

# L'ordinateur : outil, tiers ou écran ?

Propos de Marc Van Meerbeek, Michelle Benrubi, Xavier Froidecoeur, Baudouin Denis, médecins en maisons médicales.

.....

*La présence de l'ordinateur sur le bureau des généralistes est aujourd'hui acceptée. Mais sa place et son rôle font encore question. Les propos des quatre généralistes interrogés à ce sujet montrent une variété des perceptions que l'on peut, en s'autorisant une simplification, ramener à trois points de vue : l'ordinateur « outil » parmi d'autres dans le cabinet, l'ordinateur « écran » ou intrus dans la relation soignant-soigné, l'ordinateur « tiers » créant une place nouvelle dans cette relation.*

.....

**Depuis quand avez-vous un ordinateur dans le cabinet et comment avez-vous vécu son arrivée ?**

▣ L'informatique s'est imposée chez nous en 1994 lors du passage au forfait, au départ pour des raisons de facturation. A l'époque, nous ne pensions pas l'utiliser à des fins cliniques (dossier santé) ni d'évaluation (statistiques). Au début, je l'ai accueilli avec des pieds de plomb.

△ Nous travaillons avec Pricare depuis qu'il existe, mais toujours avec beaucoup d'efforts et de réticences. Les réticences sont liées autant à la difficulté de s'approprier l'objet, à la fois la machine et le programme, qu'au changement dans la relation avec le patient. Ces réticences font que nous ne travaillons pas uniquement avec le Dossier santé informatisé (DSI) et que nous utilisons encore le dossier papier. Les jeunes thérapeutes s'habituent mieux à l'outil que les anciens.

△ Notre équipe a été une des premières à utiliser le module clinique de Pricare (à l'époque, uniquement les éléments de soins), fin des années 90. Je participais aux premières versions du groupe informatique. Fin 2001, avec un petit groupe de motivés (« GIPSI »), nous avons organisé un forum à Natoye « Gestion de l'information en maison médicale, recueil, écueils ». A l'issue du forum, nous étions peut-être trois dans l'équipe de ma maison médicale à croire qu'il y avait là un potentiel et qu'intégrer l'informatique à la pratique était non seulement possible, mais utile. Les autres membres de la maison médicale y sont venus très progressivement. Sauf imprévu, tous les dossiers seront entièrement informatisés pour le dixième anniversaire du forum, à la fin de cette année !

▣ Il y a huit ans, j'ai commencé en encodage complet DSI (d'abord avec Medidoc et ensuite Pricare), en gardant le dossier papier en parallèle pour les rapports, l'historique et à l'usage de certains collègues qui n'utilisaient pas le DSI.

Mots clefs : informatique, maison médicale, relation soignant-soigné.

**L'informatique dans le cabinet médical a-t-elle modifié vos pratiques en termes cliniques ?**

▢ Grâce à l'encodage des paramètres de santé ou des échéances, j'ai appris à être plus systématique. Les médecins de la maison médicale devaient encoder de la même façon et ont dû harmoniser leurs diagnostics. Cela a suscité plus de réflexion et de rigueur.

△ L'ordinateur m'aide à gérer de grandes quantités d'information, à gérer le temps entre les contacts. Malheureusement, il ne m'aide pas à gérer le temps de la consultation, toujours très long.

**À l'entrée de l'ordinateur dans votre cabinet, les patients ont-ils été bousculés dans leurs repères habituels ?**

▢ Oui. À l'époque l'ordinateur et l'écran occupaient un volume énorme et trônaient au milieu du bureau. Le patient se trouvait devant la face arrière des machines reliées entre elles par un magma de câbles électriques, avec ma tête qui dépassait au dessus. Génial.

△ La relation a radicalement changé à cause du changement de logique, de la difficulté d'encodage, de la place prise par ce « tiers technique ». Les patients sont bousculés et ils l'expriment : on ne les regarde plus quand on encode, on a l'air plus préoccupé d'écrire ou de trouver le bon code que de les écouter.

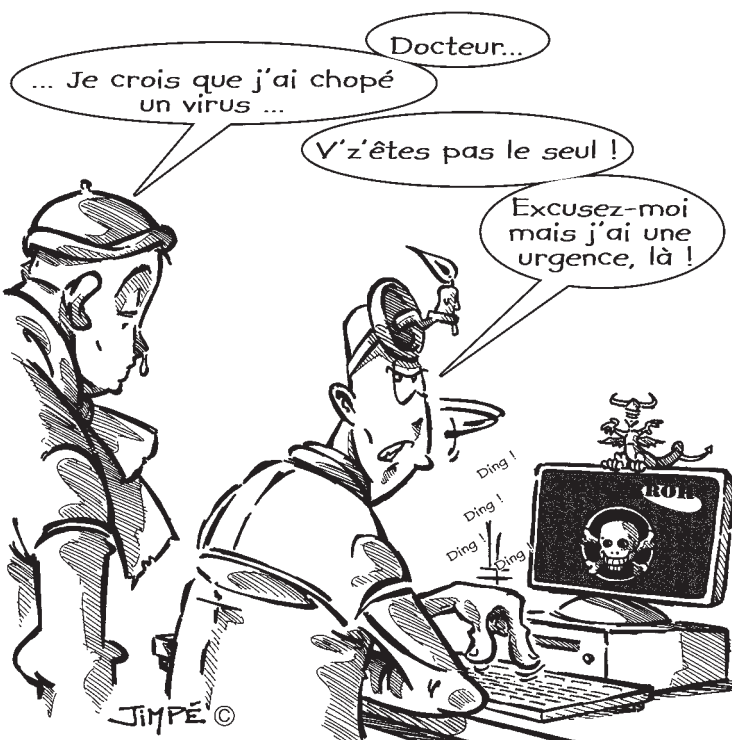
△ Plutôt non. L'introduction de l'informatique dans les cabinets s'est faite parallèlement à son introduction dans les foyers. Nombreux sont les patients qui regardent l'écran pour voir quel programme, quel système d'exploitation on emploie. Certains donnent des conseils de gestion de la machine.

**L'outil informatique a-t-il changé votre façon de voir le patient ?**

▢ L'outil informatique permet une vision plus synthétique et plus globale du patient que le dossier papier.

△ J'espère que non. J'essaie de me persuader que l'informatique est un « plus » en termes de soins de santé primaires, mais je n'y trouve pas beaucoup d'avantages en terme individuel. Je déplore la perte d'écoute, qui est aussi une perte d'informations car un code ne remplace pas un texte ou une note.

△ Pour moi, le plus gros changement c'est que l'informatique développe le sentiment de responsabilité du médecin (ou du groupe) vis-à-vis de la patientèle considérée comme un ensemble, plutôt que vis-à-vis des patients considérés comme une somme d'individualités. On peut savoir qui, dans les patients, présente tel ou tel facteur de risque, a effectué ou non une procédure préventive. On peut devenir beaucoup plus prospectif dans la gestion de la santé.



### Durant une consultation, quelle place et quel temps laissez-vous à l'utilisation de l'ordinateur ?

▣ Pour que l'impact soit minimal au plan relationnel, j'encode le moins possible « en live » et le plus possible après le départ du patient, mais cela dévore le temps.

Je le consulte surtout avant que le patient n'entre, pour voir les points à ne pas oublier, et après qu'il soit sorti, pour dresser le bilan de la consultation. Je l'utilise le moins possible pendant la consultation. C'est l'informatique-sandwich, plus digeste.

△ Souvent, l'encodage se fait quand le patient vient de quitter la consultation, avant de prendre le patient suivant. La gestion du temps est importante.

△ J'essaie de distinguer clairement les moments où je me sers de l'ordinateur et ceux où nous parlons avec le patient. Je jette un coup d'œil avant que le patient n'entre dans le cabinet, pour

voir s'il y a des choses importantes en cours. L'encodage des données se fait pendant que le patient se rhabille, est aux toilettes, ou quand il est parti. Je n'écris en direct que s'il faut rédiger un document, une ordonnance, mais il m'arrive souvent de consulter le dossier avec le patient à la recherche d'informations sur son passé médical.

□ Je n'ai pas de fonctionnement systématique. Selon le patient et selon le problème, j'encode en direct l'anamnèse, l'examen clinique et la planification ou je le fais après la consultation. C'est assez variable mais en temps cumulé je dirais que cela prend 5 minutes sur un temps de consultation de 20 minutes.

### Le recours à l'ordinateur durant la consultation influence-t-il la communication ? Comment la relation de soin entre vous et vos patients a-t-elle évolué au sein du cabinet depuis que l'ordinateur est sur votre bureau ?

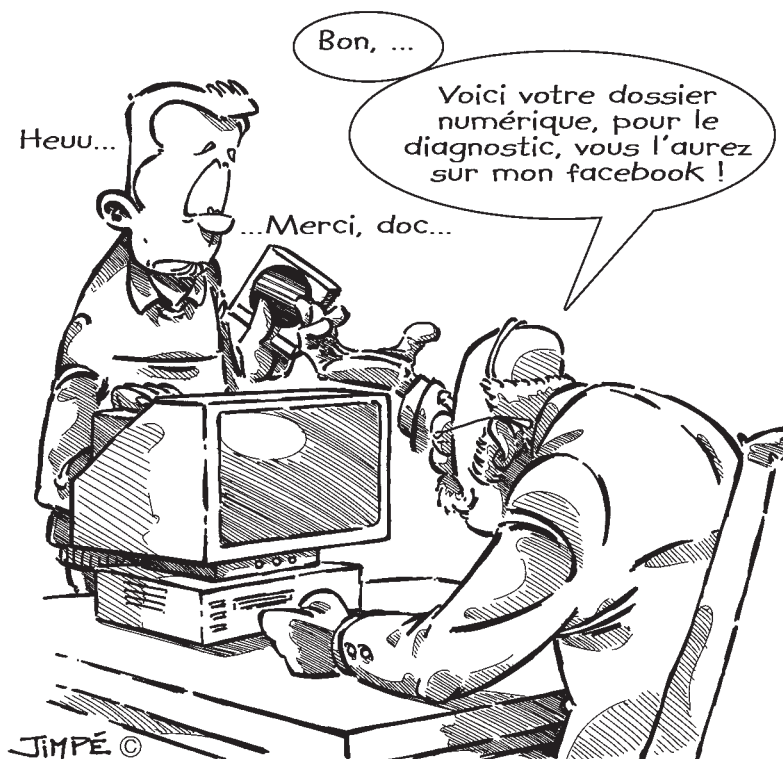
▣ L'ordinateur influence clairement la consultation. Globalement ce n'est pas d'une manière négative, même si je n'irais pas jusqu'à dire qu'il l'améliore. Tout ce que je demande à l'informatique, c'est de ne pas « bousiller » la consultation.

Dans les faits, l'évolution va dans le bon sens : les patients s'y habituent, sauf les très vieux. Moi aussi je m'y fais. L'ordinateur nous a domestiqués.

△ L'influence est négative. C'est beaucoup plus frappant pour moi que pour mes collègues qui ont commencé leur pratique avec l'informatique déjà installée.

△ Dans la mesure où l'ordinateur a sa place bien délimitée sur le bureau, à l'écart de l'espace de parole, et ne déborde pas dans le temps de la consultation, je ne pense pas qu'il ait modifié la qualité de la communication. Par contre, ma mémoire s'est considérablement accrue.

Si certains patients comprennent la nécessité d'un bon encodage, d'autres pensent - mais ils nous le disent rarement - que l'on pourrait faire cela à un autre moment ! Certains sont



interpellés de nous voir écrire en direct ce que l'on constate en consultation. Crainte de perdre le secret ?

Il m'arrive parfois d'être moins concentré à cause de l'encodage. Je dois donc fournir des efforts pour ne pas être « accaparé » par l'ordinateur et rester empathique, présent.

J'utilise aussi l'ordinateur pour communiquer certaines informations aux patients, via le web, des images, des fiches d'éducation, des outils tabac. Cela amène une interaction positive.

Mon écran est orienté en face à moi et je suis en face des patients. Ils ne le voient pas sauf si je le décide ou s'ils le demandent.

Finalement, l'ordinateur est positif mais il faut mettre de l'énergie pour qu'il garde sa place de simple outil pouvant être efficace (quand il n'est pas en panne).

**Dans la relation avec vos patients, pensez-vous que l'ordinateur, par la place et le temps qu'il prend, soit devenu plus qu'un outil, un véritable tiers ? Est-ce un risque ?**

▣ Il est devenu effectivement un tiers que je consulte régulièrement pendant la consultation. Il est donc important que ce tiers reste discret et ne « bouffe » pas le temps d'écoute du patient. Important aussi que le patient ne se sente pas exclu de cette relation, par exemple en tournant l'écran de façon à ce qu'il puisse voir ce qui s'y passe, ou en tapant sur le clavier tout en continuant à regarder le patient (cela s'apprend, mais je n'y arrive toujours pas !). Il faut éviter les apartés avec l'ordinateur.

△ Bien sûr que c'est un tiers ! Il peut d'ailleurs participer à la consultation : je m'adresse parfois à lui devant le patient pour qu'il nous aide à nous souvenir d'une échéance, j'encode en direct, ou bien je l'interroge sur un épisode passé et le présente comme une extension de nos mémoires humaines.

□ C'est un outil, un dossier, une mine d'informations globales, une source d'énergie, de craintes aussi. Je ne souhaite pas l'introduire comme tiers dans une relation. Les patients non plus, je pense. Il n'est pas un outil améliorant la relation de façon directe.

Indirectement, en nous structurant, en apportant une information stable de consultation en consultation, il nous aide dans la prise en charge mais un peu comme un dossier papier amélioré et interactif. Pas comme un tiers dans la relation.

**Une évaluation globale ?**

▣ Globalement, l'informatique apporte des possibilités quasi infinies pour optimiser le travail à long terme mais au prix d'un investissement-temps énorme à court terme.

Un effet pervers que j'ai remarqué dans mon équipe : l'accès à Internet en consultation pousse les soignants à recourir à Google pour avoir des informations professionnelles, comme le font nos patients chez eux, au détriment de sites fiables. Il y a là une regrettable perte de sens critique.

△ C'est certainement un « plus » pour la santé collective mais une dérive dans la relation médecin-patient, à un niveau strictement individuel : l'écoute est différente, il y a une perte d'informations et surtout une perte de sens.

△ Jusqu'à présent, je n'ai aucune expérience de l'utilisation au domicile du patient. A voir.

□ Il existe une grosse variation quand à la perception des machines et en particulier des ordinateurs au sein de la population et même de la population médicale. Une question générationnelle aussi. J'entends bien que l'ordinateur peut être une source de complications. D'autant qu'il est loin de tenir actuellement ses promesses... on a encore besoin du bon vieux papier ! ●