

L'informatique médicale est-elle compatible avec l'attention au sujet malade ?

Guy Even,
médecin
généraliste,
coordonnateur
département
d'Enseignement
et de recherche
de psychologie
médicale, faculté
de Créteil, Paris
XII, animateur de
groupes Balint

Article paru dans
la Revue du
praticien-
médecine
générale, tome
17, n° 601 du 10
février 2003.

« ... Par des boucles nouvelles et inattendues, nous finissons nous-mêmes par dépendre des choses qui dépendent de nous. Là, risques et chances croissent aussi vite que notre omnipotence ».
(Michel Serres)

.....

Où est passée la réflexion face à l'arrivée de l'informatique dans les cabinets médicaux ? Il semble qu'on ait tout simplement oublié de s'interroger sur la capacité d'un outil à modifier une pratique et qu'une question fondamentale ait ainsi été négligée : compte tenu de ces nouvelles données, quelle formation médicale mettre en oeuvre ?

.....

Dans une époque qui nous a habitués à examiner chaque nouvel « objet médical » (et l'ordinateur en est un de poids), en fonction de son rapport du bénéfice au risque et du service médical rendu, l'outil informatique semble, pour l'essentiel, avoir échappé à l'interrogation sur les conditions et les effets de son application dans l'espace particulier d'une consultation médicale (ses effets secondaires, ses contre-indications, ses incompatibilités). Devant les avantages majeurs offerts par l'informatisation (aide au diagnostic, système sécurisé pour la prescription médicamenteuse, contact permanent avec des bases de données actualisées...), il semble qu'on ait tout simplement oublié de s'interroger sur la capacité d'un outil à influencer une pratique et à la modifier. Or, dans le

cadre du rapport du bénéfice au risque, à côté de l'intérêt, les risques ou précautions à prendre sont aussi à examiner.

La consultation médicale est ou sera informatisée ; cela semble, malgré sa nouveauté, évident. Or, « l'évidence » disqualifie d'emblée toute réflexion critique à son égard. Interrogations, questions et réflexions deviennent alors aussi difficiles à soutenir... que nécessaires. Alors, ouvrons le dossier. L'acte médical est à la fois technique et relationnel, particulièrement en médecine générale. C'est donc sur ces deux plans que doivent porter les réflexions et les interrogations.

Influence de l'outil informatique sur la pratique médicale

● Des effets sur le plan technique

Parmi les différents aspects de la « technique médicale », celui retenu ici est la « technique » au sens de la méthode (basée sur le recueil des symptômes), qui permet de dégager un diagnostic et de proposer un traitement. À ce niveau, l'intérêt de l'informatisation paraît immense pour le praticien. Pour le diagnostic, par exemple, les processus à l'œuvre au cœur de la machine épousent à merveille le mouvement de la démarche clinique. Combinatoire et calcul des probabilités font partie du domaine d'excellence de l'ordinateur et celui-ci peut ainsi aider considérablement le praticien, sans doute bientôt le dépasser. Dans l'avenir, cela lui sera très utile, autant pour le diagnostic que pour la prescription. « La consultation est finie, l'ordonnance écrite... Par sa mémoire sélective et sa formation incomplète ou oubliée » le médecin n'a gardé en tête « que quatre des dix diagnostics possibles, deux des six traitements envisageables, et huit des dix contre-indications du médicament qu'il avait choisi »... Voilà, parmi tant d'autres, « les chances » que le développement de l'informatique fournit à la pratique médicale. Dans le cadre du rapport du bénéfice au risque, à côté des chances, les risques, ou précautions à prendre, sont aussi à examiner. Une première question, transitoire peut-être, est liée à l'état de développement des

Mots clefs : information, relation soignant-soigné.



logiciels médicaux. À ce jour, aucun ne paraît être en mesure d'intégrer tous les éléments de la décision médicale. La perception par le praticien d'un mal-être corporel inhabituel chez son malade, le sentiment de la gravité qui s'installe face à une situation donnée en constituent quelques exemples. Prenons acte : il n'y a actuellement « encore ni ordinateur pour une bonne médecine, ni un bon médecin dans un ordinateur »¹. Or, il est fort probable que l'utilisation répétée d'un programme influe sur la démarche de son utilisateur possédant ainsi la capacité de l'éloigner de ce qui n'y est pas inscrit.

La première question se formule donc ainsi : la pratique de l'informatique avec ses algorithmes actuels risque-t-elle, ou non, d'amoinrir notre réceptivité à certaines données cliniques ? Si c'est le cas, une bonne utilisation de cet outil ne doit-elle pas nécessairement se doubler d'une prise de conscience de ses limites ?

● Des effets sur notre représentation du patient

Moins dépendantes de l'état des logiciels et donc plus radicales sont les interrogations qui suivent. « À force de considérer l'homme comme une machine, on risque de penser de manière machinale »², dit Alain Prochiant. La science médicale a adopté ce point de vue et s'en est, pour le bénéfice des patients, bien portée. L'ordinateur aide la médecine à penser l'homme comme mécanisme, à mieux comprendre le fonctionnement de l'organisme. Mais se réjouir de ces avancées doit-il empêcher de réfléchir au fait que la combinatoire numérique de ces machines risque de renforcer ce qui est reproché à notre médecine moderne : cette vision du malade comme organisme désubjectivé ? Entre la représentation du patient que l'outil informatique va promouvoir et la perception du patient en tant que sujet, association et compatibilité ne sont-elles pas à examiner ?

Le neurophysiologiste Jacques Globinski³ signale que dans les laboratoires de recherche « les gens sont saturés et noyés d'informations et alors n'ont plus le temps de réfléchir et d'avoir des intuitions nouvelles », [...] ne

savent plus « aller à des essentiels qui se régulent et non pas à une sommation de données qui vont nous faire perdre toute notion de réflexion et peut-être de relation avec l'autre ». Problème de cinétique ou de posologie : l'accumulation d'information, la puissance et la rapidité de l'outil, vont-ils interférer, et comment, avec le temps propre aux processus de pensée, et celui nécessaire à la relation ?

Impact de l'informatique sur l'aspect relationnel de la pratique médicale

L'informatique améliore-t-elle la relation médecin-patient ? C'est dans le domaine de la relation à l'autre que l'arrivée de l'informatique dans les cabinets médicaux soulève le plus de questions. Si celle-ci est ressentie comme gênante pour certains duos patients-médecins, d'autres, au contraire, semblent plutôt bien s'en accommoder. Une étude réalisée par le Fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale (FORMEL, année 2001) a conclu que l'utilisation du logiciel ne perturberait pas la relation avec le patient mais y apporterait « des améliorations sensibles » pour les praticiens interrogés. Or dans cette étude, ces améliorations ne se résumaient qu'à « l'édition et l'impression de documents pour le patient » et à « rendre l'ordonnance plus lisible » ; ce qui paraît limité face à la place occupée par la relation dans notre pratique quotidienne. Les critiques se résumaient au manque d'habitude et de dextérité du professionnel qui devrait s'adapter progressivement. Plutôt que de chercher à prouver, de manière un peu volontariste, en quoi « l'utilisation de l'informatique améliore la relation avec le patient », ne faut-il pas reconnaître que nous sommes loin d'en être assurés et examiner cette question comme point de départ ? Il apparaît qu'en ce domaine nous n'attendions pas a priori de gains^a importants de la part de l'informatique. Ne serions-nous pas satisfaits d'une situation où, après une période de transition, l'ordinateur, objet neutre, ne viendrait rien changer sur le plan de la relation – si celle-ci était de qualité, la machine, simplement, s'y

(a) Si des apports sont espérés, n'est-ce pas « en creux » par rapport à l'outil, par l'épargne de temps qu'il permettrait afin d'être présent pour la relation, plus que par sa capacité propre, qu'ils se définissent ?

L'informatique médicale est-elle compatible avec l'attention au sujet malade ?

intégrerait, restant dans une place délimitée ? Mais une telle évolution est-elle si « évidente » ?

« La langue technique est l'agression la plus violente et la plus dangereuse contre le caractère propre de la langue parce qu'elle se développe en système de messages et de signalisation formels » qui ne peuvent pas intégrer que « la relation à l'autre [...] repose sur le faire paraître, sur le dire, parlé et non parlé ».
Martin Heidegger

... Ce n'est pas évident. Certains éléments, remettant en question l'idée de la neutralité d'un tel objet, semblent s'opposer à cette « rassurante » vision d'avenir. Les craintes manifestées par la population et les médecins à propos du secret médical sont tout d'abord à relever. Malgré des mises au point répétées, une impression de menace plane encore ; ce curieux sentiment doit toujours être pris en compte et déchiffré. Pourquoi toute la défiance liée à l'informatisation s'est-elle concentrée sur ce point ? La crainte que soient divulguées les confidences faites dans une consultation est fort légitime et aurait quelques fondements.

Mais est-ce tout ? Chacun ne révèle pas quotidiennement un secret à son médecin. Dans toute consultation, par contre, secret ou pas, quelque chose est dit à ce médecin à ce moment, qui n'aurait peut-être pas été dit à un autre médecin. Cela concerne toute la dynamique d'une relation. Dès lors, ce sentiment de menace (« touche pas au secret ») pourrait, par déplacement, signaler une peur : celle de voir modifié le colloque singulier entre le médecin et le patient – ce qu'il contient de strictement humain, ce corps à corps⁴ particulier, ce partage de silence, de paroles et d'émotions, qui se différencie de la stricte communication des données utiles au diagnostic. « Ce qui m'embête avec l'ordinateur, disait une patiente, c'est d'arriver chez un médecin que je ne connais pas et qu'il sache tout d'emblée, tout, c'est-à-dire même ce que je préfère oublier ». Cette remarque à propos du dossier médical informatisé mérite une réflexion. Peut-on « obliger les patients à avoir toujours avec eux cette infaillible mémoire de leur santé, comprenant aussi les troubles et les moments

de déprime ? »⁵. Paul Valéry mettait en garde contre « les pouvoirs de conservation et de prévision des machines qui, attachés aux êtres vivants, vont changer la durée capricieuse, les souvenirs incertains, l'avenir confus, les lendemains indéterminés, en une sorte de présent identique »⁶. Or secrets, oublis, ombres et mémoire sont constitutifs d'une relation. Est-il ou non de la capacité de l'informatisation de modifier, voire d'évacuer cet élément fondamental de la pratique du métier ? Selon Martin Heidegger, « La langue technique est l'agression la plus violente et la plus dangereuse contre le caractère propre de la langue parce qu'elle se développe en système de messages et de signalisation formels » qui ne peuvent pas intégrer que « la relation à l'autre [...] repose sur le faire paraître, sur le dire, parlé et non parlé ».

Or, s'il y a une communauté de structure entre cette langue technique dont parle le philosophe et celle de l'informatique en passe de s'imposer, la dynamique d'interaction entre le langage informatisé et l'attention à l'autre devra être étudiée. Quel sera le devenir de cette relation dans une pratique où la part des systèmes de signalisation formels va s'amplifier ? Comment les effets de ce fabuleux outil et ceux de ce non moins étonnant remède, le médecin, dont Michael Balint nous invitait à examiner la pharmacopée^b, vont-ils se mêler ou s'exclure ? Cette relation, à laquelle les malades et bon nombre de médecins semblent attachés, l'ordinateur serait-il en position de s'y attaquer ? Pour Roman Jakobson, il existe deux langues : la langue commune, celle de l'échange humain de tous les jours ; et la langue formalisée, celle des logiciens dont les mathématiques constituent le plus pur fleuron. La seconde se veut « indépendante du contexte » (*context free* des Anglo-Saxons), c'est-à-dire « préservant toujours l'identité de signification quel que soit le contexte ». Celle-ci rencontre l'adhésion immédiate des médecins. La clinique sémiologique est orientée vers un tel idéal : quel que soit le contexte, notamment l'histoire personnelle du patient et la subjectivité du médecin, certains signes doivent orienter systématiquement vers un (ou des) diagnostic(s) déterminé(s). Au contraire, la langue commune est « dépendante du contexte » (*context sensible*). Un mot ou une phrase peut prendre à la fin d'un

(b) « dans aucun manuel il n'existe la moindre indication sur la dose que le médecin doit prescrire de sa propre personne, ni sous quelle forme, avec quelle fréquence, quelle est sa dose curative et sa dose d'entretien. »
Michael Balint, Le médecin, le malade et sa maladie, Petite Bibliothèque Payot, p. 9



récit (au décours d'une consultation), un sens différent de celui qu'ils avaient à son début. La signification du mot se transforme par son rapport avec les autres mots. D'une certaine manière, le mot « emporte avec lui son histoire ». Il est difficile de concevoir une pratique de soins « humaine » totalement étrangère à cette langue. Or cette « langue de tous les jours », selon Roman Jakobson, est aussi celle qui nous a donné accès au « grand système du subconscient, ce grand système dont les sujets parlants ne tiennent pas compte, mais qui pourtant est un grand système ». Cette référence au subconscient et encore plus à l'inconscient a toujours été délicate en médecine et n'a pas attendu l'apparition de l'informatique pour poser un problème. Lucien Israël disait que la difficulté était d'y « mettre l'inconscient à sa place ». Sans vouloir « mettre au travail l'inconscient » dans les consultations médicales, il y a un certain intérêt à ce qu'un médecin reconnaisse l'existence de ce dernier en lui-même et chez ses patients, qu'il s'interroge sur les liens possibles entre certains symptômes, certaines attitudes (refus de soins, mauvaise observance thérapeutique...) et ce « grand système », qui partiellement détermine les conduites des hommes. Or, cela, même

implicitement, trouvait dans cette langue commune, un espace d'expression. Jusqu'à nos jours, le praticien parlait et écoutait à travers ces mots par lesquels « de tout temps... la médecine a fait mouche »⁷. Qu'en serait-il dans un système où la langue formalisée et le dossier informatisé ordonneraient, de manière décisive, les échanges entre patients et médecins ? Cette part de notre être au monde n'y serait-elle pas encore plus radicalement exclue qu'actuellement de la démarche de soins ?

Quelle formation pour quel avenir ?

L'objectif de ces interrogations était de nous éloigner de la soumission à l'évidence et de la confiance irréfléchie^c en la neutralité de l'objet informatique afin de nous mettre en situation d'aborder une question fondamentale : quelle est la formation médicale à mettre en oeuvre qui tiendrait compte de ces nouvelles données ? Il ne s'agit pas de s'opposer à ce dont nous pressentons tout l'intérêt – l'apport de l'informatique à la pratique du métier – et qui de toute façon s'imposera. À cela, il est nécessaire de former médecins et étudiants. Mais il

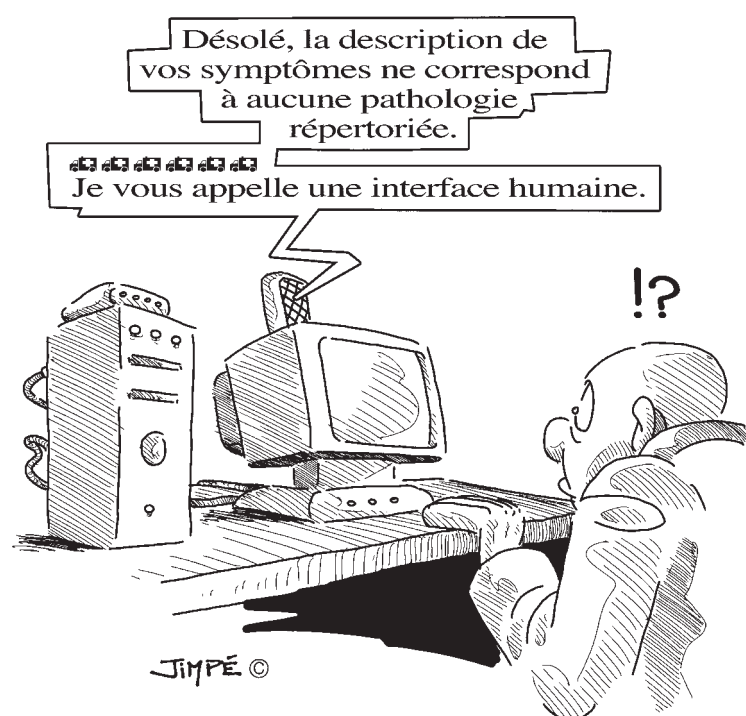
s'agit de proposer des perspectives pour soutenir ce que ce mouvement risque d'effacer. Si l'univers numérique est celui de la communication, la relation médecin-malade ne peut s'y résumer. Paradoxalement, le processus d'informatisation des cabinets médicaux nous amène donc à veiller au devenir de cette relation à laquelle médecins comme malades sont attachés et qu'il risquerait de fragiliser. Ainsi, c'est l'émergence même de ces nouvelles données qui nous conduit^d à soutenir l'existence de cet espace d'expression,

(c) Hans Jonas,

Le principe responsabilité :
« Tant que le péril est inconnu, on ignore ce qui doit être protégé et pourquoi il le doit... c'est ce péril qui nous apparaît d'abord et nous apprend par la révolte du sentiment qui devance le savoir, à voir la valeur dont le contraire nous affecte de cette façon », p. 49.

Dans une telle situation « la crainte est une obligation... », p. 301-2. Cerf.

(d) Nous le serions, selon les mots de Paul Ricoeur dans l'appel à une responsabilité qui a le « souci de la fragilité ».
« L'homme est essentiellement responsable de ce qui est fragile, à tous les niveaux... la responsabilité c'est se reconnaître en charge de protection de quelque chose qui nous est confié ».
Le tragique et la promesse, France 2, INA, Réal. Claude Vajda 1991.



d'écoute et de recherche de solutions individualisées qu'est parfois une consultation. L'immersion dans ces nouvelles technologies si riches de promesses devrait, pour le praticien, pouvoir se doubler d'une capacité de détachement par rapport à elles. Cette capacité est à rapprocher de celle qui permet au médecin, de « mettre entre parenthèses »^e le savoir et les procédures de la démarche clinique (dont l'ordinateur sera de plus en plus le dépositaire), pour entendre le patient en tant que sujet, pour écouter ce qu'il exprime sur sa vie, son rapport à sa maladie et aux professionnels qui ont la charge de son soin...

Alors qu'une importante réforme introduisant l'enseignement de la relation médecin-malade dans le cursus des études médicales est en cours d'application et que la carte Vitale^{2f} est dans les starting-blocks, comment instaurer cette « pédagogie de la déconnexion »⁸ nécessaire à la prise en compte de la dimension relationnelle de l'activité médicale, ce qui veut dire former suffisamment les praticiens à l'écoute de cette « langue commune », et cela dès la faculté. Toutes les formations en ce domaine ne se valent pas. Les plus profitables prennent appui sur cette rencontre que font chaque jour les médecins et les étudiants avec les malades. Car là, et des deux côtés, sont présents ombres et secrets. Là sont les peurs, les angoisses, les craintes et les fantasmes⁹. Elles constituent pour chaque patient l'actualité de son rapport à la maladie. Or, pour le futur médecin, apprendre à les reconnaître en lui permet d'en percevoir et d'en accepter mieux la présence chez le malade. Pour Ginette Rimbault, il faudrait que « ... l'étude de la relation, ou plutôt sa reconnaissance dans la formation médicale, se joue déjà pendant les études au même titre que les autres matières enseignées, mais avec un autre mode d'apprentissage ; mode d'apprentissage impliquant la participation des étudiants, où ils peuvent relater leurs premières relations avec les patients, dans des groupes de réflexion sur leur pratique et sur celle de leurs enseignants »¹⁰. Le problème est le même pour

la formation continue.

Conclusion

Parallèlement à la prise de conscience des limites de l'outil informatique, une formation à la relation, prenant en compte les aspects émotionnels et inconscients du travail de soins, constitue sans doute l'une des conditions pour que la médecine des années à venir soit celle de l'association entre technicité performante et attention au sujet malade ; et non celle de l'incompatibilité de ces deux domaines. ●

(e) G. Canguilhem évoque « le pouvoir de dédoublement propre au médecin, qui lui permettrait de se projeter lui-même en situation de malade, l'objectivité de son savoir étant non pas répudiée, mais mise entre parenthèses ». Études d'histoire et de philosophie des sciences. Vrin, p. 409.

(f) carte Vitale² : carte santé individuelle en France.

Références

- (1) Ménard J, Postel-Vinay N, « L'ordinateur et la maladie de Sachs », *Rev Prat Med Gen*, 14 : 1437, 2000.
- (2) Prochiant A, *La psychologie dans le boudoir*, Paris, Odile Jacob, p.71, 1995.
- (3) Globinski J, *et après...*, Salon international psychiatrie et système nerveux central, 1999.
- (4) Sapir M, *La relation soignant-soignés : le corps à corps*, Paris, Payot, 1980.
- (5) Baumann F, *L'éthique au quotidien*, Lyon, Josette, p. 109, 1998.
- (6) Ibid, p.98.
- (7) Lacan J, *Télévision*, Paris, Seuil, p.17, 1974.
- (8) Serres M, *Hominescence*, Le Pommier, p. 289.
- (9) Even G, *Champ psychosomatique*, n°22, 2001.
- (10) Rimbault G, *Champ psychosomatique*, n°14, juin 1998.