

**Henri De Caemel,**  
médecin généraliste  
et psychanalyste.

.....

*En médecine générale, le patient attend plus qu'une réponse technique à ses questions. C'est pourquoi l'informatique n'est qu'un outil et ne peut pas envahir l'espace-temps de la consultation.*

.....

Au cours de ma carrière de près de 40 ans en médecine générale, j'ai d'abord travaillé en solo, puis j'ai été à l'origine d'une médecine en groupe, et du concept de « maison médicale » à l'aube des années 70. Le but de ces lieux de soins pluridisciplinaires était d'assurer aux patients une médecine humaine, relationnelle, sociale, avec permanence de soins donnés par des professionnels qu'ils connaissent, mais aussi d'assurer aux soignants des horaires plus compatibles avec une agréable vie personnelle, familiale, culturelle. Cette aventure continue.

Suite à un week-end de fonction en psychodrame Balint, je me suis alors intéressé plus aux aspects psychologiques de la médecine. J'ai entrepris une psychanalyse individuelle, une formation à l'animation de groupes. Je signale qu'il n'existait pas d'ordinateurs personnels à l'époque !

La lecture, en 1978, de *L'ordre médical* de Jean Clavreul<sup>1</sup>, un ouvrage « choc » de l'époque m'a permis de faire un lien plus précis entre ces deux scènes où je jouais, la médecine générale et la psychanalyse. Depuis, j'ai beaucoup réfléchi aux concepts de transfert en psychologie et en médecine. Je vais tenter de résumer rapidement ma position sur cette question, en partant d'un célèbre aphorisme de Lacan : « Le transfert, c'est un sujet supposé savoir. ».

En psychanalyse, le patient suppose que l'analyste a un savoir sur ses mécanismes psychiques et pourra l'aider à répondre à sa question : « Qui suis-je ? ». De son côté, le psy suppose que, dans son inconscient, son patient « sait » ce qui détermine ses symptômes et sa réponse spécifique aux énigmes de la vie. Le savoir du psychanalyste vient d'ailleurs essentiellement des découvertes faites lors de sa propre psychanalyse, du décodage de son propre inconscient. Un savoir théorique, né des travaux cliniques d'autres pysys vient étayer ce savoir personnel.

Dans le transfert en médecine, le patient est en droit de croire que le soignant auquel il se confie connaît la science médicale et maîtrise assez le déroulement de l'enquête diagnostique pour pouvoir répondre à sa question dans la consultation : « Docteur, qu'est-ce que j'ai ? ».

1. *L'ordre médical,*  
Jean Clavreul,  
collection "le champ  
freudien", Editions du  
Seuil, Paris, 1978.

Mots clefs : informatique, médecine générale,  
relation soignant-soigné, globalité.

Ainsi, quand un malade consulte tel médecin spécialiste, il suppose déjà que tel organe, telle fonction corporelle est au nœud de sa plainte. Si alors, comme c'est toujours le cas aujourd'hui, un savoir informatisé vient optimaliser diagnostic et options thérapeutiques, ce n'est que logique : l'ordinateur met de l'ordre, et c'est très bien ainsi. Le malade va savoir ce qu'il a et ce qu'on doit lui enlever ou ce qu'il doit prendre pour le perdre... On est bien dans le domaine de l'objet, de « l'avoir ou ne pas l'avoir ».

Mais, patients et soignants peuvent en témoigner, quand la réponse a nommé avec précision ce qu'il a de pathologique, le plus souvent un malade actuel reste inquiet. A fortiori si le grand scanner et l'ordinateur médical affirment qu'il n'a rien, le pauvre malade ! Car le vrai problème du sujet, au-delà de ce qui le fait souffrir et comment s'en débarrasser, son problème permanent, que tout épisode morbide relance, est cette énigme : « je suis inéluctablement mortel et sexué. ».

Dans la relation médicale de base, qui devrait rester la médecine justement dite générale, le consultant est plus nettement dans la double recherche d'une réponse actuelle, immédiate, à l'énigme de ses symptômes et d'un sens à cet épisode pathologique et, au-delà, d'une avancée dans la recherche du sens de sa vie.

Je crois donc pouvoir soutenir que, en médecine humaine, et surtout en médecine générale, l'usage de l'ordinateur – objet objectivant – doit être réservé au moment technique, « spécialisé » de la consultation. Le savoir supposé est donc à la fois dans la mémoire de la machine que manipule le médecin et dans la mémoire subjective dudit médecin qui se souvient. Il se souvient des faits, mais aussi des affects perçus chez le patient ou en lui-même lors de consultations antérieures. L'ordinateur remplace les compendiums et autres vademecum, la vieille fiche de l'histoire sommaire du malade, mais pas le sujet soignant.

Le temps spécifique de la relation soignant/soigné en médecine humaine est subjectif, c'est celui de deux subjectivités. Même si elle a quelques « trous », la mémoire subjective du

soignant qui connaît son malade est marquée d'une énorme valeur humaine. Ce dont un humain se souvient ou ne se souvient pas à tel moment donné - ne nions pas la valeur souvent positive des trous et erreurs - est décisif du devenir d'une relation.

La consultation médicale est un petit théâtre où les rôles sont nettement définis et structurellement asymétriques. Le patient fait comme si l'autre n'avait pas de problèmes personnels ni de questions existentielles, il le « suppose savoir y faire » avec tout ça. Le médecin, pour tenir son rôle, néglige les émotions et associations personnelles qui surgissent en lui. Le temps technique du recours à l'informatique peut conforter ce jeu.

Mais dans un deuxième temps, la consultation devrait être un espace-temps de rencontre. Ce dont se plaignent bien des malades aujourd'hui est de ne plus rencontrer qu'une machine. « Le docteur un tel, ce n'est qu'une machine » me disait un ami. « Il ne m'a pas regardé, il n'avait de regard que pour son écran ». Ce mot est intéressant : écran de projection et de séparation, mais jamais lieu de transparence, d'équivoque.

Pour terminer, je risque une comparaison avec l'évolution de la conception des films et romans policiers.

De la psychologie sociale de Maigret, qui recherchait surtout l'homme et le groupe humain responsable du crime, on en arrive à la police scientifique qui, face à ses écrans d'ordinateur, recherche des preuves, recherche plutôt l'ADN du meurtrier que des éléments décisifs en le confondant dans ses propres paroles et ses émotions. Les résultats sont probants au plan technique, mais le développement des films est très décevant au plan humain.

Des médecins « à mains nues » qui écoutaient la plainte dans son dialecte individuel et examinaient des corps souffrants, on risque d'arriver à des techniciens qui cherchent dans la technique des preuves objectives du diagnostic et des décisions thérapeutiques qu'ils découvrent sur leur écran et révèlent au malade.

Vive la médecine où la technique a sa place, discrète, en arrière plan, et où l'épisode maladif est l'occasion d'un dialogue entre deux êtres humains. Dans des places certes asymétriques, ils ont une occasion privilégiée de parler de la vie difficile, mais parfois exaltante, des êtres sexués, de la joie de vivre, mais aussi de l'angoisse de la mort.

Je conseillerais donc aux médecins de situer dans un coin de leur cabinet – comme il y a le lieu de l'examen physique – un lieu du savoir objectif, de l'informatique. Mais je leur conseille aussi de garder un espace de parole, un lieu où s'asseoir avant et après l'occupation des autres lieux. ●

