

Balint et science


Heinrich Egli

Quintessence

- L'efficacité des traitements médicaux est bien moins bonne que leur efficacité potentielle, en partie en raison de problèmes dans la relation médecin-patient.
- Ces problèmes reposent notamment sur la pensée linéaire inadéquate de la médecine et ne sont guère accessibles à la pensée linéaire.
- L'approche Balint est mieux appropriée pour atteindre cet objectif et le présent article évoque quelques arguments scientifiques pour étayer ce propos: développement historique de la méthode Balint, investigations empiriques, examens phénoménologiques et résultats scientifiques parallèles au sens de la personnalisation.

Efficacité et efficacité des traitements médicaux et pensée linéaire

Présenter l'approche Balint dans ce journal est un véritable défi. En tant que lecteur, j'ai toujours été impressionné par le haut niveau scientifique des éditoriaux et des articles publiés dans cette revue. Et l'importance du volet scientifique attaché à notre profession médicale est incontestable. Les études scientifiques montrent cependant aussi que d'autres facteurs, au niveau communautaire, que les seuls effets scientifiquement démontrés d'un traitement influencent considérablement le succès thérapeutique.

La figure 1  illustre l'efficacité en termes d'amélioration de la qualité de vie de l'arthroplastie de la hanche au Canada, dont l'efficacité est cependant ensuite beaucoup plus faible au niveau communautaire. Des études réalisées en Afrique révèlent, un peu comme un verre grossissant, des facteurs diminuant l'efficacité de traitements efficaces [1]. En Afrique, c'est essentiellement la consultation chez les guérisseurs traditionnels¹ qui est à l'origine de la fréquente non-utilisation des thérapies occidentales efficaces ou de l'interruption de ces traitements. Une étude a pu montrer que les patients des guérisseurs traditionnels et les patients des installations sanitaires occidentales ne se distinguent guère sur le plan sociodémographique. Ces deux groupes de population vivent à des distances semblables de la prochaine institution de santé occidentale, mais ignorent souvent l'antenne la plus proche. Les patients des guérisseurs traditionnels se déplaçaient en effet sur des distances deux fois plus longues en moyenne et payaient plus de 13 fois davantage pour les traitements que les patients des institutions de santé occidentales. C'est pourquoi les

différences de styles de communication entre les guérisseurs traditionnels et les infirmières formées à l'occidentale sont donc intéressantes: les guérisseurs étaient sur plusieurs plans significativement davantage centrés sur le patient. Ils parlaient plus de sujets psychosociaux et des divers aspects de la vie de tous les jours, demandaient plus souvent l'avis des patients et discutaient fréquemment de leur concept thérapeutique. Ils recherchaient par conséquent davantage une base commune avec les patients, qui posaient alors plus volontiers des questions [2]. Une autre étude [3] a examiné l'interaction entre les soignants formés à l'occidentale (médecins et infirmières) et leurs patients: ces professionnels de santé avaient l'habitude de poser essentiellement des questions fermées, de donner des conseils et des instructions, de prodiguer des informations et les patients se bornaient plutôt à donner des réponses aux questions et les soignants avaient significativement plus tendance à rabrouer les patients qui évoquaient leur propre concept thérapeutique.

Il semble donc que les professionnels de santé formés à l'occidentale pensent de façon linéaire et ne veulent concevoir les patients que comme des machines sur lesquelles il suffit de lire des paramètres décrivant l'état de fonctionnement et qu'il s'agit de reprogrammer pour qu'elles puissent continuer à fonctionner. Une forme de protection pour les soignants, sans cela confrontés à la misère souvent intolérable de leurs patients? La pensée linéaire est toutefois également profondément enracinée dans la médecine occidentale avec d'indéniables succès dans la compréhension des relations de causalité. Cette approche est en revanche inappropriée pour appréhender l'être humain dans sa globalité. Et la pensée linéaire n'est pas le seul mode de raisonnement scientifique. Il est intéressant de rappeler que Kant, à l'instar de certains auteurs modernes, avait déjà caractérisé les êtres vivants de cette même manière globale [4], «*des êtres vivants organisés et s'organisant eux-mêmes*» avec un «*but naturel*» [5], qui n'est pas planifié de l'extérieur mais répondant à des motivations propres avec des objectifs définis de manière indépendante. Kant estimait que nous ne sommes pas en mesure d'expliquer cette nature organique de façon scientifique parce que l'auto-organisation et les causes orientées vers un but n'étaient pas compatibles avec la science de son temps. Aujourd'hui, les démarches scientifiques ne sont plus seulement mécaniques et linéaires. Il existe actuelle-

1 Pour faciliter la lecture et par habitude, nous utilisons ici toujours la forme masculine, mais la forme féminine est bien entendu toujours sous-entendue aussi.



Heinrich Egli

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt d'ordre, mais en tant que président fondateur de la Société Balint et ancien directeur des journées Balint de Sils et de Wartensee, il a un grand intérêt à ce que le travail des groupes Balint soit présenté sous un angle favorable.

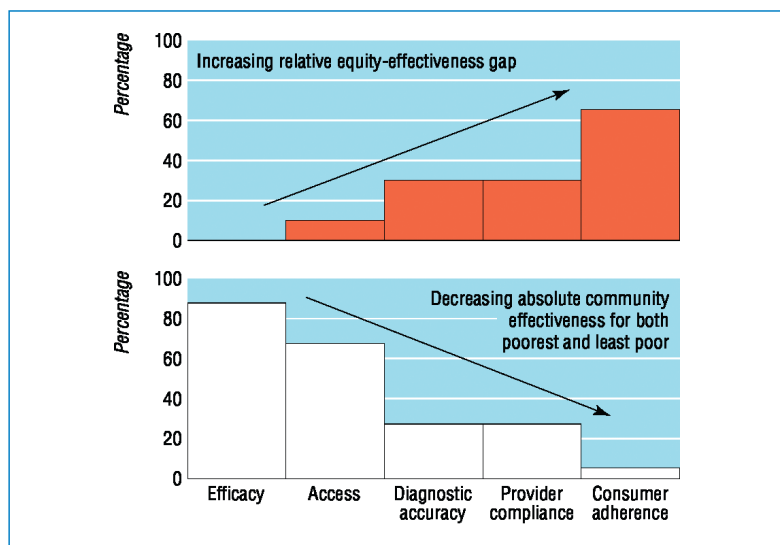


Figure 1

Effet marche d'escaliers de hauteur croissante et perte d'efficacité mesuré par quatre paramètres, illustrés à l'aide d'évaluations hypothétiques de l'arthroplastie totale de la hanche. Tiré de: Tugwell P, de Savigny D, Hawker G, Robinson V. Applying clinical epidemiological methods to health equity: the equity effectiveness loop. *BMJ*. 2006;332(7537):358–61, Reproduction avec l'aimable autorisation des auteurs.

Équité (equity): équité dans la distribution, pas de différences inéquitables et évitables au niveau communautaire dans les soins de santé.

Efficacité (efficacy): efficacité d'un traitement en conditions optimales, autrement dit pour riches et pauvres.

Accessibilité (access): disponibilité d'un traitement pour les patients.

Précision du diagnostic (diagnostic accuracy): les médecins sont en mesure de poser une indication adéquate en vue d'un traitement.

Compliance du fournisseur de prestation (provider compliance): mise en œuvre de l'indication thérapeutique par les médecins.

Adhésion du consommateur au traitement (consumer adherence): acceptation du traitement indiqué de la part du patient.

Efficacité (effectiveness): efficacité d'un traitement au niveau communautaire.

Fossé équité-efficacité grandissant (increasing equity-effectiveness): fossé grandissant entre l'efficacité potentielle et les effets obtenus, l'escalier étant plus pentu d'un facteur 1.6 pour la tranche de population au revenu le plus faible.

ment des concepts d'auto-organisation, sur la manière dont les systèmes génétiques et enzymatiques se produisent réciproquement dans la cellule, et nous disposons de concepts mathématiques capables d'analyser l'auto-organisation dans le cadre de systèmes dynamiques non linéaires. Les êtres vivants ne sont ainsi pas de simples machines réagissant à des stimuli, mais des systèmes capables de développer des réponses complexes à ces stimuli [4].

La pensée linéaire est également prédominante lorsque le véritable objectif consiste à l'amélioration de la communication médecin-patient. Un travail de revue sur le thème de la transmission des mauvaises nouvelles chez les patients cancéreux a trouvé 245 articles, mais seulement 4 études s'étaient aussi intéressées à la façon dont l'intervention avait été perçue par les patients [6]. On peut douter de l'efficacité d'une vision aussi linéaire de la diffusion chez les soignants d'une «communication skills technology». Au Cameroun, où la pensée linéaire était particulièrement marquée chez les soignants, comme je l'évoquais ci-dessus, des formations d'«interpersonal communication» n'ont produit que des effets limités [7]. Une revue systématique de 10 études ayant examiné les effets d'un «communication skills training»

des médecins et des soignants chez leurs patients cancéreux a mis en évidence une action sur le comportement des soignants, mais en revanche peu d'effet sur la satisfaction des patients [8].

La méthode Balint est une autre manière d'aborder la relation médecin-patient, de la clarifier et mieux la comprendre et de tenter de résoudre les difficultés de cette relation. J'aimerais montrer ici qu'il existe bel et bien des bases scientifiques prouvant que cette approche est adéquate pour atteindre cet objectif.

Historique de la méthode Balint [9]

Michael Balint

Michael Balint (1896–1970), né à Budapest sous son vrai nom de Mihály Bergsmann, a «magyarisé» plus tard son nom et s'est converti au christianisme. Balint fait connaissance avec la réalité de la médecine de famille dès son enfance en accompagnant son père. Balint a alors des intérêts très variés, démontrant très tôt des tendances à développer sa propre vision des choses: il s'amuse par exemple la nuit avec ses copains à intervertir les plaques des cabinets médicaux, des études d'avocats, etc. En 1920, il obtient son doctorat de médecine et aurait souhaité y ajouter un doctorat en sciences naturelles. Une loi antisémite empêchait cependant déjà à cette époque la participation à l'enseignement supérieur des juifs en Hongrie. C'est pourquoi il part avec sa femme à Berlin, où il obtient en 1924 son doctorat de chimie, physique et biologie. Il publie ensuite divers travaux de biochimie et nous devons à l'une de ses publications critiques la disparition de la littérature de chimie du concept erroné de l'«électropie» [10]. Balint s'était intéressé à la psychanalyse dès ses études de médecine à Budapest. A Berlin, il a suivi, parallèlement à son travail en biochimie, une formation de psychanalyste. Il a prodigué des traitements psychanalytiques, notamment à la Charité, où il a été autorisé à tester les effets de l'approche psychanalytique dans des maladies organiques. En 1924, il retourne à Budapest avec Alice, qui avait également suivi une formation de psychanalyse et avec laquelle il collaborera étroitement jusqu'à sa disparition en 1939. Depuis ce moment, il n'a plus cessé de pratiquer la psychanalyse et est devenu le brillant successeur de Sándor Ferenczi, un pionnier célèbre de la psychanalyse. En 1939, Michael et Alice Balint quittent la Hongrie pour l'Angleterre pour échapper aux dangers auxquels les juifs étaient exposés dans leur pays à cette époque. En Angleterre, Balint a dû affronter des années difficiles et vécu de nombreuses expériences particulièrement frustrantes. Il a dû travailler à Manchester, totalement isolé des autres psychanalystes. Alice y est subitement décédée d'une rupture de l'aorte. Le diplôme de médecine obtenu par Balint en Hongrie n'avait pas été reconnu, si bien qu'il a dû accomplir plusieurs semestres d'études supplémentaires. Il avait trop peu de patients pour ses analyses et devait survivre avec des revenus ridiculement faibles, sans amis ni partenaires de discussions proches et n'avait d'ailleurs plus non plus d'idées, alors qu'il avait pourtant été autrefois si créatif et été à l'origine de

si nombreuses publications. Ce n'est qu'en 1944 que sa vie prend un nouveau tournant et qu'il retrouve cette créativité avec la reconnaissance de son diplôme de médecine et des emplois rémunérés. Il entreprend un travail de développement psychologique empirique en vue d'un Master of Sciences en psychologie. Il se remarie et déménage à Londres en 1945. Dès 1949, il y travaille à la clinique Tavistock, où il fait la connaissance de sa troisième femme, également devenue psychanalyste et avec qui il travaille passionnément, en particulier au développement de la méthode dite Balint. Balint retrouve ainsi sa créativité, écrit de nombreux travaux psychanalytiques et regagne toute sa crédibilité, avant d'être finalement élu à la présidence de la société britannique de psychanalyse.

Naissances des groupes Balint

Balint avait déjà fait des essais avec des groupes de médecins en Hongrie, dans le but de les aider dans leur «profession de guérisseurs». Avec des succès mitigés. D'abord parce que Balint cherchait à cette époque à transmettre un savoir psychanalytique au travers de conférences, autrement dit en suivant un processus de pensée linéaire, ce qu'il a jugé par la suite lui-même comme étant complètement inutile. Et ensuite parce que le régime fashiste d'Horthy a vu dans ces groupes des tentatives de subversion et délégué régulièrement aux réunions un agent de la police secrète, ce qui rendait très difficile une discussion spontanée. En Angleterre, alors qu'il travaillait à la clinique Tavistock, Balint a été invité par celle qui allait devenir sa femme, Enid, à collaborer avec des groupes de travailleurs sociaux, travaillant sur des cas de problèmes conjugaux. Le «case work» est une méthode dans laquelle le client participe activement au dialogue sur la recherche de solutions à ses problèmes. Balint a proposé aux travailleurs sociaux de ces groupes de ne plus suivre une documentation programmée, mais de décrire librement la situation. La découverte des bienfaits extraordinaires de l'acceptation de ces déclarations spontanées est à l'origine de la méthode Balint. Dès 1950, Balint a poursuivi le développement de cette technique en collaboration avec des médecins praticiens dans le cadre de groupes de «Training cum Research». Il a démontré l'importance qu'il attachait à cette formation continue chez les participants en créant les conditions d'un esprit d'équipe au sein d'un véritable team de recherche. Ces expériences ont été publiées en 1957 dans un ouvrage intitulé «The doctor, his patient and the illness» [11]. Les résultats de ces observations étaient si convaincants que le livre a permis de faire connaître la méthode dans le monde entier. L'International Balint Federation est aujourd'hui en contact avec des sociétés Balint et des groupes Balint dans 27 pays. En Suisse, il existe également une société Balint, qui dispose de son propre site Internet où figure notamment une liste des groupes Balint actifs dans notre pays et des références bibliographiques portant sur la méthode Balint [12].

Développement de la méthode Balint

Au cours des deux premières années, les premiers groupes Balint se réunissaient chaque semaine durant

deux heures. Aujourd'hui, les groupes Balint travaillent de manière extrêmement diverse, mais il s'agit souvent de groupes de 8 participants qui se retrouvent tous les 15 jours pour des séances de 1½ heure. Les participants restent le plus souvent des médecins, mais il existe des groupes auxquels participent des représentants d'autres professions, ainsi que des groupes pluridisciplinaires. L'important est que chaque participant soit lui-même en contact avec des patients/clients. Au cours de ces séances, un participant raconte l'histoire d'une rencontre, d'une expérience avec un patient, qui le préoccupe pour une raison ou une autre. Une discussion libre incluant l'ensemble des participants suit l'exposition de cette situation. Les groupes Balint sont dirigés par un modérateur si possible au bénéfice d'une formation spécifique.

Déjà du temps de la parution du livre «Le médecin, son patient et la maladie», le rôle du modérateur n'était pas celui d'un «enseignant» sensé apporter des solutions aux praticiens généralistes. La mission du modérateur est bien plus de créer une atmosphère favorisant la formation, en fixant un cadre à la discussion, en observant le fonctionnement du groupe d'un regard attentif, dans un esprit de neutralité bienveillante, et en essayant de laisser chaque participant s'exprimer librement avec ses propres termes et au moment opportun. Le modérateur communique ce qui le frappe dans la discussion du groupe, l'objectif étant une recherche commune de clarification de la relation médecin-patient dans un esprit parfaitement démocratique.

L'image de l'être humain dans «Le médecin, son patient et la maladie» n'était pas non plus linéaire dans le sens où il ne s'agissait pas d'examiner que le premier symptôme présenté. Il y est décrit comment un patient «offre» au cours de la première consultation ses troubles physiques et psychiques un peu comme un billet d'entrée pour la prise en charge. Le médecin commence par écouter. Le médecin et son patient ont en effet besoin de temps pour déduire de ce «tableau désorganisé» la vraie nature de la maladie. On veille à la relation entre le médecin et le patient avec la notion de «médecin drogue», assimilée aujourd'hui avec un certain dédain à l'effet placebo de l'intervention thérapeutique du médecin. La description des inconvénients du morcellement des responsabilités lorsqu'un patient consulte simultanément plusieurs médecins souligne une fois encore l'importance de la relation médecin-patient. Tous ces aspects sont destinés à établir un diagnostic global; pas seulement un diagnostic médical, mais une compréhension de la situation psychosociale du patient et des attentes implicites de ce dernier face au médecin.

Balint a proposé que les médecins s'engagent dans des entretiens prolongés au cours de cette première phase, afin d'explorer les problèmes psychologiques du patient dans un esprit d'une psychothérapie par le médecin traitant [13]. Le relèvement des entretiens bien intentionnés du niveau amateur à un niveau plus professionnel est affaire d'expérience et fait suite au «changement certes discret mais profond de la personnalité du médecin» par la technique de Balint. Or, la personnalité du médecin est son principal outil de travail, parce que tous les sentiments suscités chez le médecin au cours du traitement

sont à considérer comme un symptôme essentiel de la maladie du patient.

Dans un ouvrage posthume publié en 1973, «Cinq minutes par patient» [14], Balint a écrit que ces entretiens de longue durée sont restés des corps étrangers dans les cabinets de médecine générale. Ils font aussi courir le risque de retomber dans un mode de pensée linéaire, de questionner le patient comme un détective et de retomber dans une attitude s'intéressant davantage à la maladie qu'au patient et de rester cantonné à un niveau trop intellectuel. Le groupe de Balint a dès lors testé des entretiens brefs, avec une part d'écoute, laissant l'énigme en suspension, non résolue et visant à une mise en phase avec le patient. Il s'agissait de susciter un «flash» lorsque le médecin et le patient parvenaient à se retrouver sur la même longueur d'onde. Le médecin occupe alors une position plus modeste, se limite à son rôle de médecin-traitant et se laisse davantage guider par son patient, avec des résultats parfois impressionnants.

Séminaires Balint, grands groupes

Michael Balint a été invité en 1963 à présenter son travail avec les médecins de famille dans le cadre d'une semaine d'étude de la Société Suisse de Médecine Psychosomatique à Sils en Engadine [15]. Pour pouvoir présenter une façon de travailler en petits groupes à un auditoire de 100 personnes, Balint a formé un petit cercle pour travailler comme s'il s'agissait d'un petit groupe. Les auditeurs du grand cercle sont cependant devenus au fil de la discussion des participants avec l'apparition d'une dynamique entre le cercle intérieur et le cercle extérieur qui a donné vie et couleur à l'événement. Cette expérience a été si convaincante que depuis ce séminaire, les travaux de Balint ne sont plus proposés qu'en petits et en grands groupes et que la réunion continue à être organisée depuis plus de 50 ans sous l'appellation de «Semaine d'étude Balint de Sils» (Sils Balint-Studienwoche). Ce travail Balint intensif peut désormais être acquis dans de nombreuses autres manifestations et dans diverses formes, surtout en Allemagne, mais également en Suisse et en France [16].

Etudes empiriques sur les effets des groupes Balint

J'ai rassemblé en 2004 une série de travaux empiriques sur les effets des groupes Balint [17]. La plupart de ces études repose sur des enquêtes par questionnaires auprès de participants à des groupes Balint, qui indiquent avoir observé un certain nombre de changements: ils font preuve d'une plus grande compréhension des patients à problèmes; ils prêtent davantage attention aux besoins qui se cachent derrière les attitudes des patients; ils ont une perception plus fine des influences de leur propre comportement sur les patients et de leur apport à la relation médecin-patient; ils sont plus différenciés dans leurs diagnostics et plus éclectiques dans leur comportement vis-à-vis des patients. Ils vivent une plus grande satisfaction au travail et une meilleure auto-efficacité. Il existe quelques études empiriques qui ont documenté des changements objectifs induits par le

travail au sein de groupes Balint. Elles montrent que les changements dans la perception de soi sont corrélés à des modifications comportementales mesurables et vidéodocumentées: les médecins ont donné significativement plus de signaux d'écoute; le temps de parole des patients au cours de l'entretien était significativement augmenté et la contribution des patients aux entretiens étaient significativement supérieure. Ceci a amélioré le sentiment de «bien-être» des patients et renforcé la confiance de ces derniers vis-à-vis du médecin. Cette approche a aussi eu des effets positifs sur la satisfaction des patients concernant les entretiens, dissipé leurs doutes et atténué leur anxiété [18]. D'autres études ont trouvé à l'aide de méthodes psychométriques que le travail en groupe Balint entraîne une augmentation hautement significative de l'empathie envers les patients et de l'aptitude diagnostique. Il est clairement apparu que les médecins actifs au sein de groupes Balint étaient plus à même de se distancer des patients au cours du processus diagnostique, de limiter leur exposition aux projections subjectives lors de leurs investigations et d'éviter les stéréotypes dans l'évaluation de leurs patients [19]. Le travail Balint a induit des changements positifs dans le jugement de sa propre personne et des collègues, de même que dans le regard porté sur le «patient typique» [20]. Le travail Balint avec des équipes hospitalières a permis d'améliorer significativement les compétences en matière de communication intra- et interprofessionnelle, de développer la capacité à reconnaître les problèmes liés au patient et les conflits au sein des équipes, ainsi que les interactions entre ces deux niveaux, en travaillant de manière intégrée. La satisfaction au travail des collaborateurs et la satisfaction des patients ont été clairement améliorées [21-23].

Description des activités Balint sur le site Internet www.balint.ch

Les descriptions de l'activité Balint peuvent être plus ou moins détaillées. Si ce sont uniquement les conditions de la réunion qui sont décrites, le rapport sera très bref; si la séance est en revanche décrite dans les moindres détails, elle pourra donner lieu à un protocole en caractères d'imprimerie de plus de 20 pages. La description du modèle de séance se traduira par une description de longueur intermédiaire. Il existe sur le site www.balint.ch/literatur.html toute une série de travaux décrivant le travail Balint. On y trouvera par exemple, en guise de modèle, des histoires à différents niveaux hiérarchiques, associées à des modèles relationnels et aux sentiments correspondants [24]. D'autres travaux, qui associent la présentation de certaines séances à des métaphores, par exemple la métaphore du voyage [25], montrent comment des sentiments désagréables et même insupportables peuvent servir à une meilleure compréhension lorsqu'ils sont reconnus [26] ou relatent à l'aide de certaines situations l'atmosphère et le déroulement d'un entretien lors de la consultation, ainsi que les mises en scène en parlant de la consultation dans les groupes Balint [27]. D'autres publications sont plutôt des études théoriques, par exemple sur la forme précoce de pensée concrète et sur la manière dont cette forme de pensée a des effets négatifs en médecine, par exemple par la

confusion d'un symptôme avec la maladie ou par le traitement concret d'un symptôme, et sur la manière dont ces pièges peuvent être évités par la recherche d'un diagnostic global dans l'esprit de Balint [28]. Une conférence présente les expériences faites par des participants de longue date à un groupe Balint, qui ont également vécu le groupe en question comme une prévention anti-burnout [29]. La plupart de ces travaux sont des études qualitatives sans méthodologie rigoureuse. Pourtant, les travaux scientifiques portant sur le psychisme peuvent parfaitement suivre une méthode rigoureuse; le caractère scientifique n'équivaut pas à la science.

Etudes phénoménologiques

Dans ce contexte, le concept de la phénoménologie du philosophe et mathématicien Husserl (1859–1938) est intéressant. Ce dernier a tenté de donner à la philosophie un statut de science à part entière. Il s'agit d'une discipline de la philosophie qui tend à se libérer de tous les préjugés et conjectures pour atteindre une plus grande objectivité et se rapprocher de la réalité. Husserl a par exemple examiné la conscience du temps, redécouverte ces dernières années par les neuroscientifiques et les philosophes s'intéressant à la dynamique de la conscience. Francisco Varela a justifié la neurophénoménologie, dans laquelle, pour citer un exemple, les descriptions phénoménologiques de la structure de la conscience du temps et les descriptions neurodynamiques des processus cérébraux peuvent être mises en rapport avec la théorie des systèmes dynamiques, comme une étape importante sur le chemin de la compréhension du problème corps-esprit [4].

Il n'est évidemment possible d'examiner que des fonctions aussi fondamentales que le vécu du temps ou la prise de conscience dans la perception visuelle, pas les événements complexes se produisant au cours du travail Balint. Les études phénoménologiques peuvent cependant donner un meilleur éclairage du travail de Balint. Une conférence remarquable de Wolf Langewitz publiée sur la page Internet de la Société Balint présente quelques réflexions phénoménologiques sur le problème de l'harmonie entre les personnes dans le contexte du mode de travail au sein des groupes Balint [30]. Il s'appuie sur la nouvelle phénoménologie de Hermann Schmitz, qui distingue par exemple entre les «situations» et les «constellations» [31]. Un exemple d'une telle constellation est le parler lors de l'apprentissage d'une langue étrangère, où il s'agit de rassembler des mots pour former une phrase en se conformant à certaines règles. Se mouvoir dans une constellation revient donc à se mouvoir dans un contexte de complexité variable, mais tout de même parfaitement définissable. Parler dans sa langue maternelle est au contraire un exemple de vie dans des situations, où l'on peut se mouvoir en toute sécurité, sans pouvoir indiquer dans le détail les règles que nous sommes en train d'appliquer ni l'origine de certaines expressions que nous employons. Un autre exemple de situation est la première impression que l'on a de quelqu'un d'autre. Cette première impression est importante dans le sens où elle nous indique bien

plus que ce que nous pourrions tirer de lui par la parole.

La distinction entre situations et constellations touche également la question de la communication appropriée du médecin. Lorsqu'un médecin veut s'en tenir aux règles d'une «communication skills technology», il essaie d'évoluer dans une constellation. Schmitz montre au contraire que nous ne nous trouvons souvent pas dans une constellation, mais en contact avec une «diversité qui ne doit rien au hasard». Par exemple au cours de nos entretiens avec les patients, nous évoluons dans une situation où nous sommes confrontés à une diversité diffuse et confuse. Alors qu'est-ce qui nous permet de nous mouvoir en sécurité dans une situation telle que la langue maternelle? Balint ne recommandait pas de prêter attention à des caractéristiques ou à des signes individuels, mais plutôt soulignait l'importance d'un milieu unique en son genre, de l'atmosphère à nulle autre pareille dans laquelle évoluent le médecin et le patient [11]. De la même façon, il est expliqué dans le livre

«5 minutes par patient» [14] par rapport au «flash» que le médecin et le patient sont tous deux frappés de manière

tangible (physique), sans pouvoir dire exactement ce qui s'est passé à cet instant.

Schmitz a rendu utile la notion d'«atmosphère» en rapport avec la question de savoir comment les sentiments se transmettent. Les sentiments, pour autant qu'ils soient suffisamment intenses, ne sont pas une affaire privée, mais des «atmosphères infinies», qui se répandent dans un espace. Un individu qui tend à être sensible et ne se ferme pas à l'atmosphère qui l'entoure, peut évoluer sans difficulté dans cette situation. Une séance d'un groupe Balint peut aussi se dérouler dans une atmosphère dense, une sorte de climat dans l'espace duquel les participants ne peuvent que difficilement s'échapper.

Une autre étude phénoménologique illustre comment le travail effectué lors d'une séance Balint implique non seulement une atmosphère et permet de focaliser les attentions sur un patient, mais peut aussi ouvrir la porte vers quelque chose de complètement nouveau. Ceci est très important car nous pouvons être assurés de la bonne volonté des médecins dans l'accomplissement de leurs missions, sachant toutefois qu'il faut quelque chose de nouveau lorsqu'un problème dans la relation médecin-patient ne peut pas être simplement résolu par des efforts supplémentaires.

Le neurobiologiste et théoricien systémique Francisco Varela a mis sur pied avec deux philosophes une étude phénoménologique pour examiner comment il est possible de prendre conscience de la nouveauté [32, 33]. Il en est ressorti qu'une condition pour la prise de conscience de quelque chose est que nous changions notre attitude fondamentale. Si nous voulons cependant prendre conscience de quelque chose de nouveau, nous devons commencer par lâcher, remettre en question nos jugements antérieurs, ne plus diriger nos pensées vers l'extérieur, mais vers l'intérieur, vers notre vécu. Nous devons laisser faire ce qui arrive et nous laisser surprendre. Enid Balint a écrit quelque chose de semblable

dans l'ouvrage «5 minutes par patient» pour favoriser la survenue d'un flash, en insistant sur la signification des pauses silencieuses au cours de la consultation au cabinet médical [14]. Schmitz écrit que la perception d'instant d'atmosphère requiert des moments de silence [30].

Une autre caractéristique apparue dans l'«on becoming aware»: pour prendre conscience de quelque chose de nouveau, il faut aussi exprimer la nouveauté par des mots, de préférence dans le cadre d'un échange avec les autres. Le groupe Balint s'y prête particulièrement bien, parce qu'on n'y raconte pas seulement les expériences avec des atmosphères, mais qu'une atmosphère se crée spontanément au sein du groupe et que ce vécu

L'empathie fait partie de la texture et de la dynamique de notre organisme

peut être traduit directement en mots. Comme d'autres méthodes de prise de conscience de la nouveauté, le travail dans le cadre des groupes Balint ne dispense pas du savoir. Il s'agit bien plus d'apprendre et d'entraîner une pratique, à la manière d'un apprentissage. On peut aussi comprendre le travail Balint comme un apprentissage de la sensibilité, un entraînement de l'empathie, dont le but est de pouvoir évoluer de manière plus sûre dans une situation avec un patient «à la signification interne diffuse et où il faut puiser dans la diversité chaotique» [34]. Il est d'ailleurs évident que la perception d'une atmosphère ne tient pas à un comportement actif, mais à une sensibilité intérieure.

Personnification et «embodiment»

Si nous n'estimons comme scientifique que l'évolution dans des constellations, la résolution de problèmes par des algorithmes, les références à des règles si-donc, ces propos résumés sur l'empathie nous paraîtront certainement peu scientifiques. Peut-être une petite digression dans le monde de la robotique nous permettra de rétablir la relation avec la science.

Il existe deux types de robots, qui correspondent à la différence entre l'évolution dans des constellations et le mouvement dans des situations. Classiquement, la construction de robots met l'accent sur le guidage et on utilise pour l'essentiel des matériaux rigides. La commande des moteurs et des capteurs est ensuite responsable du contrôle des mouvements des membres et des articulations. Les mouvements sont alors parfaitement contrôlés, rapides et précis. Cette technique est une grande réussite dans les robots industriels, qui remplissent des tâches parfaitement précises dans un environnement bien défini. Dans le monde réel, ce type de robots est cependant rapidement débordé, incapable de répondre à l'imprévu avec une boucle de rétrocontrôle sensorimotrice bien trop lente, pour permettre par exemple une marche rapide à des robots à deux ou à quatre membres [35]. Une autre conception des robots est d'inspiration biologique. Ces robots sont de nature non triviale, si bien que leurs fonctions ne sont pas simplement le résultat d'une commande, mais expriment des interactions entre les caractéristiques morpholo-

giques du robot, l'environnement, la commande et les capacités d'auto-organisation et d'apprentissage [36]. On peut construire des machines à deux jambes, capables de descendre une rampe sans commande ni propulsion. La morphologie de ce piéton et les propriétés physiques de l'environnement concordent pour permettre une démarche stable. Cette «dynamique naturelle» du piéton a pour conséquence que le robot apprend à marcher relativement rapidement sur une surface plane avec un minimum de propulsion et de commandes. Des systèmes «musculo-tendineux» élastiques, des ressorts et des matériaux aux caractéristiques adéquates, ainsi que la dynamique interne du corps permettent à ces robots de se stabiliser eux-mêmes, de faire des sauts pour certains robots à quatre pattes avec un minimum de commandes [37] ou encore de s'adapter aux irrégularités du terrain sans changements des commandes [38], d'adapter leurs comportements, par exemple avec des modes de déplacements variables. Le robot Stompy est même capable de danser (cf. vidéos [39, 40]).

On peut maintenant tirer des parallèles entre les robots d'inspiration biologique et donc capables de se mouvoir dans le monde réel, et notre évolution dans des situations avec nos semblables grâce à l'empathie, car l'empathie fait partie de la texture et de la dynamique naturelle de notre organisme. Cette texture et cette dynamique naturelle de notre organisme par rapport à l'empathie peut faire l'objet d'études empiriques sur l'empathie dans le domaine de la psychologie du développement, de l'éthologie et des sciences cognitivo-affectives. L'analyse de l'analyse permet d'organiser ces études scientifiques et de leur donner un sens [4].

Du point de vue phénoménologique, on peut distinguer trois formes d'empathie.

1. «La mise en phase passive, sensorimotrice et affective de mon corps avec ton corps.» La base biologique de ce concept est constituée par le système des neurones miroirs [41]. Les neurones miroirs font partie d'un réseau neuronal actif, aussi bien lorsque nous accomplissons un mouvement, que lorsque nous observons quelqu'un d'autre faire un mouvement [42, 43]. Les neurones miroirs déclenchent même des impulsions à l'apparition du simple son d'une action [44]. Le système des neurones miroirs ne réagit pas seulement au «quoi» d'une action, par exemple un mouvement de préhension, mais aussi au «pourquoi» de l'action, à l'intention de l'autre [45]. Un tel effet de réflexion, une telle résonance est aussi déclenchée dans le système des neurones miroirs lors de la perception d'une douleur [46] ou d'émotions [47, 48]. Le fait que cette base physique de l'empathie soit essentielle est aussi illustré par certaines lésions et certains troubles du développement. Dans la démence fronto-temporale, une diminution de la densité du cortex gris de cette région est associée à une diminution de la capacité d'empathie [49]. Un peu comme dans l'autisme, un trouble du développement neuronal, dont le manque d'empathie est l'un des principaux symptômes. Une diminution de l'épaisseur du cortex gris dans la région du système des neurones miroirs est corrélée avec la gravité de la

symptomatologie autiste et non avec le QI [50]. Une autre composante biologique de l'empathie est le système ocytocine-vasopressine dans le cerveau humain [51]: l'ocytocine améliore la prise de conscience de l'environnement social, la perception des émotions, l'empathie et le sentiment de confiance. Le risque génétique d'autisme est en rapport avec certaines variantes des récepteurs de l'ocytocine et de la vasopressine et chez le sujet sain, une variante du récepteur de l'ocytocine est associée à une diminution de l'empathie.

2. «S'imaginer être à la place de l'autre» est un processus cognitif actif de mise en phase physique involontaire de son propre corps avec celui de l'autre. Des études comparatives sur l'empathie dans l'éthologie cognitive montrent que les singes hominidés possèdent, du moins à l'état d'ébauche, une telle empathie, qui se manifeste par exemple dans certains comportements de consolation ou d'aides adaptées aux autres [52]. Chez l'homme, cette faculté est entièrement développée. Elle apparaît déjà à l'âge de neuf à douze mois sous la forme de la «joint attention», lorsqu'un enfant et un adulte dirigent tous deux leur regard vers un objet, l'enfant se tournant dans la direction indiquée par l'adulte, lorsqu'un enfant pointe le doigt vers un objet ou lors de l'apprentissage par imitation [53].
3. «Te voir comme l'autre par rapport à moi et me voir comme l'autre par rapport à toi» entraîne une itération de l'empathie, en ce sens que je m'imagine de manière empathique ta vision empathique de moi-même. Du point de vue de la psychologie du développement, les racines de la «joint attention» tiennent aussi dans le fait que l'enfant réalise que l'adulte qu'il observe fixe lui-même son attention sur l'enfant. Cette nouvelle compréhension du sentiment de l'autre

pour moi annonce le fréquent développement de la timidité et de la gêne propres au passage du premier anniversaire [53].

Je suis parti de l'idée que nous ne nous trouvons pas, dans nos relations médecin-patient, dans une «Constellation», que nous ne pouvons pas nous référer à des règles si-donc, mais que nous nous trouvons dans une «situation», face à une diversité diffuse et confuse. La parallèle avec la robotique et les études scientifiques sur les bases biologiques et psychologiques du développement de l'empathie indiquent que nous pouvons être certains de posséder en nous les capacités qui nous permettent de nous mouvoir dans ce genre de situations. Il est aussi clair que ces aptitudes ancrées dans notre organisme ne peuvent pas être améliorées par des conseils sur la manière d'agir à emporter noir sur blanc avec soi. Le rôle de l'enseignement de ces aptitudes n'a rien à voir avec la programmation d'un ordinateur. Ces aptitudes peuvent être apprises et entraînées comme jouer d'un instrument. Le fait d'entraîner au sein des groupes Balint cette empathie avec des tiers, le lâcher et l'acceptation de la spontanéité, de même que l'écoute de son for intérieur, répond donc à la mission et est conforme à l'état des connaissances scientifiques.

Correspondance:

Dr Heinrich Egli
 Etzelbüntstrasse 28
 CH-9011 St. Gallen
[hch.egli\[at\]bluewin.ch](mailto:hch.egli[at]bluewin.ch)

Références

Une liste complète et numérotée des références bibliographiques est disponible à l'adresse www.medicalforum.ch.