

Groupes d'échange de pratique: «training or treatment»?

Drs ROSALIE LARRIBAU^a, KONSTANTINOS TZARTZAS^b et OLIVIER PASCHE^c

Rev Med Suisse 2020; 16: 1767-70

Depuis la création des groupes Balint dans les années 50, le concept de se retrouver entre médecins pour échanger sur des situations cliniques difficiles s'est largement répandu. Alors que Michael Balint avait pensé ces groupes comme une formation, leur fonction thérapeutique a été très tôt questionnée dans la littérature médicale. À l'heure où l'on constate et s'inquiète de la mauvaise santé mentale des médecins de premier recours (MPR), nous avons voulu montrer que les plus-values apportées par la participation à un groupe d'échange de pratique sont probablement mixtes: formatrices et thérapeutiques. Participer à un tel groupe fait désormais partie des recommandations non seulement pour améliorer la qualité des prises en charge, mais également pour prévenir le burnout des soignants et améliorer leur satisfaction professionnelle.

Case discussion groups: «training or treatment»?

Since the creation of Balint groups in the 1950s, the concept of meeting among doctors to discuss difficult clinical situations has spread widely, whether or not in line with Michael Balint's initial model. While the latter had thought of these groups as training, their therapeutic role was quickly questioned in the medical literature. At a time when we are seeing and concerned about the poor mental health of primary care doctors, we wanted to show that the added value provided by participation in a practice exchange group is both formative and therapeutic. In this sense, the participation of GP in such a group is part of the recommendations to improve the quality of care, prevent caregivers from burnout, and improve their professional satisfaction.

«Accompagner la souffrance humaine de jour comme de nuit use, marque au fer rouge... On dirait qu'il n'y a que le monde des grandes personnes en blanc pour faire comme s'il n'en était rien. Or méconnaître cet état de fait – comme cela a été le cas pendant si longtemps – s'apparente à une forme de maltraitance. [...] Et je vous le demande, peut-on dignement et honnêtement offrir des soins de qualité aux patients si on ne prend pas soin en profondeur de celles et ceux qui les soignent?»¹ (Christine Hohl Moinat, médecin de famille).

INTRODUCTION

Le titre de cet article reprend mot pour mot la question que se posait déjà Bacal en 1972 au sujet des groupes Balint (GB).²

Bien qu'elles aient été pensées et expérimentées dans les années 50, les théories de Balint sur la relation médecin-patient, publiées en 1957 dans son ouvrage culte «The Doctor, his Patient and the Illness»,³ semblent toujours d'actualité pour quiconque pratique la médecine de famille aujourd'hui.

Cette interrogation, – formation ou thérapie? – paraît elle aussi avoir traversé les âges au sujet de la méthode Balint et de tous les groupes qui en sont dérivés et que nous avons décidé dans cet article d'englober sous les termes de Groupes d'échange de pratique (GEP). Nous nous proposons de mettre en évidence, à la lumière des travaux de psychiatres, de pédagogues et de psychosociologues, les éléments de réponse qu'apporte la littérature médicale à cette question.

HISTORIQUE DE LA MÉTHODE BALINT

Balint, médecin hongrois né en 1896, exerce d'abord comme médecin généraliste. Parallèlement à cette activité, il suit une formation psychanalytique à Berlin durant laquelle il effectue lui-même une psychanalyse avec Ferenczi, son mentor. Dans les années 40, sous l'influence des groupes de Bion, il crée les premiers «Groupes Balint» à la Tavistock Clinic de Londres avec sa future femme Enid. Tout d'abord destinés à des travailleurs sociaux, les groupes vont réunir progressivement des médecins de premier recours (MPR) dans le cadre de séminaires intitulés «Training cum research», titre dans lequel on discerne facilement une intention formatrice, mais également une exigence de scientificité.⁴

Le modèle initial de Balint comprend la rencontre, une fois par semaine, d'un groupe de 6-10 généralistes expérimentés, avec un ou deux modérateurs (aussi appelés facilitateurs, leaders ou animateurs), psychanalystes de formation. Le concept prévoit que l'un des médecins, sans préparation préalable et sans notes, évoque spontanément une situation clinique qui le préoccupe, pendant 5-10 minutes. S'ensuit une discussion d'environ une heure, durant laquelle les autres participants ont, dans un premier temps, la possibilité de demander des clarifications sur la situation exposée. Par la suite, ils sont invités à exprimer leurs perceptions de la relation médecin-patient en verbalisant les idées, associations, images et émotions qui leur viennent à l'esprit. Ce travail permet aux MPR d'appréhender leur pratique au travers du prisme de la relation médecin-patient, en prenant en compte les mouvements émotionnels des deux acteurs de cette relation. Une des clés du processus pour le présentateur est l'expression libre et spontanée qui lui permet de prendre conscience de sa posture envers le patient et d'acquiescer ainsi un nouveau regard sur la situation et la façon dont il l'expé-

^a Cabinet du Dr Baptiste Pedrazzini, Chemin Clos de la Pépinière 6, 1040 Echallens,

^b PMU, 1011 Lausanne, ^c ForOm Nord Vaudois, Rue d'Entremonts 11, 1400 Yverdon-les-Bains

rosalie.larribau@gmail.com | konstantinos.tzartzas@chuv.ch

olivier.pasche@ehnv.ch

mente. Le but recherché est d'aider les médecins à retrouver une distance optimale dans la relation, permettant de réfléchir la situation autrement.⁵ Le rôle du modérateur n'est pas d'apporter des solutions, mais de garantir une atmosphère bienveillante, sécurisante et confidentielle. Il a pour mission de donner à chacun la possibilité de s'exprimer et de rendre explicite ce qui émerge de la discussion en groupe. Cette attitude est la pierre angulaire de ce qu'on appelle la « culture Balint » qui, à travers un travail groupal, ouvre un espace pour les sentiments honteux ou difficiles, en minimisant les effets de compétition et le besoin de reconnaissance des participants.^{5,6}

ÉVOLUTION ET ADAPTATION DES GROUPES BALINT

Au cours des dernières décennies, le modèle basé sur les concepts de Balint a évolué. La méthode est désormais intégrée dans la formation des MPR. En Allemagne, elle est obligatoire déjà pendant les études de médecine. Aux États-Unis et en France, elle fait partie d'un grand nombre de programmes de formation postgraduée.^{4,7} Le Danemark est un des rares pays où la participation à des GEP est obligatoire dans la formation continue des MPR depuis 2007.⁸

Une autre adaptation du cadre des GB est la diversification de la temporalité du concept. Désormais, le GB n'est plus forcément une expérience vécue sur la durée avec des réunions hebdomadaires ou mensuelles, mais peut se résumer à un séminaire de formation unique ou sur quelques jours.^{9,10}

Si les GB restent les plus étudiés dans la littérature,¹¹ on recense de nombreuses autres appellations de groupes dont les plus fréquentes sont mentionnées dans le **tableau 1**.

Derrière cette terminologie nuancée, il n'existe aucun consensus permettant de distinguer clairement ces différentes formules groupales des GB classiques. Elles semblent globalement être le résultat d'une adaptation du cadre instauré par Balint à des changements sociétaux et une clinique médicale qui elle aussi a évolué.¹² D'autres expressions de type Balint-oriented group, Balint-like group, groupe d'inspiration Balint ou Balint-style group en témoignent. Une tension est perceptible dans la littérature médicale internationale avec d'une part de fervents défenseurs de l'approche Balint *lege artis* et d'autre part un intérêt pour des GB modifiés.^{8,13} Dans la formation postgraduée des MPR, des réflexions sont en cours concernant ces différentes formules de GEP, afin de mieux répondre aux besoins des jeunes généralistes en formation.^{7,12,13}

FORMATION OU THÉRAPIE? HISTOIRE D'UNE QUESTION

Dans son ouvrage de référence, Balint lui-même soulevait déjà cette ambivalence en affirmant que le but recherché dans ses groupes est « un changement limité, quoique considérable de la personnalité du médecin ». ³ Or, un tel changement peut être induit par une formation autant que par une thérapie. En France, dans les années 80, la naissance des groupes d'analyse de pratiques (GAP), inspirés des GB, répond à une volonté de répandre cette méthode à d'autres sphères professionnelles dans lesquelles la relation est centrale, comme les professions

paramédicales ou socioéducatives. Fablet, chercheur en sciences de l'éducation, s'est intéressé de près à cette question de la finalité, formatrice ou thérapeutique, des GAP. Il opère une distinction claire entre les GAP (dans lesquels il inclut les GB classiques) et les groupes de paroles qui, eux, ont une visée thérapeutique. Pour lui, les premiers poursuivent un but formatif, même s'il conçoit que la frontière entre formation et thérapie est floue.¹⁴ Il écrit lui-même en 1998 que les GAP sont un « moyen de lutter contre l'usure professionnelle », ¹⁵ une expression qui illustre encore cette ambiguïté. Néanmoins, selon Fablet, ce qui caractérise le but des GAP, c'est la « professionnalisation » des praticiens: renforcement des compétences et de l'expertise, reconnaissance et maîtrise des contraintes et enjeux de l'univers socioprofessionnel, développement de capacité de compréhension et d'ajustement à autrui. Il affirme que l'objectif de ces groupes est un remaniement identitaire, s'il s'agit de formation continue, et une sensibilisation, s'il s'agit d'une formation initiale.¹⁴

Even, médecin généraliste, enseignant en psychologie médicale et relation médecin-malade, a cherché à identifier la spécificité des GB.¹⁶ Il met en évidence deux choix arbitraires de Balint qui distinguent sa méthode d'une thérapie de groupe (**tableau 2**).

Balint lui-même reconnaît l'aspect artificiel de ces choix, car il concède que la différenciation entre sphères professionnelle et privée reste délicate en pratique et il ne conteste pas l'existence des phénomènes inconscients qui agissent au sein d'un groupe.¹⁶ Pour que ces choix soient respectés, le rôle du modérateur comme « expert » de l'animation du groupe, mais aucunement des situations présentées, est déterminant. Il doit prévenir les intrusions personnelles et être attentif aux mouvements groupaux ou individuels inconscients, pour permettre aux participants de prendre conscience de leur subjectivité.⁵ Even conclut en disant que le GB est un groupe de formation au sens analytique, mais avec la spécificité d'être « hétérocentré », c'est-à-dire centré « sur des objets extérieurs au groupe » et non pas sur le groupe lui-même (**tableau 3**).¹⁶

L'approche Balint n'est donc pas une démarche de supervision dans la mesure où elle n'implique aucun transfert de savoir d'une personne compétente à un apprenant. Au contraire, la source d'apprentissage se trouve dans le partage

TABLEAU 1		Dénominations de groupes recensées dans la littérature médicale
-----------	--	---

- Groupe de soutien (support group)
- Groupe d'échange de pratique (GEP) ou groupe d'analyse de pratique (GAP)
- Groupe de supervision (supervision group)
- Groupe de MPR basé sur la narration (narrative-based primary care group)
- Groupe de pairs (peer group)
- Groupe de supervision basé sur un cas (case-based supervision group)

TABLEAU 2		Spécificités de la méthode de groupe de Balint ¹⁶
-----------	--	--

- Travail axé sur la personnalité professionnelle du médecin, et non privée (priorité du « transfert public » sur le « transfert privé »)
- Égalité entre l'animateur et les participants, par opposition à l'inégalité qui prévaut entre un thérapeute et son patient

TABLEAU 3

Les trois composantes
«hétérocentrées» du
groupe Balint¹⁶

- Le participant est examiné en tant que personnalité professionnelle, son métier étant considéré ici comme un objet externe, indépendant de sa position dans le groupe
- Les animateurs sont les explorateurs d'une situation externe qu'ils ne connaissent pas et qui se joue à l'extérieur du groupe
- Le travail de groupe est centré sur un objet externe, la médecine, «considéré dans sa consistance»

de l'hétérogénéité des pratiques et la diversité des points de vue qui enrichissent celui du rapporteur. En revanche, elle reste une démarche de formation qui privilégie l'intégration de la dimension relationnelle dans le soin, dans le but de mener à une compréhension plus globale du malade.⁵

QUELS ÉLÉMENTS DE RÉPONSE DANS LA LITTÉRATURE MÉDICALE?

Aspects «formateurs»

La littérature au sujet des GEP est éparse et peu homogène, leur étude rigoureuse étant en soi un défi. Les résultats sont souvent le fruit de recherches qualitatives plus que quantitatives.⁶ Une revue de littérature datée de 2015 conclut néanmoins que les GB apportent un réel bénéfice à ses participants en s'appuyant sur les résultats de quelques études bien conduites.¹¹ Ainsi, de manière générale, les GB et les formules dérivées semblent influencer positivement de nombreux aspects de la pratique médicale qui sont détaillés dans le **tableau 4**.

Aspects «thérapeutiques»

De nombreuses études ont fait état d'une proportion importante de médecins en situation de burnout ou préburnout.^{17,18}

TABLEAU 4

Champs professionnels
positivement influencés
par la participation à un GEP¹¹

GEP: groupes d'échange de pratique.

1. Professionnalisme du médecin

- Autonomie du médecin
- Gestion de l'incertitude
- Utilisation de l'intuition et capacité de prise de décision
- Occurrence et gestion de l'erreur médicale

2. Aptitudes relationnelles du médecin

- Capacités communicationnelles
- Empathie
- Approche biopsychosociale et centrée sur le patient
- Qualité de la relation médecin-patient

3. Prise en charge de problématiques difficiles

- Gestion de symptômes psychosomatiques ou non expliqués
- Gestion de situations spécifiques telles que non-compliance, problématiques sociales, professionnelles, asséculo-logiques ou familiales, patients exigeants, consultations multiples, abus dans l'enfance, addictions, maladie incurable, soins palliatifs, deuils...
- Gestion des troubles mentaux (aptitudes et connaissances en psychiatrie, collaboration avec les professionnels de la santé mentale)

4. Coûts de la santé

- Diminution des prescriptions médicamenteuses, des examens complémentaires et des références aux spécialistes

TABLEAU 5

Traits de caractère
favorisant l'apparition
du burnout²²

- Perfectionnisme
- Excès de sens des responsabilités
- Besoin d'harmonie excessif
- Recherche excessive d'admiration
- Besoin excessif de contrôle
- Besoin excessif d'autonomie

C'est une donnée inquiétante, car on sait que la santé du médecin est un prédicteur de la qualité de la relation médecin-malade et par conséquent du succès thérapeutique,^{19,20} et elle est aussi un facteur de diminution des coûts de la santé.^{17,21} Avec la naissance des théories du burnout dans les années 70, il a été reconnu que les caractéristiques et valeurs qui font qu'une personne décide d'embrasser la carrière de médecin sont souvent celles même qui le mettent à risque de burnout (**tableau 5**).²²

Dans ce contexte, la littérature montre que les GEP ont un effet positif sur la santé mentale du médecin en améliorant son bien-être et sa satisfaction globale par rapport à son métier.¹⁷ Ils ont un effet favorable sur la gestion du stress²³ de même que de ce qui a été nommé la «fatigue de compassion».^{24,25} Ils ont un effet préventif sur le burnout²⁶ en stimulant la connaissance de soi (insight) et les capacités d'autoréflexivité. En 1989, un article titrait: «Activities of Balint group: a way to survive».²⁷ Le gain d'introspection est ainsi expérimenté par beaucoup de médecins pratiquant les GEP comme utile dans la vie professionnelle, mais aussi sur un plan personnel, à la fois «formateur et restaurateur».²⁸ Enfin, les GEP aideraient à trouver dans une relation thérapeutique cette tension subtile entre empathie et détachement,²⁴ tous deux nécessaires à la fois pour prodiguer un bon soin et ménager la santé mentale du médecin.

CONCLUSION

Un sens exagéré de self contrôle conduit souvent les médecins à sous-estimer leurs blessures. «Leur héroïsme va de pair avec la négligence de soi».²⁹ En ce sens, il est certainement bénéfique pour le MPR de reconnaître et travailler sur les émotions qui émergent dans les relations avec ses patients. «Les médecins doivent se pencher sérieusement sur l'angle mort de la médecine: les conséquences de leur pratique sur eux-mêmes».²⁹ De la même manière qu'aujourd'hui les associations pour proches aidants se multiplient avec la reconnaissance, à juste titre, de leur souffrance, il semble évident qu'une attention similaire soit portée aux médecins et par extension à toutes les professions aidantes. La blouse blanche ne fait pas et ne doit pas faire office de gilet pare-balles. Toute blessure, tout parcours de vie accidenté, tout traumatisme, a forcément des résonances en chaque être humain.³⁰ Il paraît essentiel, voire salutaire, pour chacun de trouver une bulle restauratrice.

«Par l'élaboration et la donation de sens, la rencontre avec un groupe pourrait encore avoir une finalité: celle de favoriser la reconnaissance par le groupe de ses propres souffrances. Après

avoir été «saisi» par la maladie de l'autre, après avoir beaucoup donné, le médecin a besoin lui aussi d'être reconnu et écouté en tant que sujet porteur d'émotions.»²⁹

Les GEP sont-ils formateurs ou thérapeutiques? Nous sommes d'avis qu'ils sont les deux à la fois. Nous voyons les GEP plutôt comme un espace où la formation serait aussi thérapeutique et le vécu thérapeutique formateur. Ces groupes apparaissent comme un des rares lieux où un dialogue peut s'établir entre ces deux réalités de la vie d'un médecin, un endroit où l'on apprend à être bienveillant avec ses confrères et avec soi-même. En définitive, la véritable question nous semble bien plutôt être: pourquoi les médecins ont-ils encore et toujours tant de difficultés à prendre soin d'eux aussi?

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Depuis la création des groupes Balint dans les années 50, le concept groupal s'est répandu et diversifié dans le domaine médical pour répondre aux besoins des médecins d'échanger sur leur pratique professionnelle et sur les difficultés, en particulier relationnelles, rencontrées dans leur métier
- La question de la visée de ces groupes fait l'objet d'un débat: si leur objectif initial est avant tout formateur, l'expérience montre qu'ils ont aussi un impact thérapeutique sur les participants
- À la fois formateurs et thérapeutiques, il semble en tous les cas que les groupes d'échange de pratique sont bénéfiques et donc recommandés, parce qu'ils influencent favorablement le bien-être et la santé du médecin, mais également ses aptitudes et compétences médicales

STRATÉGIE DE RECHERCHE DANS MEDLINE

- Les données utiles pour cet article ont été identifiées par une recherche sur www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/ des articles publiés en anglais ou en français depuis 1972 dans les domaines de la médecine interne générale et de la psychiatrie. Les deux mots-clés principaux utilisés étaient «Balint group» et «supervision group» (214 résultats). Les références bibliographiques ont été retenues en fonction de leur pertinence par rapport à la question posée dans le titre de l'article, leur apport sur l'histoire des GEP et sur la question des avantages et des bénéfices pour le MPR de la participation à un tel groupe. Quelques références d'articles en lien avec le sujet, parus dans la présente revue, ont été ajoutées. Enfin, il nous a semblé utile de sélectionner également des articles parus dans des revues psychanalytiques, ainsi que des ouvrages plus généraux sur le métier de généraliste, pour leur apport notamment sur l'origine et l'histoire des groupes Balint.

1 * Hohl Moinat C. S'engager, se tromper, tomber, se relever. Bull Med Suisse 2018;99:1635-7.

2 Bacal HA. Balint groups: training or treatment? Psychiatry Med 1972;3:373-7.

3 * Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris: éd. Payot et Rivages, 1996.

4 Egli H. Balint et science. Forum Med Suisse 2012;12:455-61.

5 Meslem M. Psychanalyse et médecine, ou la «Méthode Balint». Le Coq Héron 2018;4:141-7.

6 Sternlieb JL. Demystifying Balint culture and its impact: an autoethnographic analysis. Int J Psychiatry Med 2018;53:39-46.

7 Player M, Freedy JR, Diaz V, et al. The role of Balint group training in the professional and personal development of family medicine residents. Int J Psychiatry Med 2018;53:24-38.

8 Salinsky J. Balint under the microscope: what really happens in Balint groups? Int J Psychiatry Med 2018;53:7-14.

9 Scott CP, Milberg L, Addison R. Characterizing the good-enough Balint group: a work in progress. Int J Psychiatry Med 2018;53:70-4.

10 Cohen-Léon S, Groupe Balint. Approche Balint. Fonction Balint.

Evolution d'une pratique et d'un concept. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. Toulouse: Eres, 2008;1:141-8.

11 ** Van Roy K, Vanheule S, Inleegers R. Research on Balint groups: a literature review. Patient Educ Couns 2015;98:685-94.

12 Marion-Veyron R, Tzartzas K, Saraga M. Que reste-t-il de nos Balint? Rev Med Suisse 2017;13:360-2.

13 Smith M, Anandarajah G. Mutiny on the balint: balancing resident developmental needs with the balint process. Fam Med 2007;39:495-7.

14 * Fablet D. Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles: une visée avant tout formative. Connexions 2004;2:105-17.

15 Fablet D. Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles: un moyen de lutter contre l'usure professionnelle. Les Cahiers de l'actif, La Grande Motte: Actif Information, 1998;264/265:83-99.

16 ** Even G. Les groupes Balint et leur spécificité: point de vue. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. Toulouse: Eres, 2008;1:149-60.

17 Kjeldmand D, Holmström I. Balint

groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. Ann Fam Med 2008;6:138-45.

18 Norroxe KB, Pedersen AF, Bro F, Vedsted P. Mental well-being and job satisfaction among general practitioners: a nationwide cross-sectional survey in Denmark. BMC Fam Pract 2018;19:130.

19 Botbol R, Truong MK, Schmid T. Stratégies pour améliorer la satisfaction professionnelle et le bien-être du médecin en 2018. Rev Med Suisse 2018;14:1690-4.

20 Arigoni F, Bovier PA, Sappino AP. Trend in burnout among swiss doctors. Swiss Med Wkly 2010;140:w13070.

21 * Mahoney D, Diaz V, Thiedke C, et al. Balint groups: the nuts and bolts of making better doctors. Int J Psychiatry Med 2013;45:401-11.

22 Robbe-Kernen M, Kehtari R. Les professionnels de la santé face au burnout: facteurs de risque et mesures préventives. Rev Med Suisse 2014;10:1787-92.

23 Clough BA, March S, Chan RJ, et al. Psychosocial interventions for managing occupational stress and burnout among medical doctors: a systematic review. Syst Rev 2017;6:144.

24 Benson J, Magraith K. Compassion fatigue and burnout: the role of Balint groups. Aust Fam Physician 2005;34:497-8.

25 Franza F, Del Buono G, Pellegrino F. Psychiatric caregiver stress: clinical implications of compassion fatigue. Psychiatr Danub 2015;27(Suppl. 1):S321-7.

26 * Nielsen HG, Tulinius C. Preventing burnout among general practitioners: is there a possible route? Educ Prim Care 2009;20:353-9.

27 Silfverskiöld P. Activities of Balint groups-a way to survive. Lakartidningen 1989;86:2606-9.

28 Nielsen HG, Söderström M. Group supervision in general practice as part of continuing professional development. Dan Med J 2012;59: A4350.

29 * Vannotti M. Le métier de médecin: entre utopie et désenchantement. Chêne-Bourg: éd. Médecine et Hygiène, 2006.

30 ** Stiefel F, Guex P. Le stress du soignant ou comment se soigner soi-même. Rev Med Suisse 2008;4:424-7.

* à lire

** à lire absolument