

Dr Barbara FUCHS (D)

20/08/2015

(Traduction française : Sophie KÖHLER-NIKLAS)

Les temps changent et les problèmes humains aussi

65 ans de groupes Balint

" La médecine de la personne

insiste sur la prise en compte de l'ensemble du patient dans ses dimensions non seulement physiques, psychologiques et spirituelles, mais aussi dans son environnement social. "

C'est là la définition que nous pouvons trouver dans les moteurs de recherche.

L'invitation à ce séminaire d'aujourd'hui la présente en ces termes :

" Les soins aussi demandent de la créativité. L'apparition d'une maladie, d'une blessure ou d'un conflit psychique requiert une solution nouvelle pour que le chemin de vie puisse être poursuivi normalement. (...) Mais souvent les guidelines et la médecine fondée sur les preuves ne suffisent pas. Nous devons quitter les schémas établis. Médecin et patient cherchent alors ensemble un chemin que personne n'a fait auparavant. L'analyse scientifique, les connaissances et l'expérience du médecin se joignent à la situation du malade, ses expériences à lui, ses attentes et espérances pour forger un plan de traitement pour la personne entière du patient."

En tant qu'intervenante, on m'a demandé de contribuer à ce vaste thème en parlant du travail des groupes Balint.

Nous nous sommes donc accordés sur le sujet de cette conférence :

Les temps changent et nous avec eux.

"Avoir la santé ne signifie pas être normal, mais plutôt avoir la possibilité d'évoluer dans le temps, grandir, mûrir et pouvoir mourir. "

C'est ce qu'en dit Viktor von Weizäcker en 1933.

Je souhaite ainsi aborder ces thèmes lors de ma conférence :

1. En me posant la question de ce qui caractérise notre époque et de ses conséquences sur la société et les patients, mais aussi sur la santé publique et les médecins.
2. Je souhaiterais réfléchir avec vous sur ce que l'on entend par créativité.
3. Il s'agira d'esquisser les méthodes et les exigences de travail du groupe Balint.

4. Pour finir quelques réflexions et les conclusions sur tout ce que nous allons aborder.

1. Les caractéristiques de notre époque

Laissons tout d'abord les patients de mon cabinet parler d'eux-mêmes. Suite à cela, je vais rechercher un contexte général à ces témoignages et tenter de comprendre plus en détails.

a) Un homme de 58 ans avec une formation commerciale moyenne

Employé depuis 34 ans par une entreprise américaine, il a participé à son développement en Allemagne. Au fil des années, il a dû changer à plusieurs reprises d'emploi au sein de la structure, jusqu'à être pour une période manager de la filiale. Pour finir, il a travaillé pour le développement des ressources humaines comme chef du service de la formation. Son activité lui apportait beaucoup de plaisir et de satisfaction, mais elle impliquait de fréquents déplacements professionnels loin de chez lui. En 2010, l'entreprise a subi un changement managérial. La pression s'est alors extrêmement accrue, particulièrement dans le besoin d'une permanente réussite. Ainsi les documents de formation auparavant en allemand ont été remplacés par leur version en langue anglaise. Ceux-ci avaient été écrits en toute hâte et avait même ignoré les différences culturelles existant avec l'Allemagne. L'obligation d'utiliser ces documents avait déclenché chez le patient de fortes réactions psychosomatiques. Lors d'une nuit à l'hôtel, il a été atteint d'une crise de peur avec suffocation. Des difficultés à se concentrer et des insomnies aiguës apparaissent. Pourtant il arrive à se reprendre et à recommencer son travail. Au milieu de l'année 2011, il reprend du poil de la bête. Au début de l'année 2012 survient « un nouveau désastre ». Il avait fini par accepter la proposition de reprendre la tête de la filiale, sachant qu'il avait déjà de l'expérience dans cette fonction. Sa décision avait été notamment motivée par le fait que la fonction n'impliquait plus de déplacements et lui permettait de rentrer tous les soirs à la maison. Mi-août 2012, il est hospitalisé pour des symptômes graves de hernie discale. Encore aujourd'hui subsiste une légère parésie du releveur du pied gauche. Une opération n'était pourtant pas nécessaire. Des symptômes d'écrasement de disque au niveau de la colonne cervicale étaient déjà apparus en 2007. Ceux-ci furent également traités suivant la méthode classique. À l'époque il souffrait également de phénomènes de paralysie du bras. Entretemps ses nouvelles fonctions deviennent « apocalyptiques ». Son nouveau chef très orienté « carrière », le tyrannise et demande la réalisation de chiffres d'affaires totalement utopiques. Durant plusieurs mois, il s'est laissé « tourmenter », finissant par développer des attaques de panique et d'angoisses nocturnes de plus en plus fréquentes. Il subit des crises de tachycardie continues, des arrêts respiratoires, des diarrhées extrêmes et ne peut s'empêcher de se mettre à pleurer pour des bagatelles. Il reste dans l'incapacité de récupérer ou même de se reposer. Après que ses angoisses et ses inquiétudes se sont diffusées à l'ensemble du corps en symptômes de plus en plus graves, il consent, sur recommandation de son épouse, à aller voir un médecin. Celui-ci l'a mis en congé de maladie au printemps 2013.

b) Un universitaire

Il serait « le manager type, les thèmes émotionnels lui étant toujours faciles à intérioriser ». Dans sa sociabilisation, il n'avait tout simplement pas appris à percevoir ses propres émotions ou celles des autres, et à laisser suffisamment d'espace aux besoins correspondants, et à se situer lui-même dans cet environnement. Rétrospectivement, il n'avait développé que la capacité à travailler beaucoup et continuellement. « Et je croyais toujours que les crises de panique ne touchaient que les femmes ! » Ce qu'il connaissait depuis ses études, c'était une propension à des diarrhées profuses.

Suite à ses études de gestion d'entreprise, il travaille pour plusieurs grandes entreprises. Sa spécialisation s'oriente de plus en plus vers la jonction entre le domaine de l'informatique et la finance. En 1987, après avoir monté brillamment les échelons au sein de l'industrie informatique, il s'est laissé recruter par un « head hunter » (chasseur de têtes), appâté par un meilleur salaire. Au fil des années, il occupe différentes hautes positions managériales. « Tu t'épanouis tout simplement dans ton travail ».

Au fil des années, il a pu voir de grandes entreprises en pleine expansion se restructurer, être vendues, ou subir des délocalisations. Il a toujours réussi à rebondir professionnellement. Dans sa dernière entreprise, il était directeur financier. Il y a cinq ans, son entreprise a subi une restructuration massive et a licencié beaucoup de salariés, lui inclus. Bien sûr, il est de plus en plus difficile en vieillissant de retrouver un

nouveau poste. En remarquant cela, il décide de se mettre à son propre compte en tant que consultant, après avoir connu cette opportunité grâce à son large réseau professionnel et sa riche expérience. Toutes ses relations privées avaient toujours échoué du fait de l'importance et de la place de sa vie professionnelle. Il garde pourtant avec sa famille de fortes relations qui lui sont précieuses.

Quatre ans auparavant, son mal-être du fait de ces nombreux bouleversements commence à avoir des conséquences psychosociales importantes pour lui. Il est alors pendant une longue période dans l'incapacité de travailler et se retrouve même interné pendant 6 semaines au sein d'une clinique traitant les troubles psychosomatiques. Grâce à cela, il est remis en forme de façon à pouvoir retravailler.

En janvier 2012, il développe des calculs rénaux et vésicaux tellement importants qu'ils nécessitent là encore une hospitalisation. Cette situation lui pèse beaucoup et entraîne encore une fois un congé-maladie de 6 semaines. C'est seulement après cette convalescence qu'il est capable de reprendre son travail.

Pendant un trajet automobile en mars 2012, l'un de ses yeux est subitement voilé et ensuite complètement aveugle. Cela lui arrivera en tout environ à 7 reprises, touchant l'un ou l'autre œil. En dehors des trajets en voiture, en deux occasions il subit les mêmes symptômes. Il suit notamment un traitement médicamenteux pour une tension artérielle élevée connue depuis longtemps. De plus, il est fumeur et n'arrive pas malgré beaucoup d'efforts à arrêter la cigarette. Avec ces facteurs, on pense tout de suite à un accident vasculaire. Un bilan complet ne révèle pourtant aucun résultat en ce sens. Durant longtemps il ne put comprendre ce qui lui arrivait. « Après tout, dans la vie il y a toujours des situations de stress à surmonter. »

Quelques mots clefs peuvent de manière superficielle définir les attributs de notre époque nous influençant plus ou moins :

- Nous vivons dans un continuel manque de temps ; tout doit toujours aller de plus en plus vite. Il ne reste aucune place pour des développements progressifs. Des effets rapides sont attendus, ceux-ci n'ont alors pas d'effets durables, et passent le plus souvent en partie à côté des véritables problèmes et de leur solutions.
- Dans ce contexte, il nous est demandé un rythme effréné avec beaucoup de changements et de mutations : on constate, par exemple, que les personnes ne conservent plus le même employeur durant toute leur vie et ne construisent ainsi pas de berceau social - changeant en permanence de collègues, de chefs et d'organisation du fait des restructurations fréquentes. Avec ceci grandit une insécurité et un anonymat dans les relations sociales. Le collègue ne me connaît même pas et n'a pas la force ou le temps de me porter davantage d'intérêt. Nous constatons une forte mobilité géographique chez des personnes ayant une grande instabilité relationnelle autant avec des partenaires qu'avec des amis. En conséquence, chacun ne peut compter que sur lui-même. Au cours des situations de stress inévitables de la vie, cette solitude entraîne par la suite un surmenage potentiel et de la décompensation. L'individualisation et les interruptions répétées des relations humaines ont pour conséquences l'isolement, le manque de confiance vis-à-vis des structures sociales ou vis-à-vis de l'enrichissement apporté par les relations humaines.
- Nous vivons dans un environnement de bruit omniprésent, dans un manque de silence et de méditation, s'accompagnant d'une information instantanée et racoleuse qui devient en quelques secondes sans intérêt.
- Notre monde est régi certes par une économie financière de marché basée sur le court terme. Les décisions sont souvent prises sans prendre en compte les conséquences sur le long terme dans son propre domaine et sans appréciation rationnelle des impacts directs sur les domaines adjacents ou plus éloignés, où souvent en définitive les suites sont encore plus onéreuses.
- Finalement, on trouve une pluralité d'idéologies, de milieux et de sous-groupes sociologiques divergents, de substituts religieux ou pseudo-religieux.
- La souffrance et la douleur doivent le plus possible être évitées ou, tout du moins, disparaître rapidement.

- Le manque de lien et de loyauté doit être compensé par un développement du contrôle avec une augmentation des coûts.

Que se passe-t-il à l'échelle de l'individu ?

- Nous constatons une baisse de la tolérance à la frustration et à la tension, et l'incapacité à reconnaître les pulsions, les différencier entre elles et les contrôler.
- Il est plus difficile pour les personnes de se lier aux autres, d'apprendre à leur faire confiance et de maintenir une relation malgré les peines, les difficultés et les déceptions.
- Les connaissances pratiques et l'expérience sont en net recul. Alors que nos grand-mères savaient ce qu'il fallait faire pour soigner un mal de tête, aujourd'hui on préfère demander conseil à un médecin. Les guides concernant l'éducation, la gestion des conflits et les peines de cœur connaissent un fort engouement, tout comme les séminaires expliquant comment avoir du succès ou comment gérer la mort et le deuil. Beaucoup de gens ne savent même plus cuisiner eux-mêmes.

Que se passe-t-il à l'échelle de la médecine ?

- On constate une fréquence accrue des maladies chroniques, alors que le nombre des maladies aiguës comme les infections recule. Les plus courantes sont les maladies en rapport avec le mode de vie comme les maladies cardio-vasculaires, le diabète ou le surpoids et ses conséquences notamment orthopédiques.
- De plus, on voit une augmentation significative des maladies psychiques et somatiques entraînant une incapacité au travail ou la demande d'une retraite anticipée (depuis 1994 en Allemagne, leur nombre a doublé). Les personnes se retirant de la vie active à cause de ces symptômes sont plus nombreuses que l'ensemble de celles ne pouvant plus travailler à cause d'une tumeur maligne, de maladies cardio-vasculaires ou d'une incapacité physique.
- Se développe une médicalisation des problèmes individuels et sociaux. Ce qui signifie que le médecin et le système de santé doivent régler des problèmes n'ayant pas de rapport direct avec la médecine - mais plutôt avec les structures sociales, l'attitude personnelle ou le style de vie, la charge et les conflits au travail, et tant d'autres encore. Cela crée un fardeau trop lourd à porter pour le système et ceux qui y travaillent : ils décompensent alors de plus en plus.
- La plupart du temps le patient a non plus un seul médecin en face de lui mais plusieurs contacts fractionnés, courts et répétés avec le système médical. Les séjours moyens à l'hôpital sont devenus de plus en plus courts et les traitements sont effectués dans une continuelle pression liée à une nécessité d'optimisation économique. Beaucoup de spécialistes se voient affecter des objectifs spécifiques. Ainsi perd-on le fil non seulement de la médecine organique, mais aussi des contextes psychosociaux, de l'historique symptomatique et de la maladie. En conséquence, le traitement médical devient insatisfaisant pour le patient et le médecin, sans compter qu'il est le plus souvent inefficace et coûteux. En Allemagne, on désigne ce système médical comme une "juxtaposition d'excès, de déficiences et d'erreurs".

Le concept de l' "**evidence based medicine**" touche beaucoup plus de domaines que veut bien le préciser le discours public et il devient une méthode de premier plan.

Le terme d' "**evidence based medicine**" vient de David Sackett et signifie à l'origine que la rationalité des décisions cliniques doit se baser sur :

- des preuves générales et avérées scientifiquement de l'efficacité d'une forme de traitement,
- une expertise individuelle clinique du praticien,
- une prise en compte de l'expérience et des valeurs du traitement.

La plupart du temps, on traite le processus décisionnel participatif ("shared decision making") comme un problème relatif à l'information. "Mais pour que le patient soit considéré comme un "partenaire", il faut qu'il puisse avoir un relationnel. Plusieurs études en Europe démontrent qu'il existe des difficultés systématiques dans la communication médecin-patient concernant le problème à traiter ("hidden agenda"). La demande est rarement clarifiée entre le médecin et le patient. Les médecins font de nécessité vertu et agissent en rapport

avec la demande qu'ils présumant exister, et s'abstiennent souvent de poser des questions afin de s'assurer de sa bonne compréhension. Particulièrement dans les cas des personnes souffrant de maladies chroniques, les diagnostics en amont sur le principe du "etc." donnent une structure préalable. " (Journal Balint - 3/2011, page 78).

Aux côtés du patient et du médecin se tiennent également des tiers invisibles (les collègues lui ayant adressé le patient, les proches du patient, son employeur, la sécurité sociale et les mutuelles).

Il faut s'interroger : comment définir la qualité dans la médecine ?
Et comment définir ce qu'est une réussite ?

Dans le cas par exemple d'un patient polymorbide handicapé lourd à domicile souffrant d'une pneumonie. Son état s'aggravant, sa famille ne supporte plus la situation et appelle le médecin de garde qui le fait hospitaliser. Sur place, il est soigné de manière intensive et la pneumonie se résorbe. Le patient est stabilisé mais dans un état général amoindri. De ce fait, un maintien à son domicile n'est plus possible. Le vieil homme extrêmement malade doit alors être placé dans un établissement de soin.

Se pose à moi la question de savoir s'il s'agit d'une réussite vers laquelle on doit tendre : ce vieil homme après un traitement antibiotique va pendant plusieurs mois dépérir dans une institution, alors que l'on aurait pu le laisser mourir un peu plus tôt d'une pneumonie dans un environnement connu et entouré d'êtres chers ?

Pour aller plus loin dans notre réflexion, on peut se demander si la "réussite" vient automatiquement lorsqu'un médecin se tient à des exigences de qualité c'est-à-dire aux lignes directrices ?

La guérison ne peut pas être garantie et dépend de beaucoup de facteurs extérieurs. La réussite d'un traitement dépend beaucoup d'avoir pu motiver le patient à coopérer.

La qualité dans la médecine n'est pas seulement la qualité de l'action mais aussi la qualité de la coopération, de la collaboration des médecins entre eux et avec les autres professionnels engagés, la qualité du partenariat entre le patient et le médecin.

Giovanni Maio, professeur d'éthique médicale à l'Université de Fribourg, se penche sur les questions de qualité, de réussite et d'économie de la médecine :

"La qualité dans la médecine est une qualité de la prise de décision, et moins une qualité dans l'action. Ce décisionnel ne peut pas être formalisé par tous les moyens, car il s'agit toujours d'un problème complexe et singulier, que l'on ne peut pas régler uniquement en suivant une règle, mais en combinant les connaissances spécialisées formalisées avec des expériences informelles, et lorsque l'on arrive à relier des données statistiques avec la situation concrète du patient." (G. Maio, DNP 2015,3)

Exemples cliniques :

- ❖ On porte le diagnostic de borréliose chez une femme de 35 ans souffrant de fatigue chronique afin de pouvoir la mettre en maladie pendant plusieurs mois, sans que celle-ci présente les symptômes cliniques adéquats ou que les résultats d'analyse aillent dans ce sens. L'arrêt maladie conforte la patiente dans sa conviction de souffrir d'une maladie chronique. Le médecin ne prenant que des patients bénéficiant d'une sécurité sociale privée se considère comme un spécialiste de la borréliose et gagne grâce à cela beaucoup d'argent. Sans véritables indications, des traitements antibiotiques sont renouvelés et au fil des mois la patiente subit une désintégration sociale croissante.
- ❖ Des douleurs du dos sont accompagnées d'interventions chirurgicales sur les disques intervertébraux qui ne sont pas réellement indiquées et n'apportent pas vraiment d'amélioration des symptômes. La patiente souffrant de douleurs du dos confronte son médecin à un challenge et il se trouve dans la situation d'être poussé à agir dans ce sens sans vraiment s'en rendre compte.
- ❖ Une patiente ayant la soixantaine a suivi un traitement de divers antidépresseurs et psychothérapies pour des angoisses, une adynamie dépressive et des pertes de connaissance. Les proches ont fait pression sur la psychothérapeute afin qu'elle prenne la patiente en thérapie, car elle allait tellement mal. Le médecin lui-même sous pression, contrarié et se sentant démuni, pousse alors la patiente

vers une clinique pour se décharger. Suite à un bilan somatique et neurologique complet qui aurait dû être fait depuis longtemps, la clinique a diagnostiqué un méningiome déjà volumineux et envahissant d'autres organes.

- ❖ Une immigrée d'une trentaine d'années avec un passeport allemand est très bien intégrée et performante professionnellement. Par la suite, elle développe un ensemble de problèmes somatiques : douleurs, sentiment de faiblesse, en plus finalement de symptômes d'anxiété. Les examens complets somatiques ne révèlent pas de résultats pathologiques, le traitement antibiotique d'infections éventuelles n'a pas plus eu d'effet que la psychothérapie. Le fait que la patiente avait donné plusieurs fois des adresses différentes avait bien été noté par le médecin, mais il l'avait toutefois négligé car elle avait toujours rejeté l'idée d'une interaction avec sa vie quotidienne. Une amélioration des symptômes se fait sentir au moment où enfin quelqu'un finit par demander en détail l'histoire de la migration de la patiente en Allemagne, dont il ressort qu'elle est en train de faire annuler le mariage blanc avec un Allemand auquel elle avait consenti pour obtenir la nationalité. Ce qui était également une charge financière importante.

Pour M. Balint : "Le diagnostic complet doit donner une vue d'ensemble de l'état physique et émotionnel du patient, sans oublier ses relations avec lui-même et avec les autres, y compris avec le médecin. "

À partir de ce qui s'est passé, de ce qui est là, créer quelque chose, le mettre de manière nouvelle ou différente en relation, voir les choses sous un autre angle.

2. Quelques idées plutôt associatives sur la notion de créativité

La créativité signifie rendre l'évolution possible, ne pas rester immobile, être actif plutôt que passif et de ce fait faire naître l'espoir. Elle est pourtant liée à beaucoup d'effort et de patience. Pour leurs œuvres majeures, les peintres comme Rembrandt et Dürer ont souvent d'abord fait pendant de longues années des esquisses ou ont retravaillé des avant-projets. Les performances créatives qui m'ont toujours fascinée sont celles des enfants africains qui à partir de canettes, de fils d'acier et d'autres débris construisent des voitures miniatures très élaborées.

La créativité ou être créatif signifie donc de rendre possible de nouvelles options, de découvrir des entrées ou sorties surprenantes, des solutions. Elle nécessite pourtant aussi de "l'espace" - un lieu dénué d'inquiétude ou sans arrière-pensées, plutôt qu'un environnement sous la pression de l'efficacité et de la maximalisation rapides et à court terme. La créativité et le jeu vont, selon moi, de pair. Les lieux où l'on peut jouer sont également ceux où l'on arrive à se relaxer. On entre dans un état de distance productive par rapport aux contraintes, à la légalité et aux limites. Pour résumer : il est possible de devenir créatif.

Ainsi on peut dans le cadre de ce séminaire avoir l'opportunité d'apercevoir et de méditer sur ce que nous percevons dans l'interaction avec nos patients au sein de notre système médical, et comment nous pourrions peut-être faire en sorte que chacun y trouve son compte.

3. Le travail Balint

Le groupe Balint offre un lieu suffisamment sécurisé propice à plus de créativité dans notre travail en tant que médecin, et rassemblant toutes les conditions énumérées précédemment. Avant tout parce que le groupe peut devenir un lieu de rétrospective qui crée la possibilité, par l'interaction entre collègues, de percevoir des choses passées inaperçues à cause du quotidien médical, ce qui permet de mieux ressentir ce que l'on ne faisait que deviner de manière diffuse, de mieux examiner le refoulé et de pouvoir l'intégrer.

En observant notre quotidien, nous avons pu identifier des difficultés comme le manque de temps, le manque d'opportunité de réflexion sur le relationnel ou l'impossibilité d'établir des relations plus profondes.

Ou pour le dire avec les mots de Martin Buber, l'impossibilité à se questionner sur la relation entre le "je" et le "tu". Chez Michael Balint, cela s'appelle la "théorie de la relation d'objet".

La pensée fondamentale du travail Balint consiste dans l'idée que le travail médical doit être nécessairement un travail en direct avec le patient. Cette relation avec le patient doit refléter la relation que le patient a avec lui-même et celle que nous avons avec nous-mêmes en tant que médecin, afin de permettre à chacun de travailler de manière satisfaisante et de rester aussi, dans la mesure du possible, en bonne santé.

Dans cette idée, on peut noter que le "burn-out" est un thème brûlant chez les médecins et que plusieurs études démontrent régulièrement que le taux de dépression chez les médecins et surtout les femmes médecins est plus élevé que dans la population standard.

Citation (Hess. *Ärzteblatt* 2/2013) : "Les médecins résilients se connaissent dans leurs buts, leurs limites et leurs vulnérabilités biologiques. Une relation saine avec ses propres ressources implique que l'on connaisse ses propres motivations. Qu'est-ce qui me fait aller de l'avant ? Dans quelles situations suis-je plus facilement tenter de dépasser mes limites ? Qu'est-ce que je ne m'autorise en aucun cas – alors que ceci serait à moyen et long terme bénéfique pour moi et mon travail ? "

Ce qui est prouvé : Un médecin engagé dans des discussions collégiales reste en meilleure santé et plus efficace dans son travail.

Les groupes Balint constituent une méthode de travail éprouvée depuis des dizaines d'années pour pouvoir mieux et plus en profondeur comprendre ce qui se passe à différents niveaux dans la relation entre le médecin et le patient. En même temps, cela permet d'acquérir une meilleure perception du patient dans son ensemble, et de comprendre certaines choses restées jusqu'à présent dans l'ombre.

Rappelons-nous un instant les cas présentés au début. Peut-être pourrions-nous examiner le patient avec beaucoup moins de moyens techniques et économiques, et le stimuler afin qu'il trouve par lui-même son propre contexte et une méthode afin de vivre avec ses limites et ses problèmes.

Le travail du groupe Balint offre souvent pour le médecin une possibilité de mieux se comprendre lui-même. Par exemple, pourquoi réagis-je de cette manière avec ce patient en particulier ? Quel problème, quelle expérience ou quel souvenir se rappelle à moi par le biais de ce patient ? Pourquoi est-ce que je comprends cette patiente tellement bien ? Est-ce que je confonds, ou même mélange probablement mon problème et le sien, et de ce fait perd la distance professionnelle nécessaire ? Qu'est-ce qui me touche chez ce patient et me fait autant m'impliquer ? En définitive, le groupe permet des réflexions par des discussions professionnelles de fond avec des collègues, des ouvertures de point de vue - parfois permet de relativiser et dans l'ensemble de se décharger de ses exigences personnelles et des exigences trop fortes des patients.

Le groupe Balint offre l'opportunité d'une discussion sur des "cas difficiles". Ceci implique que j'accepte les limites de mes capacités professionnelles, mes propres faiblesses ou même mes échecs. Dans le groupe peuvent être abordés des sujets gênants, douloureux, intimidants ou tabous dans la relation d'aidant et d'aidé. Il s'agit dans le groupe de développer un feeling pour la dynamique psychique de la relation. À côté des événements concrets au sein d'une relation, se déroulent également des échanges sous-jacents de messages et de sentiments qui restent implicites, ainsi qu'un va et vient de comportements dont les intentions ne sont pas claires mais pourtant importantes.

Les objectifs du groupe sont donc d'analyser des expériences personnelles professionnelles du quotidien dans l'interaction avec le patient. On travaille tout autant sur les capacités de perception et d'empathie par rapport à ce que vivent les autres, que sur les capacités à suffisamment se détacher et à penser la relation dans toutes ses dimensions.

Comment travaille un tel groupe ?

De 7 à 12 médecins participants se rencontrent avec un leader (animateur) formé à cet effet. Les thèmes des groupes sont constitués en fonction des expériences des participants dans la relation aidant-aidé.

Chaque participant présente une situation concrète d'interaction avec un patient, le vécu du narrateur étant le plus important. L'hypothèse est que ce vécu donne une indication pour la compréhension du schéma de l'interaction (mode de dépassement), et sur ce que le patient vit dans sa relation avec lui-même et avec ses partenaires dans son environnement.

Au sein du groupe règne la règle indispensable de la confidentialité. Personne n'est un expert ni ne sait tout mieux que les autres, tous les commentaires et associations des membres du groupe sur l'exemple présenté étant souhaités et encouragés. Les participants partagent de leur côté ce que les présentations des collègues inspirent comme idées, pensées et réflexions.

Un espace se crée pour des fantasmes, du désordonné et du dérangeant, pour des choses restées auparavant tabous, ou ne semblant "pas en faire partie". Le groupe enregistre les effets qui ressortent, les reflète et les digère. Finalement, en ressort une compréhension plus profonde des patients. Et pour le médecin apparaissent de nouveaux points de vue et des approches pour des solutions productives dans sa problématique avec le patient.

Lorsque j'étais un jeune médecin, j'ai entendu la phrase : « Après un groupe Balint, le patient est différent ». Et dans mon quotidien professionnel, j'ai pu faire l'expérience de la véracité de cette affirmation.

Le rôle de leader est de structurer la discussion, d'aider à retravailler le contenu et en même temps de garantir la protection du groupe et de l'individu, afin de rester dans les limites du professionnalisme et de ne pas se livrer plus que ce que l'on peut supporter dans la situation.

De plus, le groupe Balint est un groupe de travail idéal lorsqu'il est pluridisciplinaire, par exemple, en étant pour les médecins un instrument de professionnalisation et "d'hygiène psychologique".

4. Conclusion

La recherche en résilience dit : "Celui qui investit dans sa capacité relationnelle investit dans sa capacité de résistance psychique". Ceci est vrai non seulement pour nous médecins mais aussi pour les patients.

Bien sûr, on ne peut pas répondre aux questions structurelles brûlantes du système de santé avec ce que nous avons évoqué. Mais ceci n'était pas non plus notre but.

Mais il s'en détache des approches qui peuvent donner lieu à une réflexion.

Nous ne pourrions pas changer le monde actuel par la seule force de nos idées et de notre action responsable. Mais on peut tout de même contribuer positivement à nos patients et aux personnes de notre environnement proche, tout comme à nous-mêmes. Et cela en gardant toujours à l'esprit la pensée de Martin Buber ou même de Michael Balint :

- Ce qui est important dans la vie, ce sont les relations
- Et l'Homme ne se comprend et ne se développe qu'à travers l'Autre, le vis-à-vis

Cela signifie aussi que nous avons en tant qu'être humain nos limites : le temps, l'espace, les possibilités économiques, le corps, la psyché, la faisabilité et la légalité - les respecter, somme toute, permet la Vie.