation Balint », Société Médicale Balint, Dr Jean-Francois Coudreuse
- (12) « Analyse des pratiques », Maryvonne Lagueux, Actes du colloque de la Société Médicale Balint, octobre 2010
- (13) « Groupe de parole pour formations de soignants », Philippe Robert, Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe ; Groupes de paroles, quels dispositifs pour quelles demandes ? Édition Eres 2008
- (14) « Cours de linguistique générale », édition critique préparée par Tullio De Mauro, Payot, 1977
- (15) « Médecine et sciences humaines, Manuel pour les études médicales », sous la direction de Jean-Marc Mouillie, Céline Lefève et Laurent Visier, Edition les Belles Lettres, 2009, p 337

- (16) « Comment fonctionne un Groupe Balint ? », Guy Even, La revue du praticien-Médecine Générale, 2001
- (17) « Des médecins se forment. Essai sur le processus psychique dans les groupes « Balint » », André Missenard, L'expérience Balint : histoire et actualité, Edition Dunod, 1982
- (18) « Les théories psychanalytiques du groupe », René Kaës, Edition que sais-je, 2004
- (19) « Groupe de parole et cancers du sein : une expérience de sept ans », Pascale Surgue, Edith Lecourt, p178, Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe ; Groupes de paroles, quels dispositifs pour quelles demandes ? Édition Eres 2008
- (20) « Le groupe, espace analytique, clinique et théorie », Jean Claude Rouchy, Eres, 2007, p283
- (21) « Récit médical et travail psychique », Guite Guérin, Actes du colloque de la Société Médicale Balint, octobre 2010
- (22) « L'inattendu, ce qui se joue dans la relation soignant-soigné » P. Meerbeeck, et J.P Jacques, Edition De Boeck, 2009
- (23) « Psychologie médicale », Ph. Jeammet, M. Reynaud, S.M Consoli, Editions Masson, 1996
- (24) « Lacan : point de repère », Serge André, Edition La muette, 2011
- (25) « les « pratiques sociales »...en dette de psychanalyse ? » Jeanne Granon-Lafont, Edition point hors ligne p132, p133
- (26) Dictionnaire de la psychanalyse, Roland Chemara- Barnard Vandermersch, Larousse, 2002
- (27) « La psychanalyse », Catherine Desprats-Pequignot, Editions La Découverte, 1998, p100
- (28) « Psychologie médicale », Ph. Jeammet, M. Reynaud, S.M Consoli, Editions Masson, 1996, p98
- (29) « Lacan », Paul-Laurent Assoun, Edition que sais-je, 2009
- (30) « Le vocabulaire de Jacques Lacan » Jean-Pierre Cléro, Edition Ellipses, 2006
- (31) « Les groupes Balint et leur spécificité : point de vue », Guy Even, Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe ; Groupes de paroles, quels dispositifs pour quelles demandes ? Édition Eres 2008
- (32) « Techniques psychothérapeutiques en médecine », Michael et Enid Balint, Edition Petite bibliothèque Payot, 2006

- (33) « L'approche de la formation Balint dans la pratique », Françoise Auger, Le Concours, 2002
- (34) « Lire Michael Balint, un clinicien pragmatique » Hélène Oppenheim Gluckman, Edition campagne première, 2006
- (35) « L'approche de la relation médecin-malade par la formation Balint », Françoise Auger, et Marie-Anne Puel, La revue du praticien- Médecine Générale, octobre 2003
- (36) « Le Trajet de la formation : les enseignants entre la théorie et la pratique », Gilles Ferry, Edition Dunod, 1983
- (37) « Comment fonctionne un groupe Balint », Guy Even, La revue du praticien- Médecine Générale, mars 2001
- (38) « Formation a la relation thérapeutique en D2 », Louis Velluet, Annie Catu, Martine Fabre-Jaury, Philippe Jaury, La revue du praticien-Médecine Générale, septembre 2005
- (39) « Comment développer la démarche éthique en unités de soin ? Pour une éthique de la responsabilité soignante. » Philippe Svandra, Edition De Boeck, 2005
- (40) « Médecine et sciences humaines, Manuel pour les études médicales », sous la direction de Jean-Marc Mouillie, Céline Lefève et Laurent Visier, Edition les Belles Lettres, 2009, p365
- (41) « Psychologie médicale », Ph. Jeammet, M. Reynaud, S.M Consoli, Editions Masson, 1996
- (42) « Ecrits sur la médecine », G. Canguilhem Seuil, 2002
- (43) « Le groupe Balint et la formation à la relation de soins », Guy Even, Champ psychosomatique n°14, juin 1998
- (44) « Comment fonctionne un groupe Balint» Guy Even, La revue du praticien- Médecine générale, mars 2001
- (45) « Le sujet humain dans la médecine aujourd'hui », Frédéric Dubas, Monographie de la Société Médicale Balint, octobre 2010
- (46) « L'enseignement de la relation Médecin-Malade peut-il être amélioré par la pratique des groupes Balint ? » Pr JB Sautron, Monographie du 32<sup>ème</sup> congrès national de la société Médicale Balint, 2002
- (47) « Clinique du Réel », Ginette Raimbault, Edition Seuil, 1982, p30
- (48) « Le Balint au cours de la formation médicale, Quelle place, Quelle transmission ? » Chantal Masson, Monographie du 32<sup>ème</sup> congrès national de la société Médicale Balint, 2002,

(49) « La place du groupe Balint dans la formation des étudiants en médecine », Louis Velluet, Monographie de la Société Médicale Balint, octobre 2010

## Annexes:

Les neuf premières séances sont retranscrites en annexes. Chaque séance a été décomposée en trois parties. La première correspond à l'énoncé d'un interne autour d'une rencontre avec un patient. La deuxième synthétise les réflexions, questionnements et discussions du groupe. La dernière partie retrace l'analyse que j'ai faite avec l'aide de l'animatrice et d'une psychanalyste, afin de mettre en lumière ce qu'il s'est produit lors de la rencontre entre l'interne et le patient, ainsi que dans le groupe.

1 <sup>ère</sup> séance.....	93
2 <sup>ème</sup> séance, 1 <sup>er</sup> cas.....	98
2 <sup>ème</sup> cas.....	102
3 <sup>ème</sup> séance, 1 <sup>er</sup> cas .....	107
2 <sup>ème</sup> cas.....	111
3 <sup>ème</sup> cas.....	115
4 <sup>ème</sup> séance.....	117
5 <sup>ème</sup> séance.....	123
6 <sup>ème</sup> séance, 1 <sup>er</sup> cas .....	129
2 <sup>ème</sup> cas.....	134
7 <sup>ème</sup> séance.....	138
8 <sup>ème</sup> séance.....	143
9 <sup>ème</sup> séance.....	149

# **1<sup>ère</sup> séance, « Il ne faut jamais rester seul avec une adolescente en consultation »**

## **I) L'histoire racontée par l'interne**

L'interne reçoit en consultation, seul, dans le cabinet de son maître de stage, un frère et une sœur, après quelques semaines de stage. La consultation était initialement prévue pour le jeune adolescent qui présentait des cervicalgies. Sa sœur a appelé le matin-même pour demander à se rajouter sur la consultation. Juste avant de les recevoir, le médecin dit à l'interne de ne jamais rester seul en consultation avec une adolescente. L'interne fait alors rentrer les deux adolescents en même temps dans le cabinet. Il commence l'entretien avec la jeune fille. Elle présente des douleurs abdominales, en lien avec une constipation pour laquelle un bilan a déjà été réalisé récemment. Lors de l'entretien, l'interne parle avec la jeune fille de ses troubles du transit, ce qui a provoqué des rires incessants chez son frère pendant le reste de la consultation. Cette situation a gêné et agacé l'interne. Il s'est posé la question de proposer au frère de sortir, mais la phrase de son maître de stage lui revient à l'esprit et décide donc de ne pas lui proposer pour éviter d'être seule avec l'adolescente. Pour l'examen, la patiente et l'interne se sont éloignés du frère et de ses rires pour créer un peu d'intimité dans la relation. Il a ensuite examiné le frère. L'interne n'a pu rediscuter avec le maître de stage de cette consultation et de cette affirmation. Il a questionné ensuite ses autres maîtres de stage, masculins, concernant leurs attitudes dans ce type de situation. Chacun l'a mis en garde concernant la consultation avec une jeune femme seule, « comme s'il voulait me protéger en tant que novice »

## **II) Réflexions, questionnements et discussions du groupe**

Suite à la présentation du cas, nous avons discuté du déroulement d'une consultation avec un adolescent, de l'importance de la communication ainsi que d'être attentif à leur demande. Nous avons imaginé une possible différence de relation entre un interne et un adolescent, en comparaison entre ce dernier et le médecin, en lien avec la proximité d'âge. Il paraissait important que l'adolescent puisse comprendre que la consultation est

un lieu où il peut se confier. Nous avons cherché des possibilités pour que la consultation se déroule différemment. L'interne a bien évoqué dans sa description, la notion d'intimité dans la rencontre lors de l'examen physique, et la difficulté de parler de questions intimes devant témoins. La discussion a évolué alors vers le rapport du médecin au corps du patient, à l'examen gynécologique, et la gêne parfois ressentie lors de l'examen d'une personne de sexe opposé et de même âge. Il est remarqué l'importance de respecter l'accord du patient, ainsi que la clause de conscience du médecin, mais aussi d'informer le patient et de l'écouter. Il semblait que la phrase du maître de stage avant la consultation sous-entende une question de judiciarisation dans la relation. L'exemple est donné d'un chef de gynécologie qui ne pratiquait jamais un examen gynécologique en dehors de la présence d'un externe par crainte d'être seul avec la patiente. Cet interne homme paraissait plus sensible à ces craintes que le reste du groupe, féminin.

Pourquoi le maître de stage a-t-il dit cette phrase à l'interne ? Quelles étaient les craintes du maître de stage exprimées implicitement à travers cette affirmation ? Pourquoi l'interne a-t-il reçu les deux adolescents en même temps ? Pourquoi cette jeune femme s'est ajoutée sur la consultation de son frère et n'a pas pris un rendez vous à son nom ? Pourquoi le frère riait-il ? Que voulait dire ces rires ? Que peut représenter ce symptôme pour cette jeune femme ? Ce symptôme est-il le symptôme d'autre chose ?

Nous discutons autour des bonnes pratiques, de manières différentes de faire, mais nous évoquons très peu ce qu'il s'est passé entre cet interne et ces adolescents lors de cette consultation.

### **III) Analyse de la séance**

Un interne s'est risqué à partager avec le groupe une expérience vécue dans un cabinet de médecine générale. Cette histoire a amené les participants à réfléchir sur différents thèmes: la consultation en médecine générale, les différences avec la pratique hospitalière, la rencontre avec un adolescent, et le positionnement singulier de notre métier dans le rapport à l'autre et à son corps. Il a été énoncé l'importance de la confiance, de l'intimité, et de la bienveillance dans la relation entre un soignant et un patient.

Chacun parlait de son expérience, le groupe a réfléchi autour des bonnes pratiques, des conseils pour améliorer les soins et la rencontre, certains ont témoigné de projections faites à travers cette histoire. Cette première séance était un partage d'expériences évoquées par la narration de ce récit. L'interne se questionnait sur ses pratiques quant à l'attitude à adopter dans une consultation avec une adolescente ? « Quels sont les risques de rester seul en consultation avec une adolescente ? » « Quelle attitude adopter de manière générale avec les adolescents ? Quand faut-il les rencontrer seul, avec leur parent ? ». Mais qu'en est-il de cet interne et des deux adolescents qu'il a rencontrés ?

Le praticien avant la consultation a dit à l'interne « ne reste jamais seul avec une adolescente ». L'interne a écrit « sur le coup, sa remarque ne me semble pas exagérée ». Pourquoi le médecin a-t'il dit cette phrase ? Parlait-il de ses propres peurs, de son expérience en tant que médecin senior ? Que transmet-il à l'interne à travers ces mots ? Il s'est interrogé également autour de la relation de confiance avec cette crainte de judiciarisation.

Plusieurs relations triangulaires sont identifiables dans cette situation : une triangulaire entre l'interne, le maître de stage, et le patient ; et une seconde entre l'interne, la jeune fille, et le frère. L'interne a évoqué le besoin d'intimité qu'il a ressenti en s'isolant pour l'examen clinique « j'examine J. dans le coin de la salle séparé du reste du cabinet, hors du regard de son frère ». Était-il finalement gêné par la présence de celui-ci ? Il s'est posé la question de la qualité de la relation lorsque la rencontre ne peut se faire en « face à face ».

L'interne cherchait une ébauche de réponse quant au comportement à adopter, auprès de ses maîtres de stage. Il a remarqué leur souhait de le « protéger en tant que novice », mais était-ce lui rendre service de projeter leurs propres craintes sur lui ? Ce dernier ne devait-il pas faire sa propre expérience, tout en étant soutenu dans son questionnement ? Il en a conclu que cette peur du procès ne permet pas de créer une relation de confiance : « finalement, cette judiciarisation m'agace réellement, et une chose est sûre, je ne vais pas m'imposer de voir les adolescentes accompagnées sauf pour les examens gynécologiques », « la relation de confiance que l'on instaure, a fortiori avec un adolescent me semble primordiale devant cette judiciarisation de la



médecine, et reste finalement le meilleur moyen de se protéger d'éventuelles attaques, c'est ce que je retiens de cette séance de discussion ». Le cheminement élaboré par l'interne lui a permis de prendre conscience de ce prédicat, et aux travers des différentes réflexions, d'élaborer des pratiques qui lui sont propres. Cette discussion a probablement contribué à la constitution de sa propre identité professionnelle.

Il a remarqué que le vécu de sa propre adolescence peut intervenir dans son positionnement de soignant. En quoi l'individu qu'il est a pu influencer leur relation ? Dans son texte, l'interne se décrit « novice », pourrait-on y voir un parallèle avec la position de l'adolescent ? Est-ce que la parole ou l'écriture lui permet de prendre conscience de cette place ?

Les termes « imposer », « parasiter » utilisés dans l'écrit de l'interne confirme l'influence de la phrase prédictive du maître de stage comme si l'interne avait eu un comportement imposé lors de cette consultation. Même en son absence, le maître de stage « parasite » la rencontre. En effet, il a expliqué « je me suis posé la question de faire sortir le frère durant la consultation, seulement ce que m'a dit mon maître de stage juste avant de débiter vient parasiter ma décision, je décide donc de rester avec les deux ados ». Mais le mot « parasiter » n'est-il pas également adapté aux rires du frère qui parasitaient la consultation, mais encore à cette sœur qui parasite la consultation de son frère en se rajoutant ?

Il s'agissait de la première rencontre d'un groupe, vierge de ce type d'expérience, dans le cadre du projet de participer à un groupe d'analyse de pratiques. Qu'est ce qu'un groupe d'analyse de pratiques? Que peut-on construire ensemble ? Nous pouvons constater que cette première séance était plus comparable à un groupe de pairs qu'à une analyse de pratique. Pourquoi ? Nous pouvons évoquer plusieurs hypothèses : nous sommes peu habitués à écouter l'autre, nous avons fait ce que nous connaissions dans la formation de médecine générale en séance de groupes cliniques. Cette écoute particulière est-elle un apprentissage ? Le groupe devait apprendre à fonctionner ensemble, à se connaître, et à se faire confiance. L'interne a intitulé le texte qu'il écrit suite à cette rencontre : situation clinique groupe de pairs, ce qui montre bien l'association faite dans l'esprit de cet interne.

L'interne à la suite de cette rencontre a écrit un texte, fait des recherches sur la rencontre avec un adolescent. La lecture de cet écrit permet de constater les différences qu'il peut y avoir entre ma retranscription de la rencontre et la sienne ; mais aussi le cheminement que la discussion en groupe a permis, et ce que l'interne a mis en place pour trouver quelques réponses à ses interrogations.

Au cours de cette discussion, la question de la rencontre d'un adolescent est mise au travail pour cet interne. Nous avons remarqué le parasitage entre les divers protagonistes, et l'influence de la question de la judiciarisation dans cette rencontre. La parole, lors de cette consultation, n'était pas libre du fait d'influences extérieures, liées à l'identification de l'interne à ses maîtres de stage, et à ses propres projections par rapport à sa position de novice.

## **2<sup>ème</sup> séance, 1<sup>er</sup> cas: « Docteur, sur l'arrêt de travail, pouvez-vous mettre la date d'hier? »**

### **I) L'histoire racontée par l'interne**

L'interne consulte seule dans le cabinet de son maître de stage. Elle rencontre un homme d'une quarantaine d'années, qui vient pour des symptômes de grippe et une demande d'arrêt de travail. L'interne à la suite de la séance a écrit un texte relatant sa rencontre avec le patient et son épouse :

« Je vois en consultation pour la première fois un homme de quarante et un ans accompagné de sa femme. Il présente depuis la veille les symptômes de la grippe qui l'ont obligé à quitter son travail. Je l'examine, lui prépare l'ordonnance. La consultation se passe bien jusqu'à présent, l'atmosphère est calme et sereine, j'ai bien répondu à son attente. Puis vient le moment de l'arrêt de travail, où je lui dis « je vous arrête jusqu'à la fin de la semaine ». Il me demande alors de le dater de la veille car il n'a pas été travailler, et me dit avoir essayé d'obtenir un rendez-vous mais que nous n'étions pas disponible avant. Je lui explique que je ne peux pas antidater un arrêt de travail, que ça serait illégal. Je lui raconte l'anecdote d'un patient qui avait eu un arrêt de travail daté de la veille par son médecin alors qu'il avait braqué une banque ce jour-là, la responsabilité du médecin était donc engagée. Mon anecdote n'a pas beaucoup d'impact et il me répond qu'il va perdre une journée. Persuadée d'être dans mon droit avec la loi pour moi, je lui donne l'arrêt de travail daté du jour. Sa femme me dit qu'elle verra avec la secrétaire de son lieu de travail pour voir comment s'arranger. Pendant la deuxième partie de la consultation, l'atmosphère change, est lourde et je vois bien que je ne leur donne pas satisfaction. »

### **II) Réflexions, questionnements et discussions du groupe**

Nous avons évoqué les règles administratives et légales de la prescription d'un arrêt de travail, l'intérêt social, professionnel et personnel de cette constatation médicale ainsi que les conséquences pour le patient. Il a également été proposé de vérifier que le

patient a bien demandé une consultation la veille, comme il l'a expliqué, ce qui justifierait la demande de modification de la date.

L'interne ne connaissait pas les patients, ni les habitudes du médecin prescripteur. Celle-ci a été questionnée sur la possibilité de contacter le maître de stage pour connaître son point de vue ainsi que ses pratiques, mais elle a répondu qu'elle était tellement persuadée d'être dans son bon droit que cette possibilité ne lui est pas venue à l'esprit.

Les internes ont fait part de leurs craintes de « se faire avoir ». Celles-ci étaient-elles justifiées ? Ils ont constaté finalement peu de demandes d'arrêt de travail abusif depuis le début de leur stage.

Donne-t-on un arrêt de travail ? Sommes-nous dans un rapport de force, entre donner et ne pas donner ? La rédaction d'un arrêt de travail est un acte de soin. Le patient est au centre de cette demande, et le risque de se cacher derrière ce cadre légal est de ne pas entendre la demande du patient. Il apparaît important, parfois, de se décaler de cette première demande pour entendre la vraie plainte.

Il a été souligné l'importance pour les soignants de ne pas accumuler de nombreuses situations insatisfaisantes, pour leur bien être dans leur métier.

### **III) Analyse de la séance**

L'interne a décrit dans son récit sa perception de l'ambiance de la consultation. Au début, « l'atmosphère est calme et sereine, j'ai bien répondu à son attente », « puis vient le moment de l'arrêt de travail », « pendant la deuxième partie de la consultation l'atmosphère change, est lourde et je vois bien que je ne leur donne pas satisfaction ». Elle a perçu les réactions du patient, a été attentive à ses ressentis, ce qui l'a interrogée et l'a motivée à parler de cette histoire en groupe d'analyse de pratique, dans le but d'essayer de comprendre ce qu'il s'était passé : « nous avons discuté de mon sentiment de ne pas avoir donné satisfaction au patient ».

Clairement, l'interne lors de la consultation était sûre d'être dans son rôle en appliquant la loi, la question de faire autrement ne s'est pas posée. La notion de responsabilité est mise en avant par l'interne (« Persuadée d'être dans mon droit avec la loi pour moi »), mais le risque était-il de ne pas entendre la demande du patient ? Qu'est ce qui était important pour lui ? Que pouvait-il y avoir derrière cette demande ? Il s'agissait pour lui de la non justification d'une absence professionnelle, quelles conséquences cela pouvait-il avoir ? Quel est le rôle du médecin dans cette demande et dans sa satisfaction ? Sommes-nous des applicateurs de la loi ? Pouvons-nous avoir un comportement systématique dans le respect des « bonnes pratiques » ?

L'interne a expliqué son attitude au patient en parlant de cadre légal, ce qui n'a apparemment pas été compris. Le patient aurait-il pu l'entendre si elle avait parlé de son statut d'interne, expliqué son positionnement et ses difficultés devant cette demande ? Nous avons perçu que le discours de chaque protagoniste se situait à un niveau différent, l'interne ne voulait pas déborder au respect du cadre légal, et le patient voyait le problème par rapport à son travail. Cette justification de l'interne par une « histoire de chasse », qui ne concernait pas le patient, dont la réalité était peu probable, lui évitait de se positionner dans une parole engagée avec le patient.

La notion de faute est introduite par le patient. Quelle faute ? De non disponibilité la veille, de faute professionnelle ? Est-elle uniquement représentée par le cadre légal ? Les deux protagonistes utilisent le terme de faute, la représentation de la faute est-elle la même pour le patient et l'interne ? Cette notion exprimée par le patient ne vient-elle pas faire écho au discours de l'interne qui introduit la notion du légal. Chacun accuse l'autre, l'interne accuse le patient de lui demander un faux certificat et le patient accuse l'interne de sa non justification d'absence. De plus, le patient accuse également son épouse de l'avoir contaminé.

Le terme anecdote signifie : « récit succinct d'un fait piquant, curieux, ou peu connu ». L'utilisation de ce terme contre-balançait le récit évoquant la loi, la faute. « Cette anecdote » parlait de braquage d'une banque, l'interne et le patient ne se sont-ils pas également braqués ?

L'une des craintes de l'interne était de se faire manipuler par ce patient, de « se faire avoir », de se faire « arnaquer ». Il a semblé au groupe que cette notion de manipulation

renvoie à la notion de pouvoir. Se fait-on avoir par les patients ? Elle a écrit ensuite qu'en effet l'arrêt de travail n'est pas la preuve « de la toute puissance du médecin ».

L'interne parlait de donner un arrêt de travail. Donne-t-on quelque chose au patient ? La relation médecin-patient se base-t-elle sur le don, sur l'obligation de donner ? L'obligation de donner n'est-il pas contradictoire ?

Il était intéressant de souligner que l'interne n'a pas fait appel à son maître de stage, elle était tellement sûre d'elle « je n'ai même pas estimé que ça pouvait être une question à poser à mon praticien ». Mais finalement, la volonté d'en parler en groupe a montré qu'elle s'est interrogée sur cette consultation. Dans son texte rédigé par la suite, elle a décrit l'évolution de sa position. Elle évoquait, à la fin de son texte, le fait d'« être », être dans la rencontre, être dans le questionnement du patient, ainsi qu'être soi-même, plutôt que le fait de « devoir », devoir respecter le cadre légal.

L'interne s'est retrouvée confrontée au mécontentement du patient, et était dans une position de dire non, alors que « tout se passait bien avant ». Comment réussir à dire non ? Que signifiait une consultation qui se passait bien ? Est-ce que refuser une requête voudrait dire que la consultation ne se passerait pas bien ?

Cette rencontre a permis de discuter du sentiment de l'interne de ne pas avoir donné satisfaction au patient, de se rendre compte de ce qui pouvait être impliqué derrière. Elle a pu dire par la suite qu'elle n'avait plus ce comportement systématique lors des demandes d'arrêt de travail, et qu'elle prenait plus le temps pour écouter le patient, sans apporter de réponse préconçue. Nous avons pu constater l'évolution entre le point de vue initial de l'interne, et celui en fin de séance plus ouvert, plus à l'écoute du patient, moins caché derrière un cadre légal.

Dans cette rencontre, nous pouvons identifier la circulation de cette notion de faute envers les différentes personnes présentes. La relation établie n'était pas basée sur la confiance, et engendre la mauvaise compréhension, la dégradation de l'atmosphère de la consultation. De plus, cette « anecdote » a empêché l'interne de s'engager en tant que soignant dans cette rencontre.

## **2<sup>ème</sup> séance, 2<sup>ème</sup> cas: Pourquoi cet enfant perd-t-il du poids?**

### **I) L'histoire racontée par l'interne**

L'interne consulte en solo dans le cabinet de l'associée de son praticien. Elle reçoit en consultation une maman accompagnée de ses deux enfants âgés de sept et dix ans. Le plus grand présente des symptômes de gastro-entérite. Le second est amené par sa maman pour une histoire qui évolue depuis quelques mois, il présente une anorexie, sans cause évidente retrouvée jusqu'ici. Il est habituellement suivi par l'associée du praticien qui est son médecin référent, ce qui fait que le maître de stage ne connaît pas cet enfant, ni son histoire. La maman consulte un mercredi, le jour où son médecin traitant ne travaille pas.

L'histoire de cet enfant montre l'apparition de symptômes d'anorexie depuis novembre. Il s'agit d'une famille de deux enfants, la maman travaille, bénéficie de la Couverture Médicale Universelle. Avant, c'était un enfant bon mangeur plutôt sur la partie haute des courbes de croissance staturo-pondéral. Le médecin traitant a déjà vu l'enfant à deux reprises pour le même symptôme, au mois de novembre et au mois de décembre. Une prise de sang réalisée ne révèle rien de particulier. Lors de l'entretien, l'interne constate qu'il s'agit, selon la maman, d'une diminution des apports, sans hyper activité, ni symptômes associés (diarrhée, vomissements...). Il s'agirait d'une anorexie sélective sur certains aliments, car parfois le matin, il arrive à avaler des tartines de nutella. L'examen clinique ne retrouve rien de particulier, le poids est de 26 kg, alors que deux mois auparavant, il était de 26kg600. L'interne réalise la courbe de croissance qui n'avait jamais été faite auparavant et constate une cassure du poids, malgré l'absence de nombreuses mesures antérieures, alors que l'enfant a grandi.

La maman raconte ensuite un épisode qui s'est passé la semaine précédente ; exaspérée, la mère a forcé son fils à manger un œuf, ce qui l'a fait vomir. L'interne ressent une culpabilité maternelle au vu de la manière dont elle raconte l'histoire, elle a l'impression que la maman cherche à s'excuser de manière implicite envers son fils en racontant cette histoire devant un témoin. De plus, elle explique qu'elle cuisine les aliments que son fils aime, comme des frites, ce qu'il refuse de manger également,

général de l'inquiétude pour la mère. L'interne s'adresse alors à l'enfant en lui posant des questions et la maman répond à sa place, elle laisse peu de place à l'expression de son fils. A la question de son alimentation à la cantine, le garçon a pu répondre qu'il mangeait ce qu'il aimait, sans intervention de sa mère. L'interne questionne sur un possible événement dans la vie de l'enfant concomitant avec ce symptôme, rien ne concorde, il est en CE2 et sa scolarité se déroule sans difficulté.

L'interne demande alors à son praticien son point de vue, il lui explique qu'il n'est pas apte à répondre à la question car il ne connaît pas cet enfant.

L'interne propose à la maman et à son fils de faire une enquête alimentaire à la maison et à la cantine, lieu où l'enfant mange le midi. De plus, elle propose à la maman de surveiller le poids à la maison et de prévoir une nouvelle consultation au terme de cette enquête.

En fin d'entretien, la maman signale que son fils présente des molluscums contagiosum, sur les parties génitales. Au terme de cette consultation, l'interne s'est posée la question de maltraitance. Celle-ci inscrit dans le dossier informatisé la consultation et nomme la consultation « troubles du comportement ».

## **II) Réflexions, questionnements et discussions du groupe**

Beaucoup de questions ont été posées concernant cette consultation : Comment les choses se passaient-elles à l'école, à la cantine ? La cantine aurait-elle alerté les parents si l'enfant ne mangeait pas ? Avait-il une alimentation excessive hypercalorique entre les repas, avait-il encore fin pour le repas ? Mangeait-il chez ses copains, chez les grands parents? Quel était le contexte familial ?

Lors de la réalisation de la courbe de poids, l'interne a constaté une cassure qui confirme la perte de poids de l'enfant. Était-elle en lien avec sa diminution d'apport, ou en rapport avec une autre cause ? On ne pouvait éliminer une maladie cœliaque sur une seule prise de sang. La question d'une anorexie mentale restrictive était-elle envisageable?

Que s'était-il passé chez cet enfant initialement en surpoids ? Mal être, regard des autres ? Est-ce que ce surpoids antérieur a gêné l'enfant ? Comment se sentait-il ? Le mode d'expression d'une plainte chez un enfant peut être varié et diverse : troubles



somatiques, troubles à l'école... Parfois l'enfant peut s'exprimer par le corps, ce qu'il ne peut exprimer autrement.

Pourquoi cette maman est venue consulter le mercredi, jour de repos de son médecin traitant ? L'interne s'est interrogée sur ce constat? Était-ce volontaire, voulait-elle rencontrer un autre interlocuteur ou était-ce le hasard? Il est intéressant de rechercher des motifs cachés lors de consultations répétées pour des plaintes similaires. Comment cerner la demande implicite lors d'une consultation?

Cet enfant avait-il un espace pour parler et être entendu? La mère donnait l'impression de monopoliser l'espace de parole. L'interne a noté qu'il était difficile que le garçon parle, sans que sa maman n'intervienne. Le seul moment où elle a entendu son point de vue était quand il a répondu qu'il mangeait ce qu'il aimait à la cantine. Pourquoi lui laissait-elle si peu de place? Serait-il possible de voir l'enfant seul, pouvait-on lui proposer ? Il est important que l'enfant sache qu'il y a un lieu où il peut se confier s'il en ressent le besoin.

Évaluer de qui venait la demande ? De la maman, du fils ? Étant donné que l'enfant n'a pu être entendu pendant la consultation, il était difficile d'imaginer que la plainte vienne de lui ; il pouvait être important de prendre du recul par rapport à la plainte maternelle pour évaluer ce qu'en pensait l'enfant.

La maman a raconté l'épisode où elle a forcé son fils à manger un œuf, ce qui l'a fait vomir. L'interne a eu l'impression d'une confidence de la maman, elle a senti qu'elle culpabilisait et qu'elle venait se confesser. Ce geste était-il le témoignage du passage à l'acte d'un conflit sous jacent, latent ? Est-ce pour cette raison qu'elle est venue voir l'interne et non son médecin référent ? Le passage à l'acte peut être l'unique possibilité quand la parole n'est plus possible. La position maternelle a une symbolique nourricière. Poser la question à la maman « Que ressentez-vous fait lorsque vous préparez quelque chose que votre fils aime et qu'il ne le mange pas ? » pourrait faire émerger les représentations de la maman autour de l'alimentation. Mais on ne sait pas comment l'enfant a vécu ça. Qu'en a-t-il pensé ?

Pourquoi la question des molluscums a été abordée en fin de consultation alors qu'ils passaient la porte de la salle de consultation ? La maman était-elle inquiète, savait-elle ce que c'était ? Est-ce que ça gênait l'enfant ?

L'interne s'est questionnée sur la relation entre la mère et son fils, la manière dont elle a présenté l'épisode de l'œuf, sa manière de s'excuser implicitement envers son fils, devant témoin. De plus, la présence de molluscum contagiosum au niveau périnéale a alerté l'interne. Son frère a également consulté à de nombreuses reprises pour des douleurs abdominales non étiquetées. A travers cette situation, l'interne s'est posé la question de maltraitance.

La difficulté ressentie par l'interne était de voir un enfant dont son maître de stage n'était pas référent. Lorsqu'elle a sollicité ce dernier, il lui a répondu qu'il ne connaissait pas l'enfant, et ne pouvait donc l'aider. Jusqu'où aller dans les investigations et dans la relation alors qu'elle « empiétait sur les plates bandes » d'un confrère. Mais cette maman a consulté un autre professionnel. Selon la maman, il n'y avait aucun suivi programmé avec le médecin traitant. Comment faire le suivi ? L'interne souhaiterait revoir cet enfant. Était-il possible de contacter le médecin traitant de l'enfant pour en discuter avec elle, d'autant que la question de maltraitance était soulevée ? A la fin de la rencontre, l'interne a ressenti une consultation difficile, mais aussi une certaine satisfaction de ce qui s'est passé.

L'interne considérait que cet enfant nécessitait une attention particulière et un suivi attentif, il est possible de le dire à l'enfant. Dans un cabinet, il peut être intéressant qu'il y ait des jeux ludiques, des papiers et des crayons pour que l'enfant s'exprime.

Un interne a proposé d'essayer de ne plus parler d'alimentation pendant deux semaines pour voir la réaction de l'enfant et pour éviter que tout soit tourné en permanence vers son alimentation. L'enfant aurait-il des bénéfices secondaires à l'intérêt porté à son anorexie ?

### **III) Analyse de la séance**

Le groupe a porté attention à cette histoire, a essayé de comprendre, à écouté ce qui s'était passé lors de cette consultation.

Nous avons pu remarquer le désarroi de l'interne dans cette situation. Elle a expliqué qu'elle ne savait pas comment se positionner dans cette situation, elle était mal à l'aise pour proposer un suivi, étant donné qu'il s'agissait du patient d'un médecin qui n'était pas son maître de stage. Elle pensait pourtant que cet enfant nécessitait un suivi « je ne voulais pas prendre la place de l'autre médecin, mais en même temps, il perd du poids »

L'interne a décrit le raisonnement qu'elle a eu lors de cette consultation. Elle a d'abord essayé d'écouter la mère et le fils, même si cela était difficile par le discours monopolisant de la mère. Cependant, elle a essayé d'entendre l'enfant et a été disponible pour la mère, sans émettre de jugement. Puis ne sachant que proposer, elle a demandé conseil auprès de son maître de stage, qui ne lui a apporté aucune réponse, car il ne connaissait pas le patient. L'attente de l'interne était-elle une connaissance ou une écoute, une discussion? L'interne a donc cherché une proposition seule, et a donc évoqué la possibilité de faire une enquête alimentaire. Elle a expliqué lors de cette séance qu'elle était satisfaite de cette consultation. En quoi était-elle satisfaite? La satisfaction de l'interne était-elle liée à sa capacité à apporter une réponse à cette maman et à son fils, sans que son maître de stage ne l'aide? La satisfaction de l'interne allait-elle de paire avec celle de cette maman?

En fin de consultation, au moment de passer la porte, la maman a signalé la présence de molluscum contagiosum au niveau du périnée de son fils. Pourquoi a-t-elle parlé de ce symptôme en fin de consultation? Était-ce une coïncidence? Cette constatation de la mère a interrogé l'interne concernant une potentielle maltraitance, pourquoi? Cette dernière a parlé de son ressenti d'une relation particulière mère-fils, en lien avec la manière de raconter l'épisode de l'œuf, et la présence de molluscum contagiosum sur le périnée. Pourquoi a-t-elle perçue cela?

Que pouvait faire l'interne avec ce ressenti, alors qu'elle ne sera pas amenée à suivre ce patient? Quelle attitude adopter face à cette question de maltraitance? Est-ce une des raisons pour lesquelles elle a ressenti le besoin de parler de ce cas? La proposition de l'interne de faire une enquête alimentaire était-elle adaptée devant la suspicion de maltraitance? Suite à cette suspicion, quelles propositions ont été faites?

## **3<sup>ème</sup> séance, 1<sup>er</sup> cas « un don du ciel » à 5h du matin aux urgences**

### **I) L'histoire racontée par l'interne**

« Cette situation vécue en garde aux urgences médicales du CHU d'Angers m'a particulièrement touchée. Un jeune patient de dix-huit ans est amené par les pompiers vers cinq heures du matin, en plein hiver. Il a été retrouvé dans la rue par des passants, en état d'hypothermie. Il ne parle pas français, un peu anglais. L'infirmière d'accueil comprend qu'il vient d'Afrique. A priori, il a débarqué sur le sol français de façon clandestine.

Mon premier contact est difficile, le jeune patient est prostré, le regard craintif. Je tente de me faire comprendre en anglais, pour établir un premier diagnostic sur une éventuelle douleur ou un traumatisme. Je vois bien qu'il acquiesce sans vraiment saisir le sens de mes questions. A priori, le patient ne souffre pas, mais il présente une exophtalmie avec hyperhémie conjonctivale.

Dans un premier temps, je ne sais absolument pas comment palier ce manque de communication. Je lui propose donc de l'examiner, en essayant d'expliquer chaque partie de l'examen par des gestes. Je ne retrouve rien de pathologique à l'auscultation cardio-pulmonaire, ni à l'examen cutané et ostéo-articulaire. Il reste cette exophtalmie dont je n'ai aucune idée de l'ancienneté, pouvant motiver des investigations supplémentaires en urgence.

Je sors donc perplexe du box des urgences. Il me reste beaucoup de questions à poser sur son arrivée en France et son devenir. Je fais part de ma frustration à mes collègues infirmières dans la salle de soins. Je leur explique mon incapacité à me faire comprendre auprès de ce jeune patient: ne veut-il pas répondre à mes questions de peur d'être dénoncé? Une infirmière m'apprend qu'une des aides-soignantes en service ce jour-là parle arabe. Nous imaginons alors que le jeune homme, ne parlant ni français ni anglais, parle probablement arabe ou berbère. Je demande donc à l'aide-soignante si elle veut bien servir d'interprète. Elle accepte et nous retournons donc dans le box du patient.

Il est toujours craintif au premier abord, mais il a suffi que ma collègue lui dise bonjour en arabe pour voir son visage enfin s'ouvrir. La situation s'est progressivement dénouée: nous avons appris qu'il a débarqué en France 24h auparavant, après un trajet en bateau transportant des clandestins originaires de Lybie. Il a voyagé seul, je n'ai pas osé lui poser de questions précises sur le devenir de sa famille. En tout cas, nous apprenons qu'il a un contact sur Angers, expliquant son arrivée dans cette ville. Malheureusement il est arrivé tard dans la nuit et n'a pas osé déranger cet "ami". Il a préféré rester dormir dans la rue en attendant le lendemain matin. Evidemment le froid saisissant du mois de janvier a eu raison de lui. A bout de forces, il a accepté d'être amené aux urgences par les pompiers.

Je comprends ensuite que son exophtalmie est ancienne, post-traumatique. Il a été renversé par une voiture dans son enfance, avec probablement un traumatisme crânien non investigué. Il est aveugle de cet œil-là, et présente des douleurs rétro-orbitaires chroniques. Je lui propose donc de lui donner un traitement antalgique dans un premier temps.

Dans un second temps, je lui demande s'il accepte de voir l'assistante sociale le lendemain matin, pour entreprendre des démarches de régularisation éventuelle. Je vois bien qu'il reste méfiant et j'essaie de faire disparaître ses craintes quant à une éventuelle délation. Après une brève hésitation, il accepte notre proposition et souhaite également appeler son contact français dès que possible.

Nous finissons donc l'entretien avec des informations précieuses et surtout l'adhésion du patient à notre démarche d'aide sociale. Je fais part de ce cas lors de mes transmissions à l'équipe de relève. Elle appellera l'assistante sociale le matin-même.

En tant qu'interne je suis plus à l'aise sur les pathologies cliniques, mais cette situation m'a beaucoup appris sur l'importance de la communication et l'entraide entre les différents acteurs de soins. Si personne n'avait parlé arabe dans l'équipe hospitalière, je n'aurais établi aucun contact et le patient aurait peut-être demandé à quitter les urgences. Voyant que je n'arrivais pas à établir un contact, je me suis sans doute précipité sur l'examen clinique, n'améliorant pas la confiance du patient. Heureusement j'ai pu rétablir un lien grâce à ma collègue.

Cette expérience souligne la nécessité de se faire comprendre pour obtenir l'adhésion aux soins. Cela passe par le langage verbal et non-verbal (surtout en cas de barrage de la langue). Il faut donc s'efforcer d'adapter son langage à chaque patient, et je me suis

rendue compte que je ne le faisais pas toujours... J'espère que cette situation me fera progresser dans ma démarche de soins future. »

## **II) Réflexions, questionnements et discussions du groupe**

Une des difficultés rencontrée était l'obstacle de la communication avec ce patient à cause de la barrière de la langue. La communication non verbale a permis à l'interne de voir l'évolution du comportement de ce jeune, initialement réticent, puis plus confiant par la suite.

Le travail en équipe a permis que chacun apporte ses compétences professionnelles, mais aussi ses compétences humaines et de faire évoluer la situation.

De plus, Elle a rencontré ce patient à 5 heures du matin, en fin de garde, mais il lui est apparu important de prendre le temps avec lui, de lui porter de l'attention, malgré l'heure avancée, alors qu'elle aurait pu rester très superficielle sans se poser davantage de questions.

Que représente le soin ? Lors de la discussion, il est apparu dans le groupe que la prise en charge de ce patient n'était pas celle pratiquée habituellement aux urgences, généralement médicale. Une interne a précisé qu'il y a quand même eu la prise en charge de l'hypothermie. Des soins ont été portés à cet homme comme de l'attention, de l'écoute, une approche sociale, et un abri pour la nuit... Lors de nos études, nous sommes bercés dans les soins somatiques et les soins médicaux. C'est pourquoi l'interne a dit qu'elle avait envie de présenter ce cas, car elle a été touchée par l'histoire de cet homme, cette prise en charge apportait une autre notion du soin, différente de celle dont nous avons l'habitude.

## **III) Analyse de la séance**

Dans le texte de l'interne, elle a décrit la situation initiale en parlant d'un « jeune patient prostré, le regard craintif ». Puis, la situation a pu s'ouvrir après sa demande d'aide à l'équipe, « la situation s'est enfin dénouée », elle a constaté « son visage enfin s'ouvrir », et l'équipe soignante a réussi à obtenir des « informations précieuses ». L'interne a expliqué que cette situation l'a « particulièrement touchée ». Elle s'est

décrite comme « perplexe » et a parlé de « frustration », ces termes traduisant l'investissement émotionnel de l'interne dans cette situation. Elle a exprimé aussi qu'elle s'est précipitée sur l'examen clinique car elle n'était pas à l'aise dans cette situation, ce qui a probablement contribué à majorer l'angoisse du patient, alors que le but était de diminuer la sienne. L'interne nous a expliqué sa prise de conscience : elle n'adaptait pas toujours la communication et son discours au patient, et elle a montré sa volonté d'y être attentive à l'avenir.

Durant cette discussion, l'interne a présenté les circonstances comme un « don du ciel », mais n'a-t-elle pas joué un rôle dans le déroulement de cette situation ? Est-ce que cette histoire se serait déroulée de la même manière avec n'importe quel interne ? En effet, nous pouvons remarquer que l'interne a fait part d'un investissement particulier dans cette situation. Elle a inventé plusieurs modes de communication envers lui, d'abord en anglais, où elle a perçu que le jeune homme ne comprenait pas, puis, elle s'est adaptée pour communiquer avec des gestes, ce qui n'a pas permis d'établir un contact de qualité. Face à ces difficultés, l'interne a fait part à l'équipe de son embarras. Dans cette demande, il est intéressant de remarquer la place qu'elle laisse à l'autre, elle n'est pas dans une position de toute puissance. Cette place laissée, cette demande d'aide, a permis au patient d'être compris et de comprendre ce qui se passait. Il est vrai que l'interne s'est beaucoup mobilisée pour rentrer en contact avec ce jeune homme.

Lors de la discussion, la question « qu'est ce que le soin » a été soulevée ? Le soin apporté à ce patient a été un investissement important dans l'écoute, et dans l'attention portée à ses craintes et à ses besoins. La réponse n'a pas été uniquement une attention aux soins somatiques.

## **3<sup>ème</sup> séance, 2<sup>ème</sup> cas: « Non Docteur, il n'est pas malade, mais il a besoin de ventoline® »**

### **I) L'histoire racontée par l'interne**

L'interne et son maître de stage rencontrent, entre deux consultations, une femme qui vient leur demander une ordonnance de ventoline® pour son fils de onze ans :

« Un après-midi, en consultation en duo avec mon maître de stage, une femme vient, seule, voulant une ordonnance de ventoline® pour son fils. Dans le dossier de l'enfant, ce garçon de onze ans n'a été vu que trois fois dans ce cabinet, on retrouve une lettre d'hospitalisation pour un asthme aigu grave un an auparavant. L'enfant n'a jamais été revu au cabinet depuis l'hospitalisation et il n'y a donc pas eu de changement de son traitement depuis un an, il est sous corticoïdes inhalés et ventoline®. Nous disons à la mère combien il est important qu'on voit cet enfant pour réévaluer son traitement et la nécessité de celui-ci. La mère nous dit que son mari ne veut pas que son enfant aille chez le médecin car il n'est pas malade et qu'il ne veut pas payer la consultation.

Nous essayons d'expliquer que l'enfant est malade car il nécessite un traitement et qu'il a déjà été hospitalisé pour ça. Pour la mère, le problème vient de son mari, qu'il ne payera pas et que son enfant n'est pas malade. Nous essayons de proposer à la mère que son mari nous appelle pour que nous en discutions avec lui, qu'il vienne nous voir mais rien ne semble possible pour elle. Elle semble avoir peur de ce mari dictatorial. Nous suspectons même le fait qu'il puisse être violent. Elle nous dit que la seule solution est qu'elle vienne avec son fils en cachette de son mari la semaine prochaine pendant les vacances et qu'elle essaie de tirer de l'argent au distributeur avant de venir. La solution de venir en cachette ne nous semble pas la meilleure mais nous notons le rendez-vous et ne faisons pas l'ordonnance puisqu'on doit le voir. Finalement le temps d'essayer de convaincre la mère nous a pris vingt minutes, le temps d'une consultation mais nous ne lui dirons pas. La semaine d'après, l'enfant n'est pas venu. »



## **II) Réflexions, questionnements et discussions du groupe**

Nous avons discuté du fait de réaliser ou pas l'ordonnance : la non délivrance de celle-ci permettait peut-être que l'enfant et sa mère reviennent en consultation, le fait de la réaliser engageait la responsabilité du médecin sans avoir vu l'enfant, et cautionnait donc le fait de ne pas rencontrer cet enfant.

L'enfant, celui qui nécessitait des soins, n'était pas au centre de l'attention des médecins. Plusieurs propositions ont été faites dans le but de rencontrer l'enfant, de mettre de côté le père.

La rencontre a duré une vingtaine de minutes, l'interne a constaté que la maman n'a pas réglé de consultation, ce qui la questionne. Il est remarqué que le fait de payer permet également un engagement, et une certaine reconnaissance du travail accompli. Suite à la présentation de cette histoire, chacun s'est exprimé sur sa conception, ses ressentis, et ses difficultés du paiement de l'acte.

Le groupe a fait part de son questionnement sur une possible maltraitance de l'enfant et de cette femme, par le père.

## **III) Analyse de la séance**

L'interne nous a expliqué après la narration de cette rencontre que plusieurs fois, elle s'est demandée « qu'aurions nous du faire ? ». Cette interrogation a montré ses doutes sur ce qu'elles ont proposé et une certaine insatisfaction dans le déroulement de cette rencontre. Peut-il y avoir une bonne solution dans une telle situation?

A sa question « qu'aurions-nous du faire ? », elle a répondu : « il aurait fallu proposer à cette femme un moyen de venir en consultation sans que l'argent soit un frein ». Seulement, cette question de financement de la consultation était-elle réellement la difficulté ou une manière de déplacer le problème? Le groupe a remarqué qu'il y a toujours des solutions pour les personnes ayant des difficultés financières.

La maman parlait du père en disant qu'il considérait que leur enfant n'est pas malade. Que signifiait pour lui être malade ? Quelles étaient ses représentations de la maladie ? La réponse des médecins était « il est malade, car il nécessite un traitement, et il a déjà été hospitalisé pour ça ». Elles insistaient sur l'importance de rencontrer l'enfant : « nous disons à la mère combien il est important qu'on voit cet enfant ». La mère après une longue argumentation, a finalement proposé d'amener son fils à l'insu du père, « en cachette », en expliquant que c'était « la seule solution ». Pour se cacher de quoi ? Cette proposition permettait de voir l'enfant pour l'évaluer, comme le désiraient les médecins. L'interne a dit que cela ne leur semblait pas être « la meilleure solution », mais y-avait-il une meilleure solution ? Faire l'ordonnance cautionnait le fait de ne pas avoir vu l'enfant. Mais si l'ordonnance était remise, il était encore plus probable qu'ils ne reviendraient pas, pensaient les médecins. Finalement cet entretien n'aura pas lieu. La maître de stage a même pensé qu'ils changeraient de médecins. Qu'en est-il ? La discussion du groupe n'a pu se détacher du désir des deux médecins et des moyens pour voir l'enfant. Mais était-il possible de faire autrement ?

La maman parlait du père, de son positionnement, venait à sa demande. Mais elle, en tant que mère, avait-elle une position par rapport aux soins à apporter à son fils ? Pensait-elle qu'il était malade ? L'interne dans son texte parlait de « mari dictatorial », elles s'étaient posées la question de violences du père. Un lien existe-t-il avec le fait qu'il ne voulait pas que l'enfant soit vu ?

L'interne a constaté qu'aucun règlement de consultation n'a été effectué : « finalement, le temps d'essayer de la convaincre nous a pris vingt minutes, le temps d'une consultation, mais nous ne lui dirons pas ». Pouvait-il y avoir un écho entre le discours de la maman sur l'impossibilité de payer une consultation et le fait de ne pas faire remarquer le temps passé avec elle ? De plus, la question d'argent évoquée par la maman n'a-t-elle pas influencée l'interne ? Est-ce que l'interne y aurait pensé ? Cet entretien était-il une consultation ? La personne qui était présente n'était pas celle qui nécessitait les soins. La maman est restée debout pendant toute la durée de la rencontre. Les médecins n'ayant pas donné satisfaction à la requête de cette maman, étaient-elles en difficulté pour demander un règlement ? Le fait de discuter avec elle de l'importance de voir l'enfant, ne peut-il être considéré comme du soin ? Le soin était-il de lui remettre une ordonnance pour que le fils ait un traitement ? Comment être soignant

envers lui ? Nous avons l'impression que cet enfant avait une position d'objet entre le père et la mère. La question de soin était d'autant plus compliquée que l'enfant et son état de santé n'était pas au centre de la consultation. Nous en savons très peu sur ses symptômes, son état?

Il y a un écho entre les non dits dans la consultation, et le déroulement du groupe de parole, avec la difficulté de libre circulation de la parole. Il n'y a pas eu de mise à distance, par rapport à ce que présentait la mère comme impossible. Lors de la rencontre, la notion de responsabilité médicale a été évoquée, mais sans écho.

## **3<sup>ème</sup> séance, 3<sup>ème</sup> cas: « Je veux juste un traitement antifongique et rien d'autre »**

### **I) L'histoire racontée par l'interne**

L'interne rencontre une femme en consultation pour une mycose vaginale, enceinte de trois mois. Elle fait partie de la communauté des gens du voyage. L'interne la questionne sur le suivi de sa grossesse, sur les examens de début de grossesse, la déclaration de grossesse. La patiente restait très évasive concernant ses réponses et répondait négligemment « oui » à toutes questions sur son suivi de grossesse. Pour l'interne, il était clair que rien n'avait été fait, au vu de sa manière de répondre aux questions et qu'elle n'avait surtout pas envie d'en parler, elle venait seulement pour soigner la mycose. La jeune médecin s'est sentie en difficulté entre sa connaissance des examens et déclaration à réaliser pendant la grossesse, et le désir de cette patiente de ne pas faire d'examen complémentaire.

### **II) Réflexions, questionnements et discussions du groupe**

La patiente n'avait-elle aucun suivi dans la réalité ?

Le groupe a réfléchi à de possibles explications sur le souhait de la patiente de ne pas avoir de suivi. Plusieurs hypothèses étaient imaginables :

-La déclaration de grossesse permettait l'ouverture de droits comme la date du congé de maternité, la prise en charge à 100% des consultations, des aides financières et également une déclaration de grossesse à la Protection Maternelle et Infantile (PMI). Si la patiente ne travaillait pas, si elle était affiliée à la Couverture Médicale Universelle, avait-elle un intérêt à cette déclaration?

-La peur de la déclaration à la PMI

-Si le couple a déjà eu un enfant placé

-La volonté de non médicalisation de la grossesse

-Une histoire culturelle...

Nous avons vu qu'il pouvait y avoir de multiples raisons qui expliqueraient pourquoi son refus d'examens. Il aurait pu être intéressant de lui poser la question : « pourquoi refusez vous le suivi ? », afin d'entendre sa position. De plus, il pouvait être intéressant de rappeler à la patiente le but de ces examens, sans émettre de jugement de valeur, dans l'intention de lui donner de l'information. Est-ce que le seul intérêt d'une consultation est la prescription des examens complémentaires ? Il pouvait être intéressant de discuter de l'hygiène alimentaire, de l'automédication, mais aussi du vécu de la grossesse, de la place du père, de celle de l'enfant.

### **III) Analyse de la séance**

L'interne nous a présenté cette histoire, en évoquant sa difficulté à se positionner entre la connaissance des bonnes pratiques cliniques, et les limites du soin souhaitées par la patiente. Les internes, dans leur formation, ont appris les règles de bonnes pratiques, les recommandations, à appliquer pour une population générale. Il se pourrait que l'interne se soit sentie rassurée en appliquant les règles apprises. Seulement celles-ci sont générales et ne prennent pas en compte l'individu avec ses croyances, ses convictions, sa subjectivité. La déstabilisation de l'interne lui a permis de s'interroger sur une manière de rencontrer cette femme, avec son histoire, tout en l'informant.

En effet, elle a perçu que cette femme n'avait pas envie de parler, mais elle était influencée par son devoir de l'informer. Il en résultait une tension lors de la consultation, et la relation était difficile car la patiente ne cherche pas à être informée. La plainte de la patiente était la mycose, devait-elle s'intéresser alors à sa grossesse si ce n'était pas sa demande? L'interne, devant cette patiente "refusant" qu'on s'occupe de sa grossesse, n'a-elle pas eu peur d'engager sa responsabilité avec la crainte d'une erreur médicale?

Les réflexions du groupe sur d'hypothétiques explications quant au refus de suivi n'avaient de valeur que par les effets de questionnements qu'elles induisaient chez les internes, en permettant de penser à la place que le patient occupe.

## **4<sup>ème</sup> Séance: « Comment se faire régler la consultation, lorsque l'interne souhaite régler le problème? »**

### **I) L'histoire racontée par l'interne**

L'interne nous a expliqué ses rencontres avec une patiente afin d'illustrer les difficultés qu'elle rencontre pour demander un règlement lors d'une consultation dont le motif est hors du champ médical. Cette notion avait été abordée à la fin de la séance précédente, et l'animatrice avait proposé de réfléchir à cette question. Elle nous a donc parlé d'une patiente, qui venait pour discuter de la situation de sa fille. L'interne n'a su comment la conseiller.

« Je raconte au groupe la rencontre de Mme B, un samedi matin alors que je suis seule en consultation. Mme B vient me voir car, elle présente fréquemment des crises d'angoisses et des insomnies, à cause de sa fille de 17 ans, déscolarisée depuis un an. Celle-ci présente des accès de violence, notamment sur sa mère, dès qu'elle est contrariée. La mère avait probablement besoin de parler, celle-ci est très isolée. Elle est au chômage lors de la première consultation. Elle reste donc toute la journée avec sa fille à la maison. Mme B. ne veut pas embêter ses parents avec ses problèmes, d'autant qu'ils n'ont pas apprécié le divorce. Elle a peur de passer, devant eux, pour une mauvaise mère qui a raté l'éducation de sa fille. Elle a essayé de trouver de l'aide auprès d'éducateurs, de psychologues et de psychiatres. La mère me semble dépassée par cette situation. La mère et la fille vivent toutes les deux. Les parents se sont séparés quand leur fille avait environ cinq ans. Dernièrement, sa fille l'a frappée après une contrariété minime. La maman ne sachant plus comment la gérer a appelé son père, comme souvent dans de telles circonstances. Celui-ci a giflée sa fille et la mise sous la douche d'eau froide. Elle a alors reproché au père la violence de leur fille, parce qu'il était violent avec elle. Le papa intervient donc seulement quand il y a conflit entre mère et fille. Il vit avec sa nouvelle famille. Il a de nouveaux enfants. Sa fille de 17 ans ne veut pas aller chez lui.

La maman est venue me voir trois fois. La première consultation s'est déroulée autour de sa fille et de ses problèmes. La deuxième autour d'elle, la maman allait mieux, dormait mieux, l'entreprise dans laquelle elle travaillait auparavant allait rouvrir. La dernière consultation, je ne sais plus vraiment ce qu'on a dit. Il est vrai que j'étais contente qu'elle veuille revenir me voir pour que l'on continue à faire le point, j'ai eu le sentiment de bien réussir à créer une relation de confiance avec elle. A la dernière consultation, je lui ai proposé de la revoir à quinze jours ou un mois en fonction du besoin qu'elle ressentait. Finalement, je ne l'ai pas revue, j'en ai été déçue. »

## **II) Réflexions, questionnements et discussions du groupe**

Une description a été faite de l'apparence physique, il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années, mais qui en paraissait dix de moins, petite, maigre, avec un style vestimentaire standard.

Nous avons réfléchi à de possibles processus qui pourraient expliquer le comportement de sa fille: la recherche de preuves d'amour, d'un cadre, de repousser ses limites. Il est demandé si le comportement de cette jeune fille pourrait être aussi lié au fait qu'elle veuille se détacher de cette relation fusionnelle avec sa mère, pour évoluer dans sa propre vie d'adulte.

La solitude de cette femme a été remarquée, de part les difficultés de communication avec ses parents, l'absence du père. L'interne a énoncé qu'elle trouvait cette femme très seule, et isolée, elle ressentait de la sympathie pour elle.

De plus, nous avons constaté que leur relation mère-fille était très fusionnelle avant la déscolarisation. Le terme « maman-copine » est utilisé par la maman. Cette dernière était entièrement dévouée à sa fille. Cette femme évoquait également sa position de fille par rapport à ses parents, avec sa peur de leur jugement de mauvaise mère, et sur son divorce. La mère a peur que sa fille tombe enceinte.

La fille refusait de s'intégrer dans la vie de son père, car elle a affirmé ne pas y trouver sa place. Mais, le père était appelé à l'aide dès que la situation dégénérait. Il

répondait alors par des actes plus ou moins violents. Ensuite, la mère reprochait au père son comportement, prenait la défense de sa fille. Il y a une certaine ambivalence, la maman avait besoin de l'aide du papa mais lui reprochait après.

L'interne a expliqué que sa difficulté de se faire régler est en lien avec « je ne sais comment faire pour l'aider », « c'est que je ne peux rien faire pour elle » tout en se positionnant dans une relation d'aide « j'étais là pour l'aider ». À plusieurs reprises, la remarque a été faite que dans nos études, « on nous apprend à régler un problème ». L'interne cherchait des solutions « peut être qu'on aurait pu essayer de trouver une solution », elle a alors évoqué la possibilité d'une rencontre avec la fille : « Il y a forcément quelque chose qui ne va pas, elle est en souffrance et il faut essayer de comprendre pourquoi. Cependant, elle ne va pas voir les psychiatres, ni les éducateurs, on ne peut pas trouver la solution à sa place. » Un participant a alors répondu : « on est là pour que les patients verbalisent devant nous, pour qu'ils puissent prendre conscience des choses, mais pas pour leur apporter une solution toute prête » Le fait de verbaliser devant quelqu'un « permet de prendre du recul et de trouver des solutions », mais encore « de comprendre le problème ».

L'intervention des éducateurs a questionné le groupe : quel rôle la mère escomptait-elle qu'ils jouent ? Le rôle d'éducateur de sa fille ? Qui les a fait intervenir ? La mère paraissait déçue de leur rôle, qu'en attendait-elle ?

L'interne a rencontré cette personne à trois reprises ; pourquoi cette femme est revenue en consultation avec cette interne ? Cette dernière lui a exprimé le désir de la revoir « j'aimerais bien vous revoir », il y avait le témoignage d'une attention, est-ce que cela a eu un impact sur le fait qu'elle revienne ? Puis après ces rencontres, elle lui a proposé de revenir si elle en ressentait le besoin, car elle sentait la patiente moins anxieuse ; à la question « est-ce que tu ne lui as pas fixé de rendez-vous parce que tu n'étais pas à l'aise avec son symptôme ? », elle a répondu non. Elle a été déçue de ne pas la revoir.

Cette femme avait besoin d'être rassurée par son médecin en ayant la possibilité de le rencontrer si elle en avait besoin. Lors des consultations, elle a pu dire ce qu'elle ne



s'autorisait à dire ailleurs: elle n'en pouvait plus de sa fille. Le cabinet médical était un lieu où elle pouvait parler sans jugement, mettre des mots sur ce qu'elle ressentait.

En tant que médecin, il est constaté que nous pouvons ressentir des choses mais qu'il est difficile de les retranscrire avec des mots. En parler en groupe permet de prendre du recul, en écho, avec un patient prenant de la distance en se confiant à son médecin.

Chacun s'est exprimé sur sa manière de concevoir une consultation dont le motif était d'ordre psychologique, et le rôle médical dans une telle demande. Certains pensaient que nous restions dans une évaluation médicale, avec une évaluation du risque suicidaire. Il a été évoqué la possibilité de l'adresser vers un psychiatre, « Le fait d'aller voir les psys était probablement la seule solution »; De quoi cela dépend-il? Certains ont évoqué que le problème était la fille. Une personne nous a alors raconté une histoire où elle a adressé la patiente vers une psychologue car elle sentait qu'il y avait trop de projections de sa part.

### **III) Analyse de la séance**

Cette séance s'est déroulée d'une manière particulière. En effet, les internes ont été interpellés lors de la séance précédente sur leur manière d'envisager le règlement, ce que cela impliquait. Il avait été souligné une difficulté, pour certains membres du groupe, de demander un paiement lorsque les patients consultaient pour des plaintes hors du champ médical. Il avait alors été proposé de réfléchir autour de cette question, et de parler de cas qui pouvaient illustrer ce thème. L'interne a raconté cette histoire autour de laquelle le groupe a discuté pendant deux heures. Il est intéressant de noter le travail de réflexion de cet interne préalable à cette séance, en s'interrogeant sur des consultations dans sa pratique.

Certes, l'évaluation du risque suicidaire est importante pour prioriser la prise en charge, mais il existe un risque de ne pas entendre la plainte ou la demande du patient en restant dans un cadre d'évaluation.

La patiente reproche au père sa violence, et le rend responsable de la violence de leur fille. Elle est également déçue de l'intervention des éducateurs en mentionnant que la situation s'aggrave depuis leur rencontre avec l'adolescente. Nous avons l'impression qu'elle est en attente des autres pour que la situation s'améliore, mais nous ne l'entendons pas se questionner par rapport à sa position, à la responsabilité qu'elle peut avoir. Ce qui est d'autant plus étonnant est que l'interne nous explique la sympathie qu'elle ressent pour cette femme en nous expliquant qu'« elle n'était pas trop dans le fait que c'était la faute de tout le monde, que personne l'aidait », « elle prenait plutôt sa part de responsabilité, elle essayait de s'en sortir, elle voulait de l'aide mais malheureusement, elle n'en trouvait pas, et sa fille n'allant pas aux rendez-vous fixés par les éducateurs ». Ces rendez-vous manqués décevaient la mère « car c'était probablement la seule solution ».

La position du patient, celui qui demande des soins, n'est pas très claire. Est-ce la fille ou la mère ? La personne initiatrice de la consultation est la mère, cependant, la discussion tourne autour de la fille. De plus, une confusion régulière existe entre la mère et la fille, dans le discours, de qui parle-t-on ? De cette mère, dont la position de fille envers ses parents est évoquée, de la fille, dont sa mère a peur qu'elle devienne mère ?

Différentes positions maternelles sont évoquées : mère-confidente, avant la déscolarisation de la jeune fille, la mère et sa fille avaient une relation très proche; maman-copine, ce terme est évoqué par l'interne ; mère-enfant, concernant la position de cette femme en tant qu'enfant de ses parents, où elle évoque leurs jugements par rapport à son divorce, et sa crainte de les décevoir encore une fois. L'interne est prise dans le jeu des places mises en scène par la mère.

Le rôle paternel représente l'autorité, le cadre, les limites « le cadre était représenté par le papa », ce qui est confirmé par l'appel du papa quand il est nécessaire de cadrer sa fille. Mais ensuite, la maman reproche au papa son comportement et son autorité, comment le père peut-il avoir une place légitime dans ce mode de fonctionnement ?

Quel est le rôle du soignant dans ce type de plainte ? Dans le cas d'une plainte somatique, le soignant peut apporter une solution avec un traitement, une ordonnance, des conseils, mais pour un mal-être, la réponse peut-elle être identique? Que vient

chercher la patiente lors de ces consultations ? Une écoute, de l'attention ? L'interne lui a probablement apporté ce qu'elle est venue chercher, à son insu, étant donné que celle-ci est revenue à plusieurs reprises.

De plus, l'interne souhaitait revoir cette patiente, et a été déçue lorsqu'elle ne l'a pas revue. En quoi la rencontre avec cette patiente la mobilise et lui fait plaisir?

L'interne désirerait trouver une solution aux difficultés de la maman, régler ses problèmes. Le terme « régler » est utilisé de différentes manières : régler un problème, régler une consultation. La définition du terme régler un problème est « donner une solution complète, définitive ». Dans ce cas, est-il possible de donner une solution complète et définitive à cette femme? L'interne ne pouvant régler le problème, peut-elle se faire régler la consultation ? De plus, le règlement de la consultation est l'aboutissement d'un entretien avec une personne qui vient faire une demande au médecin. L'interne parle de sa difficulté à se faire payer, est-ce en lien avec la difficulté d'entendre exactement la demande de la patiente dans cette situation ? Mais encore, le paiement de l'acte renvoie à la notion de compétence médicale. L'interne trouve que ses maîtres de stage sont « compétents » pour ce type de consultation. Il est vrai que ces aptitudes ne sont pas enseignées à la faculté, et le résultat n'est pas palpable immédiatement. La réponse proposée devant un problème d'ordre psychologique est l'évaluation par un psychiatre, ce qui est d'ailleurs proposé lors de la discussion en groupe. La confiance sur sa capacité à accompagner, aider et écouter les patients se travaille, et s'acquiert avec de l'expérience: « Malheureusement, je n'ai pu l'aider avec ma petite expérience, je n'ai pas pu la conseiller ». Le désarroi de cette interne est peut-être lié à sa volonté de lui donner des conseils. Quels conseils est-il possible de lui apporter ? Il est aussi envisageable que cette femme venait chercher un endroit où elle pouvait se confier et se sentir écouté.

## **5ème séance: « vous préférez rester avec vos douleurs abdominales alors ! »**

### **I) L'histoire racontée par l'interne**

Cette matinée-là, l'interne consulte seule dans le cabinet de son praticien, elle remarque qu'il y a très peu de consultations prévues.

Une femme d'une trentaine d'année vient consulter pour obtenir un arrêt de travail daté de la veille car elle n'a pas pu aller travailler du fait de symptômes digestifs. L'interne l'avait déjà rencontrée au début de son stage, avec le médecin, pour des symptômes d'étouffement et une peur de mourir étouffée, probablement en lien avec de l'anxiété. Le praticien lui avait fait part de son diagnostic, et proposé un traitement. Devant la réticence de la patiente, le maître de stage avait cherché dans tous ses tiroirs un comprimé d'anxiolytique, pour qu'elle le prenne devant eux. Il supposait que, si une ordonnance lui était remise, elle n'irait pas la chercher à la pharmacie. N'ayant pas trouvé ce qu'il cherchait, le médecin contraint, lui a finalement remis une ordonnance. Le comportement de la patiente s'était modifié au cours de la consultation, initialement froide et distante, elle s'était ouverte et était moins dans l'évitement des regards, plus souriante. Le médecin, après le départ de celle-ci fit la remarque à l'interne qu'elle n'irait probablement pas chercher le traitement, et était déçu de n'avoir trouvé ce qu'il cherchait dans son cabinet. L'interne pensait que ce médecin appréciait cette patiente.

Lors de cette nouvelle consultation, l'interne questionne cette femme quant-à ses symptômes digestifs : elle a présenté quatre épisodes de diarrhée la veille, associé à des nausées, qui se sont améliorés spontanément le jour de la consultation, ces symptômes l'ont empêchés de se rendre au travail la veille. Lors d'un groupe précédent, une discussion avait eu lieu sur l'antidatage des arrêts de travail ; l'interne avait retenu qu'il était possible de modifier la date de l'arrêt si le patient s'était manifesté le jour où il demande l'arrêt de travail. Elle demande donc à la patiente pourquoi elle n'est pas venue en consultation la veille. Cette dernière répond sèchement, qu'elle a essayé d'appeler la veille dans l'après midi mais que personne n'a répondu. L'interne lui fait part de son étonnement étant donné la présence de l'associé du médecin le mardi après

midi, et de plages libres ce jour-là en fin de matinée. Elle sent alors que la patiente est agacée par ces questions et lui propose de l'examiner pour se laisser un peu de temps de réflexion. Lors de l'examen clinique, tout à fait rassurant, l'interne lui parle de règles diététiques lors de manifestations intestinales, elle semble intéressée par ces conseils. Elles retournent ensuite autour du bureau. L'interne lui explique sa position et la nécessité de demander au praticien son accord pour antidater l'arrêt de travail. Le généraliste répond alors que la patiente est bien compliquée et prononce d'une manière fataliste « fais lui son arrêt de travail ». L'interne, après être revenue dans la salle de consultation, lui explique qu'elle va donc rédiger l'arrêt de travail sous la responsabilité du maître de stage. Elle lui propose alors un traitement anti-diarrhéique, qu'elle refuse, puis du paracétamol, sa réaction est identique. L'interne est vraiment agacée par le refus de toutes les propositions thérapeutiques, et dit spontanément à la patiente « vous préférez rester avec vos douleurs abdominales alors ». Suite à cette phrase, la patiente a fusillé du regard l'interne et plus aucune discussion n'était possible, cette dernière s'en voulait d'avoir émis ce jugement. La patiente a sorti son chéquier, le jeune médecin a fait l'arrêt de travail, dans une ambiance glaciale, et la jeune femme a quitté la salle de consultation.

Par la suite, l'interne a parlé au médecin de son désarroi concernant le planning vide et le médecin a répondu « tu te poses une question qu'on se pose tous lorsqu'il n'y a pas beaucoup de patients »

## **II) Réflexions, questionnements et discussions du groupe**

### La relation avec la patiente :

Cette patiente paraissait déterminée sur les soins la concernant, savait qu'elle ne souhaitait pas de médicaments, ce que confirmait son attention aux règles diététiques. Certains internes ont eu l'impression qu'elle ne voulait pas de soins. Qu'est ce qu'est le soin ? L'arrêt de travail n'est-il pas du soin ? De plus, n'y avait-il pas autre chose derrière cette demande ? L'interne, pendant la consultation s'est questionnée sur son contexte professionnel, personnel. Existait-il un lien avec sa demande d'arrêt de travail ? Les symptômes digestifs étaient-ils le « symptôme » d'autre chose ? Ces pensées étaient influencées par le motif de la première consultation.

Plusieurs hypothèses ont été émises dans le but de comprendre pourquoi une relation de qualité n'a pu se créer. Evoquer avec elle la possibilité d'appeler ou de venir en consultation la veille a peut être été entendu comme une remise en cause de ses dires. De plus, le groupe a imaginé que la patiente pouvait ressentir une certaine culpabilité à demander cet arrêt de travail, qui pourrait expliquer son agressivité. Aussi, le fait de venir en consultation avec ses symptômes n'étaient peut-être pas envisageable pour elle. Lors d'une séance antérieure, nous avons discuté de la question de modifier la date de l'arrêt, il est intéressant de remarquer que les internes n'ont pas retenu la même chose; en effet, celle ayant présenté le premier cas nous a expliqué qu'elle antidatait plus facilement, alors que celle présentant ce cas a dorénavant moins de facilité pour modifier la date sur l'arrêt.

A plusieurs reprises, l'interne a fait part de son agacement, de sa volonté que la patiente s'en aille, « je n'avais pas envie de l'aider ». Elle a expliqué qu'elle n'était plus dans une position professionnelle, elle n'acceptait pas l'absence de prescriptions médicamenteuses, pour elle « le refus d'ordonnance discréditait complètement son symptôme ».

A quelle douleur pensait l'interne lorsqu'elle a prononcé: « vous préférez rester avec vos douleurs alors ? ». Initialement, elle supposait parler de douleurs physiques. Cependant lorsque cette question lui a été renvoyé en groupe, elle s'est rendue compte que le terme douleur pouvait aussi concerner des souffrances psychiques, d'autant plus que la patiente était déjà venue pour de l'anxiété.

#### La position de cette interne :

L'interne n'a pas eu l'impression d'être reconnue dans son rôle, se sentait un comme prestataire de service pour rédiger l'arrêt de travail. Elle devait s'adapter au fonctionnement du praticien et a expliqué être obligée d'agir « dans la position dans laquelle il me met », et n'a donc pas vraiment eu de libre arbitre.

Celle-ci s'est décrit comme une « petite jeune, avec ses grands principes », et pensait qu'elle n'avait pas de crédit auprès de cette patiente. Elle a expliqué cette position par le coté paternaliste du médecin, qui l'a installé dans une position d'élève, « dans mon comportement, je reste à cette place d'interne qui fonctionne sous l'aile du praticien », où la seule vérité était celle du médecin « dans son cabinet, il est de bon ton que je fasse comme lui ». De plus, la manière dont l'interne était présenté dans le cabinet, « voila..., une interne qui vient nous voir en campagne » majorait très probablement cet

effet. Les patients ont manifesté à plusieurs reprises une déception de constater que la consultation serait avec l'interne et non avec leur médecin. Cette déception a généré chez elle une remise en question de ses compétences et de sa capacité à rentrer en relation avec les patients.

L'interne a évoqué son désarroi quant-au planning vide et il a été souligné que ce contexte a probablement influencé le déroulement de la consultation. L'interne a expliqué avoir eu l'impression de ne pas plaire aux patients, « je ne plais pas aux gens, ma manière de faire ne leur plait pas ».

De plus, elle a exprimé que « ça ne se passait pas comme je l'imaginai », ce qui signifie qu'elle avait une attente précise, mais aussi qu'elle voulait être dans une certaine maîtrise de la situation, et donc peu ouverte à ce qu'il se passait. « C'est elle qui dirigeait, on inversait les rôles »

Elle a témoigné de la rupture avec son comportement habituel : « d'habitude, j'essaie de m'adapter », « peut être que j'ai tendance à être trop gentille avec les patients, c'est-à-dire à trop écouter leur demande et essayer d'y accéder, pour qu'ils sortent satisfaits de la consultation ».

#### Cette patiente :

Que représentaient les traitements médicamenteux pour elle ? Pour elle, le traitement anxiolytique ne pouvait-il pas être en lien avec la perte de la maîtrise de soi ? Cette patiente a provoqué des réactions chez le médecin lors de la première consultation; il ne vidait pas ses tiroirs à chaque consultation. Elle engendrait également chez l'interne un certain agacement. Que provoquait cette patiente pour mobiliser autant les deux médecins? L'interne avait perçu pendant la première consultation que la situation ne déplaisait pas au généraliste; nous pouvons imaginer qu'il s'est instauré un rapport de force entre les deux protagonistes, « à celui qui aura le dernier mot », mais aussi un rapport de savoir. Cette patiente était institutrice, son métier était donc de transmettre un savoir et avait un rôle éducatif, ce qui pouvait être aussi la position du médecin dans une relation avec un patient, et a fortiori avec cette patiente.

#### Effet miroir :

Il a été constaté par le groupe que l'interne était dans un comportement de répétition de ce qu'il s'était passé lors de la première consultation. En effet, elle voulait prescrire un traitement médicamenteux alors que ce n'était pas la demande de la

patiente, comme le médecin généraliste, qui souhaitait qu'elle prenne un traitement anxiolytique, plus ou moins de force, en le cherchant dans tous ses tiroirs. Il a été évoqué que cet acte était « contre nature » pour l'interne, et qu'elle était prise dans un comportement influencé par le lieu et la consultation précédente « c'était dicté par la manière de faire dans le cabinet ».

De plus, Il existait un écho dans le manque de communication entre le généraliste et cette interne, ainsi qu'entre cette dernière et la patiente.

La réponse de ce médecin à un symptôme était un traitement médicamenteux, l'interne a eu le même comportement, un symptôme, un médicament, sans réellement entendre la demande.

#### Relation de l'interne avec le maitre de stage :

L'interne a expliqué à plusieurs reprises qu'il ne s'agissait pas de sa patientèle, qu'elle n'avait pas envie « de broser les patients dans le sens du poil ». A travers ces réflexions, l'interne a verbalisé un message envers son maitre de stage. Elle trouvait qu'il était quelqu'un d'autoritaire, se plaçant dans une position paternaliste, détenant la science, sans remise en question, et très sûr de lui.

Elle a demandé au médecin généraliste d'indiquer aux patients, lors de la prise de rendez-vous que la consultation se déroulerait avec elle, ce qui avait eu comme effet une agressivité du généraliste et une incompréhension de la demande.

#### Relation triangulaire :

Au cours de la discussion et de la réflexion de l'interne, cette dernière a pu comprendre dans quelle relation triangulaire elle était prise, et les influences que cela a pu avoir dans son comportement de répétition.

### **III) Analyse de la séance**

Que s'est-il passé lors de cette consultation ? Quelle était la demande de cette patiente ? Existait-il une autre demande derrière celle présentée ? Sa demande avait-elle un lien avec les manifestations anxieuses antérieures ? Pourquoi l'interne a-t-elle exprimé tant de hâte à ce que cette consultation se termine, tant d'agacement ?



L'interne a remis en question le médecin en lui demandant de modifier ses habitudes, mais aussi les dires de la patiente en lui exprimant son étonnement de non consultation la veille. Les deux ont alors manifesté de l'agressivité à son égard. La réaction de la patiente pouvait-elle être liée à la déception de constater que la consultation était réalisée par l'interne? Attendait-elle de rencontrer son médecin, d'autant plus qu'elle a appris qu'il était juste à côté. Ne pouvait-elle pas l'interpréter comme un manque d'attention de son médecin ?

L'interne était dans une situation où elle avait besoin d'être rassurée quant à ses compétences professionnelles et relationnelles au vu du nombre de consultations prévues. Elle attendait, peut être, de ce rendez-vous un certain réconfort, ce qui pourrait expliquer partiellement le déroulement de cette consultation. Elle a énoncé qu'elle ne se sentait plus dans une position professionnelle, il y avait une recherche de reconnaissance. Puis, elle a exprimé son désir de plaire : plaire à qui ? A cette patiente, au médecin ? Peut-il s'instaurer une relation de qualité entre un médecin et un patient quand cette notion rentre en jeu ? Peut-on être dans une relation d'aide et de soins ?

L'interne a reproché au médecin de ne pas être ouvert à la discussion. Était-elle en position d'écoute elle-même avec cette patiente ?

La définition du terme paternaliste est « attitude de quelqu'un qui se conduit envers ceux sur qui il exerce une autorité comme un père envers ses enfants ; manière de diriger, de commander avec une bienveillance autoritaire et condescendante ». Ce terme est utilisé par l'interne pour décrire le comportement du médecin généraliste. L'utilisation de ce mot n'avait-il pas un sens aussi dans sa propre histoire?

Suite à la discussion, l'interne a pris conscience de sa position entre cette femme et le médecin, ainsi que ce qui se jouait dans leur relation, influencée par le maître de stage. De plus, elle a constaté la maîtrise dans laquelle elle était, et son absence d'ouverture sur ce qui se passait. Sur le plan sémantique, nous pouvons faire le rapprochement entre maîtrise et maître de stage.

## **6<sup>ème</sup> séance, 1<sup>er</sup> cas: « Je n'ai pas eu l'impression d'avoir le choix »**

### **I) L'histoire racontée par l'interne**

« En partant à ce groupe de paroles ce matin, je n'étais franchement pas prête à raconter une histoire. L'histoire avec le « toxico » m'a traversée l'esprit, mais je ne pensais pas que ça pourrait occuper une séance. Et puis au début, personne ne se lançait et je me suis surprise à parler de cette histoire.

Un samedi matin, je suis seule en consultation, un des patients n'est pas là, j'appelle donc le patient suivant. Puis lors de cette consultation, la secrétaire m'appelle au téléphone en me disant qu'il est finalement arrivé. Il est grand, jeune, la trentaine, en sueur ; je me dis qu'il a dû se presser. Il me dit qu'il a besoin d'un renouvellement de traitement, il est sous rivotril® pour épilepsie. Je l'interroge sur cette épilepsie mais il répond « à côté ». Enfin, il m'avoue être sous buprénorphine, 6 mg par jour. A nouveau, il ne répond pas à mes questions sur cette toxicomanie. Il est très agité, je commence à être malaise. Je ne me sens pas en sécurité. Il saute du coq à l'âne, me dit qu'il a une femme et deux enfants. Il n'a pas de médecin attitré, car change de région fréquemment. Il confirme être en manque. Je n'ai pas eu l'impression d'avoir le choix, j'ai fait cette prescription pour 15 jours. »

### **II) Réflexions, questionnements et discussions du groupe**

Cet homme était âgé d'une trentaine d'années, était en couple, avec deux enfants. Il travaillait comme saisonnier, c'est pour cette raison qu'il changeait régulièrement de domicile, et n'avait donc pas de médecin attitré. Il a expliqué à l'interne qu'il a essayé de s'installer, car il pensait que ce n'était pas une vie pour ses enfants. Il était actuellement dans la région pour faire les vendanges.

Nous savons peu de choses sur l'histoire de sa toxicomanie. L'interne a répondu à la question : « que connaissez-vous de l'histoire de sa toxicomanie ? » : « Il m'a avoué que

s'il n'arrivait pas à avoir de médicaments par le médecin, il irait en acheter dans la rue. Il m'a dit aussi qu'il trouvait cela bien différent de s'injecter quelque chose et de prendre des médicaments ». Il a été remarqué des similitudes entre la position de médecin et celle de dealer, en lien avec la prescription de produits addictifs en se faisant payer.

L'interne a expliqué qu'elle ne souhaitait pas approfondir la consultation et la rencontre, qu'elle n'avait envie que d'une chose: qu'il s'en aille. Elle ne désirait pas avoir de projet de soin avec lui, et n'avait aucune confiance en lui. Cependant, elle a essayé de garder sa position de médecin en lui proposant une diminution des doses. A la question « est-ce que vous souhaiteriez vous interroger sur la rencontre avec les toxicomanes ? », elle a exprimé de nouveau, son malaise, et a expliqué son jugement négatif sur les toxicomanes, avec une image de « descente aux enfers ».

De plus, il répondait toujours aux questions à côté. L'interne n'osait pas approfondir, de peur qu'il s'énerve ; quant à l'examen clinique, elle a expliqué qu'elle y a pensé au début en se demandant ce qu'elle devait faire, puis elle a oublié. Elle a souligné que son oubli n'était probablement pas anodin, et qu'elle n'avait aucune envie d'avoir de contacts physiques avec lui.

Le groupe a constaté que cet homme a payé en liquide. En effet, il a expliqué qu'il n'avait pas de carte vitale, car selon ses dires, il n'avait pas de couverture sociale. Le groupe a remarqué que cela évite de laisser des traces des prescriptions et des délivrances ; nous nous sommes interrogés sur la réalité de sa réponse concernant le fait qu'il ne soit pas assuré. Le patient a fait remarquer que le nom de l'interne qui signait l'ordonnance n'était pas le même que les noms sur l'ordonnancier. Ceci confirme, pour le groupe, une parfaite connaissance du système par ce patient.

L'interne a parlé régulièrement de son malaise et a expliqué que le patient est arrivé en retard, en sueur, un peu « speed », très poli, mais froid. L'interne l'a décrit, habillé avec un jogging blanc, avec une démarche particulière, et des cernes importantes. Il a initialement parlé d'un renouvellement de traitement par Rivotril® pour des crises d'épilepsie. Lorsque l'interne lui a posé la question depuis quand, il répondit: « c'est génétique ». Et c'est ensuite qu'il lui a dit qu'il est sous buprénorphine. Sur le plan de la

communication, l'interne a expliqué: « je crois qu'on ne parlait pas ensemble, il donnait des réponses à des questions qu'on lui avait déjà peut-être posées auparavant, je lui posais des questions et il n'y avait pas de réponse, je n'ai pas du tout senti de relation. »

L'atmosphère de la consultation était décrite comme angoissante et lourde. En effet, l'interne s'est fait la remarque que si elle avait dû sortir rapidement de la salle, cela aurait été compliqué vu le positionnement du bureau. La réalisation de l'ordonnance était motivée par le constat de signes de sevrage, mais aussi par la volonté de se protéger. De plus, elle s'est dit que si elle ne faisait pas l'ordonnance, il irait en chercher dans la rue. Une fois celle-ci remise, elle avait fait « ce qu'elle avait à faire » dans ce sentiment d'insécurité, la suite appartenait au patient. Mais elle n'était pas fière ; si elle a raconté cette histoire en groupe de parole, c'est que cela a dû la marquer. Elle se demandait ce qu'elle ferait la prochaine fois et questionnait le groupe sur son point de vue.

L'interne a exprimé son désir d'en discuter avec la secrétaire qui avait également rencontré ce patient, pour connaître son ressenti, mais aussi lui dire qu'elle aimerait que cela ne se reproduise pas. Lorsqu'elle a eu l'occasion d'en discuter avec son maître de stage, il lui a dit « tu t'es faite avoir ».

En fin de discussion, l'interne a fait le lien entre cette rencontre et un épisode antérieur de sa vie « c'est en discutant que je fais le lien entre mon histoire et cette consultation ».

### **III) Analyse de la séance**

L'interne a énoncé assez clairement que son comportement a été dicté par la crainte de cet homme: « je ne suis pas contente de cette consultation, je suis passée à côté, ce sentiment d'insécurité m'a envahie ». Elle voulait qu'il s'en aille, et pensait ne pas avoir été dans une position soignante envers ce patient. Pourquoi n'était-elle pas satisfaite ? Existe-t-il une bonne réponse à la demande de ce patient ? Elle a assumé sa position de médecin, en écoutant la demande, en recherchant les signes de sevrage, en proposant une diminution, tout en se protégeant, avec un comportement adapté à ses peurs.

Elle répétait souvent « je suis passée à coté », « il répondait à coté », à coté de quoi ? Comme s'ils tournaient autour de quelque chose qui n'était pas verbalisé. Mais, peut-être que le fait d'éviter une rencontre « frontale » était salvateur pour l'interne et le patient ? Faut-il le considérer comme un raté ?

Elle a dit qu'elle a eu l'impression de ne pas avoir le choix, le choix de quoi ? Pourquoi a-t-elle eu cette impression ? Dicté par cet homme, par sa propre peur ?

Le patient, à travers son discours, était culpabilisateur envers le médecin. Il lui a dit : si elle ne lui remettait pas l'ordonnance, de toute façon il irait en chercher dans la rue, ce qui pouvait rendre, implicitement, le médecin responsable. De plus, elle s'est demandé si le patient l'utilisait pour revendre les produits dans la rue.

Le groupe a repéré une circulation de non dits, en effet l'interne a exprimé à plusieurs reprises qu'elle se posait beaucoup de questions mais elle ne lui demanda pas.

Les termes de malaises et mal à l'aise sont utilisés à plusieurs reprises. L'interne l'a expliqué par plusieurs raisons : la peur de sa réaction si elle lui disait non, son sentiment d'être utilisée, son sentiment de participer à quelque chose d'illégal.

Elle a parlé régulièrement de sentiments, de ressentis, et a expliqué que « cette séance m'a beaucoup appris sur moi-même, m'a permis de mettre des mots sur des ressentis grâce aux questions que l'on m'a posées ». Le fait de nommer les choses a permis une amélioration du malaise de l'interne comme si elle avait « confessé », « je ne sais pas pourquoi cette idée d'avoir pêché me vient soudain, peut-être que si j'avais mis moins de quinze jours, je me sentirais mieux... »

Pourquoi utilisait-elle les termes de « pêcher » et « confesser » qui sont d'ordre religieux ? Le terme « descente aux enfers », également d'évocation biblique, pouvait être entendu comme impossible à sauver, dans la position médicale de l'interne.

Lorsqu'elle en a parlé avec son maître de stage, celui-ci lui a dit « tu t'es faite avoir » et lui conseilla de ne prescrire que pour trois jours la fois prochaine. Cette

phrase a résonné pour l'interne et celle-ci a alors exprimé sa culpabilité en lien avec la durée de la prescription. Pensait-elle la même chose avant d'en parler avec le médecin ? Était-ce les paroles du maitre de stage qui majoraient ce malaise et cette culpabilité ? Qu'est ce que se faire avoir ? Pourquoi se faire avoir ? Sommes-nous dans un affrontement où l'enjeu est d'avoir ou de ne pas avoir ? La position de l'interne n'était-elle pas plutôt dans l'« être » que l' « avoir »?

La prescription pour quinze jours était-elle anodine ? Cette durée de prescription, plutôt que trois jours, comme le suggérait son maitre de stage, ne permettait-elle pas de mettre de la distance entre elle et lui ?

Elle a avoué porter un jugement négatif sur les toxicomanes, avec une « descente aux enfers », et ne souhaitait pas s'investir dans ce type de relation. Mais en même temps, elle a expliqué avoir suivi d'autres toxicomanes, avec qui cela se passait bien. Pourquoi émettait-elle un jugement négatif sur eux, qu'est-ce que cela a fait résonner en elle ?

L'interne a été questionnée concernant une exposition antérieure dans une situation angoissante dans le cadre professionnel. Elle a fait le lien avec une histoire personnelle. Sa réaction lui a permis de se protéger de sa peur en lien avec cette expérience passée, et la discussion en groupe lui a permis de prendre conscience de ce qui se jouait pour elle et l'influençait.

## **6<sup>ème</sup> séance, 2<sup>ème</sup> cas: « Alors, il t'a demandé une augmentation ? »**

### **I) L'histoire racontée par l'interne**

En deuxième partie de séance, une interne a souhaité nous parler d'un homme qu'elle a vu à trois reprises en consultation, toute seule. Elle le rencontrait tous les mois pour le renouvellement d'un traitement par Subutex®. Il était convenu avec l'équipe d'addictologie de ne pas majorer la posologie du Subutex® car il existait un fort risque de mésusage pour ce patient. Ce jour-là, elle le trouvait particulièrement fatigué, et essaya de comprendre pourquoi. Finalement, il demanda à ce que la dose de son traitement soit augmentée, ce que redoutait l'interne. En effet, après les deux premières consultations, au cours de la supervision indirecte, le maître de stage demandait s'il avait voulu majorer les doses. L'interne était gênée d'augmenter, essayait de comprendre ce qui n'allait pas. Pour se laisser un peu de temps, elle l'a examiné et a constaté des nodules sous cutanés, avec des lésions de prurit. Il expliqua ces lésions en parlant de tics comme son père. Puis cet homme, jeune père, souhaitait également une consultation pour son fils de deux mois. Par la suite, l'interne s'est dit que le patient paraissait moins bien et que de toute façon, il prenait déjà six comprimés par jour, alors que la prescription était de cinq. Elle lui a donc fait part de son accord pour majorer le traitement uniquement pendant un mois, avec l'objectif de le diminuer dans un mois. Elle se sentait mal à l'aise par rapport à son maître de stage, mais ne se voyait pas non plus dire au patient de rester avec ses symptômes. Le soir, lors de la supervision, le médecin lui a posé la même question, et cette fois-ci, elle lui déclara qu'elle avait augmenté. Il lui demanda alors pourquoi elle ne l'avait pas appelé, l'interne lui répondit qu'elle n'y avait pas du tout pensé, de plus, cela lui paraissait délicat de discuter avec le maître de stage devant le patient, de son addiction et de son ressenti.

### **II) Réflexions, questionnements et discussions du groupe**

Lors de la discussion sur la remarque du maître de stage, indiquant la possibilité pour l'interne de l'appeler, cette dernière répondit initialement qu'elle était gênée de discuter de cette situation devant le patient, puis elle a évoqué l'impossibilité de faire

différemment de ce qu'il aurait proposé si elle l'avait appelé. Elle a expliqué qu'elle a réagi en fonction d'elle, et qu'il n'y a pas de réponse universelle. Lors de la supervision, le médecin avait en effet une position très catégorique, en expliquant que si le patient n'était pas content, il pouvait aller voir ailleurs. Ces paroles ont appuyé la position de l'interne « si je l'avais appelé, il m'aurait dit réagis comme ça, je ne réagis pas sur commande ». Pour celle-ci, le refus de l'augmentation signifiait un refus de prise en charge. Elle se trouvait confrontée « à garder son opinion ou pas ». Le groupe a été demandé si le fait de refuser l'augmentation signifiait qu'elle n'était pas dans une relation de soins ? Le but ne pouvait-il pas être de le protéger d'une escalade thérapeutique ? Ses symptômes étaient-ils en rapport avec le sevrage ? Un lien pouvait-il exister avec le fait qu'il était papa depuis deux mois ? Le patient, en parlant de ses nodules, dit « c'est génétique », comme son père. Il est demandé quelle signification ces paroles pouvaient avoir pour lui ? Dans quoi était-il impliqué ? De plus, le maître de stage a évoqué avec l'interne le temps qui lui a été nécessaire pour réussir à dire non, ce qui a conduit l'interne à penser qu'elle ne pouvait pas savoir le faire en une seule consultation.

Elle l'a décrit comme un personne plutôt introvertie, qui parle peu, non manipulateur, « sauf pour les comprimés ». Elle n'a pas ressenti qu'il la testait. Elle s'est tout de même questionnée sur le fait qu'il vienne en consultation le mardi, jour où elle était seule dans le cabinet. Elle a alors expliqué que peut-être le patient venait lui faire sa demande à elle, car le médecin ne l'entendait pas.

Il a demandé à l'interne en début de consultation, si elle pouvait examiner son enfant qui avait des selles plus molles qu'à l'habitude. L'interne a accepté. Il est remarqué qu'il lui en demande toujours plus. Examiner l'enfant a permis à l'interne de prendre du temps pour réfléchir à la demande du père.

Le groupe a senti que le maître de stage n'était pas vierge de toute histoire avec ce patient, de part ses questionnements insistants lors des supervisons précédentes. L'interne n'était pas neutre non plus, elle l'avait déjà rencontré à deux reprises, un lien s'était donc créé entre eux. De plus, les problématiques énoncées du médecin ont sans doute résonné pour l'interne, car en effet, elle a supposé que s'il n'avait pas prononcé ces paroles, elle se serait posée plus de questions sur ce qu'elle aurait fait. Il est donc



remarqué la place de l'interne, entre le patient et le maître de stage, l'influence de la relation avec le maître de stage sur la rencontre avec ce patient.

Elle a évoqué à plusieurs reprises des tensions présentes entre le maître de stage et elle-même. Le médecin la laissait seule en consultation avec ce patient, alors qu'il l'a mise en garde à plusieurs reprises sur une potentielle demande d'augmentation, le médecin testait-il l'interne ? De plus, celle-ci réalisait beaucoup de consultations seule, et reprochait au médecin d'être peu présent, mais elle a fini par dire qu'elle préférait les solos, sinon ils étaient en retard. L'interne a exprimé : « on fait à la place de, avec le praticien », elle a pensé qu'il la considérait comme sa remplaçante.

### **III) Analyse de la séance**

Lors de la supervision indirecte après les deux premières rencontres avec ce patient, le maître de stage a demandé à l'interne si le patient l'avait sollicité pour majorer le traitement. Cependant, aucune discussion n'a eu lieu autour de cette potentielle requête. La relation entre le maître de stage et le patient était sans doute chargée d'histoire. Que s'est-il passé entre eux ? Que connaît le médecin de ce patient ? Comment le médecin savait que ce patient ferait cette demande à l'interne ? Cherchait-il un nouvel interlocuteur ? Quelles ressources pouvaient avoir l'interne ?

Elle a expliqué à plusieurs reprises qu'elle était mal à l'aise par rapport à son maître de stage. Elle se questionnait pourquoi le patient venait le mardi, jour de sa présence et donc d'absence du médecin.

L'interne a estimé que le patient allait moins bien et a donc accédé à sa demande de majoration de posologie : elle a expliqué qu'elle assimilerait son refus à un refus de soins. Être soignant veut-il dire accéder à toutes les demandes de ce patient ? Ses symptômes de mal-être étaient rattachés à un syndrome de manque, mais ce malaise ne pouvait-il être lié également à sa propre histoire familiale de jeune papa, de son rapport avec son père (« comme mon père »), nécessitant alors une autre forme de soin.

De plus, l'interne en acceptant l'augmentation savait qu'elle allait à l'encontre du praticien. Ces soins étaient-ils seulement dans l'intérêt du patient ou également dans le but de s'affirmer, de s'opposer à son maître de stage. Pourquoi a-t-elle omis d'en

discuter avec le médecin, pourquoi cela lui paraissait compliqué de l'appeler? (« Je ne me voyais pas l'appeler, j'aurais été encore plus gênée dans la prescription surtout dans ma position d'interne », «la question était est ce que je garde mon opinion ou pas ? »). Elle a expliqué qu'elle aurait été plus réticente à majorer le traitement, si le maître de stage ne lui en avait pas parlé plusieurs fois. Pouvait-on interpréter son acte comme une provocation et un défi envers lui ? On a eu l'impression que leur relation venait parasiter la rencontre avec cet homme. On connaissait très peu ce patient, la discussion était centrée sur la position de cette interne envers son maitre de stage. Etait-elle obligée de respecter ce que le médecin lui disait, ne pouvait-elle pas lui faire part de son questionnement, et de sa difficulté de faire différemment ? Le praticien n'a pas non plus questionné l'interne sur l'état du patient, on a l'impression que l'histoire de ce patient toxicomane se résumait à une dose de subutex®.

L'interne nous a expliqué les difficultés relationnelles qu'elle pouvait ressentir avec son maitre de stage. Celle-ci se sentait plus remplaçante qu'interne, son maitre de stage est très peu présent. Elle revendiquait sa liberté d'opinion, de ne pas reproduire le schéma dicté par son maitre de stage. Cependant, son discours était ambivalent car elle lui reprochait de ne pas faire de duos mais en même temps lorsqu'elle consultait avec lui, elle a dit être mal à l'aise à cause du retard.

Quelle est la différence entre interne et remplaçant ? L'interne peut discuter avec le médecin des situations rencontrées, alors qu'en tant que remplaçant, il n'y a pas de temps de supervision. Également, le remplaçant n'est pas dans une position d'attente de validation du médecin. Le temps nécessaire pour parler entre l'interne et son médecin est-il la cause du retard ? Mais ne permet-il pas des échanges ? Ne pas faire de consultations en duos était-ce une manière de ne pas rentrer en contact avec ce médecin, comme de ne pas l'appeler ?

Le fait d'être dans la gestion d'un symptôme, d'une demande, ou d'une relation, ne risque-t-il pas de ne pas entendre ce qui se passe ? Cela permet-il de se protéger du spontané par un cadre ?

## **7<sup>ème</sup> séance: « Eux, ils veulent que j'avorte »**

### **I) L'histoire racontée par l'interne**

L'interne nous a parlé de sa rencontre avec une jeune femme de 19 ans aux urgences gynécologiques. Elle consultait pour des métrorragies dans le cadre d'une grossesse non désirée, et était adressée par son médecin traitant. La patiente était étudiante infirmière, comme son petit ami. Elle prenait la pilule, régulièrement, n'avait pas fait d'oubli particulier, mais avait eu des épisodes de vomissements, ce qui expliquait probablement la grossesse. Lors de l'échographie, l'interne a visualisé un sac gestationnel, mais aucune activité cardiaque n'a été détectée, ce qui était normal au vu du terme. Il lui a alors expliqué qu'il faudrait contrôler l'échographie une semaine plus tard pour savoir si la grossesse était évolutive. La patiente lui a expliqué qu'elle pensait avoir recours à un avortement. L'interne a ressenti que cette décision n'était pas vraiment celle de la jeune femme, mais plutôt celle de sa mère, et de son ami « comme si elle était dépossédée de son corps ». Elle a alors expliqué que sa mère a déjà avorté deux fois, après l'âge de 30 ans, et donc qu'elle savait ce que c'était. L'interne lui répondit que c'était très important d'en parler, que c'était quelque chose qu'elle allait subir, en lui faisant part du malaise qu'il ressentait, et de la difficulté de le supporter si ce sont les autres qui l'ont décidé. L'interne s'est demandé s'il devait lui remettre les coordonnées du centre de planification, ne sachant pas si la grossesse était évolutive. L'interne a exprimé à plusieurs reprises l'importance que cela se passe sans trop de traumatisme pour sa vie future.

### **II) Réflexions, questionnements et discussions du groupe**

L'interne a ressenti un malaise à travers une phrase de la patiente : « eux, ils veulent que j'avorte ». Celui-ci a eu l'impression que la patiente était d'accord dans le fond, mais que sur la forme, elle voulait prendre la décision par elle-même, sans que « l'entourage lui force la main ». Il a eu l'impression que ses proches n'avaient pas saisi l'importance de cet acte. En particulier, il considérait que l'ami de la patiente, pourtant élève infirmier, « n'a rien compris », il ne pensait qu'à lui en imposant son choix et de

surcroit, n'était pas présent lors de la consultation. De plus, la mère de la patiente ayant déjà vécu ce type d'intervention, devrait en saisir l'ampleur. Il pensait que la décision « imposée » par les proches eu pour effet de mettre en doute la décision initiale de la patiente d'avorter, il a comparé cette réaction à une réaction d'adolescente.

L'interne était gêné par l'idée « qu'elle soit dépossédée de la décision », et son rôle était donc de la faire réfléchir. Il lui conseilla d'en parler avec son ami, et a insisté sur l'importance de prendre la décision à deux. Le groupe a confirmé la possibilité du médecin de soutenir le questionnement de la patiente. Cependant, l'interne a également fait part de ses craintes de l'influencer à travers son discours, et donc de la responsabilité qu'il aurait ressentie si finalement elle avait changé d'avis.

Un rendez vous a été pris pour la patiente au centre de planification par l'interne. Il a expliqué qu'il voulait savoir quelle attitude adopter, car en effet, il ne voyait pas de sens à ce qu'elle revienne la semaine suivante pour lui dire que la grossesse était viable. Un suivi au centre de planification permettait de constater l'évolution des saignements, ainsi que celle de la grossesse, et donc de continuer les soins adaptés à ce que voulait la patiente. Il nous a signifié qu'aux urgences, ils n'ont pas trop le temps de revoir les patientes, de passer du temps avec elles. Cette prise de rendez-vous au centre d'orthogénie a questionné le groupe : en effet, elle aura accès à de nombreux intervenants là-bas, et pourra trouver un soutien, mais lui avoir pris le rendez-vous revient à se substituer à elle et aux démarches qu'elle devait faire. Le rendez-vous n'était pas dans le but de programmer une interruption volontaire de grossesse, mais bien de rencontrer des gens « qui ont l'habitude ». Cependant, l'orienter vers un centre d'orthogénie impliquait déjà la patiente dans un choix par rapport à la suite de la grossesse.

Le groupe était étonné que les épisodes de vie de la mère soient évoqués par la patiente. Pourquoi a-t-elle parlé des avortements de sa maman ? Pourquoi cette dernière a-t-elle témoignée auprès de sa fille de ses expériences ? Pour banaliser l'acte ? Pour appuyer son point de vu, en lui disant qu'elle l'a déjà fait ? Ces actes et paroles n'inscrivaient-ils pas également cette jeune femme dans une reproduction de schémas familiaux ? De plus, comment la mère était-elle informée de la grossesse actuelle ? Il a

été demandé s'il ne pourrait pas y avoir un enjeu d'identification de cette jeune femme pouvant devenir mère, face à sa mère.

Nous avons discuté de la différence entre « être mère et avoir un bébé ». Cette jeune femme s'est retrouvée dans une position où elle pouvait être mère, mère d'un enfant de son ami, mais où sa mère a exprimé son avis quand à une possible maternité de sa fille, ce qui renvoyait la patiente à une position d'enfant. Elle ne pouvait travailler ces questions car on lui a dit que ce n'était pas possible, elle ne pouvait cheminer. Le fait de lui laisser le choix d'une consultation au centre d'orthogénie ou aux urgences lui permettait également d'être actrice dans ce cheminement.

L'interne a évoqué à plusieurs reprises ses inquiétudes pour une prochaine grossesse après un avortement. En effet, il a expliqué avoir rencontré plusieurs femmes qui avaient eu un avortement vers vingt ans, et qui n'arrivaient pas à avoir d'enfant par la suite, ou pour qui la grossesse était difficile. Pour lui, il y avait une grande différence entre une interruption volontaire de grossesse à vingt ou à trente ans. Il pensait que le traumatisme engendré était plus grand si la personne était jeune, avec une culpabilité, et un risque d'infertilité, « c'est une occasion ratée ». Il supposait un lien psychologique entre une interruption volontaire de grossesse à un jeune âge et la difficulté pour avoir des enfants par la suite, et a exprimé à plusieurs reprises « Il faut quand même penser à plus tard, si elle veut un enfant et qu'elle n'y arrive pas ». Il a énoncé en groupe qu'il souhaitait qu'elle réfléchisse, dans le but de la protéger. Le groupe lui a renvoyé qu'à travers ces paroles, il était dans ses projections de médecin. Les membres se sont questionnés sur la possibilité d'empêcher ce traumatisme et si le médecin en était responsable. De plus, il a été remarqué que cette question de fertilité était souvent évoquée lors de cette séance, en lien peut-être avec la proximité d'âge des personnes composant le groupe.

Finalement, cette patiente aura fait une fausse couche. L'interne a constaté une convocation pour un protocole cytotec®, et ne l'aura donc pas revu en consultation. Lors de ce constat, il était étonné qu'elle ait fait une fausse couche vu son jeune âge, il se demanda si le contexte n'a pas pu l'influencer. De plus, il s'était posé la question d'un possible acte manqué concernant l'histoire des vomissements.

Une élève infirmière était en stage aux urgences gynécologiques, lors du passage de cette jeune patiente, également étudiante infirmière. La patiente avait demandé à ce qu'elle ne soit pas présente lors de l'entretien et de l'examen. Les deux élèves ne s'entendaient pas. La stagiaire a posé des questions à l'interne par la suite, celui-ci lui a répondu qu'elle était enceinte, et qu'elle se posait des questions, en lui précisant qu'il fallait qu'elle reste discrète par rapport aux autres personnes de sa promotion.

La position de cet interne, homme, faisait qu'il « essayait de se mettre à la place mais ne pouvait comprendre les douleurs ». Il portait une grande attention à essayer de ne pas faire mal, de respecter le corps lors de l'examen gynécologique. Il se questionnait sur la place de chacun des membres du couple pour prendre une décision pour la suite de la grossesse.

### **III) Analyse de la séance**

La jeune patiente a exprimé le souhait d'interrompre sa grossesse mais l'interne a perçu un certain malaise dans cette demande, à travers la phrase « eux, ils veulent que j'avorte ». Ce souhait a questionné l'interne sur le libre arbitre et les influences extérieures de la patiente, mais aussi sur une possible culpabilité à l'avenir. Il faisait souvent référence à des femmes qui ont eu des difficultés pour avoir des enfants suite à un avortement, alors qu'elles étaient jeunes. Il a expliqué « je me souviens très bien d'une consultation avec une femme de 26 ans qui avait eu une interruption volontaire de grossesse et qui n'arrivait pas à avoir d'enfants, elle se sentait très mal ». De ces expériences passées, était-il possible de généraliser le fait qu'un avortement ait des conséquences néfastes sur la fécondité ultérieure ?

Plusieurs fois l'interne a fait référence à lui-même dans cette discussion. Était-ce une coïncidence ou se projetait-il dans les décisions de cette jeune femme ? Les questions soulevées étaient-elles celles de la patiente ou celles de l'interne ? « Moi, je voulais qu'elle réfléchisse, je la trouvais un peu passive dans cette situation ». Quand l'interne a exprimé avoir pensé que la patiente était d'accord dans le fond, mais que sur la forme c'était à elle de prendre la décision, était-ce la volonté de la patiente ou celle de l'interne ? L'irruption régulière des expériences du jeune médecin ne lui laissait peut-

être pas la possibilité d'entendre la patiente, pour qu'elle puisse exprimer son positionnement. L'utilisation du terme « déposséder » à deux reprises (dépossédée de la décision, de son corps) témoignait de la perception de qui, de l'interne, de la patiente?

Nous pouvons percevoir que l'interne, qui est un homme, décrit l'ami de la patiente, comme « quelqu'un qui manque de tact », et trouvait étrange qu'il ne soit pas présent, « il n'a pensé qu'à lui, ça va bien se passer l'IVG pour lui ». Nous avons ressenti une certaine animosité de l'interne envers l'ami. Pourquoi était-il dans cette position ? Quel effet a-t'il eu sur l'interne, personnel soignant, comme lui ?

Lors de cette discussion, la notion de mère a eu un rôle important, le rôle de la mère de cette patiente, le possible rôle maternel de cette patiente. Ce milieu féminin a questionné l'interne, nous avons perçu qu'il prêtait une grande attention à la condition féminine en essayant de comprendre ce qu'il pouvait se passer dans leurs épisodes de vie. Etait-il nécessaire de prendre une position d'avocat pour les défendre ?

L'interne pensait être dans une position de bienveillance et de protection de la patiente. Il souhaitait la soutenir pour qu'elle soit actrice et responsable de sa décision, et non soumise à l'influence de ses proches.

Il exprimait plusieurs craintes dans cette discussion. Tout d'abord, il avait peur qu'elle change d'avis après leur discussion. Puis, il craignait qu'elle ait des difficultés pour avoir des enfants par la suite. Ces peurs n'ont pas été clairement verbalisées, mais la patiente n'a-t-elle pas pu les ressentir ? « Mon rôle était de la faire réfléchir, il faut quand même penser à plus tard ».

L'interne, en proposant un suivi au centre de planification, lui a expliqué qu'elle serait suivie par des gens qui ont l'habitude. Cela signifiait-il qu'il ne se sentait pas compétent, dépassé, ou submergé, dans cet accompagnement ? Se sentait-il en difficulté pour faire émerger la demande de la patiente ?

L'interne s'est questionné sur la possibilité d'un acte manqué, concernant cette grossesse, en lien avec un vomissement après la prise de la pilule. De plus, il s'est interrogé sur l'influence du psychisme dans cette fausse couche.

## 8<sup>ème</sup> Séance: « Il faut faire quelque chose »

### **D) L'histoire racontée par l'interne**

« J'ai une histoire à raconter mais qui est en cours de résolution. Je suis en stage en rééducation fonctionnelle actuellement, il s'agit d'une femme de soixante-douze ans, si ma mémoire est bonne, elle nous a été transférée de neurochirurgie mi-mai, suite à une hémorragie méningée, elle a eu une artériographie. Au cinquième jour, elle a fait un vasospasme qui lui a donné une hémiplégie gauche. Elle a commencé à récupérer au bout de dix jours. C'est une femme qui avait déjà auparavant des troubles de l'humeur, elle était veuve deux fois, elle avait un terrain fragile. A l'arrivée dans le service, ça se passait bien, au bout de quelques jours, sont apparus des crises de pleurs, et ensuite une sorte de délire avec une persécution. Elle s'est mise à douter de l'équipe, elle pensait qu'on voulait l'empoisonner. De plus, elle s'accusait du meurtre de ses deux maris, elle pensait que ses enfants lui en voulaient, et elle demandait qu'on lui ouvre sa nourriture devant elle, pour être sûre qu'on ne l'empoisonne pas. Un traitement par effexor® avait été mis en place en neurochirurgie. Il fallait éliminer de nouveau une cause organique, un scanner cérébral a donc été réalisé, permettant d'éliminer une hydrocéphalie, ou un nouveau saignement. Elle devenait de moins en moins autonome pour les transferts, comme au niveau de sa continence. L'équipe commençait à être en désarroi, sa famille ne comprenait pas son discours de mort, de cimetière. Je commençais aussi à être mal. Nous avons conclu avec ma chef à un déséquilibre de son état dépressif avec des idées délirantes. Le problème était de réussir à lui faire prendre ses médicaments, on a alors décidé de lui injecter l'haldol® en gouttes dans son yaourt, mais c'était compliqué d'imposer un traitement.

Quand je suis revenue de congés, elle allait parfaitement bien, l'équipe a réussi à lui donner le traitement, ce qui a pu améliorer les choses. Ma chef me racontait qu'elle avait déjà vu ce type de réaction chez une patiente qui avait une hémiplégie, comme si les atteintes de l'hémisphère droit pouvaient engendrer des troubles de l'humeur. Quand je suis partie en congés, je me demandais bien dans quel état j'allais la retrouver. La grosse difficulté que j'ai rencontrée était de gérer la pression de l'équipe, alors que quand j'allais la voir, elle allait bien. Le rôle de l'interne n'est pas facile, d'être entre les deux, de se placer, de calmer le jeu. On a eu de la chance car elle a bien répondu au



traitement. Je n'avais jamais été confrontée à des situations comme ça aiguës, c'est un exemple de diagnostic d'élimination psychiatrique. »

## **II) Réflexions, questionnements et discussions du groupe**

Le diagnostic de dépression a été évoqué dans le service de neurochirurgie, puis dans le centre de rééducation. Cette hypothèse a été émise devant son auto-dépréciation, se sentant « fardeau ». Le groupe s'est questionné sur la « normalité » de cette plainte au vu de sa perte d'autonomie récente. L'interne nous décrit la patiente avec un terrain dépressif ? Qu'est-ce qu'un terrain dépressif ? Ses paroles sur son auto-accusation des meurtres de ses maris, sur le fait que ses enfants lui en voulaient, étaient interprétées comme des idées délirantes. Il a été remarqué qu'on ne connaissait pas sa vie. Était-on certain que ces idées étaient réellement délirantes ? Ne pouvaient-elles pas exprimer la manière dont la patiente a vécu ses épisodes ? La patiente questionnait l'équipe sur la possibilité du retour à domicile. Les médecins lui ont expliqué que sa situation médicale justifiait de continuer la rééducation, et la rassurait en lui expliquant que le retour à domicile serait envisagé en fonction de la récupération. Est-ce que ces paroles ont pu la rassurer ? Qu'est-ce qu'elle connaissait du maintien à domicile avec un handicap ? Avait-elle déjà vécue une situation similaire ? Qu'avait-elle à dire à travers ses paroles, qu'exprimait-elle de ses craintes ? La réponse médicale de ne pas penser à cela pour le moment n'empêchait-il pas d'entendre ce qu'elle avait à en dire ?

La réponse aux symptômes de la patiente a été une réponse médicamenteuse. Devant son refus de toute thérapeutique, il a été décidé d'injecter le traitement dans le yaourt, plutôt que l'attacher, ou de lui faire une injection intra-musculaire. Finalement, après information et adhésion de la famille, elle a reçu à deux reprises des neuroleptiques dans le yaourt, à son insu.

Il a été remarqué par l'interne que la patiente n'avait pas bien compris tout ce qui c'était passé. Était-ce par manque d'information ou par besoin de prendre le temps d'assimiler les informations ? Ces troubles du comportement n'auraient-ils pas pu être expliqués par l'anxiété générée par cette incompréhension ? Le groupe est alors venu à discuter du malaise de certains participants lors de pleurs de patient au cours d'un entretien. Chacun réagit et est touché différemment en face d'un patient en pleurs, en fonction de la relation qui se crée, en fonction du patient, mais aussi de l'interne. Il est

précisé que ce ne sont pas des choses que l'on peut apprendre dans les livres. L'accent est mis sur l'importance de la présence et de l'écoute, même si nous sommes mal à l'aise ou peu disponible. Il est proposé alors de demander à quelqu'un d'extérieur, comme un psychologue de venir écouter le patient. Cette proposition a questionné certains, l'écoute ne fait-elle pas partie du rôle médical ?

Il a été constaté que bien souvent le patient doit s'adapter à notre mode de fonctionnement, à celui de l'institution. S'adapter au patient demande un effort pour l'équipe soignante. Mais, cette position permet de faire évoluer la relation et faire émerger une nouvelle écoute. A travers cette remarque, l'interne a énoncé prendre conscience de ce qu'on impose parfois dans la rencontre et dans la relation.

L'interne, à son retour de vacances, a constaté que la situation s'était franchement améliorée, la patiente ne tenait pas le même discours, était de nouveau actrice dans sa rééducation. Elle a expliqué qu'elle s'était inquiétée pour cette femme pendant ses vacances en pensant à une possible aggravation des troubles. Elle se sentait responsable de trouver une solution, vis-à-vis de la famille. Après son retour de vacances, elle a donc constaté que son état psychique s'était nettement amélioré. Nous ne savons pas exactement ce qui a permis son amélioration, le temps passé par le médecin chef auprès d'elle, le traitement neuroleptique?

Cette patiente était en neurochirurgie, avant d'aller en rééducation. Son collègue de neurochirurgie a confié cette patiente à l'interne. Au cours de la discussion, elle a témoigné de son attachement envers cette patiente. Ce lien particulier pouvait-il être expliqué par le fait que cette patiente ait été adressée par un de ses collègues qu'elle apprécie (« c'est pareil, c'est un interne qui ferait tout pour le patient, je pense qu'il doit avoir trop tendance à s'attacher, mieux vaut ça que de prendre les patients pour des bouts de viandes »). De plus, lors de son séjour dans le service de chirurgie, elle avait fait de nombreuses complications, ce qui avait été difficile pour l'équipe, car considérée comme un échec, d'autant plus « quand on sait qu'elle était parfaite avant ». En outre, l'interne s'était engagée auprès de la fille en lui disant qu'elle allait s'en occuper. Quand elle évoquait son implication émotionnelle dans cette relation, elle a été surprise de faire un rapprochement avec une histoire similaire dans sa famille.

L'équipe demandait au médecin, « celui qui sait », une réponse aux symptômes de la patiente. L'interne a bien perçu que les équipes étaient aux premières loges, avec le

toucher, les soins, et percevaient des choses. Était-il possible de les questionner sur ce qu'elles en pensaient, ce qu'elles pouvaient faire, de leur renvoyer la question ? A ce type de symptôme, la réponse médicamenteuse du médecin était-elle l'unique solution ?

### **III) Analyse de la séance**

#### **1-la place du médecin dans l'équipe**

La jeune médecin nous a expliqué qu'elle a été en difficulté entre les demandes et les inquiétudes de la famille, et celles de l'équipe. « Quand on fait parti de l'équipe soignante, on marche vraiment sur des œufs, il ne faut faire aucun faux pas, c'est pénible ». L'impression que « tout le monde s'en remet à nous, en pensant qu'on va avoir les solutions pour tout résoudre » a probablement favorisé son implication. Ce ressenti ne l'a-t-elle pas mise dans une « obligation » de proposer une thérapeutique. Les médecins ont accepté de prescrire un traitement, l'interne a expliqué que cela pouvait être rassurant « parfois on se cache derrière nos traitements », « ne pas rester derrière son Vidal, c'est une sorte de mise à nu du soignant ».

Nous avons pu envisager le désarroi de l'équipe médicale et paramédicale dans cette situation pour injecter un traitement neuroleptique dans le yaourt à l'insu de la patiente. L'équipe paramédicale transmettait ses difficultés, les refus de la patiente. Alors que lorsque l'interne voyait la patiente, elle ne constatait pas les mêmes difficultés. Elle a témoigné de la confiance qu'elle a dans le jugement de l'équipe et dans ses compétences. Cette dernière disait « il faut faire quelque chose », ce à quoi l'interne a répondu par une thérapeutique médicamenteuse. Elle s'est alors retrouvée responsable de l'absence d'amélioration de l'état de la patiente. Mais le médecin est-il le seul acteur de l'amélioration ou de la détérioration de la situation ? La patiente n'y est-elle pas pour quelque chose ? Ainsi que l'équipe ? De plus, par le comportement suspicieux de la patiente, l'équipe n'était pas dans une relation de confiance avec celle-ci, ce qui a probablement favorisé la mise à mal de l'équipe.

De plus, l'interne a ajouté comme réponse aux demandes des membres de l'équipe, la possibilité d'écouter et d'être présent auprès de la patiente « c'est juste une écoute dont elle besoin ». Elle a fait cette proposition à l'équipe ? Ne pouvait-elle pas le faire également ? Cependant, elle a expliqué ensuite qu'il était impossible de « rester deux

heures avec elle, personne ne peut rester deux heures, il y a beaucoup de problèmes qu'on pourrait régler comme ça, mais c'est impossible ». Pourquoi est-ce impossible ?

## 2-relation de l'interne avec...

### 2-1-la famille

La famille était inquiète d'entendre leur parente parler de mort, et du changement de caractère de celle-ci. Quand le groupe a questionné l'interne sur la possibilité de discuter avec eux de leur ressenti, elle a répondu « mais après, si on fait parler les gens, il faut assumer la suite, quand on rappelle des souvenirs comme ça ». L'interne était-elle prête à assumer ce qu'il pouvait se passer ? La parole pouvait-elle circuler librement avec la famille ? N'y avait-il pas une crainte d'être pris dans quelque chose qu'on ne peut maîtriser ?

### 2-2-la patiente

Nous avons peu entendu la patiente dans ce qu'elle a vécu ou ressenti, nous pouvions l'entendre seulement à travers les symptômes qu'elle présentait, sa perte d'autonomie, ses idées suspicieuses envers l'équipe.

Nous avons eu l'impression que le discours entre les médecins et la patiente était à des niveaux différents, la question de la patiente était son autonomie et sa peur d'être un fardeau, alors que les médecins voulaient trouver une solution, demandée par l'équipe et la famille, au comportement de la patiente.

L'interne a témoigné de la sympathie qu'elle ressentait pour cette femme, ainsi que son attachement, mais aussi de l'inquiétude quand à son comportement.

### 2-3-interne de neurochirurgie

L'interne a fait part de son respect pour l'interne de neurochirurgie qui lui a confié la patiente.

## 3-Le soin: diagnostic, réponse médicamenteuse, écoute...

### 3-1- diagnostic, cadre nosologique

L'interne pensait que les symptômes de pleurs de la patiente « rentraient dans un terrain dépressif », au vu des traitements antidépresseurs qu'elle avait déjà eu, des

angoisses qu'elle décrivait. Nous avons compris qu'il était important pour elle de classer, de mettre dans un cadre nosologique les symptômes, d'avoir une explication médicale à ce qu'elle décrivait, avec une réelle volonté de bien faire. Mais le risque de classer n'est-il pas de ne pas entendre ce qui se dit ? De plus, ce cadre ne permet-il pas de se protéger ?

L'interne a expliqué que la famille n'a jamais remis en cause la prise en charge médicale. En effet, elle les a rencontrés à plusieurs reprises, une étiologie organique avait été éliminée, le traitement antidépresseur avait été initié rapidement, sous couvert d'un traitement anxiolytique, la patiente avait rencontré la psychologue. Sur le plan médical, tout a été « bien fait », mais malgré ces soins respectant les recommandations, l'interne s'est sentie en désarroi. Qu'est ce qui a créé ce malaise ressenti par l'interne ?

Les idées de la patiente étaient considérées comme délirantes, lorsqu'elle a dit qu'on voulait l'empoisonner, qu'elle a tué ses deux maris, qu'elle se sentait un fardeau. Que sont ces idées délirantes ? Étions-nous dans une pathologie psychiatrique, ou dans sa perception des choses, lors de cet épisode médical aigu ? Nous ne savons pas ce qu'il s'était passé auparavant dans sa vie, peut-être que certains épisodes de sa vie pouvaient expliquer son discours ?

À plusieurs reprises, l'interne a énoncé avoir « eu de la chance, car elle a bien répondu au traitement », « en l'occurrence, ça s'est bien fini ». À quoi cette chance correspondait-elle ? À une part non maîtrisable dans la relation ?

Nous avons souvent entendu dans le texte, « il faut », « il ne faut pas ». La volonté de l'interne était d'essayer de maîtriser ce qui se passait, mais cette position laissait peu de place à l'inattendu. Lors de la discussion, elle a fait part de sa prise de conscience de ce que l'on peut imposer parfois dans la relation.

### 3-2 : Le soin

De l'haldol® a été injecté dans le yaourt, cet acte n'est pas banal. Peut-on le considérer comme du soin ? Du soin pour qui ? Pour les soignants qui demandaient une solution ? Pour les médecins qui avaient l'impression d'être actifs et de proposer quelque chose ? Pour la famille, qui était inquiète ? Pour la patiente ?

**9<sup>ème</sup> Séance: « je me suis rendue compte qu'à la  
côtoyer tous les jours, arrêter brusquement, c'était  
trop difficile »**

**I) L'histoire racontée par l'interne**

« On a une dame de 85 ans qui est rentrée dans le service pour dyspnée, œdème aigu du poumon, pneumopathie et choc septique, dans les suites de la réanimation. Elle vit en maison de retraite. Elle a comme antécédents une hémicolectomie sur un cancer ovarien métastatique, une psychose chronique, et des séquelles de poliomyélite. Elle arrive chez nous, après une semaine de réanimation, elle a des diarrhées comme séquelles de son hémicolectomie, et on voulait la renvoyer à la maison de retraite dès qu'elle était stable. Tous les trois ou quatre jours, elle faisait des complications : une poussée de pancréatite aiguë, des vomissements. Cette dame était très plaintive, elle appelait tout le temps pour qu'on s'occupe d'elle, et de fil en aiguille, elle est restée un mois. Finalement, quelques heures après sa sortie, on apprend qu'elle a fait une détresse respiratoire avec une acidose métabolique, elle est retournée en réanimation. Elle revient chez nous au bout d'une semaine, on a découvert une ischémie mésentérique, on s'achemine donc vers un stade palliatif. Elle a toujours sa diarrhée, qui lui abîme le siège, ce qui lui fait mal, et qui la gêne beaucoup. De plus, à cause des diarrhées, elle se déshydrate, et fait des hypokaliémies, malgré le diffu-k® qu'elle n'arrive pas à prendre, à cause des nausées. Elle est hydratée par les perfusions sous cutanées, on jongle pendant des jours, on se demande si on va trop loin, en même temps on se dit que la seule chose dont elle a besoin c'est un peu d'hydratation, de diffu-k®, de primperan® quand elle est nauséuse, et des antalgiques, quand elle a des douleurs abdominales. Elle reste présente, fait de l'humour, dit qu'elle est malade de partout, mais jamais elle nous demande de tout arrêter. Lors de la deuxième hospitalisation, elle reste encore un mois où on essaye de réguler l'hydratation et les apports potassiques. Mon chef part en vacances, je continue à m'en occuper. Je vais à un staff de soins palliatifs, où la question d'une voie centrale a été soulevée pour une patiente. Je me demande alors si pour cette patiente ça ne pourrait pas être une solution, puisque que la seule chose dont elle a besoin c'est de l'eau et du potassium. On passe notre temps à la piquer en intraveineux, ou en sous-cutanée, mais

on se dit que c'est des soins palliatifs, et puis finalement, on la repique, c'est assez difficile pour tout le monde. La patiente accepte la voie centrale, on appelle les soins palliatifs pour prendre leur avis concernant ce geste, ils disent que ça peut être une solution pour son confort. Finalement, je suis assez contente de me dire qu'on va pouvoir lui proposer quelque chose, qu'elle soit moins dépendante de nous. J'appelle mon chef de service, qui n'était pas très chaud au départ, mais me dit que si la patiente est d'accord, ainsi que les soins palliatifs, il accepte. Deux jours après, elle va un peu moins bien, et elle refuse la voie centrale. Finalement, la patiente refuse trois fois le geste, et alors mon chef de service me dit, dans ce cas là, on arrête tout, on arrête de doser la kaliémie, les perfusions sous cutanées. Je me suis rendue compte que j'étais incapable d'arrêter, je me disais que si on arrêta tout, elle allait faire une hypokaliémie, et elle mourrait dans les 48 heures. Je me demandais après si on ne pouvait pas lui laisser une perfusion sous cutanée avec du potassium per os, même si c'est insuffisant. Elle peut alors rentrer à la maison de retraite, elle fera son hypokaliémie, et son arrêt plus tard. Je me suis rendue compte que ça faisait deux mois que je la suivais et que c'était très difficile pour moi de tout arrêter de but en blanc comme ça. Sur ce, je suis partie en vacances. Finalement, la patiente est rentrée dans son lieu de vie habituel, l'imodium® a marché, elle a diminué ses pertes en potassium et en eau, et elle est rentrée avec sa voie sous cutanée et l'imodium®, et vraisemblablement, elle perdrait moins d'eau et de potassium. Je me suis rendue compte qu'à la côtoyer tous les jours, à faire des choses pour elle, arrêter brusquement, c'était trop difficile. »

## **II) Réflexions, questionnements et discussions du groupe**

Cette patiente est restée célibataire toute sa vie, n'a pas eu d'enfant, et avait des liens avec un neveu et une nièce qui venaient la voir de temps en temps. Elle vivait en maison de retraite depuis quelques années.

La patiente a été hospitalisée à deux reprises. Après avoir réussi à la faire sortir une première fois dans sa maison de retraite, son état médical étant stable, la patiente a présenté une détresse respiratoire aiguë, deux heures après son arrivée dans son lieu de vie habituel. Elle a de nouveau été transférée dans le service de réanimation, où une prise en charge palliative avait été préconisée. Le comportement de la patiente s'est

modifié entre les deux hospitalisations. Initialement, l'interne la décrivait comme quelqu'un de plaintif, qui agaçait l'équipe et l'interne. Elle n'arrivait pas à la soigner, car tous les trois jours, il y avait une nouvelle complication. Puis, lors de son retour dans le service, un certain attachement s'est créé avec de cette patiente « c'est vrai qu'elle ne me laissait pas indifférente, quand je la voyais manger dans le couloir, je m'extasiais. » L'interne a fait un lien entre son changement de comportement et l'arrêt des traitements psychotropes qu'elle prenait auparavant.

Le groupe et l'interne se questionnaient « jusqu'où aller ». Elle a remarqué en le disant que l'équipe n'avaient pas réellement demandé l'avis de la patiente. Cependant, ils n'ont jamais remarqué de réticence de sa part. Le fait de ne pas manifester de réticence peut-il être interprété comme un accord ?

La patiente a été informée de l'importance de l'hydratation et des apports potassiques, ainsi que leurs rôles indispensables pour le bon fonctionnement du cœur. L'interne pensait que si la patiente refusait la voie veineuse centrale, elle mourrait. Cette dernière a ressenti une déception quand la patiente a refusé la voie veineuse centrale, mais aussi une crainte qu'elle n'est pas pris la mesure des conséquences de son refus, « ça m'a fait réfléchir pendant des heures, c'était un peu disproportionné, mais je trouve que ça difficile de lui dire si vous refusez, vous mourrez ». Le jeune médecin en a discuté à trois reprises avec elle, et la réponse est restée la même. L'interne trouvait difficile d'envisager le retour dans sa maison de retraite, car elle n'était pas sûre que la patiente avait compris l'enjeu. Le groupe a demandé si celle-ci n'avait pu comprendre les choses à demi-mot, sans que ça lui soit dit clairement. De peur que la patiente ne comprenne pas bien les conséquences de son acte, l'interne a contacté son neveu pour l'informer de la situation médicale et du refus de sa tante.

L'interne a expliqué que la patiente n'a pas montré de signes de lassitude par rapport aux soins qui lui était proposés, elle était volontaire, avait de l'humour. Elle plaisantait en se disant malade de partout. L'interne a interprété ce comportement comme un accord implicite aux soins effectués. Cependant, le groupe a souligné le positionnement exprimé de la patiente sur son désir de retourner dans son lieu de vie habituel. En effet, il aurait été nécessaire de changer de résidence si une voie veineuse centrale était posée, ce que la patiente ne souhaitait pas. Elle avait initialement accepté ce geste, mais a



finalement refusé après trois jours de réflexion. Ce changement de décision confirmait la réflexion et le positionnement de la patiente quant à son devenir, sur ce qu'elle souhaitait pour elle.

Lors de la visite, le chef de service finit par poser l'arrêt des thérapeutiques actives en énonçant « on arrête tout », sur l'argument qu'on ne pourrait pas la guérir. Que veut dire « on arrêter tout »? L'interne imaginait que pour son chef cela signifie « elle rentre, point, elle n'a plus sa place chez nous ». Cette phrase est venue contrecarrer les doutes, les remises en question de l'interne. Cette dernière a alors expliqué au médecin son impossibilité de « tout arrêter », sa crainte de la voir mourir dans le service en deux jours. Il a alors répondu qu'il n'y avait pas d'autres solutions. L'interne s'est sentie mal à l'aise avec cette décision tranchée, après de longues réflexions sur les soins à proposer. Elle a exprimé sa déception que la décision soit prise de cette manière, elle souhaitait de l'aide pour décider mais dans la discussion et non que quelqu'un impose son idée « je me sentais très seule, personne ne m'aidait, personne n'a été la voire pour prendre une décision vis-à-vis d'elle, de son état général, du fait qu'elle fasse de l'humour ». De plus, pour elle l'arrêt de l'hydratation et du potassium signifiait une mort imminente, elle ne souhaitait pas la voir mourir dans le service « sous mes yeux ». Elle préférait qu'elle rentre à la maison de retraite, pour y décéder rapidement devant l'insuffisance des apports. Elle ne pouvait supporter de la voir mourir, en lien avec l'attachement qu'elle ressentait pour cette patiente, mais aussi avec la responsabilité qu'elle ressentirait d'avoir arrêté les traitements. Le groupe a fait remarquer que la patiente pouvait choisir de prendre ou pas son traitement per os, elle était aussi responsable de la suite. De plus, malgré la prise des trois ampoules de potassium, elle mourra plus ou moins tard.

En réanimation, une prise en charge palliative a été décidée. Pour le groupe, cela signifie « on pallie aux symptômes, on ne guérit pas ». Une interne trouvait hypocrite de continuer tous ces traitements, ceux-ci sont censés être adaptés aux désirs de la patiente. L'interne relatant ce cas a exprimé justement ne pas avoir réussi à en parler avec la patiente, impossibilité probablement responsable en parti du malaise. Cet accompagnement génèrait de l'insatisfaction pour les médecins, car ils n'arrivaient pas à pallier correctement aux symptômes. Dans ce contexte, l'équipe mobile de soins palliatifs a été contactée pour discuter de la pose ou non de la voie centrale. Le médecin

de l'équipe mobile a donc proposé de venir discuter avec l'interne et l'équipe, alors que l'interne attendait qu'il vienne voir la patiente pour l'aider dans la décision. « J'avais besoin de savoir si c'était une bonne idée, vu que c'était mon idée » Cette proposition ne répondait pas à la question de l'interne, elle n'a donc pas souhaité que l'équipe vienne dans le service.

L'interne est ensuite partie en vacances, et à son retour, la patiente était retournée dans sa maison de retraite. Le jeune médecin n'a pas eu le courage d'appeler dans la structure pour avoir de ses nouvelles, de peur qu'elle soit décédée et qu'elle ait alors l'impression d'avoir échoué.

Lors de l'étonnement d'un interne sur l'absence de famille, l'interne répondit que sa famille était l'équipe soignante.

L'interne a essayé de contacter le médecin traitant à plusieurs reprises en vain, elle n'a donc pu discuter de la situation avec lui. Finalement, elle a conversé avec la remplaçante, ce qui l'a soulagée, en effet, la remplaçante, étant moins impliquée dans la relation, n'a pas posé de questions. Le jeune médecin était mal à l'aise car elle se sentait obligée de cautionner ce qu'il se passait à l'hôpital alors qu'elle n'était pas d'accord avec les soins ; cependant, elle ne se sentait pas capable de l'exprimer au médecin généraliste. Elle estimait que le médecin traitant devait pouvoir s'appuyer sur la prise en charge proposée par l'hôpital.

Lors de la discussion, l'interne a insisté à de nombreuses reprises sur la difficulté qu'elle a ressentie.

### **III) Analyse de la séance**

Durant la discussion, les actes d'hydratation, de compensation des pertes potassiques étaient omniprésents. Ces actions étaient au centre des préoccupations de l'interne, en réfléchissant comment les manier. Mais n'empêchaient-ils pas de réfléchir au-delà du traitement symptomatique ? N'étaient-ils pas une manière de se protéger de la rencontre avec cette patiente, qui mettait en difficulté l'interne, par les sentiments

qu'elle ressentait envers elle ? Nous étions dans une position de « faire », avec hydrater, compenser les pertes, poser une voie veineuse centrale. Elle a d'ailleurs exprimé sa surprise quant à son impossibilité d'entendre les mots du chef, lorsqu'il a dit « ne pas faire ». Il fallait agir, peut-être pour éviter de penser. Il existait quelque chose de l'ordre de l'impensable dans cette situation pour l'interne. En outre, l'inaction conduisait, selon l'interne, au décès de la patiente. Son raisonnement la menait à la question « est-ce qu'elle doit mourir de déshydratation ? » Était-ce le rôle médical de « choisir » la manière dont la patiente décéderait ? Pouvait-on être certain de l'issue ? De cette certitude découlait les actions incessantes pour ne pas la voir mourir « sous ses yeux ». Est-ce que l'interne pouvait envisager son décès ? Elle n'a pas souhaité appeler la maison de retraite, après son retour des congés, de peur d'apprendre qu'elle soit décédée.

Il avait été décidé des soins palliatifs après son passage en réanimation. La prise en charge palliative correspondait aux soins des symptômes handicapant la patiente, en sachant qu'elle ne guérirait pas de la pathologie. Les symptômes qu'elle présentait étaient gênants pour qui ? Pour la patiente, pour l'interne ? La position médicale était de décider jusqu'où aller dans les soins ; cependant, l'interne, ne pouvant imaginer que la patiente puisse décéder, ne pouvait se positionner sur les limites de soins, ni entendre le désir de la patiente.

L'interne s'était beaucoup questionnée sur les soins à proposer à cette patiente, cependant les réflexions étaient sur les actions à envisager, et non sur le bien fondé des soins, ni le souhait de la patiente. Nous avons constaté la place importante de la subjectivité de l'interne dans cette rencontre.

Au cours de la première hospitalisation, l'interne a décrit la patiente comme quelqu'un de très demandeur, elle a interprété ce comportement comme le souhait de la patiente qu'on s'occupe d'elle, ce qui a d'ailleurs agacé l'interne initialement. De cette interprétation découlait alors, lors de la seconde hospitalisation, la supposition que la patiente désirait que des choses soient faites, comme son silence considéré comme un accord implicite aux soins réalisés (« à aucun moment, elle a dit qu'elle voulait qu'on la laisse tranquille, qu'on arrête »). Ces idées n'empêchaient-elles d'entendre ce que cette femme pouvait avoir à en dire ? La question lui avait-elle été posée ? Le silence de la

patiente pouvait-il être interprété comme la volonté de continuer? Le groupe a souligné que cette patiente s'est positionnée sur ce qu'elle souhaitait. En effet, elle a exprimé son désir de retourner dans son lieu de vie habituel, ce pourquoi elle a refusé la voie veineuse centrale. Le groupe, à plusieurs reprises, a renvoyé à l'interne que la patiente était aussi actrice, qu'elle pouvait entendre les choses à demi mots, qu'elle pouvait choisir ou pas de prendre ses traitements.

Qu'est ce qui a modifié le contre transfert de l'interne entre les deux hospitalisations? Initialement, agacée, puis touchée, « extasiée » par elle. Le comportement de la patiente? Les soins étiquetés palliatifs? « Peut être que le fait d'avoir un diagnostic, de savoir ce qu'elle avait, de savoir qu'elle était en soins palliatifs, on était plus sereins ». Dans le texte, le terme serein est également utilisé pour la patiente, il est intéressant de remarquer le parallèle entre ce comportement plus serein de la patiente et celui de l'équipe. L'interne se dit plus sereine, en quoi était-elle plus sereine?

L'implication émotionnelle de l'interne a pu être favorisée par l'investissement de celle-ci, en lien avec les sorties annulées ou repoussées liées aux complications récidivantes, induisant des moments d'espoir, de déception. De plus, elle ressentait de la sympathie pour cette femme, qui « faisait de l'humour ».

L'interne s'est sentie désemparée quand à la décision prise brutalement par le médecin-chef sans voir la patiente, alors que pendant plusieurs semaines, ils ont essayé de décider. Cependant, n'était-il pas nécessaire de statuer à un moment ?

Elle cherchait des réponses auprès du neveu, du médecin généraliste, du remplaçant, de l'équipe mobile de soins palliatifs. Quand le chef de cette équipe a proposé d'« être », en discutant, en réfléchissant autour de la situation, cette réponse ne correspondait pas à l'interne. Elle ne semblait pouvoir utiliser la parole pour qu'une décision soit prise. En faisant appel à l'équipe mobile de soins palliatifs, nous percevons que l'interne cherchait à être rassurée (« c'était mon idée »), mais également cherchait une réponse. Existait-il une bonne conduite à tenir, une bonne décision dans cette situation ?

PERMIS D'IMPRIMER

**THÈSE DE Mademoiselle MONTECOT Claire**

**Vu, le Directeur de thèse**

**Vu, le Président du jury de thèse**

Professeur F. DUBAS  
Département de Neurologie  
Secteur Larrey  
CHU D'ANGERS  
4, rue Larrey  
49933 ANGERS CEDEX 9

**Vu, le Doyen de la  
Faculté de Médecine  
d'ANGERS**

Professeur J.P. SAINT-ANDRE

**Vu et permis d'imprimer**



T4\_FORM\_permis\_imprimer