



## Why to train in doctor –patient relationship ?

MEDECINS  
EN  
DIFFICULTE

ARTS  
IN  
NOOD







**2**

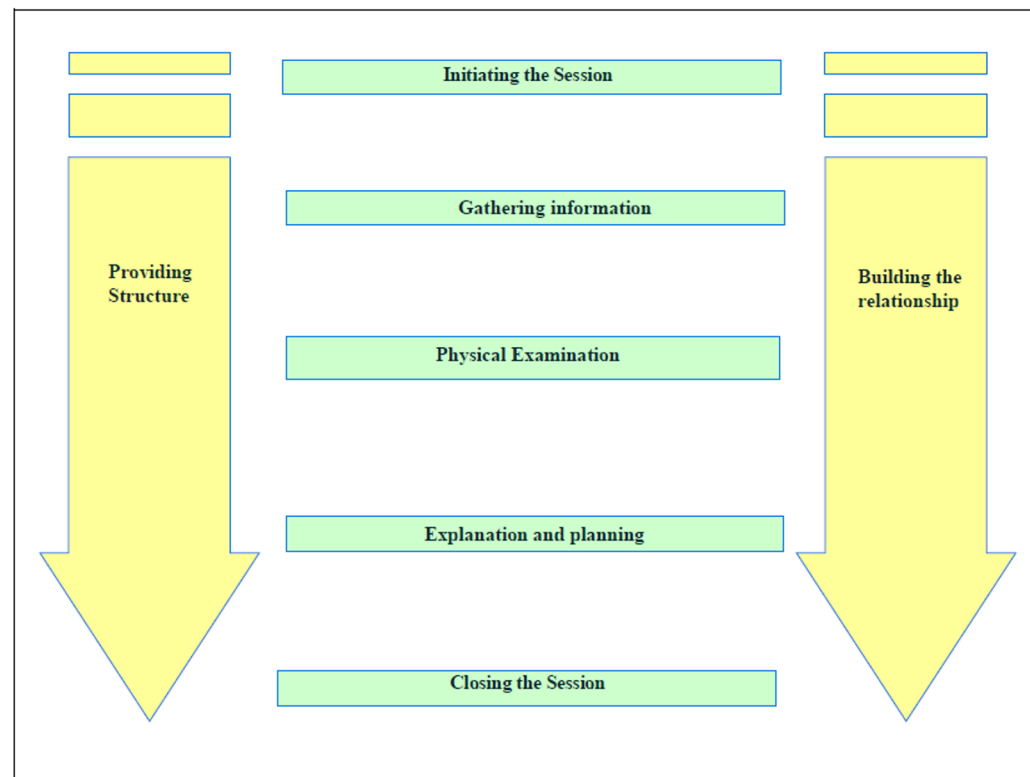
A close-up photograph of a hand in a white lab coat sleeve gripping a chrome door handle. The hand is positioned as if about to open the door. The background is a blurred white door with a window. The image is set against a blue gradient background on the right side of the slide.

# Hand on the door syndrom

# The Calgary-Cambridge guide of the consultation

Jonathan Silverman, Suzanne Kurtz, Juliet Draper. Skills for Communicating with Patients  
Croydon UK: CRC Press Third Edition, 2016

## Build the relationship Structure your consultations



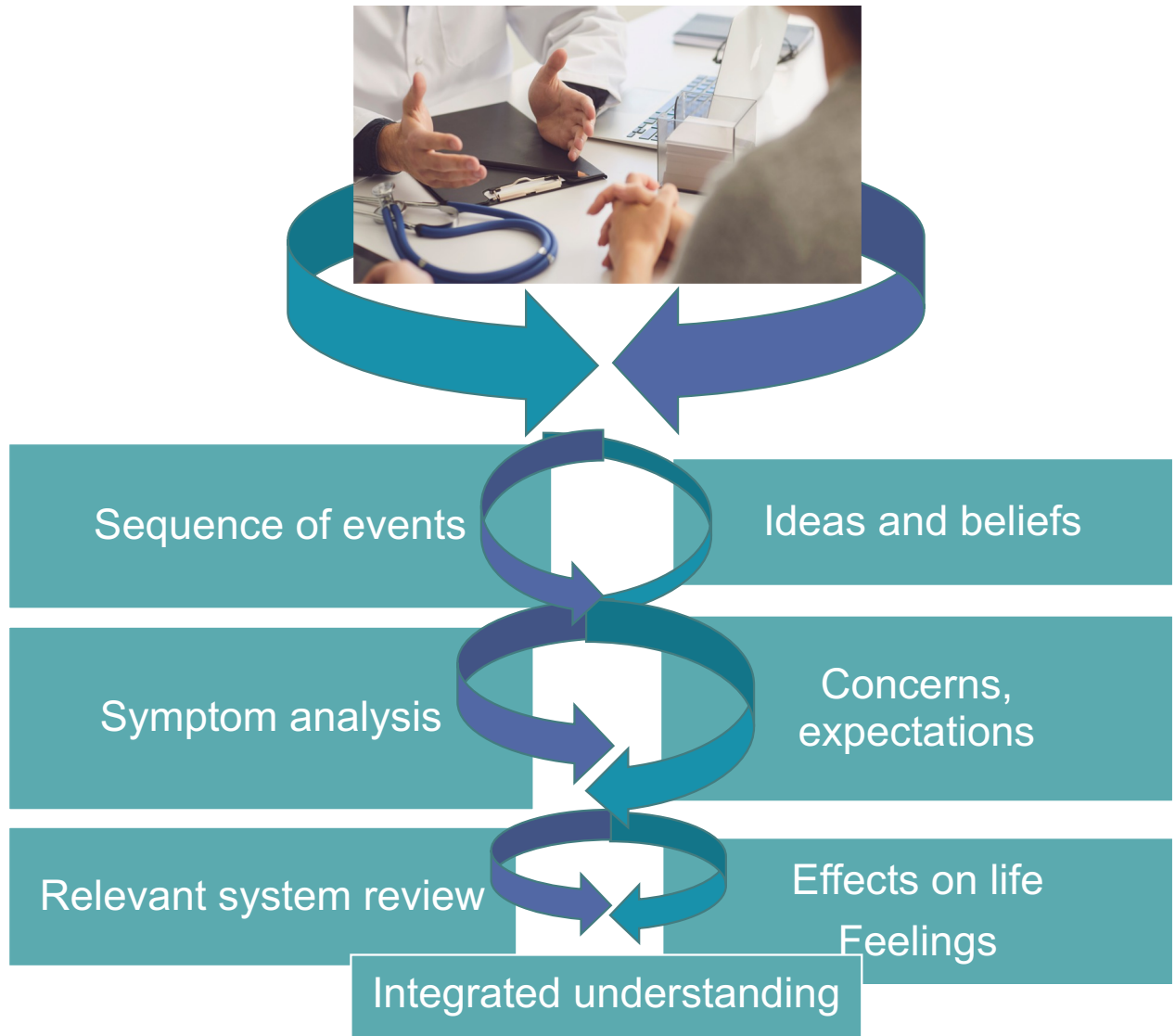


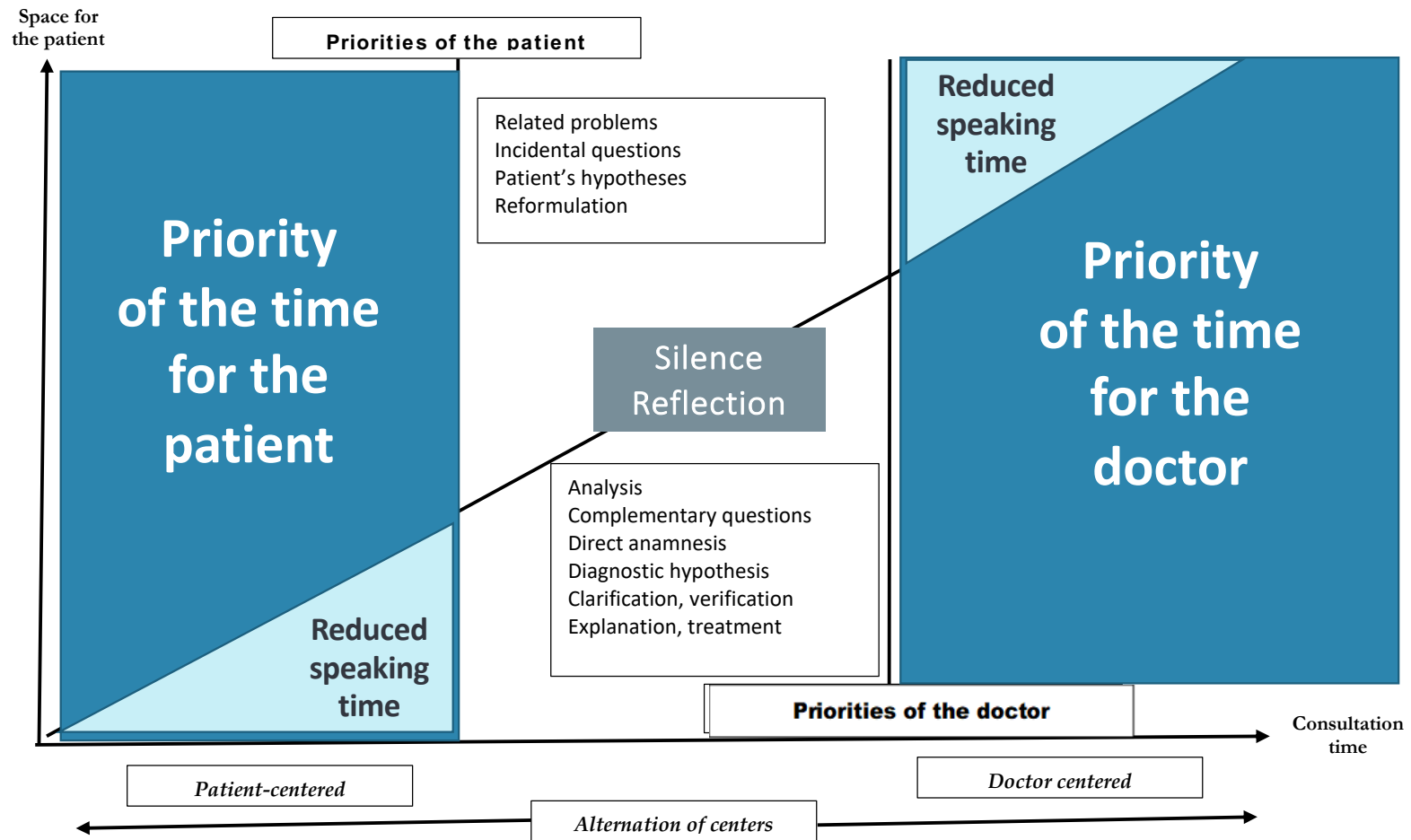
## Ask open-ended questions



# The two agenda model for person centered consultation

Stewart et al.  
Patient-Centred Medicine.  
Radcliffe, 1995

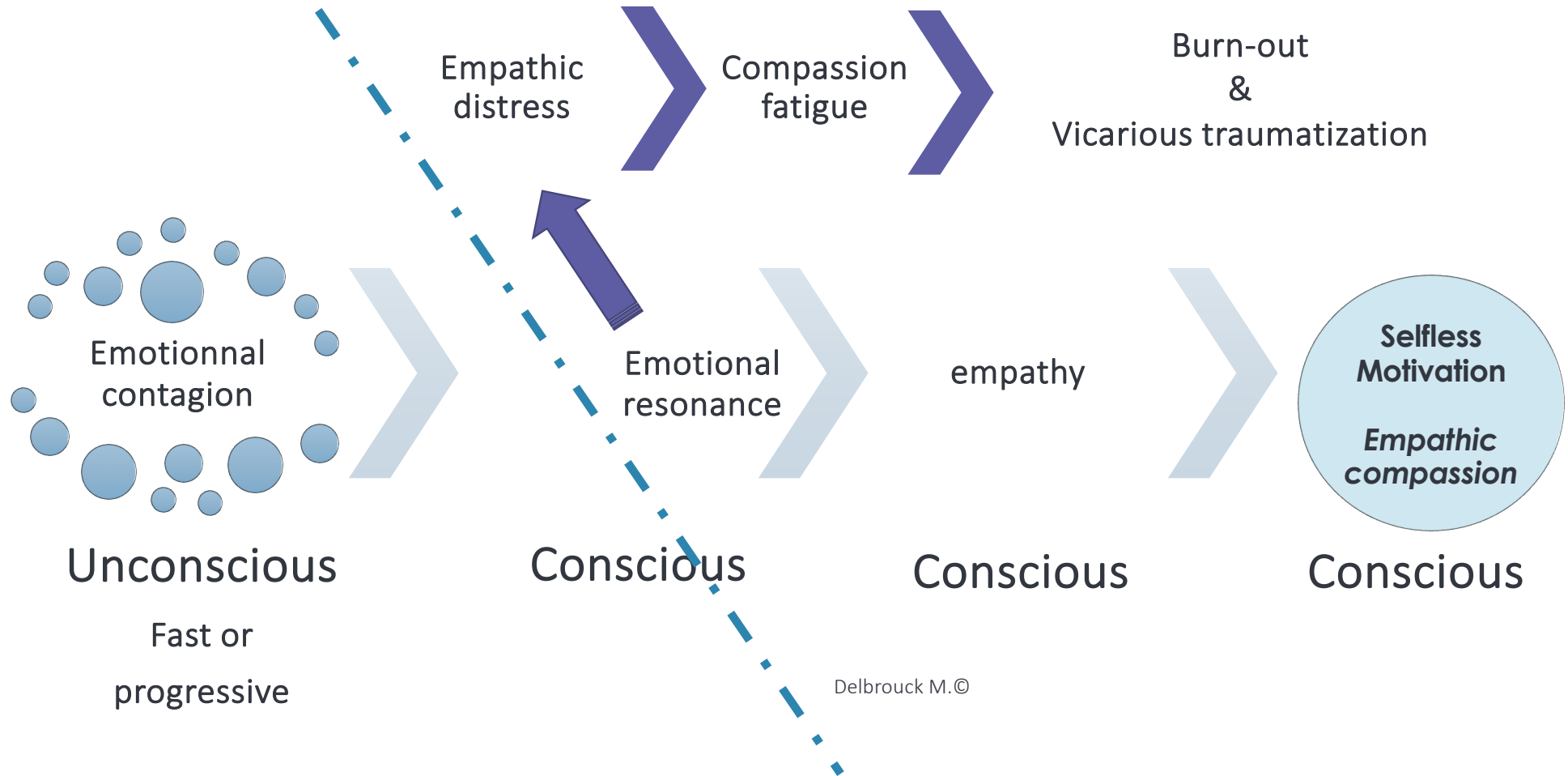




*Sharing of time and power within a medical consultation (inspired by Tate)*



# Stages of empathy





3



4



How to handle an aggressive patient ?





## How to break bad news

- **Not on the phone**, nor in the hallway
- **Ask them to come in**, let them be prepared
- **Have all the documents** needed
- **Begin with what the patient knows** and wants to know
- **Let some room for emotion** – wait in silence before explaining

# To go further



**Skills for Communicating with Patients**, Jonathan Silverman, Suzanne Kurtz, Juliet Draper, Croydon UK, CRC Press Third Edition, 2016

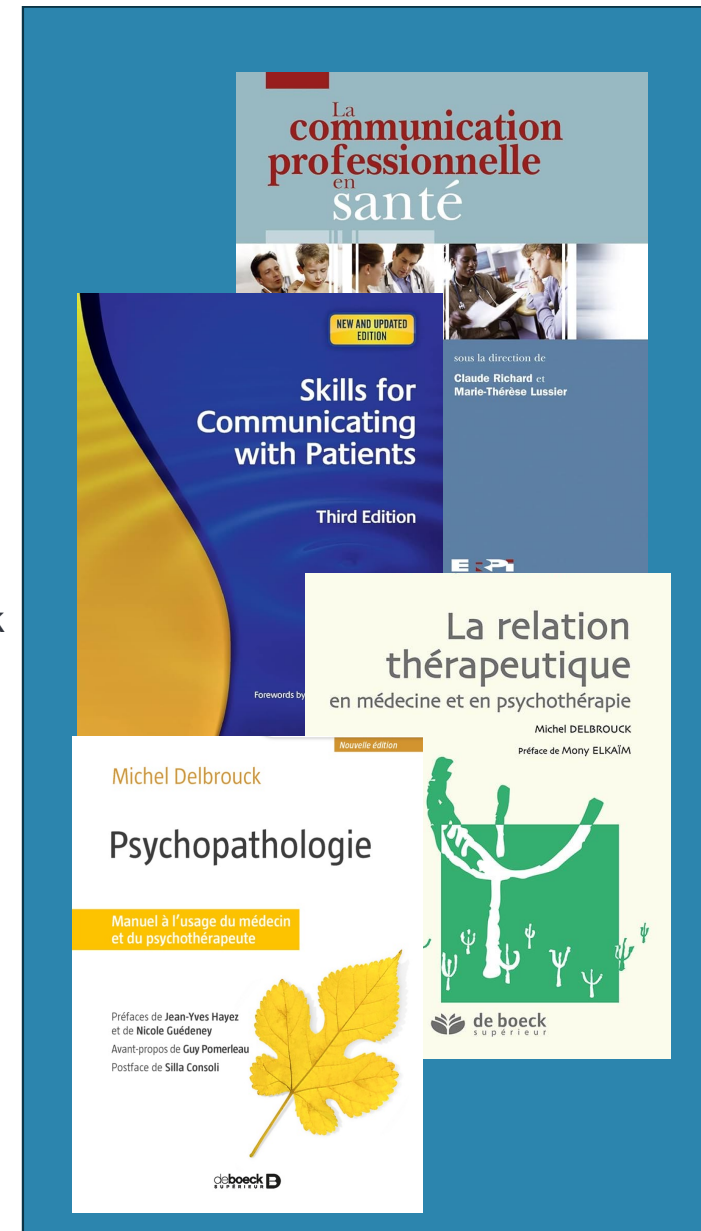
**La communication professionnelle en santé**, Claude Richard et Marie Thérèse Lussier. Montréal (Québec) Canada, ERPI, 2016

**La relation thérapeutique en médecine et en psychothérapie**, M. Delbrouck, De Boeck éd. 2016

**Psychopathologie, Manuel à l'usage du médecin et du psychothérapeute**, M. Delbrouck, De Boeck éd. 2019.

**To find a course on the topic**

[each.international](http://each.international) - [medicalcom.org](http://medicalcom.org)



## Réponses aux question médecins en difficulté

- Intéressant de plus se baser sur des cas concrets vécus; je ne me suis pas toujours retrouvée dans les observations: consultation pédiatrique étant toujours "triangulaire", parents obligent, les modalités pour optimiser l'organisation de la consultation ne sont forcément pas les mêmes qu'en médecine adulte

- **Triangulation**



Using triangulation  
concepts to understand

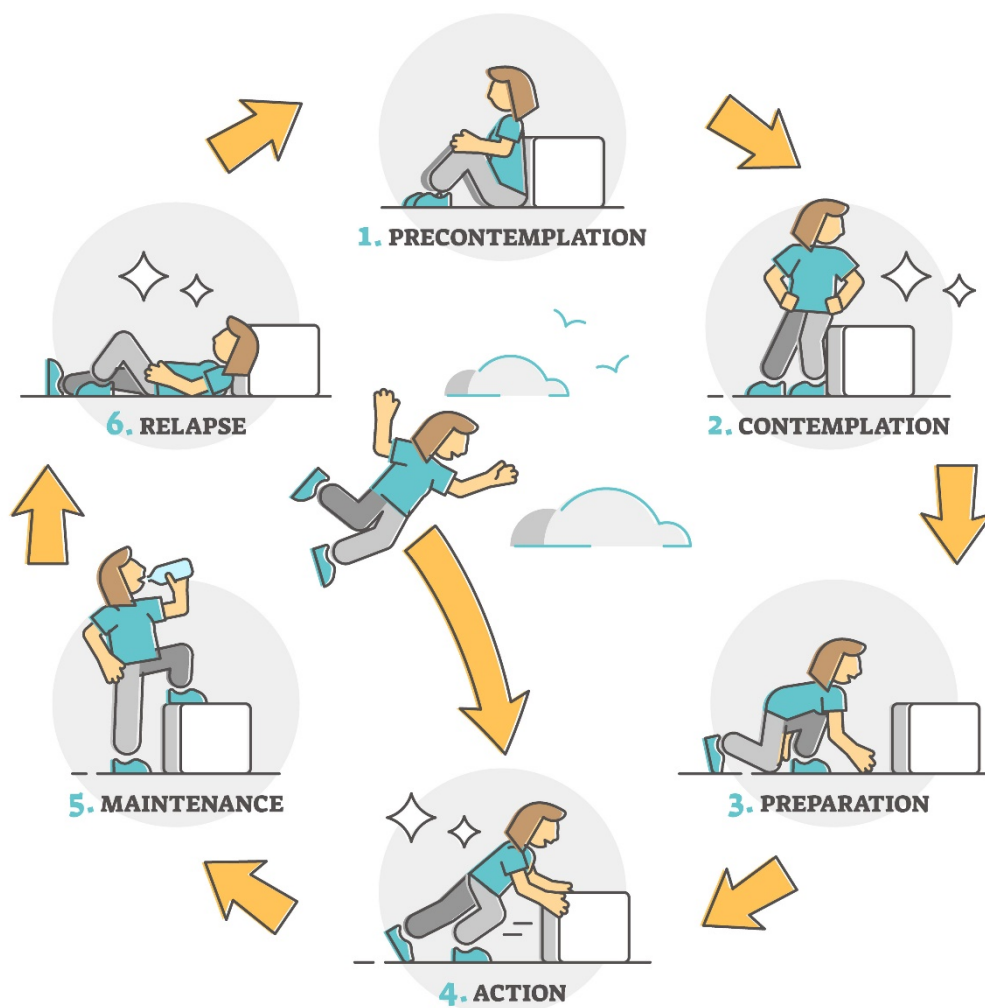
**Voici un article qui pourrait vous aider :**

- **Groupes:** existe t'il en Belgique justement des groupes de "supervisions" en dehors des cliniques ? Les groupes Balint existent-ils encore ?
  - **Les groupes Balint existent toujours**
  - **Les supervisions existent à l'IFTS**
- **Gérer le temps de consultation:** Quelle serait la durée moyenne idéale d'une consultation selon vous?; pourquoi/quel tps limite mettre en consultation ; comment lorsque par exemple un statut post-traumatique doit être effectué, long ( ofta), prévenir les suivants du retard : utile ou laisser aller et se dépêcher, que conseillent vos intervenants ?
  - **Le temps de consultation varie avec la spécialité et avec le remboursement accordé par l'Inami. Il peut également varier parce que vous le décidez.**  
Cela dépend également de l'aide organisée : secrétaire, infirmière etc..  
Chaque médecin devrait pouvoir choisir le temps raisonnable pour une consultation moyenne en fonction de son mode de fonctionnement.  
En dermatologie 15 min est un minimum, 20 min est confortable.  
Si un patient arrive avec un problème trop complexe pour être géré dans le temps imparti, le médecin peut organiser un rendez-vous plus long ultérieurement.  
Eduquer les patients est aussi important en leur demandant quel est le sujet de la consultation lors de la prise du rendez-vous.  
Se dépêcher et bâcler une consultation n'est jamais un bon choix car le patient sera mécontent. C'est ce genre d'attitude qui donne lieu à des commentaires négatifs sur internet. Il est préférable de faire un début pendant le temps imparti en avertissant le patient du temps dont vous disposez et que ce ne sera peut-être pas suffisant. Et donner un nouveau rendez-vous adapté pour continuer.
- **Cas particuliers de communication:** voir article Poot F. Doctor-patient relations in dermatology: obligations and rights for a mutual satisfaction. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2009 Nov;23(11):1233-9. doi: 10.1111/j.1468-3083.2009.03297.x. Epub 2009 May 19. PMID: 19486231. Ci-joint
  - les évaluations/commentaires des patients sur internet. Comment gérer?
    - Lorsque les commentaires négatifs sont sur internet il faut juste les ignorer. C'est pourquoi une bonne communication est importante pour les éviter. Si vous avez un bon contact avec vos patients ils comprendront que ce sont des personnes malveillantes qui font ce genre de choses.
  - Gestion patient en retard :
    - Si le temps de consultation n'est pas écoulé, lui consacrer le temps limité qui reste.
    - Si le temps est écoulé : fixer un autre rendez-vous et expliquer.

- Comment répondre efficacement aux patients devant les contraintes liées aux délais de consultation ?
  - Garder des plages libres chaque semaine pour les « urgences ».
  - Garder des plages de suivi pour ceux qu'on doit revoir dans un délai précis (ex 2 sem à 1 mois)
  
- Comment dire „non“ au patient s'il nous croise dans la rue ?
  - Mettre des limites est indispensable. Si vos patients savent que vous ne donnez pas de RV en rue ils ne le demanderont plus.
  
- L'attitude pour un médecin spécialiste en milieu hospitalier est un peu différente par rapport au MT, surtout dans ma spécialité, l'anesthésie. Nous avons une simple consultation pré op et sans doute aucun suivi du patient, pas souvent facile comme relation...Qu'en pensez vous ?
  - En pré-opératoire il est tout aussi important de créer une relation avec le patient. Cela le rassurera et quand il vous verra en salle d'op il sera en confiance. Manifester de l'empathie, dire que l'on comprend quelles que soient ses émotions, rassurer, expliquer. Il y a souvent beaucoup de peurs souvent infondées. Il vaut mieux les explorer avec le patient.
  
- Comment peut-on expliquer à son patient que l'exercice physique est important alors que cela lui fait très mal (exemple arthrose genou) et qu'il ne continue pas même si on lui explique que la douleur va s'estomper après 20 minutes?
  - C'est l'entretien motivationnel. Comprendre que le patient est ambivalent, qu'il va parfois arrêter, qu'il faudra le remotiver sans le culpabiliser etc .
  - Donner les moyens pour que le patient n'ait pas mal cela n'est-il pas possible ? techniques de relaxation ? Eventuellement un antidouleur avant ?



# CYCLE OF CHANGE



- Comment gérer des consultations lorsqu'on a été soi-même gravement malade ?  
Écouter le mal-être de son patient est moins aisé. Comment faire face ?

Nous sommes humains et donc faillibles et bien entendu il nous arrive d'être malade au même titre que nos patients tant au niveau physique que psychique.

Le sujet est vaste.

Tout d'abord, au niveau préventif, nous devons encourager nos jeunes médecins à bien se protéger au niveau de leurs couvertures maladies (revenu garanti avec une longue carence pour diminuer le coût des primes), une assurance hospitalisation, une assurance accident de travail pour couvrir les invalidités permanentes partielles, en cas de travail en société, un assurance groupe pour assurance un pilier de pension, et d'autres assurances privées (exemple Caisse de Prévoyance des médecins, etc.)

Un second point est la prise en charge du dossier médical du médecin en ayant un propre médecin traitant qui prend en compte les aspects préventifs et curatifs de la santé du médecin et qui centralise ses examens, ses vaccinations, ses traitements, etc.

Un troisième aspect concerne l'hygiène de vie du médecin, outre son alimentation et ses activités physiques, il demeure impératif qu'il gère son agenda afin de se réserver des moments de détente, de repos, de réflexion, de méditation, d'avoir une vie affective personnelle et familiale équilibrée.

Enfin lorsque la maladie est là, il s'agira d'y faire face, d'être bien entouré affectivement, amicalement et surtout médicalement. Avoir un médecin traitant compétent, accueillant qui écoute profondément et examine convenablement le médecin comme tout autre patient, qui le reçoive en consultation et pas entre deux portes, en vitesse.

Il est impératif que le médecin malade prenne le temps de se soigner, comme il le souhaiterait pour ses propres patients, d'accepter des interruptions temporaires de travail et de les respecter. De là, mon insistance pour la couverture assurance maladie.

Si la santé mentale du médecin est en jeu (fatigue, épuisement professionnel ou privé, troubles anxio-dépressifs, addictions de tout ordre, troubles alimentaires, sexuels, etc.) il est indispensable qu'avec humilité, il ose de confier sous le sceau du secret médical un médecin de son choix, indépendant de sa hiérarchie si c'est le cas.

Une reprise du travail peut se faire de manière progressive, en mi-temps médical. La discussion entre le médecin malade et son médecin traitant est essentielle. Il doit pouvoir se confier et être soutenu. Il n'est pas nécessaire de partager ses propres vécus de médecin malade à sa clientèle lors de la reprise du travail. Il s'agira de limiter ce type d'informations et se préserver des « intrusions » dans sa vie privée.

Il peut aussi réfléchir avec un psychothérapeute s'il le médecin souffrant a des difficultés à se protéger et à gérer la souffrance de ses patients.

- Comment gérer les consultations "télévisuelles", demandées par certains patients où on ne peut pas les examiner physiquement ?

Personnellement, je reste convaincu que le dialogue singulier en présentiel avec une anamnèse in vivo et un examen clinique soigneux restent indispensables pour effectuer des soins de santé de bonne qualité. Les consultations télévisuelles surtout pour les affections organiques ne sont pas à soutenir. Faisons très attention à l'intelligence artificielle qui peut aider le patient et le médecin à trouver un diagnostic certes mais qui pourrait ne pas personnaliser suffisamment un traitement adapté, ni tenir compte des aspects plus inconscients, des dénis, etc., des psycho traumatismes refoulés, etc.

- Je vous propose un article que j'ai écrit sur le thème durant la période de la Covid 19
- Ci-joint



DELBROUCK - Le numérique quels enje

- Laisser une place à l'entretien individuel quand le patient n'est pas seul : faire ou ne pas faire ?  
La première règle est le choix du patient. Si le patient le souhaite l'accompagnant peut souvent donner des informations intéressantes. Lorsqu'il s'agit d'un parent qui semble prendre la place du patient il est plus utile de s'en servir que de le mettre à la porte. En effet c'est probablement la personne qui décidera ou non de vous revoir.

En faisant appel à son aide ou son amour pour la personne malade on pourra obtenir beaucoup plus qu'en l'éliminant.

- **Préparation retraite** : comment faire passer le message ?

Je vous propose de lire le chapitre sur la retraite du médecin que mes amis canadiens ont acceptés de rédiger dans mon livre « *Comment traiter le burn-out, stress chronique, psychotraumatisme* », deuxième édition de 2021, aux éditions De Boeck. Cf. infra ci-joint

Michel



CHAPITRE 16 - Drs  
Goulet -Ladouceur - v

- Hoe omgaan met 'extreme' reacties na slecht-nieuws-gesprek? Iemand die extreem emotioneel is of net extreem onaangedaan?  
*Traduction deeple: Comment gérer les réactions "extrêmes" après une conversation sur une mauvaise nouvelle ? Quelqu'un qui est extrêmement émotif ou juste extrêmement impassible ?*
- Les émotions peuvent être intenses mais il ne faut pas en avoir peur. Les accepter, tendre un kleenex, attendre que le patient se calme puis lui rappeler la réalité d'aujourd'hui.
- Hoe reageer je best als patiënt fysiek agressief wordt?  
*Traduction deeple: Comment réagir au mieux lorsque le patient devient physiquement agressif ?*
- Désynchroniser, prendre un ton de voix calme, ne pas montrer sa peur mais évaluer les risques et la fuite possible, rester ferme et essayer de faire parler le patient de sa souffrance. Nommer la colère, dire qu'on la comprend., que c'est difficile, montrer de l'empathie pour la souffrance qui a suscité cette colère.
- Veiller à avoir une porte de sortie derrière soi et donc peut-être changer la disposition de son cabinet.
- Heb vaak indruk dat patient niet luistert. Hoe aanpakken?  
*Traduction deeple: J'ai souvent l'impression que le patient n'écoute pas. Comment l'aborder ?*  
Créer le rapport visuel : contact oculaire  
Ecrire ce que l'on dit pour que le patient puisse emporter ce mémo. Au cours de la consultation le patient est stressé et ne retient pas ce qu'on lui dit.  
A la fin de l'entretien lui faire répéter dans ses propres mots ce qu'il a retenu.
- wat te doen bij patiënten die de arts ten onrechte beschuldigen van discriminatie  
*Traduction deeple : Que faire lorsqu'un patient accuse à tort un médecin de discrimination ?*  
Ignorer, ne pas se justifier ...  
Il faudrait connaître le contexte

- Wat zijn de uitdagingen van de arts-patiëntenrelatie binnen een groepspraktijk? Niet elke patiënt is even vertrouwd met alle artsen binnen een groepspraktijk wat tot ongemakkelijke situaties, wrevel of frustratie kan zorgen bij zowel arts als patiënt..

*Traduction deeple : Quels sont les défis de la relation médecin-patient au sein d'un cabinet de groupe ? Tous les patients ne connaissent pas de la même manière tous les médecins d'un cabinet de groupe, ce qui peut créer des situations inconfortables, du ressentiment ou de la frustration tant pour le médecin que pour le patient...*

*Michel*

*Personnellement, ayant travaillé en médecine de groupe depuis 1976, je suis pour qu'au sein de chaque groupement de médecin, le patient puisse consulter majoritairement le même médecin sauf en cas d'urgence ou de vacances. Car je crois à l'importance de la relation médecin-malade qui se construit dans la durée au fil des contacts, des incidents de santé. Bien entendu le patient peut changer de médecin au sein du groupe, soit ponctuellement, soit définitivement.*

*Il est donc indispensable que les soignants du groupe, médecins et paramédicaux se connaissent bien, s'apprécient et aient régulièrement des intervisions, sinon des supervisions à propos, et des cas cliniques, et des différends ou avis opposés.*

*A partir du moment où on accepte le travail en groupe et de groupe, il me paraît essentiel de créer une charte de fonctionnement et un partage de valeurs fondamentales. Les questions d'ego et de fragilité narcissiques se doivent d'être envisagées au préalable à la construction du groupe et à l'entrée de nouveaux candidats.*

- Tijdens het webinar kwam vooral de gesprekstechniek voor curatieve artsen aan bod, naar mijn gevoel. Wat met artsen die in andere sectoren van de geneeskunde werkzaam zijn, zoals verzekeringsartsen (mutualiteit en andere), arbeidsartsen, enz.?

*Traduction deeple : Pendant le webinaire, j'ai eu l'impression que la technique de conversation pour les médecins curatifs était principalement abordée. Qu'en est-il des médecins travaillant dans d'autres secteurs de la médecine, tels que les médecins d'assurance (mutuelles et autres), les médecins du travail, etc.*

*Michel*

*Oui, nous avons parlé de la médecine curative. Mais vous savez comme moi que ce qui est important c'est l'accueil et l'écoute du patient qui vient en état de fragilité que ce soit chez le médecin traitant, le médecin spécialiste, le médecin conseil de l'assurance revenu garanti, de l'assurance accident du travail, le médecin contrôle, le médecin conseil de la mutuelle ou les médecins contrôle de l'INAMI. Pour ma part, je ne fais pas de différence en matière d'accueil du patient. Tous, nous devons expliquer au patient notre rôle et notre fonction au sein du système de santé, chacun à sa place et avec ses valeurs et ses rôles*

*fondamentaux. Une entente et une coordination entre ces différents médecins ne peuvent d'ailleurs que favoriser une meilleure prise en charge.*

- Patiënten die steeds opnieuw dezelfde vragen stellen (om aandacht te krijgen). Hoe kun je hiermee omgaan?

*Traduction deeple : Certains patients posent toujours les mêmes questions (pour attirer l'attention). Comment y faire face ?*

*Patience, humour...tout dépend de la question*

▪ **Formation :**

1. Où peut-on trouver suivre des cours et formations sur la relation médecin-patient ? je suis étonnée qu'on ai évoqué le risque surtout pour les jeunes médecins, alors qu'ils ont déjà eu bcp plus de sensibilisation à ces ? que les aînés...comme spécialiste aucun debriefing ou partage d'expérience difficile n'est prévu a l'hôpital. A quand une obligation de l'organiser.

Nous avons créé une formation en ligne en Français [www.medicalcom.org](http://www.medicalcom.org)

Il existe aussi une société internationale qui donne des cours en Anglais :  
International Association for Communication in Healthcare [www.each.international](http://www.each.international)

A la demande l'IFTS peut organiser des supervisions. [www.ifts.be](http://www.ifts.be)

Nous organisons des cours de psychopathologie et de psychopharmacologie pour médecins et pour psychothérapeutes non-médecins. Cf. sur le site [www.ifts.be](http://www.ifts.be)

2. er werd weinig aandacht gegeven aan de connectie die ontstaat wanneer de arts zijn buikgevoel volgt. Alles dient 'cognitief' te gebeuren en de arts moet zichzelf gaan programmeren in deze relatie. Is er dan geen plaats voor een relationele benadering vanuit hart en buik eerder dan cognitief gedragsmatig te werken? Zou het niet goed zijn de studenten en assistenten ook tot bij hun menselijkheid en hart- en buikgevoel te brengen om betere communicatie mogelijk te maken?

*Traduction deeple: peu d'attention a été accordée à la connexion créée lorsque le médecin suit son intuition. Tout doit être fait "cognitivement" et le médecin doit commencer à se programmer dans cette relation. N'y a-t-il donc pas de place pour une approche relationnelle à partir du cœur et des tripes plutôt que pour un travail cognitif et comportemental ? Ne serait-il pas bon d'amener aussi les étudiants et les assistants à leur humanité, à leur cœur et à leur intuition pour permettre une meilleure communication ?*

*Michel*

Bien au contraire et je pense l'avoir dit. Ce qui soigne vraiment, outre bien entendu nos compétences médicales strictes, c'est la relation médecin malade. J'ai été formé à l'approche Balint au niveau national et international. Ce travail de fond depuis 40 ans, se base effectivement comme vous le soulignez très bien sur l'intuition, le sixième sens que nous ont procurés une fine écoute de la plainte du patient, nos capacités d'empathie cognitive, émotionnelle et corporelle, ainsi qu'un entraînement à l'intersubjectivité et à la théorie de l'esprit qui nous

permettent de percevoir l'indicible, le non-dit, la souffrance intériorisée sinon même inconnue du patient lui-même.

J'ai insisté sur le rôle majeur des maîtres de stage et de leur accompagnement à former nos jeunes médecins à cette approche humaniste, d'écoute inconditionnelle au niveau cognitif émotionnel et corporel.

▪ **Format :**

1. J'aimerais pouvoir relire les slides régulièrement, serait-il possible de les avoir?  
Il suffit d'aller sur le site de médecins en difficultés.
2. Zijn het allemaal op studies gebaseerde antwoorden of antwoorden uit de praktijk?  
*Traduction deele: Les réponses sont-elles toutes basées sur l'étude ou sur le monde réel ?*  
Il n'y a pas de différence entre les études et le monde réel. Ce n'est pas un travail en laboratoire mais une observation de ce qui se passe en consultation avec des enregistrements ou un miroir sans tain, en interrogeant des patients ou en étudiant de grandes cohortes de population suivies par des organisations gouvernementales aux USA mais aussi dans certains pays d'Europe.

*Voir les références*

<sup>i</sup>Deveugele M. Communication training: Skills and beyond. Patient Educ Couns. 2015 Oct;98(10):1287-91. doi: 10.1016/j.pec.2015.08.011. Epub 2015 Aug 11. PMID: 26298220.

<sup>ii</sup>Zolnierek KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. Med Care. 2009 Aug;47(8):826-34. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc. PMID: 19584762; PMCID: PMC2728700.

<sup>iii</sup>Giroldi E, Veldhuijzen W, Bareman F, Bueving H, van der Weijden T, van der Vleuten C, Muris J. Consultvoering bij breedsprakige patiënten: 10 tips [Effective communication with talkative patients: 10 tips]. Ned Tijdschr Geneesk. 2016;160:D184. Dutch. PMID: 27189094.

## To go further



**Skills for Communicating with Patients**, Jonathan Silverman, Suzanne Kurtz, Juliet Draper, Croydon UK, CRC Press Third Edition, 2016

**La communication professionnelle en santé**, Claude Richard et Marie Thérèse Lussier. Montréal (Québec) Canada, ERPI, 2016

**La relation thérapeutique en médecine et en psychothérapie**, M. Delbrouck, De Boeck éd. 2016

**Psychopathologie, Manuel à l'usage du médecin et du psychothérapeute**, M. Delbrouck, De Boeck éd. 2019.

To find a course on the topic

[each.international - medicalcom.org](http://each.international - medicalcom.org)



## REVIEW

# Doctor–patient relations in dermatology: obligations and rights for a mutual satisfaction

F Poot\*

Psychodermatology Dermatology Department, Erasme University Hospital, Free University of Brussels, Belgium

\*Correspondence: F Poot. Email: fpoot@ulb.ac.be

## Abstract

The author examines different aspects of patient–doctor relationship in dermatological consultations. At first, a definition of patients satisfaction is given, based on available literature. It has been shown that satisfaction depends on diagnosis, but also on the doctor's ability to provide explanations on the probable cause of the illness, information on how long the symptom will probably last, and if she/he demonstrates empathy. Satisfaction also increases if the illness is serious, but decreases if quality of life linked to the symptom is underestimated by the doctor. After providing a philosophical definition of ethics, which emphasizes the importance of mutual satisfaction of patient and doctor, the concepts of empathy and compassion in patient–doctor relations are defined. Their importance in consultations is underlined, reporting, for example, that doctors with good communication skills experience fewer difficult consultations (8% vs. 23%). Afterwards, the dermatological consultation is analysed in its practical aspects, trying to define a good-quality consultation. First of all, the pitfalls that can affect good time management are analysed, suggesting to structure the consultation using the Soap method. Particular situations are analysed, such as announcing bad news and dealing with borderline patients. Finally, the concept of transference is defined, remembering that doctor–patient relationships can replay some difficult relationship coming from the past, and thus doctors need to be aware of this possibility and learn how to manage it.

Received: 12 June 2008; Accepted 20 March 2009

## Keywords

dermatology, patient–provider relationship, psychology, psychiatry, psychodermatology

## Conflicts of interest

None declared.

## Introduction

The relationship between patient and provider is a relevant issue in clinical practice. In dermatology, it is particularly important since psychological problems are often associated to skin conditions, and thus they are relevant aspects of a comprehensive clinical assessment of the disease. However, research data suggest that the detection of psychiatric disorders by dermatologists is not completely satisfactory,<sup>1,2</sup> and also that quality of life aspects are differently evaluated by patients and dermatologists.<sup>3</sup> Discrepancies between patients' and dermatologists' opinions about severity and impact of disease may have important consequences, as it has been shown that they are associated with patients' lower satisfaction with care.<sup>4</sup>

At the basis of the reciprocal satisfaction of patients and dermatologists, there is a good-quality communication. To achieve a good communication between patients and dermatologists, a good-quality clinical consultation is necessary.

In this review, we aimed to define what a good dermatological consultation is, analysing it both from a theoretical and a practical point of view. The theoretical aspects include the concepts of ethics, empathy, and compassion, as important skills of a physician. From a practical point of view, we investigated the characteristics of a dermatological consultation, in terms of duration and structure. In fact, in daily practice, doctors' abilities have to deal with practical constraints, such as time limits, and at the same time to take into account patients' expectations, rights and tasks.

## Patient satisfaction

Patient satisfaction and dissatisfaction are often used as an indicator of the quality of a medical consultation. However, satisfaction is an ambiguous outcome variable since patients tend to give positive answers, despite of the anonymous questionnaires. Anyway, studies may be useful to understand which aspects contribute to the overall satisfaction for care of patients, beyond



healing. A U.S. study of 500 difficult patients in general medicine<sup>5</sup> revealed that one patient out of two was satisfied after leaving the doctor's office. The percentage increased to 63% when the same patients were asked about satisfaction 3 months later. The happiest patients were the ones over the age of 60 who experienced improvements in health. However, there were other variables that predicted immediate satisfaction following a consultation, such as receiving information about the probable cause of the illness and the duration of the symptoms. Between 2 weeks and 3 months afterwards, satisfaction increased if the symptom regressed, but decreased if additional consultations were needed for the same symptom.

An Italian study<sup>4</sup> carried out on dermatology patients showed that patient dissatisfaction and psychiatric morbidity were significantly and independently correlated with the patient's refusal to stick to the treatment. The study stressed the importance of the dermatologist's personal abilities and on the proper handling of psychiatric pathologies during dermatology consultations. It is thus of utmost importance that dermatologists can deal with psychiatric patients coming to them with problems like delusion of parasitosis, dysmorphic syndromes or self-mutilation. Those conditions are often associated to events of major psychological suffering (death of a child, abandonment, abuse, etc.), and it is important for a dermatologist to be aware of this suffering when treating such patients.

### Taking patient expectations into account

In general, we can say that a powerful predictor of satisfaction is meeting patient expectations.

In 1994, Sanchez-Menegay<sup>6</sup> conducted a study to determine whether physicians took their patients' expectations into account. The most important patient expectations were diagnosis (94%), prognosis (82%), prevention (76%) and follow-up care (80%). It is interesting to note that there was no correlation between what patients expected and what physicians gave them. In fact, physicians tended to fill out more prescriptions than patients expected, and they almost never talked about prevention or prognosis. In random cases, physicians were informed of patient expectations, but this did not significantly change their behaviour.

Doctors therefore tend to prescribe more than patients expect them to. A recent study<sup>7</sup> carried out on general practitioners in Germany found that the number one priority for patients was to receive information about their illness. The need for prescriptions (26%) and the desire to receive them (41%) did not match the extent to which the doctor prescribed (56%). Of the patients who did not express any desire to receive a prescription, 44% walked out of the doctor's office with one in their hand; 4% of the patients said they wanted medication even if it might not be effective; 21% received such medication, especially for minor diseases. What effect did this have? This study indicates that 98% of the patients were satisfied, regardless of their doctor's excessive prescription tendency.

When patients are dissatisfied, however, the effect is much more negative. In another study<sup>8</sup> of 750 patients it has been shown that practically all patients had logically at least one expectation. For 81% of them, it was to receive a diagnosis, for 63% it was for the doctor to tell them how long the symptom would last, for 60% it was a prescription, for 54% an additional examination and for 45% to be referred to a sub-specialist. After the consultation, the least satisfied expectations were the prognosis (51%) or information about the diagnosis (33%). The most frequent cases of patient dissatisfaction were when the doctor found the consultation difficult or when the patient had underlying mental problems. Patients whose expectations were met felt less anxious (54% vs. 27%) and more satisfied (59% vs. 19%). Patients who received information about their diagnosis and prognosis generally experienced improvements in their symptoms after 2 weeks.

What about patient satisfaction with their dermatologists? A study published in the *British Journal of Dermatology*<sup>9</sup> reported a 60% satisfaction level. Satisfaction depended either on the doctor's ability to provide explanations, show empathy or on the patient's age, the older being more satisfied. Satisfaction was also higher among patients with severe illness but lower when the quality of life linked to the symptom was altered. The degree of satisfaction was lower when the quality of life was impaired more than evaluated by the dermatologist.

Doctor's and patient's views regarding the severity of the illness may diverge particularly in dysmorphic syndromes, which are experienced by 12% of dermatologic patients.<sup>10</sup> If we include subclinical cases in plastic surgery, the percentage rises to 18%.<sup>11</sup> This seems to suggest that dermatologists have better dealings with patients who have severe illness. However, improving doctor-patient relationships in cases that are considered to be clinically average for doctors but psychologically dramatic for patients is still important.<sup>12</sup> Not only will patient satisfaction be higher, chances are that adherence to treatment will be higher.<sup>13</sup>

### Correlation between patient and doctor satisfaction

A study shows patient satisfaction levels are higher when doctors are very satisfied with their work or work part-time.<sup>14</sup> Comparing job satisfaction among male and female doctors, we find that female doctors have a higher risk of burnout. This is especially true if they do not structure their activity properly, which is often the case.<sup>15</sup> Time management is one of the most important factors that go into job satisfaction for doctors, particularly female doctors. Considering the fact that there are more women in our branch of medicine, this statistic should be taken into consideration. Since our satisfaction influences patient satisfaction, both sides will benefit.

### An ethical medical consultation

Comte-Sponville's philosophical dictionary<sup>16</sup> states that 'although ethics and morality are often synonymous notions, ethics sounds

better'. Ethics comes from the Greek word – *ethos* – and morality comes from Latin – *mos* or *mores* – both terms meant basically the same thing (moral standards, character, way of life and behaviour). However, if we really want to draw a distinction between these two concepts, he says: 'the best thing to do is to take literally what the history of philosophy clearly suggests': among the Moderns, Kant is the great philosopher of morality and Spinoza is the philosopher of ethics. This amounts to opposing morality to ethics like the absolute (or supposedly absolute) and the relative. Put simply, morality commands and ethics recommends. It would be a mistake to try to choose between them because we need both. Morality answers the question 'What should I do?' and ethics answer the question 'How should I live?'

Ethics is much wider in scope. It includes morality but the contrary is not true (answering the question 'How should I live?' includes a search for what one should or should not do; answering the question 'What should I do?' does not give insight into how to live one's life).

In other words, ethics is an effort, a process, a path that we follow: it is a carefully thought out approach leading up to a healthy lifestyle – as the Greeks used to say- or to the least damaging lifestyle possible. This is the only real wisdom, in fact.

We could say that an act is ethic if it is good for others but also good for oneself. If doctors forget the second part of this proposition in their medical consultations, then they are headed straight for burn out (exhaustion syndrome). Recent surveys showed just how serious this risk is for doctors. This is why the word 'rights' in doctor–patient relations was included in the title of this article.

We can therefore define a consultation as ethical if most of the doctor's and patient's expectations are met.

### Empathy and compassion

The medicine of guidelines and techniques has lost sight of the importance of an art of healing that cannot always be measured and identified.<sup>17</sup> Treatment alone may not be enough to heal. A dose of empathy or even compassion is necessary in patient–doctor relationship.

The Dictionary of Human Sciences<sup>18</sup> defines empathy as 'intuitively sensing the feelings of others, emotionally participating in the subjective states of others.' Comte-Sponville wrote about compassion: 'It means feeling other people's suffering. It is very close to pity but lacks the condescension that pity conveys or implies. Compassion is a feeling of pity between equals. It is very close to *misericordia* ... which was badly translated by the Christians as "mercy or forgiveness": What it really means is love in the sense that a person feels happy when good things happen to others and sad when bad things happen to others.'

There is a difference between empathy and compassion. Empathy is the least physicians can feel whenever a patient shares her/his suffering and feelings with them. With compassion, there is a deep communication between two human beings at the level of their very humanity, a real involvement by the physician. Of

course, this feeling does not arise with all patients. However, when a physician does feel it, her/his patients can get better in a surprising way.

Nowadays, it has been discovered that empathy is linked to the activity of specific neurones called mirror neurones in some area of the brain, the prefrontal cortex and the insula.<sup>19</sup> Those neurones are developing during infancy and childhood and are lacking when there is relational problems like autism. There is a gender difference in recruiting those neurones, women seeming using this process more than males.<sup>20</sup>

Mirror neurones are used to discover the emotions beyond some non verbal manifestations and face expression.

It is not enough to simply discover these emotions. Physicians could help the patient to express their feelings by phrases like: It seems that you are very worried? What will give the opportunity for the patient to express his/her fear emotion. Physicians also need to express empathy, saying sentences like: 'I understand you're suffering', 'I can imagine what you are going through', 'I can see things from your perspective', 'this must be difficult for you.'. This gives the patient the feeling to be really understood.

If physicians listen to people asking them for help, they can guess or discover what is really bothering them. If they allow themselves to identify with patients' feelings, few patients will end up being 'difficult'. They will go out of the clinical consultation with a general feeling of satisfaction because they will feel that the physician has not only listened to them but also have understood them.

### The dermatological consultation

How can dermatologists transfer all the above mentioned theoretical concepts into a clinical consultation? We are now examining different aspects.

#### 1. Duration of consultations

The duration of consultations is a very important variable. It has a significant impact on patient satisfaction. A study on the duration of ambulatory visits to physicians<sup>21</sup> covering 19 192 consultations with 686 general practitioners revealed that the average duration of consultations was 16 min. It lasted longer for patients with psychosocial problems or with 4 or more diagnostics (71% increase), in day surgery (+34%), or for patient for whom hospitalization was required (+32%). Consultations were shorter when non-medical staff was present.

However, does the duration of consultations really have an impact on patient satisfaction?

A prospective study<sup>22</sup> of 1486 consultations sought to determine whether patient's and doctor's perception of time was a determinant of patient and doctor satisfaction. Patients expected to spend 20 min or less with their doctor in 69% of cases. After the consultation, those patients who felt that the consultation lasted longer than they had expected were significantly more satisfied. Patients who felt that the consultation should have lasted longer were

significantly less satisfied. Patients who were anxious or feared that they were in poor health expected significantly longer consultations. For their part, doctors felt in a hurry in 10% of the cases and associated this feeling with patient dissatisfaction, although this was not necessarily the case. Patients felt that their doctor was in a hurry in 3% of the cases and this did not have any impact on their satisfaction with the consultation. In another recent study, patients with psychosomatic or psychosocial problems were recognized to take more of the doctor's time, even they did not expect it.<sup>23</sup>

The average patient visiting a doctor in the United States gets 22 s for his initial statement, and then the doctor takes the lead.<sup>24</sup> If they simply allowed their patients to say whatever they have to say, the mean spontaneous talking time would be 92 s.<sup>21</sup> The point is, allowing the patient to talk without interruption will not be what uses up most of the consultation time.

What can get doctors side-tracked and behind schedule, causing patients to get upset and doctors to feel stressed? Leaving difficult patients aside for a moment, it seems that physicians can improve both their comfort and patient satisfaction if they follow a few rules.

*a. Structure consultations* It is important not to spend most of the time talking about trivial matters, leaving important information at the end of the visit. In some cases, the little last-minute item turns out to be very important, when the doctor was thinking that the consultation was over.

Twenty years ago, Dr Lawrence Weed developed a system of problem orientated medical record.<sup>25</sup> This is now worthwhile known with the acronym Soap<sup>26</sup> and helps physicians to structure the consultation.

*S:* Subjective symptoms, problems that patients bring with them. Some patients tell the doctors right away that there are other problems, otherwise the doctor should ask the patient a simple question: 'Is there anything else that you'd like to show me?'. The same question may be repeated again and again because there could be four or five more things to look at! Once all information is out, the doctor can rank the problems in order of importance. She/he can then tell the patient that there is only enough time to deal with the first two problems, and that a second consultation will be needed for the remaining problems. There is nothing wrong with scheduling their interventions in this manner, instead of taking care of everything on the spot as the patient may have expected. However, it is important to take the time to explain that treating the problems will take longer than the time allotted, and that there are other patients waiting who also need to be examined. Generally, this works fine if the doctor is straightforward and nice about it.

*O:* Objective symptoms: This is when the doctor examines the specific lesions. Although there are times when she/he is able to see and diagnose the lesion as soon as the patient walks through the door, patients need to feel that their doctor has examined them. Moreover, by forcing themselves to examine each and every

patient carefully, physicians may even find themselves correcting mistakes made in their initial diagnosis.

*A:* Assessment: Based on what doctors find in their clinical examination, and on what patients tell them, they make a diagnosis. Thinking aloud will help physicians to explain their diagnosis to patients. If they are uncertain or have no idea what that diagnosis could be, there is nothing wrong with telling the patients so. Will this have an impact on their satisfaction? Gordon's<sup>27</sup> study focused on physician expressions of uncertainty during patient encounters. An analysis of audio recordings of 216 internal medicine consultations showed that there were expressions of uncertainty in 71% of the consultations. Those doctors who stated that they did not feel comfortable sharing their uncertainty with their patients made less use of such expressions of uncertainty. However, those who used expressions of uncertainty on a more frequent basis also had a more positive outlook, created more partnership and provided their patients with more information. Patient satisfaction with these physicians was also higher. Therefore, patients prefer doctors who feel at ease and are not afraid of admitting that their diagnosis is uncertain and requires verification.

*P:* Plan, prognosis and prescription: This is when doctors explain to patients what tests need to be done to confirm their diagnosis, determine a prognosis (which is very important for them) and issue prescriptions (which are often excessive, as we saw before). This moment is an opportunity to find out what the patients would like to do and to be more in sync with their expectations.

*b. The hand-on-the-door syndrome* Patients sometimes tell the doctor the most important details at the very end of the consultation, right as they are reaching for the door. This can happen even when the consultation was properly structured. What can a doctor do in this case? On one hand, she/he realizes that it is very important, but can already feel the next patient's pressure level rising in the waiting room outside. After listening to the patient without interruption, the best thing is to simply tell her/him how important the matter is and schedule another appointment to handle it. Some patients are accustomed to this procedure.

It is very important to structure the consultation, especially in the case of particular patients, such as borderline types.

*c. The never-ending patient* The doctor opens the lines of communications and this kind of patient just keeps going on and on, saying the same things over and over again or asking the doctor to constantly repeat what she/he has already said. When the physician feels that the end of the consultation has been reached, but the patient does not show any signs of wanting to budge, some non-verbal means have to be used: standing up, walking towards the door and opening it. In some cases, the doctor can even refuse to reply or simply state that she/he does not

have any more time and that the patient will continue the discussion the next time.

*d. Multiple consultations* Who hasn't had to deal with patients who ask for a second consultation or even a third? There are several ways to deal with this, depending on available time or tolerance. The doctor can assess the problem and limit to giving just an opinion (even charging them for the advice). She/he can accept to meet with the patient for a second and more complete consultation (the first one can be a bit shorter than normal) and charge them. She/he can kindly explain that there is not enough time and then schedule another appointment. In such cases, it is necessary to insist on how important it is for patients to stick the schedule. If the doctor is late, she/he has to explain that she/he does not want to be even later. If doctors give in to their whims, they run the risk of being contacted again on other occasions. By being gentle but firm, they can generally wiggle their way out of the situation and avoid the burnout that comes with having to deal with too many of these situations. If the patient nevertheless refuses to go away, it is probably because there are underlying problems, sometimes psychiatric (depression, paranoia, hypochondria, personality disorder). In such cases, the doctor needs to be even kinder and firmer. Otherwise, she/he may end up worsening the situation. At the very least, the doctor will never see the patient again but, in the worst-case scenario, they might even attack her/him. In most of the cases, if the doctor opens the dialogue, stays calm, empathises with the patient, she/he will feel understood and will accept the doctor's decision.

## 2. Difficult patients

Patients identified by dermatologists as difficult patients seem to be effectively the ones with psychiatric pathologies. A study<sup>1</sup> published in the *British Journal of Dermatology* shows a 25% prevalence of psychiatric morbidity. In other words, one out of every four of the patients who walk into the dermatologist's office will be difficult patient. Thirty per cent of the patients suffering from acne, pruritis, alopecia, herpes and dermatological non diseases have psychiatric disorders. In another study of 500 internal medicine patients,<sup>28</sup> 15% of the consultations were said to be difficult. Doctors felt that the consultations had been difficult because patients had psychiatric problems, suffered from over 5 somatic symptoms, or had more severe symptoms. Patients felt that the consultations had been difficult because their expectations had not been met, because they felt dissatisfied with their consultation, or because they were excessive consumers. Doctors with less developed relation skills had more difficult consultations (23% vs. 8%).

## 3. Announcing bad news

There are several difficult situations dermatologists have to deal with, such as breaking the news to patients that they have a melanoma, are human immunodeficiency virus (HIV) positive or

are suffering from a severe pathology; having to inform family members; announcing a patient's death. How many times have doctors given this type of diagnosis in a hallway or over the phone? Feeling ill-at-ease and powerless to do anything about the disease (after all, that is what doctors are for), doctors often cut loose, leaving patients and their families feeling very alone indeed. But what else can they do? Well, for one thing, they can prepare their patients for the bad news.<sup>29</sup> If a nevus is suspected to be malignant, a subsequent consultation can be scheduled to give the results. This allows doctors to avoid giving the results at a less favourable time (like at the end of consultation, when time is lacking). The same thing holds true for HIV blood tests: you simply cannot give this kind of news over the phone. A later consultation can be scheduled so that the laboratories can get back to the doctor with confirmation of the test results. Anticipating difficult diagnoses allows to side-step awkward announcements. If the diagnosis is a surprise, then the patient should be contacted (preferably by the secretary), so that an appointment can be scheduled for the very same day since the patient will be quite alarmed after receiving the call. The physician has to take her/his time, to chat with the patient or his/her family if they meet for the first time. The news has to be broken gently, giving the patient only as much as the doctor thinks they are able to bear, leaving communication lines open to the expression of unpleasant emotions, leaving room for hope, even if only slight, without misleading patients or their families. This is summarized in a mnemonic ABCDE: Advance preparation (clinical data, adequate time, adequate room, emotional preparation), Building a therapeutic relationship, Communicating (verify patient's understanding, place yourself at the patient's place), Dealing with the patients emotional reactions, Encouraging in offering realistic hope and support and do not forget to take care of your own needs.

How about patient needs after the diagnosis has been given? A study was carried out on psychotherapeutic interventions in melanoma.<sup>30</sup> A psychiatric unit was set up for a 7-year period at an Austrian university dermatology ward to assist patients suffering from melanoma. The most appropriate supportive methods were those where patients were permitted to express their emotions. However, the psychotherapists themselves also needed support from their colleagues, so that they would not experience burnout or find themselves avoiding terminal patients. Ethics, which also takes into account doctors' needs, requires some sort of support structure enabling them to share difficult emotions, even if it is simply talking to a colleague about a case. If they are specifically assigned to melanoma patients, a multidisciplinary group would also give them the necessary support they require. It is in their own best interests as well as in the patient's not to try to go it alone.

## 4. Transference and counter-transference

An article published in the *Archives of Dermatology*<sup>31</sup> addresses the issue of medical ethics in modern dermatology. The article

highlights the importance of the doctor–patient relationship, among other things, saying that the patient’s interest must always come first. It goes on to say that the doctor–patient relationship is an unequal one. Patients are in a situation of dependence with respect to their doctors and this is why doctors must not take advantage of the situation. It is true that the doctor–patient relationship can have a lot of similarities with the parent–child relationship. Patients can very easily put doctors in a position of authority but will also have a tendency to reproduce with doctors the same experiences that they had with their parents. Doctors therefore need to be aware of this psychological transference. Attitudes of kindness, submission and aggressiveness are not necessarily targeted at us personally. Patients are simply reproducing something that they experienced in their past. This understanding can help doctors to better deal with their patients whenever they become aggressive, trying to understand that the patient is not reacting violently to them but rather to someone behind them, perhaps his/her mother or father in many cases.

At the same time, doctors should ask themselves why they feel irritated by a patient, by her/his attitude or even her/his physique. Who does this patient remind them of? What part of their past are they bringing out and projecting on the patient? This is called counter-transference. These positions of transference are much easier to deal with when there are positive feelings being projected. However, this can also be tricky since too much proximity with a male or female patient could get doctors into a love affair if they are themselves in need. While there is nothing illegal about this, giving in to their temptation would amount to taking advantage of the situation in a very broad sense. Even if the relationship lasts, it is based on a misunderstanding from the outset. It can happen more easily if doctors spend too much time listening to a patient’s problems or if they are unsatisfied with their own partner. Feelings of attraction can come from either the doctor or the patient or be mutually felt. However, just like fathers must not give in to their daughters’ seduction or mothers to their sons’, it is important for doctors or psychotherapists not to give in to temptation. Some patients with highly psychosomatic pathologies were abused as children.<sup>32</sup> Reproducing past suffering is a psychological mechanism. Paradoxically, these patients will be very seductive. If their seduction attempt is successful, you will be locking them into their scenario. However, if instead you stand firm and refuse, you will give them a chance to grow. Michael Balint, a well-known psychiatrist, developed a method where groups of physicians are helped at analysing this aspect of patient transference in all sorts of doctor–patient relationship scenarios.<sup>33</sup>

### Conclusions

Physician and patient satisfaction are inexorably linked in a beautiful cycle. When doctors fulfil their patients’ expectations, they are much likely to improve – even the difficult ones. Patients who improve under their care increase their satisfaction level.

Satisfied physicians are much less likely to perceive their patients as difficult, and patients of satisfied physicians are more likely to be happy with the care they received.

### Acknowledgements

The author thanks Francesca Sampogna BD, MPH for revising the manuscript and helping to make the necessary modifications.

### References

- 1 Picardi A, Abeni D, Melchi CF, Puddu P, Pasquini P. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *Br J Dermatol* 2000; **143**: 920–921.
- 2 Wessely SC, Lewis GH. The classification of psychiatric morbidity in attenders at a dermatology clinic. *Br J Psychiatry* 1989; **155**: 686–691.
- 3 Sampogna F, Picardi A, Melchi CF, Pasquini P, Abeni D. The impact of skin diseases on patients: comparing dermatologists’ opinions with research data collected on their patients. *Br J Dermatol* 2003; **148**: 989–995.
- 4 Renzi C, Picardi A, Abeni D, Agostini E, Baliva G, Pasquini P, Puddu P, Braga M. Association of dissatisfaction with care and psychiatric morbidity with poor treatment compliance. *Arch Dermatol* 2002; **138**: 393–394.
- 5 Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Arch Intern Med* 1999; **159**: 1069–1075.
- 6 Sanchez-Menegay C, Stadler H. Do physicians take into account patient’s expectations? *J Gen Intern Med* 1994; **9**: 404–406.
- 7 von Ferberl L, Koster I, Pruss U. Patients variables associated with expectations for prescription and general practitioner’s behaviour: an observational study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2002; **11**: 291–299.
- 8 Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 2001; **52**: 609–620.
- 9 Renzi C, Abeni D, Picardi A, Agostini E, Melchi CF, Pasquini P, Puddu P, Braga M. Factors associated with patient satisfaction with care among dermatological outpatients. *Br J Dermatol* 2001; **145**: 617–623.
- 10 Phillips KA, Dufresne RG Jr, Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol* 2000; **42**: 436–441.
- 11 Altamura C, Paluello MM, Mundo E, Medda S, Mannu P. Clinical and subclinical body dysmorphic disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001; **251**: 105–108.
- 12 Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA* 2000; **284**: 1021–1027.
- 13 Hodari KT, Nanton JR, Carroll CL, Feldman SR, Balkrishnan R. Adherence in dermatology: a review of the last 20 years. *J Dermatolog Treat* 2006; **17**: 136–142.
- 14 Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *J Gen Intern Med* 2000; **15**: 122–128.
- 15 McMurray JE, Linzer M, Konrad TR, Douglas J, Shugerman R, Nelson K. The work lives of women physicians results from the physician work life study. The SGIM Career Satisfaction Study Group. *J Gen Intern Med* 2000; **15**: 372–380.
- 16 Comte-Sponville A. *Dictionnaire Philosophique – PUF* 1<sup>re</sup> édition, Paris, 2001.
- 17 Gibbs S. Losing touch with the healing heart: dermatology and the decline of pastoral doctoring. *J Am Acad Dermatol* 2000; **43**(Part 1): 875–878.
- 18 Thines G, Lempereur A. *Dictionnaire Général Des Sciences Humaines*. Ciaco, Brussels, 1984.
- 19 Rizzolatti G, Craighero L. The mirror neuron system. *Annu Rev Neurosci* 2004; **27**: 169–192.
- 20 Schulte-Rüther M, Markowitsch HJ, Fink GR, Piefke M. Gender differences in brain networks supporting empathy. *Neuroimage* 2008; **42**: 393–403. Epub 2008 April 23.
- 21 Blumenthal D, Causino N, Chang YC *et al*. The duration of ambulatory visits to physicians. *J Fam Pract* 1999; **48**: 264–271.

- 22 Lin CT, Albertson GA, Schilling LM, Cyran EM, Anderson SN, War Anderson RJ. Is patient's perception of time spent with the physician a determinant of ambulatory patient satisfaction? *Arch Intern Med* 2001; **161**: 1437–1442.
- 23 Stunder W, Scherer M, Himmel W. How well do primary care patients assess the time needed for a consultation in general medical practice. *Dtsch Med Wochenschr* 2008; **133**: 67–70.
- 24 Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Rüttimeann S, Wössmer B. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ* 2002; **325**: 682–683.
- 25 Lawrence L. Weed. *Medical Records, Medical Education, and Patient Care; The Problem-Oriented Record as a Basic Tool*. Paperback, 1969.
- 26 Ginge Kettenbach. *Writing SOAP Notes: with Patients/Clients Management*. Paperback dec, 2003.
- 27 Gordon GH, Joos SK, Byrne J. Physician expressions of uncertainty during patient encounters. *Patient Educ Couns* 2000; **40**: 59–65.
- 28 Picardi A, Abeni D, Melchi CF, Puddu P, Pasquini P. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *Br J Dermatol* 2000; **143**: 920–921.
- 29 Jackson JL, Kroenke K. The effect of unmet expectations among adults presenting with physical symptoms. *Ann Intern Med* 2001; **134**(Part 2): 889–897.
- 30 Sollner W, Gross R, Maislinger S. Psychotherapeutic interventions in melanoma patient. *Recent Results Cancer Res* 2002; **160**: 362–369.
- 31 Webster SB. Professionalism and medical ethics in dermatol-2000. *Arch Dermatol* 2000; **136**: 101–102.
- 32 Imbierowicz K, Egle UT. Childhood adversities in patients with fibromyalgia or somatoform pain disorders. *Eur J Pain* 2003; **7**: 113–119.
- 33 Michael Balint. *The Doctor, His Patient and the Illness*. Churchill Livingstone, London, 1964.

# Using Triangulation Concepts to Understand the Doctor-Patient-Family Relationship

JOHANNA SHAPIRO, Ph.D.

---

*Practical teaching about families remains an elusive and challenging educational goal. This article provides a brief overview of the concept of triangulation and shows how it can be easily applied to the doctor-patient-family relationship. Examples of both negative and positive triangulation are presented. Learning to recognize and work with triangles in the clinical encounter can lead to a more family-oriented approach in residencies, particularly for those lacking formal family intervention programs.*

*Fam Syst & Health 19: 203-210, 2001*

**T**eaching about the complex interactions of family physician, patient, and family members to over-worked, stressed, and impatient residents can sometimes seem a daunting task. This is especially true for residents who train in a program like ours that has little systematic exposure to family units. It may be hard to understand the relevance of learning about the intricate dynamics activated in physician-patient-family encounters. In our residency

program, we have found that the concept of triangulation is a useful, easily graspable way of introducing ideas about such multifaceted relationships, and of illustrating certain classic dysfunctional patterns that may arise within interactions. This paper describes a conceptual model of triangles in primary care and a curriculum suggestion for small group conference formats.

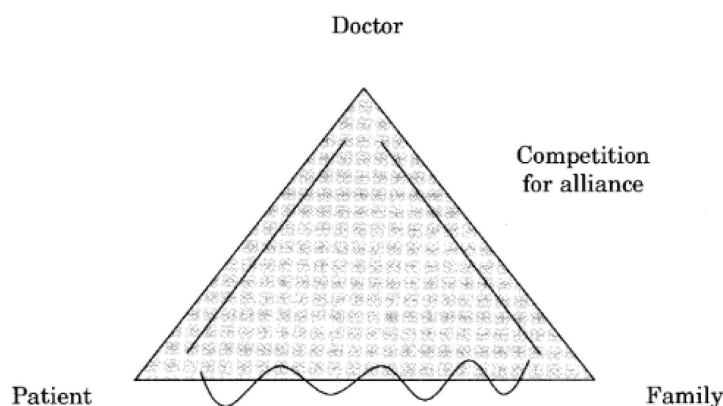
## BACKGROUND

In a relational triangle, "each of two opposing parties seeks to join with the same person against the other, with the third party finding it necessary to cooperate now with one and now with another of these opposing parties" (Aponte & VanDeusen, 1981). For example, a child and father in chronic conflict might both persistently compete for the support of the mother, who in turn tries to balance her favor between them. Murray Bowen, one of the founders of family systems theory, regarded the three-person configuration as the basic building block of any emotional system (Bowen, 1976). Jay Haley, another early family therapist, frequently referred to "the perverse triangle" (Haley, 1967) that can occur cross-generationally when two people in a family join together against, or to exclude, the third. Salvador Minuchin, a pioneer of structural family therapy, talked of the "rigid triads" formed when parents'

---

Johanna Shapiro, Ph.D., Department of Family Medicine, Rte. 81, Bldg. 200, 101 City Drive South, Orange, CA 92868. (949) 824-3748; jfshapir@uci.edu.

FIGURE 1

**Permanent Perfect Parent (Physician)**

overt or implicit conflicts require their child to “choose sides” (Minuchin, 1974). The emotional intensity of such coalitions often contributes to physical and emotional symptomatology in the child.

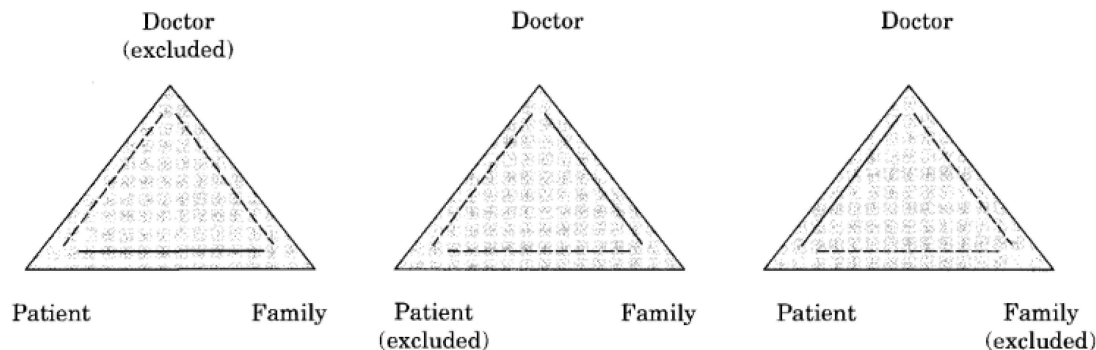
Originally, the concept of triangulation referred to repetitious, and usually dysfunctional, patterns within families, but the term is also applicable to therapeutic relationships as well. William Doherty and Macaran Baird in their classic book *Family Therapy and Family Medicine* pointed out “the illusion of the dyad” in the encounter between the physician and an apparently singular individual, and famously referred to the family as “the ghost in the room” (Doherty & Baird, 1983). The revelation that the practice of medicine, seemingly rooted in the bedrock of the doctor-patient relationship, actually involved the (often implicit) operation of triangular relationships had a profound effect on the understanding of the medical encounter. Nevertheless, busy teachers of family medicine still struggle with how to distill practical applications from such theoretical insights and successfully convey them to even busier residents.

**RATIONALE**

We introduce our teaching about doctors, patients, and families with reference to triangles for the following reasons. First, triangles provide an excellent entry point for understanding families. Triangulation is a readily understood phenomenon, mastery of which often leads to curiosity about other aspects of family structure and dynamics. Secondly, once identified, triangles are a frequently encountered occurrence in family medicine. It is easy for residents to generate many examples of triangulation based on their own practices once they assimilate the basic concept. For example, in an introductory session on triangulation, one resident mentioned discovering late in a child’s treatment for recurrent otitis media the existence of a grandmother who was skeptical about the prescribed medical care. Another resident noted that her over-reliance on an adult daughter’s opinions might have contributed to the withdrawal and passivity of her 87 year-old patient. Finally, because triangles necessarily include the vantage point of the doctor, they



FIGURE 2

**Dyadic Enmeshment**

appear more relevant and applicable to residents' daily experience than abstract, theoretical discussions about families in general.

**NEGATIVE TRIANGLES**

Early family therapists suggested that triangles generally reflect or produce dysfunctional occurrences in the family (Bowen, 1976; Haley, 1967; Minuchin, 1974). One property of such negative triangles is that they lack flexibility and assume rigid configurations insensitive to altered circumstances or new developments among family members. Negative triangles also promote win-lose models among the various participants, usually in the sense of a coalition of two members oppressing the third, although occasionally one participant dominates the two. The most common consequence of a negative triangle is the withdrawal of one or more members from the relational context. To help make this concept more concrete, our teaching addresses three basic dysfunctional patterns of triangulation (Hoffman, 1981) that can commonly occur among doctors, patients, and family members.

**Permanent Perfect Parent (PPP)** (Figure 1): In this configuration, patient, family (and physician!) install the physician as the PPP, a permanently wise, all-knowing authority figure, a kind of throwback to *Father Knows Best*. In this role, the omnipotent physician is held responsible for the success or failure of all subsequent events concerning the patient. Occasionally, residents have trouble grasping why the PPP is a negative triangle. In this era of patient advocacy and virtually unlimited internet access to previously privileged medical information, residents may like the idea of patients who accede to their authority and expertise, and who are obedient and compliant. However, residents quickly see that in such a triangle, it is easy for the other members to engage in competitive struggles, somewhat akin to sibling rivalry, for the attention, loyalty, and allegiance of the authority figure. Patient and family members compete to please the physician and to win his or her approval. Such glorification of the physician inappropriately weakens ties between patient and family, ignores internal family resources in deference to the supposedly unlimited powers of the physician, and

increases patient and family dependence on the physician. Further, while the elevated status can be flattering to the resident, it is highly uncomfortable to be unilaterally blamed when things go wrong in the care of the patient. In this triangle, the physician has too much power, the patient and family much too little.

**Dyadic Enmeshment** (Figure 2): In this situation, two members of the triangle become overly involved and protective of each other. They ignore the third, who is forced to assume the outside, exclusionary position. Three variants of this triangle exist. In the first, patient and family member form a strong alliance that virtually excludes the physician. Such an alliance can be based in shared health beliefs or skepticism about the doctor, as well as many other factors, including previously existing dynamics between patient and family member. For example, a physician recommends anti-hypertensive medication for a patient diagnosed with high blood pressure. In talking over the visit with her husband, both agree this doctor is a little too quick to prescribe drugs. They also believe that, in general, nonpharmacologic interventions are superior to medication. They quietly decide the wife will not fill the prescription but will try exercise and yoga instead. Because of the dyadic enmeshment, the physician does not learn of this decision for several months.

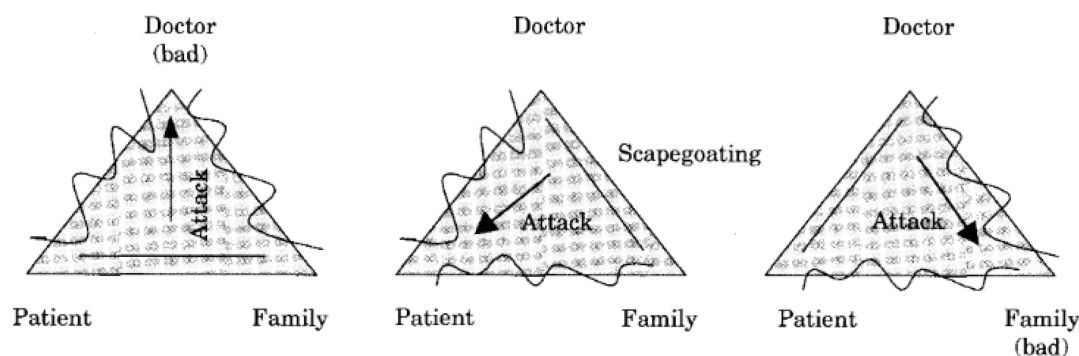
Dyadic enmeshment can also involve doctor and family member, to the exclusion of the patient. Such enmeshment is sometimes based on assumptions of the patient's decisional incompetence or perceptions of chronic noncompliance. Doctor-family member enmeshment often occurs in cases of pediatric illness, where the child may be old enough and/or mature enough to have a voice in treatment, but is systematically excluded by the interactions of parents and physician. For example, the parents and oncologist of a twelve year-old

girl with acute lymphocytic leukemia may opt for aggressive chemotherapy without soliciting the child's wishes or concerns. Such enmeshment also may occur at the opposite end of the life-cycle. In this case, decisions about elderly patients are made between physician and adult child. There is insufficient attention to the needs and desires of the patient, whose fluctuating mental competence may still include the ability to make choices about life values and goals.

Finally, doctor-patient enmeshment can lead to the erosion of meaningful involvement of family members. This typically happens in chronic illness situations, where patient and doctor develop a close bond based on shared knowledge and experience. Family members begin to lag behind doctor and patient in terms of the information they acquire about the condition, and eventually come to feel more and more excluded. In one instance discussed by a resident, a corporate lawyer developed amniotrophic lateral sclerosis (ALS). Although he avidly pursued information about the course and prognosis of the disease, he encouraged his physician to systematically join with him to "protect" his wife from detailed knowledge of the implications and long-term prognosis of his condition. The result was progressive withdrawal and alienation on the part of the spouse, who could otherwise have been an important source of support to this fatally ill man. In such cases, a crucial opportunity for support and guidance from family members is lost.

**Illicit Coalitions** (Figure 3): Illicit coalitions are enmeshed dyads carried to an extreme, with the addition of overt hostility toward and conflict with the excluded third. In the case of an illicit coalition of patient and family against the physician, these two members of the triangle are united in their perception of the physician as severely suspect, even

FIGURE 3  
*Why Triangles*  
**Illicit Coalitions**



dangerous. An illicit coalition of patient and family against the physician is often the structural dynamic of a malpractice suit.

It is also possible for physician and family to form a faction against the patient, known as scapegoating. This type of coalition is distinguished from enmeshment by the overt rejection of the patient, as opposed to covert exclusion. A frequently observed example occurs when doctor and family agree that the patient is irresponsible and incorrigible. Sometimes this dynamic is found directed toward adolescent diabetic patients, whose behavior is evaluated by both parents and physician as self-destructively non-compliant. It is also easy for such scapegoating to occur with patients experiencing mental illness.

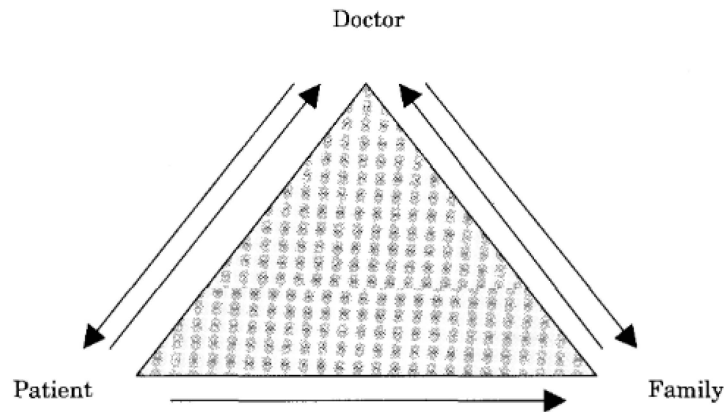
Finally, physician and patient can form a coalition against a family member. This situation has the potential to develop when the physician becomes convinced that the family member is undermining the patient's prescribed treatment regimen. For example, when a patient tells his doctor, "I can't lose weight or lower my cholesterol because my wife keeps cooking fatty foods," it is easy for physician and patient to join in identifying the family member as the

problem. Both perceive the family member as uncaring and uncooperative, and an obstacle to improved health.

It is important to distinguish enmeshments and coalitions from the temporary alliances that inevitably occur within triangles and which actually comprise the foundational strength of the triangular structure. Negative triangles are negative by virtue of their rigidity and inability to be responsive to changing circumstances or needs within the triangle. In other words, under certain circumstances, patient and doctor might reasonably form an alliance directed toward persuading a spouse to modify her meals in the direction of lowered fat intake. Such an alliance would be temporary and specific to a particular goal. It would degenerate into a coalition when, cross-situationally, the wife was evaluated as "bad" by both doctor and patient, and their efforts were directed less at systemic problem-solving and more at denigrating her behavior generally.

It is also important to note that negative triangles may be based on accurate perceptions. A wife *may* actually be cooking fatty foods for her husband with hypercholesterolemia; an adolescent patient

FIGURE 4

**Appropriate Therapeutic Alliance**

with diabetes *may* in fact feel self-destructive; and a physician *may* have made a mistake in the treatment of her patient. The problem with the formation of hostile coalitions as described above is not necessarily that they have misperceived reality (although this is also possible), but that they preclude cooperative action and problem-resolution. By excluding the “bad” third party, they decrease the likelihood that they can engage in constructive problem-solving as a functional unit. Once the third member of the triangle is ignored or labeled as “bad,” the resources, strategies, and potential of this individual are lost.

**Positive triangles** (Figure 4): Despite the existence of negative triangles, as Doherty and Baird (1983) astutely observed, the triangle of doctor-patient-family also can produce powerfully positive consequences as well. From a theoretical standpoint, triangles are considered to be more fluid and dynamic than dyads, because of the flexible options for combining and recombining that they offer. Precisely because of this fluidity, they are also

considered to be more “stable” than dyads. Triangles allow for the possibility of expanding a dysfunctional dyadic interaction to search for improved alternatives. For example, a patient who describes her son’s annoyance at her new exercise regimen to her physician may be encouraged to find ways to exercise during times when her son is not looking to her for attention.

In fact, the ideal therapeutic alliance is a positive triangle, in which all members support and guide the others, and in which the resources of all members are available to all. Such a successful triangle is based on trust existing along all dimensions or legs of the triangle. In such a triangle, physician and patient can mobilize family resources on behalf of the patient. The doctor can support the patient-family relationship, and family members can support the patient-doctor relationship.

**TEACHING TRIANGLES**

Teaching about triangles lends itself well to a noon lecture format. With appropriate visual support, the basic models of negative and positive triangulation can be presented

in twenty minutes, leaving a half-hour for presentation of case examples. For case examples, we typically ask residents to briefly present a scenario and describe the relationships among themselves, the patient, and other family members. We then consider to what extent the example fits one or more of the above models. In situations where residents have difficulty generating examples from their own practices, we often use supplementary literary resources, in the form of poetry or brief short stories that illustrate some aspect of the models described above.

### INTERVENING WITH TRIANGLES

As in some situations in medicine, the concept of triangulation is sometimes easier to diagnose than to treat. Family physicians, especially residents who are still focused on learning their craft, usually do not have the time or inclination to be trained as family therapists. Therefore, complex prescriptions for change are usually not relevant. We have found that simple awareness of triangulation in itself sometimes leads to change. When residents understand the role negative triangles can play in promoting dysfunctional patterns, they become more likely to look for triangular patterns in relationships. Although we have yet to systematically assess this assertion, anecdotal evidence indicates that after just one or two presentations about the concept, participating residents later comment spontaneously about triangles and ask more family-oriented questions of behavioral scientists.

When a resident realizes he or she is enmeshed with or has formed a coalition with a patient or family member, such insight presents an opportunity to loosen the bond, to pursue greater flexibility within the triangle, and to reach out to include the excluded member. Awareness of enmesh-

ments or coalitions directed against the physician can lead to useful mini-family conferences that attempt to realign relationships in a more positive and productive manner. Following the prescriptions of brief and solution-focused therapies (Talmon, 1990), we encourage residents to focus on "changing something" in the triangular relationship and emphasizing the positive qualities or potential of the triangle. Frustrated residents have been asked to come up with *anything* they could change about a problematic triangle they had identified, without suggesting the nature of the change. A resident who feels excluded from a strong patient-family coalition may choose to move closer to patient and family; or the resident may decide to confront the coalition by disclosing personal frustration. In this philosophy, what initially matters most is initiating efforts to alter the dysfunctional power of a negative triangle. In terms of potential triangular strengths, residents can be encouraged to focus on what an excluded family member has to offer a patient in terms of resources and support, or on how their input regarding management of a chronic disease can help a distressed family.

One unexpected positive consequence of teaching about triangles in our residency has been increased knowledge of and sometimes more frequent contact with family members on the part of residents. The simple tool of the triangle appears to give residents a manageable way of thinking about family dynamics. As a result, they often become curious about how such concepts play out in real life. This curiosity in turn leads to increased gathering of family-oriented information, and at times more interest in learning about family members through increased interaction in the exam room and even home visits. In our residency, the study of triangles has helped promote a family orientation by

creating interest in the doctor-patient-family relationship that is inevitably activated in the presence of illness.

#### REFERENCES

- Aponte, H.J., & VanDeusen, J.M. (1981). Structural family therapy. In A.S. Gurman & D.P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 310-360). Brunner/Mazel: New York, 1981.
- Bowen, M. (1976). Theory in the practice of psychotherapy. In P. Guerin (Ed.), *Family therapy: theory and practice* (pp. 42-90). New York: Gardner.
- Doherty, W.J., & Baird M.A. (1983). *Family therapy and family medicine*. Guilford Press: New York.
- Haley, J. (1967). Toward a theory of pathological systems. In G. Zuk & I. Boszormenyi-Nagy (Eds.), *Family therapy and disturbed families*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Hoffman, L. (1981). *Foundations of family therapy*. Basic Books: New York.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Talmon, M. (1990). *Single session therapy*. Jossey-Bass: San Francisco.

## The Nicholas & Dorothy Cummings Foundation, Inc.

Founded in 1994 as a non-profit educational and research institute solely dedicated to the excellence, innovation and importance of behavioral health services, especially as these pertain to organized systems of care in which behavioral health is integrated into primary care.

#### *Announces*

### **The Cummings Psyche Award**

*Annual recognition of the pioneers who have in some significant way furthered integrated, collaborative practice.*

### **The Cummings Collaborative Healthcare Medal**

*Recognition of the first practitioner(s) to achieve a fully integrated program of behavioral/primary care.*

For further information about submission requirements and awards, visit the Cummings Foundation web site at [www.thecummingsfoundation.com](http://www.thecummingsfoundation.com)

## **CHAPITRE 16 du livre**

**Delbrouck M., (2021), *Comment traiter le burn-out, stress chronique, psychotraumatisme*, Louvain-La-Neuve, De Boeck.**

[https://www.ifts.be/IMG/pdf/folder comment traiter le burn-out - delbrouck.pdf](https://www.ifts.be/IMG/pdf/folder_comment_traiter_le_burn-out_-_delbrouck.pdf)

### **Le médecin et la retraite**

**Par le Docteur François GOULET<sup>1</sup> et le Docteur Roger LADOUCEUR<sup>2</sup>**

*« Les cimetières sont pleins de gens irremplaçables, qui ont tous été remplacés. »*

Georges CLEMENCEAU

### **Introduction**

Les médecins exercent une profession exigeante. L'insatisfaction de leur vie professionnelle, des problèmes familiaux ou personnels ou des problèmes de santé ajoutés à une surcharge de travail peuvent mener le médecin à un burnout. Ce burnout peut être le déclencheur d'une cessation de leur pratique professionnelle. Il est donc important de mettre en place un bel équilibre de vie entre les aspects personnels et professionnels tout au cours de sa carrière et plus particulièrement en fin de celle-ci. Cet équilibre permettra aux médecins d'avoir la satisfaction du devoir accompli et de mieux planifier la prochaine étape de leur vie, la retraite.

### **Les médecins canadiens prennent leur retraite tardivement**

Même si, dans la société, on convient généralement que l'âge de la retraite se situe dans la soixantaine, habituellement à 65 ans, parfois entre 60 et 65 ans et, occasionnellement avant, les médecins ont à cet égard un comportement différent. En effet, diverses sources indiquent que les médecins ont tendance à reporter leur retraite au-delà de ces âges. Ainsi, un sondage réalisé par l'Association Médicale canadienne, en 2017, auprès de 6256 médecins canadiens révélait que l'âge médian de la retraite était de plus de 65 ans [1]. Les médecins âgés de plus de 60 ans prévoyaient prendre leur retraite à 69,2 ans.

Au Québec, en août 2020, des 21 911 médecins inscrits actifs au Tableau du Collège des médecins du Québec, 3074 avaient 65 ans et plus (14 %) dont 1397 avaient 70 ans et plus [2]. Selon les renseignements indiqués dans les avis de cotisation au Collège des médecins du Québec, les médecins prennent leur retraite tardivement, soit en moyenne à 68.1 ans pour les médecins généralistes et à 70.7 ans pour les médecins spécialistes [2]. Ces données diffèrent de celles de la population canadienne qui démontrent que l'âge moyen de la retraite est plus précoce dans la population générale, soit de 64,3 ans [3].

---

<sup>1</sup>. Dr F. Goulet, Médecin, Directeur adjoint, Direction de l'amélioration de l'exercice au Collège des Médecins du Québec, Maîtrise en pédagogie des sciences de la santé, Fellow du Collège des médecins de famille du Canada, Professeur agrégé de clinique, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Montréal.

<sup>2</sup>. Dr R. Ladouceur, Médecin de famille, Maîtrise en santé communautaire, Fellow du Collège des médecins de famille du Canada, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal, Professeur agrégé de clinique, Département de médecine familiale, Université de Montréal.

Non seulement les médecins prennent leur retraite tardivement mais ils travaillent beaucoup, et ce jusqu'à l'aube de cette dernière; ainsi, un sondage réalisé en 2008, par l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal, indiquait que durant l'année précédant leur retraite, 36% des médecins avaient travaillé plus de 40 heures par semaine[4]. À la lumière de ces données, on peut se demander si les médecins n'arrêtent de travailler que pour mourir! Bien que cette affirmation soit exagérée, les données compilées par le Collège des médecins sur l'âge de la retraite et l'âge du décès des médecins donnent à réfléchir.

	<b>Âge moyen de la retraite</b> (Avis de cotisation 2018)	<b>Âge moyen du décès</b> (Information reçue au CMQ 2018)
<b>Médecins de famille</b>	68,05	73,3
<b>Spécialistes</b>	70,68	77,6

*Tableau 01 - Comparaison de l'âge de la retraite et l'âge du décès des médecins québécois*

## **Premier constat**

Plusieurs médecins prennent leur retraite tardivement.

## **Certains médecins prennent leur retraite précocement**

Les conditions difficiles d'exercice en lien avec les changements organisationnels fréquents dont les différentes réformes du système de santé au cours des dernières années ainsi que l'évolution technologique incessante sont très insécurisantes pour le médecin âgé. Cette forte pression ajoutée à la difficulté de maintenir ses compétences à jour dans des domaines de plus en plus spécialisés génèrent un stress important chez le médecin particulièrement le médecin âgé exerçant un large champ d'exercice.

Si en plus de ce stress professionnel, le médecin âgé vit des situations personnelles difficiles comme un problème de santé chez lui ou sa famille, des problèmes financiers ou un divorce, il vivra une insatisfaction professionnelle grandissante menant au burn-out. Car plus il vivra de l'insatisfaction professionnelle, plus il mettra de l'énergie dans ses activités professionnelles afin de tenter de corriger la situation. Il s'engouffrera ainsi dans un cercle vicieux dont il sera difficile de sortir. À l'intérieur de ce cercle vicieux, le médecin vivra une fatigue physique et émotionnelle grandissante (burn-out) menant à des symptômes anxieux et même dépressifs pour finalement choisir de prendre une retraite hâtive [5]. Le fait d'être satisfait ou non de son exercice professionnel a donc une influence majeure sur la décision de se retirer ou non; ainsi, les médecins très insatisfaits ont beaucoup plus tendance à prendre leur retraite et à réduire leurs heures que les autres, les médecins insatisfaits ayant deux à trois fois plus de chance de laisser la pratique que les autres. Cette retraite précoce a un impact organisationnel et financier pour la société. Au Canada, en 2014, le coût du burn-out chez les médecins a été estimé à \$ 213.1 millions (\$ 185.2 millions secondaire à une retraite précoce et \$ 27.9 millions à une réduction des



heures cliniques). Les médecins de famille génèrent 58.8 % de ces coûts et les chirurgiens 24.6 % [6].

## **Deuxième constat**

Rien n'oblige les médecins à prendre leur retraite et les raisons évoquées par ceux qui la prennent précocement reflètent souvent de l'insatisfaction dans leur pratique ou de l'épuisement professionnel.

## **Facteurs impliqués dans la décision de prise de retraite des médecins**

Puisque les médecins ne sont pas tenus de prendre leur retraite (certains pays comme l'Allemagne ayant tenté sans succès de l'imposer), il est pertinent de se questionner sur les raisons amenant les médecins à prendre cette décision. Une revue systématique de la littérature effectuée en 2016 démontrait que parmi les facteurs influençant les médecins dans leur décision de prendre leur retraite tardivement, les études mentionnaient la poursuite d'une carrière agréable, le sens du devoir et leur responsabilité auprès d'une clientèle, le désir de demeurer actif physiquement et intellectuellement, la peur de perdre leur identité professionnelle, la peur d'avoir trop de temps et ne pas savoir comment le meubler ainsi que l'insécurité financière [7].

De plus, une étude finlandaise, réalisée en 2008, cherchait à comprendre pourquoi les médecins prenaient une retraite hâtive[8]. Les auteurs se sont demandé si certaines caractéristiques occupationnelles, organisationnelles ou reliées à la santé des médecins, pouvaient expliquer pareil phénomène. Cette enquête conduite auprès de 682 femmes et 701 hommes âgés de 45 à 65 ans a montré que certains facteurs étaient effectivement associés avec la retraite précoce : l'auto-perception d'un pauvre état de santé, de faibles habilités au travail, des congés de maladies, peu de contrôle sur le travail et des injustices organisationnelles. Les auteurs concluent que l'absence de contrôle sur son emploi et des injustices organisationnelles peuvent accentuer l'effet sur la perception d'une santé fragile et conduire à la prise de la retraite.

Une autre étude finlandaise s'est intéressée à la relation existante entre les facteurs occupationnels et la retraite[9]. L'échantillon était composé de 447 médecins (251 hommes et 196 femmes) travaillant en milieu hospitalier interrogés sur ce sujet. Les résultats montraient que les médecins qui ont peu de contrôle sur leur emploi, œuvrant au sein d'une équipe qui ne fonctionne pas bien ou sont sans supervision, pensaient davantage à la retraite que les autres. Les auteurs concluent qu'en plus des facteurs démographiques, financiers et reliés à la santé, l'attitude des médecins travaillant à l'hôpital, à l'égard de leur retraite, apparaît directement reliée à des facteurs organisationnels et manageriels qui peuvent être modifiés.

Une autre étude, australienne cette fois-ci, réalisée en 2014, évaluait les raisons menant les omnipraticiens à prendre leur retraite de façon hâtive [10]. Les médecins qui avaient un score moyen ou élevé sur l'échelle du *Maslach Burnout Inventory* (MBI) avaient quatre fois plus l'intention de prendre leur retraite prématurément comparativement à ceux qui avaient un score bas au MBI. L'article concluait à une forte association entre les intentions d'une retraite prématurée chez les médecins et les facteurs liés au burn-out.

En résumé, les incitatifs à poursuivre une carrière après l'âge habituel de la retraite sont : la possibilité d'obtenir une relève et davantage de support administratif, pouvoir exercer selon un horaire flexible, avoir la possibilité de réduire sa charge de travail ou restreindre son champ d'exercice, découvrir d'autres domaines d'intérêt et profiter des avis d'un conseiller financier.

En contrepartie, les obstacles à la poursuite de l'exercice figurent la bureaucratie, les problèmes de santé et l'insatisfaction au travail incluant le burn-out[11].

## **Raisons expliquant la difficulté des médecins à prendre leur retraite**

De multiples raisons expliquent la difficulté des médecins à prendre leur retraite.

### **1. L'attachement à ses patients**

Que nous soyons médecin généraliste ou spécialiste, au fil des ans, la relation patient-médecin évolue d'une relation professionnelle ponctuelle à un attachement important. En plus d'être un guérisseur et une aide à la promotion et au maintien de la santé pour ses patients, le médecin reçoit leurs confidences, leur confiance, leur attachement et leur reconnaissance. Des liens étroits peuvent donc se créer entre le médecin et ses patients.

La retraite représente la coupure de cet attachement présent tout au long de la vie professionnelle du médecin. Même le médecin spécialiste dont les contacts avec les patients sont plus ponctuels reçoit la reconnaissance des patients qui le consultent. La retraite met fin à ces liens privilégiés et à la gratification des patients. À la question : « si vous étiez libres de toutes contraintes, quelles sont les raisons qui font que vous poursuivriez votre pratique? les omnipraticiens montréalais âgés de plus de 55 ans ont répondu à 54 %, pour ne pas abandonner mes patients »[4].

### **2. Le statut professionnel et l'estime de soi**

Le médecin jouit d'un statut social de grande envergure et ce, depuis les débuts même de cette profession. La connotation négative de la retraite émane de la construction sociale d'un médecin comme étant une personne entièrement consacrée à la médecine [11]. Cette identité professionnelle s'est construite bien avant la retraite. Le long et difficile processus des études collégiales, de la formation médicale initiale et postdoctorale, les exigences structurelles du système de santé et les nombreuses heures d'exercice alimentent la culture dans laquelle le médecin apprend à faire passer le travail avant tout. La popularité et le prestige qui lui sont associés se maintiennent encore aujourd'hui dans tous les pays. Loin d'être considéré comme un professionnel parmi d'autres, il est le « médecin du village ou du comté », « le spécialiste de la santé ». Ce statut lui confère des avantages et bénéfices indéniables qui influent certainement sur l'estime de soi. Le médecin qui prend sa retraite redevient monsieur ou madame tout le monde et perd ce statut si important aux yeux de plusieurs. Il devra apprendre à maintenir son estime de soi en s'appuyant sur d'autres valeurs.

### **3. Le manque de relève**

Le médecin a souvent l'impression qu'il est irremplaçable. Ainsi, devant la pénurie actuelle d'effectifs médicaux au sein de nombreux pays, il reçoit fréquemment des messages de ses collègues et de ses patients l'enjoignant de ne pas cesser, de poursuivre ses activités professionnelles. En 2018, l'étude canadienne démontrait que pour le médecin, l'impact de son départ à la retraite sur sa communauté professionnelle était un élément important dans sa décision [12]. La décision de prendre sa retraite peut être très difficile pour le

médecin exerçant dans une région ou un domaine en pénurie d'effectifs et sans la possibilité d'une relève à court terme. Le médecin a ainsi le sentiment d'abandonner ses patients [11].

#### 4. L'insécurité financière

En France, pour les médecins libéraux, l'âge de départ à la retraite a été fixé à 62 ans mais plusieurs poursuivent leur exercice au-delà de cet âge puisqu'ils perçoivent un montant moyen de 32 000 euros par an [13]. Au Canada, en 2018, 52 % des médecins de plus de 60 ans avaient accumulé des actifs financiers de plus de 2 millions de dollars canadiens pour leur retraite [12].

Le médecin ayant toujours travaillé beaucoup, ses revenus ont toujours été assurés et continus. Sans être très riche, le médecin bénéficie d'entrées d'argent suffisantes pour répondre amplement à ses besoins et à ceux de sa famille. D'ailleurs, la plupart des planificateurs financiers ayant des clients médecins assurent que l'insécurité financière du médecin est beaucoup plus psychologique que réelle puisque la majorité des médecins ont pu se constituer des fonds qui leur permettront de vivre leur retraite en toute sécurité financière.

Évidemment, lorsqu'ils sont employés par l'état, les médecins sont assurés de recevoir une rente d'un fond de retraite auquel ils ont contribué tout au long de leur vie professionnelle.

*Le dicton « Le coffre-fort ne suit pas le corbillard » illustre bien l'importance de ne pas trop tarder à profiter de ses rentes.*

#### 5. Les contacts auprès des collègues

Que ce soit en établissement, en clinique et même en pratique solo, le médecin maintient des liens avec beaucoup d'autres professionnels de la santé et collègues. Ainsi, les nombreuses rencontres de formation continue, les réunions d'associations médicales et autres sont autant d'occasions d'entrer en contact avec ses pairs. Le réseau social des médecins est d'ailleurs en grande partie composé de collègues. La retraite entraîne une coupure dans la fréquence et la nature de ces contacts.

#### 6. Meubler son temps

Les données statistiques du Collège des médecins du Québec montrent que les médecins généralistes travaillent en moyenne 48 heures par semaine et les médecins spécialistes 55 heures par semaine[2]. Le médecin retraité devra composer avec l'arrêt d'une vie qui pendant plusieurs années était remplie et extrêmement organisée. Pour plusieurs, le travail constitue un endroit où se rendre tous les jours; ainsi, si le médecin n'a plus de destination, il risque de ressentir cette absence comme une perte importante. En effet, le médecin plus âgé a toujours travaillé de longues heures et souvent cinq, six ou même sept jours par semaine. Tout le temps consacré à l'exercice de sa profession a fait en sorte qu'il a de la difficulté à développer d'autres sphères d'intérêts. Le médecin retraité a souvent l'impression que sans travailler, les journées seront longues et que l'ennui s'installera dans sa vie.

#### 7. Renouvellement des intérêts

À la retraite, le médecin devra meubler son temps avec des intérêts renouvelés. N'ayant pas toujours eu le loisir de cultiver d'autres passions et hobbies et avec les limites associées à l'âge assez avancé de la prise de retraite, il peut s'avérer difficile pour le médecin

d'explorer et de trouver de nouvelles activités pour occuper ses journées de façon satisfaisante et éviter que l'ennui apparaisse.

#### 8. Le maintien de la santé

Il est certain que le médecin qui prend sa retraite à l'âge de 70 ans a plus de risque de voir sa santé se détériorer à court terme. Actif et absorbé par ses activités professionnelles, le médecin ne voit pas le temps passer et a la certitude que la santé sera toujours au rendez-vous. Mais une fois à la retraite, plusieurs médecins s'inquiètent de leur état de santé et déplorent de ne pouvoir en profiter pleinement. Il est donc primordial de consulter un médecin afin de faire un bilan de santé avant d'entreprendre cette étape de vie et de profiter pleinement de sa retraite.

#### 9. Diagnostiquer et traiter les affections

À cette époque de la vie, comme avec les autres caps importants de la vie personnelle et professionnelle, il restera important de consulter afin de diagnostiquer et traiter des conditions médicales courantes. Ainsi, en fin de carrière professionnelle, avant de prendre sa retraite et avant d'incriminer un état dépressif, le médecin doit consulter afin d'exclure des affections liées à l'âge et qui pourraient être soignées pour profiter sereinement de ce temps bien mérité. À nouveau, un diagnostic différentiel sera posé entre diverses affections, comme une hypothyroïdie, des prodromes d'états démentiels, une dépression post-ménopausique ou andropausique, une dépression réactionnelle à la perte d'un conjoint, d'un proche, ou de la réduction de ses activités professionnelles, la décompensation d'une personnalité narcissique, ou une affection neurologique (maladie de Parkinson, autre affection neurologique).

Finalement, le médecin atteint de diabète, d'hypertension ou de toute autre maladie chronique devra suivre adéquatement son traitement afin de profiter sereinement de ce temps bien mérité qu'est la retraite.

#### 10. Le conjoint ou la conjointe

Le médecin qui réfléchit à sa vie à la retraite peut éprouver de l'inquiétude à l'idée de se retrouver à passer plus de temps avec son conjoint ou sa conjointe. Il devra réapprivoiser la vie à deux. Il en est de même pour le conjoint ou la conjointe qui après s'être construit une vie professionnelle ou familiale sous le signe de l'autonomie et de l'indépendance, doit désormais composer avec un conjoint à la maison. Ils devront ensemble rechercher des intérêts pouvant être compatibles avec leur nouvelle vie mais aussi réapprendre à se connaître.

### **Troisième constat**

La retraite peut être vécue par le médecin comme un deuil du statut professionnel, de la gratification de ses patients, de ses contacts avec son milieu professionnel et ses collègues et du décaissement financier.

### **Perception des médecins retraités**

Paradoxalement, alors même que les médecins ont tendance à prendre leur retraite tardivement, plusieurs rapports indiquent qu'ils sont heureux une fois qu'ils y sont. Selon une enquête réalisée aux États-Unis en 2003, auprès de 1834 médecins retraités et leurs conjoint(e)s afin de connaître leurs points de vue face à la retraite, la plupart se sont dit heureux, le niveau de satisfaction face à la vie étant de 88% pour les médecins retraités et

leur conjoint(e)s[14]. Une autre étude américaine publiée en 2001 révélait que la plupart se disaient heureux à la retraite; de plus, l'état de santé des médecins pouvait s'améliorer à la retraite, la plupart des relations entre conjoints s'étaient améliorées au lieu de se détériorer et le tiers des médecins affirmaient que les années de retraite étaient les meilleures de leur vie[15]. À noter toutefois qu'une proportion non négligeable (27%) des médecins retraités montrait toutefois des signes de dépression (les facteurs associés étant un mauvais état de santé, une baisse des compétences cognitives, un mauvais état de santé du conjoint et une relation malheureuse).

Même son de cloche au Québec où 92 % des médecins omnipraticiens montréalais ont indiqué être heureux une fois à la retraite et désiraient y rester, alors que seulement 9 % disaient regretter de ne pas être restés plus longtemps en exercice [4]. À la question « Maintenant que vous êtes à la retraite, quels sont vos sentiments et vos impressions? », 61 % ont la fierté du devoir accompli et la satisfaction d'avoir eu une brillante carrière [12].

De façon générale, de nombreux bénéfices auxquels le médecin retraité n'a peut-être pas pensé se profilent tels que le fait de pouvoir prendre le temps de vivre, reprendre contact avec ses proches et avec lui-même, explorer de nouvelles passions ou s'adonner à des activités qu'il avait dû mettre de côté au cours des ans. La retraite n'est donc pas la fin d'une époque mais le début d'une période riche d'idées et de projets à réaliser.

## **Quatrième constat**

Les médecins sont généralement heureux à la retraite et sont satisfaits de leur décision.

### **Prédicteurs de satisfaction à la retraite**

Selon Austrom [14], certains facteurs sont associés à une plus grande satisfaction pour le médecin retraité : jouir d'une bonne santé, être optimiste, avoir une sécurité financière et participer à des activités et hobbies. Le sondage recueillait aussi le point de vue des époux(ses) qui révélaient que les éléments suivants contribuaient à la satisfaction : jouir d'une bonne santé, avoir un conjoint qui participe aux tâches ménagères, conserver une qualité dans la relation incluant la vie sexuelle et sortir (théâtre et sports). À noter, que les époux(ses) n'ayant jamais travaillé ont rapporté un degré de satisfaction plus élevé que ceux (celles) ayant précédemment travaillé. De plus, chez les médecins ayant pris leur retraite plus jeunes, les raisons qui ont justifié la retraite et la façon dont celle-ci s'est faite ont une influence déterminante sur le degré de satisfaction. Pour le conjoint, le plus difficile est de s'adapter au changement de rôle.

Une étude qualitative, réalisée auprès de médecins australiens, américains et canadiens ayant 60 ans et plus et étant perçus par leurs pairs comme « vieillissant bien », a cherché à déterminer les éléments d'adaptabilité à l'âge et à la retraite [16]. Les facteurs suivants ont été identifiés comme étant favorables: (i) la capacité d'avoir un regard critique sur les méfaits de l'âge et son effet sur la pratique; (ii) la reconnaissance du besoin de moduler ses heures et ses champs de pratique; (iii) l'importance d'élaborer un plan de retraite à long terme; (iv) la nécessité d'une phase de transition permettant de prendre sa retraite; et (v) l'importance de cultiver, tôt en carrière, un ensemble d'objectifs médicaux et non médicaux et de relations significatives. Ces éléments peuvent aider le médecin à s'engager dans des activités occupationnelles, familiales, sociales et un planning financier.

Clark [17] dans *Age and Ageing* énumère **4 règles d'or** à l'intention des médecins qui songent à éventuellement à prendre leur retraite.

D'ici là,

1. Il est important de pratiquer dans des champs d'exercice où vous connaissez bien des spécialistes que vous pouvez appeler ou à qui demander conseil si nécessaire, tout en étant conscient de leurs forces et faiblesses respectives.
2. Restez en forme en faisant régulièrement de l'exercice, en surveillant vos calories et en consommant de l'alcool avec modération, en surveillant votre poids et en évitant de fumer.
3. Ayez une bonne police d'assurance.
4. Finalement, ayez un(e) conjoint(e) qui saura vous aider et vous soutenir si les choses viennent à aller mal.

Même si ces conseils peuvent sembler simplistes voire éveiller la satire, ils méritent certainement d'être considérés.

### **Cinquième constat**

Certains facteurs comme de jouir d'une bonne santé, d'être de nature optimiste, de bénéficier d'une sécurité financière et de participer à des activités et des hobbies sont associés à un sentiment de satisfaction face à la retraite et peuvent contribuer à la rendre heureuse.

### **Êtes-vous prêt à prendre votre retraite ?**

Il importe de déterminer si vous êtes prêt ou non pour votre retraite. Chose certaine, il est important d'élaborer un plan de retraite à long terme.

Un questionnaire susceptible de vous y aider est repris à **l'annexe 22 (p. 420)** : « Êtes-vous prêts à prendre votre retraite ? »

Une liste détaillée de dix conseils pour planifier sa retraite se trouve dans **l'annexe 23 (p. 422)**.

### **Références**

1. CMA Centre for Physician Health and Well-being - Healthy physicians, V.p., (2017), *Les Aspects non financiers de la retraite des médecins - Sommaire de l'analyse documentaire et contextuelle*, A.M. Canadienne, Editor.
2. Collège des médecins du Québec. Tableau des médecins inscrits. [www.cmq.org/statistiques/age-et-sexe.aspx](http://www.cmq.org/statistiques/age-et-sexe.aspx) (visité le 10 août 2020)
3. Statistique Canada. Tableau 14-10-0060-01 âge de la retraite selon la catégorie de travailleur, données annuelles. [HTTPTS://doi.org/10.25318/1410006001.fra](https://doi.org/10.25318/1410006001.fra) (visité le 20 août 2020).
4. Comité-des-médecins-en-fin-de-carrière, (2009), *Rapport final du comité des médecins en fin de carrière, 2008-2009*. 2009, Association des médecins omnipraticiens de Montréal.
5. Martin S, More hours, more tired, more to do: results from the CMA's 2002 Physician Resource Questionnaire. *Can Med Assoc J.* 2002,167(5):521-522.

6. Dewa CS, Jacobs P, Than NX, Loong D., (2014), *An estimate of the cost of burnout on early retirement and reduction on clinical hours of practicing physicians in Canada*, BMC Health Services Research 2014.14:254 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/254>
7. Silver MP, Hamilton AD, Biswas A, Warrick NI., (2016), *A systematic review of physician retirement planning*, Human Resources for Health 2016;14:67
8. Heponiemi, T., et al., *Health, psychosocial factors and retirement intentions among Finnish physicians*. Occupational Medicine, 2008. **58**(6): p. 406-12.
9. Sutinen, R., et al., (2005), *Associations between stress at work and attitudes towards retirement in hospital physicians*. Work & Stress, 2005. **19**(2): p. 177-185.
10. Pit SW, Hansen V., (2014), *Factors influencing early retirement intentions in Australian rural general practitioners*, Occupational Medicine 2014;64:297-304.
11. Silver MP., (2016), *Réflexion critique sur la retraite des médecins*. Can Fam Physician :62:792-4.
12. MD. Gestion financière MD. Enquête de MD sur la préparation à la retraite des médecins. Capsule.mdm.ca/blogue-de-md/la-preparation-de-la-retraite-chez-les-medecins-canadiens-cinq-grands-constats-2. (visité le 20 août 2020).
13. La Tribune. Tout savoir sur la retraite des médecins. <https://www.latribune.fr.supplement/html>. publié le 17/09/2019 (visité le 10 août 2020).
14. Austrom, M.G., et al., *Predictors of life satisfaction in retired physicians and spouses*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2003. **38**(3): p. 134-141.
15. Lees, E., et al. *Emotional impact of retirement on physicians*. Texas Medicine, 2001. **97**, 66-71.
16. Peisah, C., M. Gautam, and M.Z. Goldstein, *Medical masters: A pilot study of adaptive ageing in physicians*. Australasian Journal on Ageing, 2009. **28**(3): p. 134-138.
17. Clark, A.N.G., *Advice for senior doctors, consultants and GPs on retirement*. Age & Ageing, 2006. **35**(6): p. 648.
18. Grant, D., *How to hang up that white coat [Advice on pre-retirement preparation]*. Medical Post, 2000. **36**(21): p. 40.





a) Activités sportives et/ou de mise en forme	1	2	3	4
b) Activités culturelles	1	2	3	4
c) Activités familiales et/ou sociales	1	2	3	4
d) Passe-temps favori(s)	1	2	3	4
e) Voyages	1	2	3	4

### Interprétation

Si vous avez répondu c) aux questions 1 à 3 et choisi 1 ou 2 pour la majorité des questions 4 et 5, vous arriverez à votre retraite sans préparation. Ce sera un choc pour vous.

## ANNEXE 23

# Dix conseils pour ceux qui pensent prendre leur retraite

Dr François Goulet & Dr Roger Ladouceur

Dix conseils à l'intention des médecins qui pensent prendre leur retraite

CONSEILS	COMMENTAIRES
1. <b>Planifiez tôt votre retraite</b> [17]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il faut du temps pour s'adapter aux changements physiques et psychologiques qu'entraîne le vieillissement.</li> <li>• Les médecins planifient avec diligence chaque étape de leur carrière en médecine. La retraite constitue simplement la dernière de ces étapes; voilà pourquoi il faut la préparer avec la même attention.</li> </ul>
2. <b>Célébrez cette étape de vie</b> [7]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 92% des médecins disent être heureux à la retraite.</li> <li>• Les rêves que vous avez eus jeunes ont influencé le cours de votre vie; songez que les rêves que vous avez maintenant influenceront votre vie à la retraite.</li> <li>• Trouvez une ou plusieurs activités significatives; si vous trouvez une ou des activités qui vous donnent hâte de vous lever le matin, votre retraite sera heureuse.</li> <li>• Ne considérez pas la retraite comme le bout de la route.</li> </ul>
3. <b>Préparez-vous psychologiquement</b> [7, 11,16, 18]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apprivoisez votre nouvelle identité.</li> </ul>
4. <b>Consultez votre conseiller financier</b> [12]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Changez l'encaissement par le décaissement afin de vaincre votre insécurité financière.</li> </ul>
5. <b>Éloignez-vous graduellement de vos patients</b> [7,11]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préparez vos patients à votre départ.</li> <li>• Proposez un délai pour le suivi et les ordonnances.</li> <li>• Référez-les à un nouveau médecin.</li> <li>• Apprivoisez le deuil de la gratification offerte par vos patients.</li> <li>• Reconnaissez l'impact de votre départ sur votre clientèle.</li> </ul>
6. <b>Procédez à une transition graduelle</b> [7,11]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faites part de vos intentions à vos collègues.</li> <li>• Ralentissez sur une période déterminée (entre 1 et 3 ans).</li> <li>• Établissez une entente de partage avec des</li> </ul>

	<p>médecins plus jeunes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Négociez les modalités de votre départ avec vos collègues.</li> <li>• Apprivoisez le deuil de la collégialité entre collègues.</li> </ul>
<p>7. <b>Prenez soin de votre santé</b> [7,11]</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultez un médecin afin de faire un bilan de santé.</li> <li>• Traitez adéquatement les affections courantes et vos maladies chroniques.</li> </ul>
<p>8. <b>Réduisez vos champs d'activités médicales</b> [7,18]</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduisez votre pratique et concentrez-vous sur des créneaux ou des activités ciblées.</li> </ul>
<p>9. <b>Pensez à un plan d'urgence</b> [7,11,17, 18]</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si vous craignez que la retraite ne fonctionne pas pour vous : <ul style="list-style-type: none"> <li>- conservez votre permis d'exercice valide;</li> <li>- prévoyez un plan de repli pour revenir à l'exercice;</li> <li>- assurez-vous de maintenir vos compétences professionnelles.</li> </ul> </li> <li>• Plus de 50% des retraités de moins de 65 ans désirent revenir à l'exercice après moins de 24 mois de retraite.</li> <li>• Adhérez à un regroupement de médecins retraités.</li> </ul>
<p>10. <b>Et si vous désirez continuer, pourquoi pas!</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préconisez les mesures qui favoriseront la poursuite de la pratique.</li> </ul>



# Le numérique, quels enjeux transférentiels et contre-transférentiels en visio-psychothérapie ?

Michel Delbrouck<sup>1</sup>

## Mots clefs :

Psychothérapie, visio-psychothérapie, visio-consultation, cyberespace, cyber-psychologie, cyber-psychothérapie, , intersubjectivité à distance.

## Introduction

Cet article est le fruit d'un vécu et d'une réflexion après 13 mois de visio-consultation de psychothérapie et de supervision à distance de psychothérapeutes.

La pandémie due à la Covid 19 nous a contraints depuis plus d'un an à utiliser majoritairement les connexions internet, que ce soit pour des visio-consultations, des visio-supervisions, des groupes thérapeutiques, de parole ou des groupes Balint. Ce recours à la cyber-psychologie nous pose des questions quant au fonctionnement psychique de l'être humain.

Comment le patient et le thérapeute peuvent-ils s'engager dans une démarche psychothérapeutique sans jamais partager le même espace physique, sans se toucher, se voir globalement, etc. ?

Comment les notions de conscience, de télé-conscience, de corporéité, de dimension émotionnelle consciente et inconsciente se jouent-elles ou ne se rejouent pas, ou trop peu, ou peut-être même sont-elles exacerbées, en termes de reconnaissance, de réciprocité, de relation d'attachement, de transfert et de contre-transfert ?

En tous cas, notre expérience clinique nous permet de constater que le numérique n'empêche pas l'altérité, ni la dimension subjective de l'échange, ni la réalité psychique consciente et inconsciente. Cependant, et toutes les études le montrent, ce mode d'intersubjectivité à distance entraîne une fatigue mentale accrue et oblige à de nouveaux codes de fonctionnement interrelationnels.

L'introduction de l'informatique au sein du dialogue singulier entre le patient et son thérapeute a déjà suscité dans le passé un certain nombre de réflexions et d'écrits. Mais l'avancée plus récente des technologies informatiques et l'arrivée de la pandémie ont introduit et répandu les nouvelles terminologies de « présentiel » et de « distantiel » dans le discours médical et psychothérapeutique.

Ce nouveau paradigme ou nouveau mode de pensée instauré au sein de notre vie de soignant et de patient nous amène à en développer certains aspects.

---

<sup>1</sup> DELBROUCK Michel, médecin, psychanalyste, gestalt-thérapeute, formateur et superviseur. [www.ifts.be](http://www.ifts.be)



## 1. La question de la distance psychologique et physique

La distance psychologique<sup>2</sup> représente un aspect fondamental des rapports humains et nous aide à comprendre un large éventail de phénomènes psychologiques apparemment sans rapport qui se jouent et se rejouent en présentiel et en distantiel.

**Sur le plan psychique et psychogénétique**, la notion d'enveloppe psychique<sup>3</sup> protectrice reste essentielle chez nos patients. Nous aurons à en tenir compte au niveau des aspects de manque et d'incomplétude, de porosité, de perte et de vécu de séparation parfois abyssale.

**Sur le plan de la proxémie<sup>4</sup>**, les notions de sécurité intérieure et extérieure vont également être resollicitées.

**Sur le plan des distances géographiques**, les espaces d'évolution de l'homme se sont modifiés au fil des temps et de la transformation de la race humaine. Du village, nous sommes passés aux régions, aux pays, aux contrées reculées, aux continents lointains, aux profondeurs des mers et à l'espace interplanétaire. Ces notions de distance ont évolué parallèlement dans le cerveau humain. Elles vont nous aider à surmonter la difficulté à

---

<sup>2</sup> TROPE Y., LIBERMAN N., (2010), *Construal-level Theory of Psychological distance*, Psychol, Rev. 2020, 117 (2) ; 440-463.

<sup>3</sup> ANZIEU D., (1995), *Le moi peau*, Paris, Dunod. (Les dix fonctions du Moi peau)  
CICCONE A., L'HOPITAL M., (2019), *Naissance de la vie psychique*, Paris, Dunod.

<sup>4</sup> Proxémie : science qui étudie l'utilisation et l'organisation signifiante de l'espace dans les relations entre les êtres animés.  
DELBROUCK M., (2019), *Psychopathologie à l'usage du médecin et du psychothérapeute*, Bruxelles, De Boeck, 3<sup>e</sup> édition.

concevoir la présence de l'autre à distance physique et psychique plus éloignée mais également plus virtuelle sans être nécessairement moins qualitative.

- Ces différentes distances sont cognitivement liées les unes aux autres, de sorte que penser un événement comme distant dans une dimension conduit à le penser comme distant dans d'autres dimensions.
- Ces modifications de distance influencent et sont influencées par le niveau d'interprétation mentale de nos patients selon leur type de personnalité, leurs éventuels troubles de la personnalité et leur type d'expérience personnelle de contact.
- Les capacités d'adaptabilité et de créativité par rapport aux diverses distances ne seront pas les mêmes chez tous nos patients et nous aurons à en tenir compte de manière prédictive. Cela permettra d'imaginer les réactions transférentielles et contre-transférentielles négatives tant chez le thérapeute que chez le patient.

La croissance humaine tant collective que personnelle est associée à la traversée de distances de plus en plus grandes. « Le développement<sup>5</sup> humain<sup>6</sup> dans les premières années de la vie implique d'acquérir la capacité de planifier un avenir plus lointain, de considérer des possibilités qui ne sont pas présentes, de se rapporter et d'adopter le point de vue de personnes plus éloignées ».

## 2. La question de l'intersubjectivité à distance

### 2.1 Définition

Pour rappel, l'intersubjectivité<sup>7</sup> serait la capacité de percevoir le monde interne et le monde externe ET chez soi et chez l'autre. Elle naît de l'apprentissage progressif de la découverte et de la gestion de l'empathie sous ses différents stades et aspects. Cette capacité d'interagir entre soi et l'autre s'acquiert progressivement au cours d'un processus de complexification. Cependant, elle peut être gênée dans son évolution par des facteurs génétiques, neurologiques, psychologiques ou encore environnementaux. Ce qui va être le cas dans la situation de visio-consultation que certains patients vont refuser nettement, ou n'y adhérer qu'en partie ou superficiellement.

### 2.2 Le lien intersubjectif

Ce lien d'intersubjectivité peut du coup être perturbé, modifié dans sa forme et son contenu, et se teinter par de l'abandon, du manque de solidarité, des ruptures d'attachement, des résurgences de problématiques archaïques (angoisses d'anéantissement, de désintégration, de syndromes de glissement chez les personnes âgées). Cette absence sporadique d'adhésivité<sup>8</sup> (en présentiel, rendue possible, ne fut-ce

---

<sup>5</sup> SUDDENDORF T., CORBALLIS M., (1997) *Mental time travel and the evolution of the human mind*, *Genetic Social and General Psychology Monographs* 123(2):133–67. Available at: <http://cogprints.or/25/Google Scholar>.

<sup>6</sup> SUDDENDORF T., CORBALLIS M., (2007), *De l'égoïsme à la reconnaissance des autres, de l'environnement social immédiat à groupes sociaux plus larges*.

<sup>7</sup> DELBROUCK M., (2020), *L'intersubjectivité ou empathie réciproque et mutuelle au service de la relation thérapeutique*, in *Revue Balint Belge*, n° 122., nov. 2020.

<sup>8</sup> Adhésivité : La position adhésive correspond pour les psychanalystes de la relation d'objet (post-kleinien) au stade du nourrisson de zéro à 2-3 mois, collé à la peau de la mère. Cette position peut se retrouver dans la relation transférentielle et le déficit accentué par la distance intersubjective à distance.

qu'au début et à la fin de l'entretien par la poignée de main) fait resurgir ces manques à des stades très précoces et s'il y a des insuffisances actuelles de contacts corporels, faire plonger ces personnes dans un intolérable désarroi.

La modification du lien intersubjectif du fait de la distance virtuelle nécessite la création d'une **nouvelle intersubjectivité à distance**, un nouveau type d'intervention et une utilisation de nouvelles formes de réactions transférentielles et contre-transférentielles propres à ces situations virtuelles. En effet, l'impact de cet espace intersubjectif virtuel n'est pas le même chez tous les patients. Ces nouvelles variantes de transfert et de contre-transfert peuvent les y aider ou les freiner dans leur développement. Il appartient au thérapeute de bien connaître son patient, de mesurer les enjeux (attachement, abandon, sécurité, contact, niveau d'intégration de l'adhésivité) et d'adapter sa posture, en ce compris de manière virtuelle.

Les patients donnent parfois l'impression de très bien s'adapter à ces restrictions, à ce nouveau mode d'interaction, de distanciation sociale. Ils se réjouissent parfois même des bienfaits de leur confinement qui les protège de leurs évitements ou phobie sociale, de leur anxiété à être plongés dans la vie trépidante. Mais, ils s'en trouvent profondément déprimés parfois à leur insu. Leurs angoisses sont fortement intériorisées et ils accentuent de ce fait leurs difficultés de socialisation.

Les principes thérapeutiques de Winnicott *caring*<sup>9</sup>, *holding*, *handling* auront à se revivre en virtuel comme en distanciel de façon appropriée dans le meilleur des cas. Le cerveau humain n'a effectivement pas arrêté de s'adapter depuis les ères glaciaires et il continuera progressivement sa tâche au travers de tous ces changements. A nous de faire en sorte de ne pas abandonner nos façons traditionnellement humaines d'interagir.

### 3. La question de l'abandon de l'unité de lieu en visio-consultation

#### 3.1 Abandon de l'unité de lieu entre le patient et le thérapeute

L'entretien thérapeutique en visio-consultation amène des avantages chez certains patients et des désavantages chez d'autres.

##### A. Avantages de l'abandon de l'unité de lieu

Paradoxalement ou bien de manière très compréhensible, certains patients se sentent en très grande sécurité chez eux dans leur bulle familiale. Ils se sentent réconfortés et réfugiés dans cet isolement forcé. Le thérapeute note ainsi une réduction des angoisses et des symptômes de phobie sociale. Le gestalt-thérapeute dira que l'ajustement conservateur est augmenté mais sans doute au détriment de l'ajustement créateur, au profit d'un aller vers le monde.

De manière plus positive, un travail en profondeur est rendu possible de fait qu'un dévoilement de soi peut être favorisé en sécurité du fait de l'absence physique du thérapeute, notamment en cas de harcèlement, d'abus, de viols, etc.

Enfin, du point de vue pragmatique, le patient évite les déplacements et peut mieux gérer son temps.

---

<sup>9</sup> *Caring* : soin ; *holding* : contenance ; *handling* : soutenance.



## B. Désavantage de l'abandon de l'unité de lieu

Chez d'autres patients, la délocalisation du lieu d'entretien vient bouleverser le déroulement habituel du rendez-vous.

Les entretiens par visio-consultation subissent parfois des perturbations engendrées par des facteurs externes à la dyade patient-thérapeute, comme l'irruption au sein de l'entretien du conjoint, des enfants ou des animaux. Des bruits liés à l'environnement, la proximité des membres de la famille ou le manque d'isolation acoustique entament le climat d'intimité et de discrétion et risquent de dérégler le dialogue singulier. L'ajustement créateur, l'inventivité, le caractère expérientiel de la thérapie qui se jouent dans cette dyade n'existent plus ou, du moins, risquent d'être diminués

La réduction de la sensorialité due à l'éloignement et à la technicité par amputation d'une partie des données visuelles, auditives et certainement kinesthésiques, accentue cette sensation d'éloignement et même d'abandon. Par absence de corporéité, de suffisante adhésivité même minimale, certains patients peuvent régresser dans l'avancée du développement de leur processus thérapeutique.

Ces perturbations de la distance thérapeutique au niveau de la proxémie, de la gestion de sa bulle, ces pertes de rituels, cette accumulation des activités en distanciel peuvent engendrer lassitude, démotivation, désintérêt et même refus de nouvelles adaptations. Des régressions et un effondrement pourraient apparaître. Le thérapeute devra être conscient de toutes ces possibilités d'aggravation.

Enfin, ces modes d'interactions virtuelles entraînent parfois un dévoilement non souhaité de l'intimité du patient (dévoilement de son environnement, de sa famille, de son désordre, de sa culture, etc.)

## 3.2 Le concept de l'asymétrie

Cette asymétrie existe pour les deux protagonistes du soin, à la différence de la consultation classique dans une même unité de lieu, chez le psychothérapeute. Ce dernier se retrouve dans une asymétrie comme son patient. Le fait qu'il doive s'ajuster à son nouveau cadre de travail comme son patient, peut profondément modifier le type de lien intersubjectif à distance.

## 4. L'impact de la distanciation sur l'équilibre psychique du patient

L'entretien vécu en distanciel peut potentiellement modifier l'équilibre psychique de certains patients<sup>10</sup> en termes de délaissement, de transformation de la distance thérapeutique et de développement de mécanismes de défense. Elle peut même parfois révéler **le caractère psychopathologique** de certains de leurs mécanismes de défense.

---

<sup>10</sup> TROPE Y., LIBERMAN N., (2010), *Construal-level Theory of Psychological distance*, Psychol, Rev. 2020, 117 (2) ; 440-463.

## 4.1 Augmentation des mécanismes de contrôle

Pour Lise Demailly<sup>11</sup>, « l'absence du corps du psychothérapeute accentue les possibilités de projection. D'où ce fait, observé par plusieurs pys ainsi que par des modérateurs de liste<sup>12</sup>, que, dans les relations virtuelles, les transferts "flambent". Les affects d'amour et de haine y sont rapides et puissants, les susceptibilités exacerbées ».

Nous pouvons observer également une recrudescence des rituels et des manifestations d'obsessionnalité, de TOC évoquant une stimulation des systèmes de défense et de contrôle de ces situations anxiogènes.

En fait, ces patients dévoilent une forte insécurité existentielle et développent d'importantes pensées prospectives<sup>13</sup>, anticipatives, des rituels de sécurisation avec des manifestations anxieuses importantes comme des insomnies, d'intenses crises d'anxiété anticipative, des addictions ou de la somatisation.

## 4.2 Sensations de menace potentielle

Regarder l'autre lui donne existence et légitimité.

L'utilisation de la caméra renvoie le patient à la question de la place du regard dans son histoire personnelle et à ce qu'elle a pu et peut aujourd'hui entraîner sur le plan psychique,



notamment dans un registre projectif et persécutif, tout particulièrement dans le cadre d'un entretien clinique. Les défauts de netteté ou de luminosité de l'image, le visage placé de côté ou dans l'ombre, mal éclairé, les interruptions de connexion, la faiblesse des bandes passantes peuvent solliciter de manière inconsciente des réactions paranoïdes<sup>14</sup> ou de retrait.

Devant ces incompréhensions, ces défauts d'audibilité, cette altération de la visibilité de l'interlocuteur, ces distorsions des sensations corporelles, ce manque de corporéité, le

---

<sup>11</sup> DEMAILLY Lise, (2007), *Que fait l'Internet aux psychanalystes ?* Le Carnet PSY, 2007/7 (n° 120), p. 30-34. DOI : 10.3917/lcp.120.0030. URL : <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2007-7-page-30.htm>

<sup>12</sup> La modération d'une liste peut être étendue à plusieurs personnes. Au moins un abonné : destinataire de tous les messages adressés à cette liste. Selon les droits d'accès de la liste, il pourra émettre un message vers cette liste ou pas. Selon la définition de la liste, l'émission d'un message sera modérée ou pas. En cas d'abus d'un utilisateur, celui-ci risque une exclusion temporaire ou permanente. Par ailleurs, les modérateurs n'ont pas accès aux messages privés, ce qui signifie qu'il faut les alerter en cas d'abus d'un utilisateur.

<sup>13</sup> Prospectives : qui sont toujours tournées vers l'avenir, le futur et sa connaissance.

<sup>14</sup> Le patient peut être réactivé dans une zone paranoïde-schizoïde décrite par les psychanalystes de la relation d'objet, où l'enfant entre 3 mois et douze mois craint potentiellement son environnement qu'il perçoit de manière fragmentaire sous forme d'objets partiels et qui peuvent être repérés, contenus et métabolisés par les figures d'attachement que sont les *caregivers*. Cf. DELBROUCK M, (2019), *Psychopathologie*, Chap. 4, opus cité.

risque de rupture de l'alliance thérapeutique et même de réactions de confrontation peuvent émerger au sein de la relation thérapeutique. Elles vont se manifester par de l'irritabilité, des réactions de type défensif, des récriminations, de la méfiance pouvant aller jusqu'à des intentionnalités malveillantes. Certains patients se replient alors sur eux et risquent de devenir agressifs.

Toute la compétence du thérapeute sera d'en être conscient et de pallier ces manques techniques par une recrudescence de vigilance et d'attention soutenue, quitte à accentuer sa propre fatigue mentale. Car le travail psychothérapeutique reste identique en présentiel comme en distantiel. La seule façon de se souvenir, dira W. D. Winnicott<sup>15</sup>, est que le patient fasse pour la première fois, dans le présent distantiel ou présentiel, c'est-à-dire dans le transfert, l'épreuve de cette « chose passée » dans la majorité des cas. En effet, ce qui arrivé dans un ailleurs et dans un avant et qui a été mal vécu par le patient, peut se rejouer et réémerger au sein de la relation thérapeutique. Même s'il craint consciemment ou inconsciemment que cela advienne et qu'il pourrait s'effondrer, il devra le traverser. Ludmilla Chostakoff<sup>16</sup> dira que les patients se défendent contre son surgissement et il faut des progrès considérables lors du traitement pour que le couple analytique soit prêt à faire l'expérience de cette chose redoutée réactivée dans le transfert.

*Georges osera ainsi se fâcher contre son thérapeute car le lien intersubjectif à distance le protège de sa propre agressivité et de ses fantasmes hétéro-destructeurs. Il dira qu'il n'aurait peut-être pas osé l'exprimer de cette façon en présentiel.*

*Pour Nancy, le distantiel lui permettrait une rencontre avec son père et le thérapeute, chacun derrière l'écran de son pc, créant ainsi une triangulation avec un espace tiers de sécurité et de protection soutenue à la fois par le thérapeute et par la distance virtuelle rassurante.*

### 4.3 Augmentation des besoins d'intense nourriture affective

Les variations de distance dues à la technicité peuvent parfois faire resurgir la peur d'un retour vers un stade de non-intégration, d'une perte de cohérence corporelle et du sens du réel. Ces angoisses disséquantes primitives, véritables états de dissociation ont été éprouvées par le patient aux premiers stades de la vie psychique lorsque sa relation d'objet n'était pas encore parvenue au stade d'intersubjectivité. Le patient peut revivre ces états si le thérapeute n'est pas suffisamment attentif visuellement, auditivement et kinesthésiquement, même s'il est limité dans son observation et sa calibration du fait de l'image-objet informatique du visage de son patient.

Plus les capacités d'intersubjectivité du patient sont fragiles<sup>17</sup>, plus l'attention du thérapeute à ses adaptations superficielles et aux fortes intériorisations de ses angoisses sera essentielle. La personne risque d'accentuer ses difficultés d'interactions et de

---

<sup>15</sup> WINNICOTT W.D., (1974), *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, Gallimard, 2000.

<sup>16</sup> CHOSTAKOFF LUDMILLA, (2020), *L'agonie primitive, l'écho d'un effondrement antérieur*, in Santé mentale, n° 251, oct. 2020, p.8.

<sup>17</sup> Il s'agit, rappelons-le, de patients au Moi faible, aux patients dit pseudo-névrotiques, aux soubassements limites ou prépsychotiques.

socialisation. Le soignant se centrera alors sur les schémas imperceptibles d'abandon, de retrait et d'échecs ainsi que sur les stratégies d'hypervigilance critique. L'agitation, la logorrhée, le « remplissage factuel », le « tout va bien, je n'ai rien à dire » pourraient masquer ces menaces d'intégrité et de désintégration. Un invisible effondrement intérieur, des angoisses agonistiques ou d'anéantissement peuvent émerger et entraîner un état dépressif majeur avec idéations suicidaires. Nous constatons ces états liés à la pandémie et à l'accentuation délétère de cette distance intersubjective virtuelle.

Lorsque la confiance dans le thérapeute est établie et acquise, ces patients aux forts besoins affectifs risquent parfois d'être très demandeurs, exigeants quant à la fréquence, à la durée des entretiens, au sur-engagement du thérapeute, au risque de l'épuiser. Le travail du thérapeute sur son propre cadre interne (ses limites, son système de valeurs) et son cadre externe (ce qu'il explicite comme règles à son patient) demeurera essentiel à son équilibre, sa fatigue mentale, sa survie psychique et son équilibre mental.

## 5. Facteurs perturbants / favorisant l'équilibre du thérapeute

Cet abandon d'unité de lieu entre le patient et le thérapeute peut entraîner des réactions favorables à la croissance et à l'approfondissement de la relation thérapeutique et également provoquer d'importants bouleversements, de l'inquiétude ou du désarroi chez le soignant.

### 5.1 Avantages pour le thérapeute

L'utilisation de la visio-consultation peut apporter des désavantages et des avantages. Parmi ces derniers, la perception des émotions par le contact visuel est meilleure grâce à la plongée directe dans le visage de l'autre. Et cela va nécessiter pour le thérapeute de revoir clairement ses cadres interne et externe, lui permettre de se repositionner. En effet, la découverte de l'environnement personnel du patient lui apporte des éléments qu'il aurait pu totalement ignorer de lui. Le médecin généraliste le découvre en visite à domicile, mais dans ce cas, il y est invité et mandaté. Le thérapeute pourra lui aussi garder l'anonymat de son propre cadre de travail, ce qui va le sécuriser. Il pourra choisir ou non un fond d'écran disponible sur certaines plateformes mais cela pourrait être aussi mal vécu par le patient du fait du caractère impersonnel, notamment pour les personnes états limites qui ont besoin d'une sécurité liée à la constance du lieu d'entretien. Cet artifice peut être vécu comme un manque d'authenticité.

### 5.2 Désavantages pour le thérapeute

La fatigue mentale provoquée par de longs efforts d'attention va nécessiter une régulation stricte du temps et de la durée des entretiens ainsi que des temps de repos indispensables. Car les perturbations dues à la technicité (diversité des plateformes, zoom, teams, Skype, WhatsApp, etc.), le temps important consacré à concevoir, vérifier et envoyer les liens via plateformes, expédier les courriels et renvoyer les attestations de soins, certificats, prescriptions vont entamer la résistance nerveuse et psychique du soignant, au fil des jours, des semaines et des mois.

D'autres éléments perturbateurs vont également user le thérapeute comme la difficulté à protéger son intimité, la gêne de voir sa propre image, la sensation d'être proche sans l'être.

Des manques perceptuels vont l'encombrer : le manque de vision de l'entièreté du corps de son patient, la perte des micro-indices sensoriels au niveau des embarras de la voix, les raucités, les silences éloquents, fertiles ou évocateurs de gigantesque vide, les micromouvements imperceptibles du corps, la perte limitée des sensations visuelles, auditives, olfactives présentes lors du présentiel et enfin l'amputation des perceptions des atmosphères et des subtiles ambiances.

### 5.3 Visio-consultation – fatigue mentale et neurosciences

Le travail en visio-consultation entraîne une fatigue mentale du fait de plusieurs facteurs.

- **La désynchronie**

Le langage auditif est perturbé même avec une excellente technicité par la **désynchronie**. Nawal ABBOB<sup>18</sup> appelle ainsi le décalage qui se calcule en millisecondes mais qui est suffisant pour exiger du cerveau des deux interlocuteurs des efforts supplémentaires pour être plus attentifs, pour éviter des moments de confusion ou de flottements dans l'échange. Le thérapeute va s'efforcer de fixer les yeux de son patient en fixant la caméra de son pc et de ce fait, il s'empêche d'observer ses réactions sur l'écran. Le rythme spontané de la synchronicité des regards échangés s'estompe.



*Figure 1 - Lien intersubjectif à distance*

---

<sup>18</sup> Cité par GALOPIN A., (2021), *Pourquoi la visioconférence met-elle notre cerveau K.-O. (et comment riposter) ?* – franceinfo, publié le 8 février 2021.

- **Le langage corporel**

Alors que le thérapeute et le patient pouvaient s'appuyer sur le langage corporel mutuel pour se synchroniser et harmoniser leur interaction, un nombre important de paramètres ampute le dialogue singulier en visio-consultation. D'une part, l'image du corps est réduite au visage et à la partie supérieure du tronc.

- **La préoccupation de se demander quelle position adopter ou quoi dire**

D'habitude, patient et thérapeute se préparent à la rencontre : le trajet pour s'y rendre, le sas de la salle d'attente, la traversée du couloir, le rituel d'installation (enlever son manteau, déposer son sac, choisir son siège, etc.) permettent consciemment et inconsciemment d'anticiper la forme et le contenu de la séance. Avec le numérique, l'apparition directe, sinon brutale à l'écran de l'image du patient et du thérapeute de même que sa disparition entraîne la perte de ce précieux précontact et postcontact essentiels à toute relation humaine respectueuse et chaleureuse.

- **La pression sociale de se voir et d'être vu comme sur scène et de devoir « jouer »**

Certains scientifiques<sup>19</sup> ont mis en évidence le risque de narcissisation excessive à force de se voir renvoyée constamment sa propre image (le miroir de soi). Le selfitis<sup>20</sup>, ou addiction aux selfies, propre aux adolescents pourrait se présenter sous une autre forme au sein de ces interactions en ligne. L'autre resterait dans ce cas, un objet et le niveau d'interaction n'atteindrait pas une réelle intersubjectivité.

- **Le système attentionnel**

Notre système attentionnel est sur-stimulé beaucoup plus qu'en présentiel. L'attention flottante et la double lecture sinon la triple lecture de ce qui est en train de se vivre dans la relation thérapeutique en termes transférentiels et contre-transférentiels est rendue plus caduque. Paradoxalement, le cerveau sur-stimulé s'épuise devant cette mono-tâche (la visio-consultation) au détriment des autres paramètres à percevoir, à subodorer et de la passivité due l'inaction physique devant cet écran.

Par ailleurs, le travail émotionnel est parfois amélioré par la focalisation sur le contact oculaire qui permet, avec l'accord des protagonistes, de plonger plus avant dans l'intime et le cœur de problématiques plus délicates. Le *caring*, le *holding* et le *handling* de D.W Winnicott peuvent parfois être plus intenses et mieux vécus car plus sécurisés par la non-présence physique du thérapeute. Il en serait ainsi avec les évocations douloureuses des traumas.

## **Conclusions**

Comme nous l'avons dit et constaté, le numérique n'empêche ni l'altérité, ni la dimension intersubjective de l'échange, ni le développement de liens d'attachement au-delà des contraintes de la virtualité. Nous pourrions considérer la visio-consultation comme un nouvel espace tiers qui permet un travail d'élaboration psychique et le cyberspace comme une simple extension psychique de la personne. L'alliance thérapeutique à distance

---

<sup>19</sup> HADDOUCK Lise, (2018), *Télépsychologie et visioconsultation - Telepsychology and video-interview*, Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, Volume 176, Issue 3, March 2018, Pages 278-281.

<sup>20</sup> DELBROUCK M., (2019), *Psychopathologie*, opus cité, selfitis ou addiction aux selfies, p. 811.

pourrait dans certains cas s'améliorer et mobiliser des phénomènes transférentiels et contre-transférentiels liés à la qualité de la dimension émotionnelle et dans d'autres situations aggraver la symptomatologie préexistante. Rappelons que l'intersubjectivité en ligne est étroitement liée à la qualité de la présence du thérapeute et que celle-ci est un facteur prédictif de l'alliance et de l'efficacité thérapeutique.

Deux conclusions s'imposent au thérapeute : d'une part, la nécessité d'entrer en contact avec son patient, de s'efforcer à tout prix de maintenir du lien pendant la séance en ligne et de la terminer correctement. La visioconsultation reste un espace de réalité psychique, agissant comme interface entre le réel et le virtuel.

D'autre part, le thérapeute aura une exigence absolue de prendre soin de l'exacerbation de sa propre fatigue mentale. Néanmoins, même si un retour au présentiel s'impose du fait de la nature tangible de nos relations humaines, une mixité des approches pourrait à l'avenir s'envisager du fait d'impératifs extérieurs (maladie, accident, problème de déplacement).

## Bibliographie

- ANZIEU D., (1995), *Le moi peau*, Paris, Dunod.
- BEAUDICHON J. BIDEAUD J., (1979), *De l'utilité des notions d'égoïsme, de décentration et de prise de rôle dans l'étude du développement*, sem-link, L'Année psychologique, Année 1979 79-2 pp. 589-622.
- BION W.R., (1962), *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, 2001.
- BORDIN E.S., (1994), *Theory and research in the therapeutic working alliance : New directions*, in A. HORVATH & L.S. GREENBERG (Eds), (1994), *The working alliance : Theory, research and practice*, p. 13 -37 Wiley.
- CHOSTAKOFF LUDMILLA, (2020), *L'agonie primitive, l'écho d'un effondrement antérieur*, in Santé mentale, n° 251, oct. 2020, p.8.
- CICCONE A., L'HOPITAL M., (2019), *Naissance de la vie psychique*, Paris, Dunod.
- COLLET-CASSART D., (2020), *Thérapie dans le cyberspace, consultation en ligne, mieux-être.org*.
- DELBROUCK M., (2016), *Relation thérapeutique en médecine et en psychothérapie, Bruxelles, De Boeck*, 1<sup>ère</sup> édition.
- DELBROUCK M., (2019), *Psychopathologie à l'usage du médecin et du psychothérapeute, Bruxelles, De Boeck*, 3<sup>e</sup> édition.
- DELBROUCK M., (2020), *L'intersubjectivité ou empathie réciproque et mutuelle au service de la relation thérapeutique*, in Revue Balint Belge, n° 122., nov. 2020.
- DELBROUCK M., (2021), *Comment traiter le burn-out, syndrome d'épuisement professionnel, stress chronique – psycho traumatisme*, Bruxelles, De Boeck, 2<sup>e</sup> édition.
- DEMAILLY L., (2007), *Que fait l'Internet aux psychanalystes ?* Le Carnet PSY, 2007/7 (n° 120), p. 30-34. DOI : 10.3917/lcp.120.0030. URL : <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2007-7-page-30.htm>
- DUCHENE N., (2020), *Distance et rupture d'alliance thérapeutique*, Santé mentale, Télépsychiatrie, enjeux et perspectives, N° 251, octobre 2020.
- GALOPIN A., (2021), *Pourquoi la visioconférence met-elle notre cerveau K.-O. (et comment riposter) ?* – franceinfo, publié le 8 février 2021.
- HADDOUK, L., (2011), *Émergence de la subjectivité dans le transfert en visioconsultation*, Une étude clinique, thèse de doctorat en psychologie, université Paris Descartes, Boulogne.
- HADDOUCK Lise, (2016), *L'entretien clinique à distance, manuel de visioconsultation*, Paris éres, Collect.Cybercultures.

HADDOUCK Lise, (2018), *Télépsychologie et visioconsultation - Telepsychology and video-interview*, Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, Volume 176, Issue 3, March 2018, Pages 278-281.

MATHIEU-FRITZ A., (2018), *Les téléconsultations en santé mentale. Ou comment établir la relation psychothérapeutique à distance*, Réseaux, 2018/1 (n° 207), p. 123-164. DOI : 10.3917/res.207.0123. URL : <https://www.cairn.info/revue-reseaux-2018-1-page-123.htm>

POLS J., (2018), *Fabuleuses webcams. Regards actifs et technologies invisibles*, Réseaux, 2018/1 (n° 207), p. 65-94. DOI : 10.3917/res.207.0065. URL : <https://www.cairn.info/revue-reseaux-2018-1-page-65.htm>

SANTE MENTALE, (2020), *Télépsychiatrie, enjeux et perspective*, n° 251, oct.2020.

SUDDENDORF T., CORBALLIS M., (1997) *Mental time travel and the evolution of the human mind*, *Genetic Social and General Psychology Monographs* 123(2):133–67. Available at: <http://cogprints.or/25/Google Scholar>

SUDDENDORF T., CORBALLIS M., (2007), *De l'égoïsme à la reconnaissance des autres, de l'environnement social immédiat à groupes sociaux plus larges*

TISSERON S., (2007), *Pourquoi tant d'écrans ? La fascination du virtuel*, *Le Carnet PSY*, 2007/7 (n° 120), p. 24-25. DOI : 10.3917/lcp.120.0024. URL : <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2007-7-page-24.htm>

TORDO F., (2019), *Le Moi-Cyborg, Psychanalyse et neurosciences de l'homme connecté*, Paris, Collection : Psychismes, Dunod.

TORDO F., ,DARCHIS E., (2017), *La cure analytique à distance, Skype sur le divan*, *Nomino ergo sum*

TROPE Y., LIBERMAN N., (2010), *Construal-level Theory of Psychological distance*, *Psychol, Rev.* 2020, 117 (2) ; 440-463.

WINNICOTT W.D., (1974), *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, Gallimard, 2000.

## **Webothèque**

Sites ISMHO – *Myths and realities of online clinical work*



## Table des matières

<b>1. <u>La question de la distance psychologique et physique</u></b> .....	<b>2</b>
<b>2. <u>La question de l'intersubjectivité à distance</u></b> .....	<b>3</b>
2.1 <u>Définition</u> .....	3
2.2 <u>Le lien intersubjectif</u> .....	3
<b>3. <u>La question de l'abandon de l'unité de lieu en visio-consultation</u></b> .....	<b>4</b>
3.1 <u>Abandon de l'unité de lieu entre le patient et le thérapeute</u> .....	4
A. <u>Avantages de l'abandon de l'unité de lieu</u> .....	4
B. <u>Désavantage de l'abandon de l'unité de lieu</u> .....	5
3.2 <u>Le concept de l'asymétrie</u> .....	5
<b>4. <u>L'impact de la distanciation sur l'équilibre psychique du patient</u></b> .....	<b>5</b>
4.1 <u>Augmentation des mécanismes de contrôle</u> .....	6
4.2 <u>Sensations de menace potentielle</u> .....	6
4.3 <u>Augmentation des besoins d'intense nourriture affective</u> .....	7
<b>5. <u>Facteurs perturbants / favorisant l'équilibre du thérapeute</u></b> .....	<b>8</b>
5.1 <u>Avantages pour le thérapeute</u> .....	8
5.2 <u>Désavantages pour le thérapeute</u> .....	8
5.3 <u>Visio-consultation – fatigue mentale et neurosciences</u> .....	9