

« Technosophie et bulle hypotechnologique pour maintenir du sens dans la médecine de demain »

Par Cyril GOULENOK

Cyril Goulenok est médecin réanimateur, il exerce depuis maintenant quinze ans à l'Hôpital Privé Jacques Cartier - Massy, il est membre de la commission d'éthique de la SRLF.

Article référencé comme suit :

Goulenok, C. (2020) « Technosophie et bulle hypotechnologique pour maintenir du sens dans la médecine de demain » in *Ethique. La vie en question*, mai 2020.

Le système de soin évolue constamment et on ne cesse de mettre en avant ses progrès, dont pourront bénéficier les patients. S'il est difficile d'avoir une certitude sur ce que sera la médecine de demain, force est de constater que l'on vante haut et fort certains progrès technologiques dont l'objectif sera de toujours mieux soigner les malades. La réanimation est un vaste champ d'expérimentation de ces nouvelles techniques, repoussant toujours plus loin l'échéance du dernier souffle. Elle subit régulièrement des mutations et c'est à partir de ces mutations futures que l'on s'interrogera sur la place qu'il pourrait rester au sens dans le soin. Les changements qui s'opèrent actuellement dans ce laboratoire qu'est la réanimation pourraient ainsi être un bon reflet de la médecine du futur. A partir de deux exemples de modernisation du système de santé, l'un contemporain et l'autre à venir, une réflexion sera apportée sur la possibilité d'une perte de sens pour le soignant.

Protocolisation et normalisation se sont introduites en force et modifient considérablement les modalités de fonctionnement des services de soins. Les progrès du management moderne n'épargnent pas le système hospitalier. On voit ainsi émerger les techniques de management enrichissant le vocabulaire du soignant par des mots qui leur étaient jusque-là inconnus – efficacité, rentabilité, économie, protocolisation, normalisation – tout cela au bénéfice bien évidemment du patient qui reste au cœur de toutes les préoccupations. La réanimation n'est pas épargnée par cette mutation étant, au contraire, plutôt fer de lance de son application. Pour ses soignants, le sens de leur exercice pourrait-il être mis en péril ?

Autre progrès mais même risque : l'arrivée imminente de l'intelligence artificielle (IA) dans le système de santé. Les premiers frémissements de son installation en réanimation se font déjà sentir et la question n'est plus de savoir quand elle arrivera mais plutôt où elle s'arrêtera. Si, rien ne sert de s'y opposer, nous expliquent ses thuriféraires, il serait plutôt bon de favoriser son intégration. Elle s'immisce dans toutes les machines de plus en plus sophistiquées entourant le malade de réanimation. L'IA se présente comme une aide pour le clinicien, un support pour

la surveillance, le diagnostic, la thérapeutique. De sa position d'aide, il semble inéluctable qu'elle devienne à l'avenir unique décisionnaire. Quelle place restera-t-il alors au soignant dans l'exercice de son métier ? Comment le sens du soin va-t-il pouvoir se conjuguer avec l'efficace froideur d'une telle technologie ?

I La réanimation, laboratoire de la médecine de demain

La réanimation est un monde de l'hypertechnologie. Nombreux sont les supports artificiels permettant de pallier la défaillance des organes, mais aussi de surveiller de façon très approfondie le fonctionnement de l'organisme. Rien ne peut échapper à ces cerbères technologiques, gardiens d'une vie qui ne peut pas s'évader de cette chambre de réanimation. Ils scrutent les battements du cœur, la fréquence de la respiration, la variation en continu de la tension artérielle. Au milieu de ces câbles, ces machines, ces tuyaux, on distingue de plus en plus difficilement l'être humain, à qui l'on prodigue ces soins. Le plus souvent d'ailleurs, il ne peut s'exprimer, profondément endormi pour ne pas entraver le bon déroulement des soins. Si on lui parle peu, on le scrute de fond en comble, on surveille son poids quotidiennement, on calcule ses apports énergétiques, la quantité de toutes ses sécrétions et autres fluides corporels sont évaluées. On le palpe, on le pèse, on mesure régulièrement la taille de ses pupilles, on s'assure de la présence de ses pouls aux mains, aux pieds, à la tête. On l'examine de l'intérieur, regardant son cœur à l'échographie, ses poumons au scanner, son cerveau à l'IRM et non content de nos explorations, on introduit des caméras dans ses orifices naturels pour scruter ses bronches, son estomac, son tube digestif, sa vessie. Pas un orifice n'est épargné, la sonde d'intubation pour la trachée, la sonde gastrique pour l'œsophage, la sonde urinaire, la sonde rectale et ainsi plus rien n'en peut entrer ou sortir sans mettre les capteurs en alerte. Les réanimateurs ne manquent pas d'idées, pour scruter ce corps, insérant des capteurs thermiques dans la vessie, des capteurs de pression à la surface du cerveau, des électrodes pour mesurer l'activité du cœur mais aussi cérébrale, des drains dans le cœur, les poumons, l'abdomen. Les progrès sont constants dans ce domaine et de nouvelles machines se font une place dans les chambres de réanimation. Ces dernières ne sont d'ailleurs plus assez grandes pour accueillir les patients. Au fur et à mesure qu'elles se font plus grandes, le malade se fait de plus en plus petit au milieu de toutes ses machines sophistiquées. On l'oublie presque en rentrant dans sa chambre, tant notre attention est happée par ces multiples écrans lumineux et bips à la sonorité si agressive.

Le rapport au soin est mis à l'épreuve dans ce domaine si pointu. L'objectif d'efficience et d'homogénéisation des soins a conduit à introduire les stratégies de management, issues du monde de l'entreprise telles que normalisation, protocolisation, rationalisation. Quelles peuvent être les conséquences de cette mutation profonde dans le domaine de la réanimation ?

II Normalisation, protocolisation, rationalisation – du mieux pour qui ?

La cohabitation semble difficile entre les nouvelles approches entrepreneuriales appliquées au système hospitalier et l'exercice des soignants. Cette entente impossible semble participer à la perte de sens pour les soignants. A la lecture de Joan Tronto dans son ouvrage *Un monde vulnérable* (1), on ne peut s'empêcher de faire le parallèle entre un management basé sur des théories formelles et abstraites et un soin qui s'édifie sur des expériences quotidiennes et des problèmes moraux des patients dans la vie de tous les jours.

Normalisation.

Sans le savoir, sans le vouloir, les médecins ont grandement participé à la transformation du système de santé dont ils sont désormais prisonniers. Exactement à l'image des autres améliorations technologiques dans la santé, il a été introduit progressivement des règles de prescriptions, des bonnes pratiques, des consensus dont l'unique but était initialement d'uniformiser les modalités de prise en charge des patients. Présenté comme un déterminisme absolu, on a cherché à maquiller en nécessaire, des situations ou d'autres choix auraient été possibles. La science ne cessant de produire des données, l'analyse de toutes ces études étant fastidieuse, il a semblé évident de fournir aux cliniciens des guides à la prescription. La réanimation, toujours à la pointe des innovations technologiques, n'a pas manqué ce virage normatif. Cela semblait d'autant plus nécessaire que dans la littérature scientifique, il fallait, pour pouvoir comparer les données scientifiques entre différents pays, trouver un langage commun. Les scores de gravités sont ainsi nés. Première lettre (ou plutôt chiffre) d'un langage commun, transformant le patient en une agrégation de valeurs numériques permettant de le définir au mieux par un chiffre : son score. Il se retrouve ainsi, dès son entrée, affublé d'un chiffre, élevé au rang quasi-divinatoire, celui-ci permettant en effet de prédire, de façon très précise, son risque de mortalité. Ainsi, dès les 24 premières heures, sous couvert de données anamnestiques, de données cliniques et d'examens biologiques, il est possible de connaître de façon précise le risque de décès de tout patient arrivant en réanimation. On a eu de cesse de multiplier ces scores, score d'entrée comme l'IGS (Indice de Gravité Simplifié), score quotidien comme le SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment*), score d'opérabilité cardiaque comme l'Euroscore, échelles de sédation tel que le RASS, COMFORT ou le RAMSAY. En réanimation, on aime les scores, on parle en scores, on décide en scores. Les chiffres sont toujours plus présents et c'est ainsi que pour se jauger, les réanimateurs de différents services, comparent leurs scores de gravité, leur DMS (Durée Moyenne de Séjour), leur taux de mortalité, leur taux d'occupations, leurs indices de qualités. Tous ces chiffres sont progressivement devenus des outils d'évaluation pour une administration toujours plus gourmande en données numériques, mais aussi pour les autorités de santé. Des normes ont pu être établies à

partir de moyennes permettant ainsi de se comparer aux autres services à l'échelle du territoire national. Un processus de normalisation du soin a été introduit au sein des services hospitaliers. Celui-ci s'est progressivement imposé comme référence devant guider toutes les équipes de soins dans ces services si spécifiques.

Protocolisation.

En réanimation, la prise en charge des patients est complexe, les changements constants, les ajustements minutieux, avec des variations des thérapeutiques qui peuvent s'opérer d'heure en heure. Cette complexité aidant, il a fallu soulager les praticiens des ajustements pluriquotidiens des doses des différentes thérapeutiques ou des réglages des machines. Les protocoles se justifiaient alors, permettant, grâce à des algorithmes, de transférer ces ajustements aux infirmières mais aussi aux machines. Les protocoles ont alors massivement émergé dans toutes les unités de réanimation. A l'heure actuelle, un service sans protocole serait considéré comme un mauvais service. Si protocoliser, c'est homogénéiser la prise en charge, c'est aussi diminuer l'espace de création du soignant. Ses possibilités d'initiative se retrouvent affaiblies, il applique la thérapeutique en fonction de l'algorithme sans qu'à aucun moment son avis, son sentiment, son impression puissent influencer sur ses actions. Personne n'a jamais construit un algorithme décisionnel en réanimation incluant une case « selon votre expérience » ou « selon votre intuition ». La règle est là, il faut l'appliquer et s'en écarter, c'est prendre un risque pour soi.

Rationalisation.

Ce principe a été importé du management des entreprises directement dans le système hospitalier. L'historique récent de cette stratégie managériale est bien décrite dans le livre *La casse du siècle* (2) coécrit par Juven, Pierru et Vincent, sociologues experts du système de santé en France. Cette rationalisation du travail, assimilable à une industrialisation du soin a connu un tournant dans les années 80. La journée de travail du soignant a été observée, analysée, minutée afin de profiler chacun des soins, leur donner une durée de réalisation, calculer au mieux la quantité de personnel nécessaire, analyser la charge de travail, optimiser au mieux la ressource humaine. Dans les années 2000, fort de cette nouvelle science, le travail des soignants a été progressivement réorganisé, afin de limiter au mieux les temps morts, les sureffectifs et la mauvaise répartition du travail. Bien évidemment, cela s'est fait sous l'argument d'une nécessité, pour les soignants, de se recentrer « sur leur cœur de métier ». Le soin s'est transformé en une liste de tâches standardisées avec une durée définie.

Comment le soin, tel que défini par Joan Tronto, peut-il trouver sa place dans un soin où le seul référentiel est le chronomètre et où le temps d'écoute n'est pas pris en compte ? La première étape du *care* (3), *caring about* – se soucier de, intègre *de facto* une phase d'écoute. Le soin ne peut être délivré sans qu'au préalable, le besoin ait été identifié, entendu, mesuré. C'est ainsi la conséquence première de cette

rationalisation du soin – Le soignant a été privé de la possibilité d'exercer le soin tel qu'il se définit c'est-à-dire dans l'interaction avec le malade, dans la relation singulière qui impose un échange préalable à la dispensation d'un soin adapté. Le deuxième élément négligé voire condamné par cette stratégie de rationalisation est tous ces temps « à côté », non consacrés directement aux soins mais qui ont leur importance. C'est ce qui est définie dans le monde de l'entreprise comme du *Lean Management*. On dégraisse et retire tout ce qui n'est pas pour le bénéfice direct du client et là, en l'occurrence, le malade. Comment pourrait-on envisager que le malade puisse bénéficier du temps de pause de l'infirmière discutant avec ses collègues en salle de repos. Pourtant, ces périodes *off* sont propices à l'échange d'expérience dans l'exercice de la fonction, aux discussions éthiques au sujet des modalités de prise en charge. Il se joue ainsi beaucoup plus dans ces échanges informels mais le bénéfice de ces échanges est difficilement mesurable, quantifiable, estimable.

Cette transformation dans le microcosme de la réanimation est un bon reflet de la transformation du système de santé à plus grande échelle. Tout se norme, tout se protocolise, tout se rationalise pour le bénéfice des malades. Les praticiens se doivent de suivre des règles imposées par les autorités de santé, toujours plus nombreuses, initialement incitatives et de plus en plus coercitives car opposables. Les écarts sont désormais sanctionnables et la responsabilité du praticien est engagée, s'il ne prescrit pas dans les « règles de l'art ». Les médecins élèvent de plus en plus la voix sur ce *diktat* de la norme, du chiffre, que les autorités de santé leur imposent pour juger du bon fonctionnement des structures hospitalières. Il faut désormais remplir des grilles, des fichiers informatiques, des formulaires en lignes pour savoir si notre service est dans les normes selon les critères des autorités. Les médecins ont le plus souvent oublié qu'ils sont à l'origine de ces critères, qu'ils sont les parents de ces enfants, ogres numériques, qu'ils refusent de reconnaître. Ils ont enfanté ce Gargantua administratif boulimique de scores, de chiffres, de tableaux, d'indices de qualités. Revenir en arrière sera difficile.

Si l'objectif final est honorable, celui de soigner au mieux l'ensemble de la population, on néglige l'effet secondaire sur le soignant qui se retrouve simple exécutant d'une norme imposée par un groupe d'expert. Sa souffrance trouve un terreau propice à son installation, dans cette normalisation et protocolisation à outrance. Il souffre car il n'a plus de possibilité d'initiative, il n'a plus de possibilité de faire valoir son expérience. La réalité imposée par la normalisation ne correspond plus à la réalité de l'expérience du soignant. Dejours dans ses nombreux travaux de recherche sur la souffrance au travail met en avant régulièrement la différence entre le travail prescrit et le travail effectif (4). Le travail prescrit, celui intégré dans le protocole, l'algorithme ne peut prendre en compte tous les aléas d'un dysfonctionnement imprévu, du grain de sable que l'on n'avait pas envisagé. Le travailleur, s'adapte naturellement, fait preuve d'inventivité, d'ingéniosité pour surmonter cet imprévu et arriver à la production que l'on attend de lui – c'est le travail effectif. Ces observations, il a pu les faire dans de nombreux corps de métier

notamment dans le domaine de la santé. La réanimation n'est pas épargnée avec ces protocoles, dont l'objectif initial est de normer les soins et de limiter au mieux l'erreur humaine. On prive alors le soignant de sa possibilité de travail effectif. Dans son analyse d'un service de réanimation en perdition, Dejours relève cette phrase d'un soignant – « *On ne prend pas de risque en suivant les recommandations. On ne risque pas d'être accusé de s'être trompé* » (5). Paradoxalement, si l'objectif initial était de limiter la responsabilité individuelle, c'est l'inverse qui se produit : en cas d'écart à la norme fixée sa responsabilité sera pleine et entière. S'il dévie du protocole c'est sa responsabilité individuelle qu'il met en jeu. Alors il obéit, il applique, quelque fois même avec zèle, sans se poser de questions, forme de protection contre ce qui peut lui sembler incohérent ou inadapté. Il ne fait alors plus son métier comme il se l'imaginait, il sait qu'il fait mal, il sait qu'il dévie de son idéal et la souffrance prend place. La perte de sens est au cœur de cette souffrance, issue de ce que Yves Clots, dans *Le travail à cœur*, qualifie de qualité empêchée (6). Parmi les soignants, tout le monde ne réagira de la même manière mais certains, ayant un idéal probablement plus fort de leur exercice finiront par se détester de se voir travailler de la sorte. Ils feront l'expérience, selon Dejours, de la trahison de soi (7). C'est une première étape qui sera progressivement suivie, pour certain par la « haine de soi ». Ils finiront alors par baisser les bras. Si certains quitteront le service, voir changeront de profession, certains, plus affectés mettront fin à leurs jours.

III Intelligence artificielle ou l'ambivalence d'une promesse technologique

On n'arrête pas le progrès

Pas un jour ne se passe sans que soit vantée l'arrivée du messie de la technologie du futur – l'intelligence Artificielle (IA). Elle sera omniprésente dans nos outils de communication, nos moyens de transport, notre maison et bien d'autres secteurs dont bien évidemment la santé. Les promesses sont à la hauteur de nos romans de sciences fictions les plus inventifs. De la prévention, au curatif strictement adapté à chaque individu, tout sera pour le mieux et pour tous. Dans le cadre de la promotion d'un nouveau diplôme universitaire consacré à IA en santé, on retrouve en introduction les arguments clés : « promouvoir l'IA en Santé pour des meilleurs soins, plus d'humanité et à un meilleur coût » (8). La subtilité de la langue française laisse cependant planer un doute sur la lecture que l'on peut avoir du mot « plus » dans cette formule. Elle émerge ainsi dans tous les secteurs de la santé, se rendant progressivement indispensable.

Plusieurs positionnements à cette IA dans la santé sont envisagés dans un premier temps, en santé publique pour l'amélioration de la prévention, la détection des facteurs de risques, la veille sanitaire, la prédiction d'événements indésirables, d'émergence de maladies mais aussi le cadre des diagnostics dans les spécialités qualifiées de morphologiques (radiologie, dermatologie, anatomopathologie,

ophtalmologie, endoscopie). D'autres voies sont envisagées, notamment celle de pallier le déficit de soignants. La télémédecine, le remplacement des radiologues ou des ophtalmologues sont quelques-uns des exemples ou l'IA pourrait se positionner comme solution alternative à un secteur géographique insuffisamment pourvu en médecins. Les urgences, bien trop souvent démunies face à l'augmentation constante d'affluence pourrait être le premier secteur à accueillir ces systèmes informatiques. La machine sera positionnée initialement comme support aux cliniciens, une aide, juste une aide, à ces côtés, une petite place sur la chaise qu'occupe le médecin. Progressivement, elle engloutira les informations, les données numériques, les chiffres, les statistiques, les dossiers et, par cette obésité numérique, éjectera progressivement le médecin de ce fauteuil initialement partagé. En plus de cette aide médicale, promesse est faite aux administratifs de pouvoir classer les patients selon la gravité de leur pathologie, prédire les périodes d'affluences et même réduire le délai d'attente aux urgences. L'urgentiste n'est plus seul sur sa chaise et il va devoir conjuguer son exercice avec ce nouvel ami qui lui veut du bien.

IA et réanimation

La réanimation est la zone de confluence des nouvelles technologies. Il y existe déjà de nombreuses techniques artificielles permettant de suppléer les dysfonctionnements des poumons, des reins, du cœur, du foie, du tube digestif. Contrôler l'ensemble de ces organes s'apparente de plus en plus au métier de pilote d'avion ou de contrôleur aérien tant les machines sont omniprésentes. Il n'est d'ailleurs pas rare que pour décrire la phase de sevrage de la ventilation artificielle (retrait de la machine servant oxygéner artificiellement les poumons et se substituer à la respiration spontanée), les réanimateurs parlent d'atterrir afin d'illustrer, auprès des familles, la difficulté que peut représenter cette phase de réanimation. On fait des essais sur le respirateur artificiel avant l'extubation (pouvant s'apparenter à la phase d'approche de la piste d'atterrissage) et quelques fois, face à l'échec des tests, on ré-endorment le patient avant de tenter une nouvelle approche (une remise des gaz). Si ce « pilotage » était jusque-là fait en manuel, c'est-à-dire uniquement guidé par le sens clinique du docteur et son expérience, on a vu émerger de nouveaux appareillages se positionnant comme aide à la décision. Fort d'algorithmes complexes, ces machines testent elle-même le patient en augmentant ou diminuant l'aide du respirateur et en analysant la réponse clinique du patient. Après plusieurs tests en toute autonomie, la machine émet un signal d'alerte pour vous avertir que le patient est prêt à être extubé. Il ne vous reste plus qu'à valider ou non la décision de la machine. Si l'on peut considérer cette évolution technologique comme un progrès, on peut s'interroger sur la place qu'il laisse au libre arbitre du réanimateur. Se fiant totalement à la machine, il perdra son sens clinique et ne pourra plus s'appuyer sur son expérience.

A partir de cet exemple très concret, on entrevoit comment l'IA se positionnera en réanimation comme aide à la surveillance, à la décision diagnostique ou thérapeutique, à l'évaluation de la gravité et comment elle se substituera progressivement au soignant dans la prise en charge de ces malades si complexes.

IA et mise en péril du sens

L'objet n'est pas de se positionner dans une heuristique de la peur mais plutôt de s'interroger sur la place que le soignant va pouvoir trouver dans sa relation à autrui avec un hôte si encombrant et dominant que sera l'IA. Il ne faut donc pas arrêter ce progrès mais permettre au soignant de garder une place maîtresse dans le soin. Il n'est pas question ici d'être technophobe ou *a contrario* technolâtre mais de prendre conscience que réduire le progrès uniquement à sa dimension technique fait courir le risque de passer à côté de toutes les autres conséquences. Il faut anticiper les conséquences adverses de l'émergence de ces technologies et avoir une approche de sagesse – une sorte de « *technosophie* » permettant d'aborder la technologie en santé pas uniquement sur le versant du bénéfique pour le malade mais aussi sur ses effets collatéraux notamment chez les soignants. Une approche utilitariste, où le bénéfice de la collectivité et plus spécifiquement des malades se ferait au dépend d'autres, en l'occurrence les soignants, serait à long terme, délétère pour tout le monde. Le sens du métier de soignant, tient du contact avec l'autre, de la possibilité d'écoute, de toucher, de sentir, fondement du « care ». La transformation de l'autre, le vulnérable, le malade, en une source de données à numériser risque d'altérer considérablement l'exercice du métier de soignant. Il risque de se retrouver comme simple intermédiaire entre le malade et la machine qui briserait ainsi cette relation si singulière qui caractérise le soin. C'est en cela que l'on retrouve l'ambivalence de cette promesse technologique. Lorsque la machine interrogera directement le patient, lorsqu'elle fera le diagnostic, prédira le pronostic et proposera le meilleur traitement, le soignant aura bien du mal à se positionner dans cette relation. Le sens de son action s'en verra considérablement altéré, il aura du mal à produire de la qualité dans son travail dont la source est la modalité d'échanges avec le malade.

L'opposition au progrès et à la technologie est toujours plus difficile à défendre, face à l'utopie prométhéenne vantée par la médecine du futur. Si l'on prend l'exemple spécifique de l'Intelligence Artificielle (IA), il est systématiquement mis en avant les progrès substantiels qu'elle sera en mesure d'apporter aux patients. L'argumentaire permettant de la valoriser étant suffisamment solide, il est difficile de contester l'adoubement de la technologie. La valorisation de ces progrès, sous couvert d'un bénéfice pour les patients, se rapproche d'une philosophie utilitariste contre laquelle s'opposait Jonas. Ce méliorisme qui accompagne l'arrivée de l'IA, ne peut souffrir de contestation, selon ses défenseurs, car elle sera axée sur l'amélioration de la prise en charge des malades. La contester, c'est faire preuve de vulnérabilité mal placée. Il faut anticiper l'arrivée de ces nouvelles technologies et définir le cadre de leur mise en place afin de prévenir les risques inhérents à celles-ci. Si l'IA était initialement positionnée comme une aide (au diagnostic, à la décision thérapeutique), elle risque, avec le temps, de se retrouver pilier de la prise en charge - l'hôpital souffrant malheureusement d'un scientisme techniciste dominant. Devant cette aliénation progressive il est essentiel qu'une réflexion éthique émerge afin d'encadrer l'utilisation de l'IA, sous peine de faire perdre au soignant tout sens dans

l'exercice de son métier. Il existe un risque dans cette technoscience, celui d'une perte de sens qui serait catastrophique et à l'origine d'une crise sans précédent dans notre système de santé. Cette perte nuirait, sans nul doute, à la qualité des soins. Cette qualité des soins est le socle d'une médecine humaine, dont nous sommes toujours en quête. L'humanisation du système de santé n'est pas un vain mot. La technomédecine a créé des technomédecins et pourrait même dans l'avenir, se passer complètement du corps médical. La primauté du bien collectif, celui de soigner au mieux les patients, pourrait se faire au détriment des soignants qui perdraient ainsi leur rôle de ligand entre malades et médecine du futur.

IV Promouvoir une « bulle hypotechnologique »

Face à cette ambition spéculative, le principe de responsabilité doit s'appliquer dans la mise en place de ces nouvelles technologies. Il faut agir maintenant car demain, les soignants de ce monde futur auront déjà perdu la main sur le soin et il sera trop tard. C'est ainsi qu'aujourd'hui, il faut agir pour demain. Hans Jonas nous éclaire dans *Le Principe responsabilité*, sur cet impératif à agir maintenant face à la menace d'une technique moderne « qu'est ce qui peut servir de boussole ? L'anticipation de la menace elle-même ! » (9). Cette temporalité est difficile à aborder tant la technologie offre à court terme des bénéfices rapidement valorisables. Ainsi, s'il est facile d'énumérer l'apport de ces avancées technologiques (prise en charge personnalisée, amélioration du diagnostic, thérapie ciblée, etc.) il est beaucoup plus difficile d'élaborer les conséquences à moyen et long terme sur la place du soignant dans la relation singulière qu'il entretient avec les malades. Il n'y a pas une solution unique pouvant permettre de répondre aux risques inhérents à cette profonde mutation du système de santé. Les solutions se trouvent à l'échelle macroscopique qu'est la politique jusqu'à une échelle beaucoup plus petite, microscopique, de l'individu représenté par le soignant. Dans ce microcosme médical qu'est le monde de la réanimation, il a été mis en évidence la place grandissante qu'occupe la technologie. Ce monde très spécifique de la réanimation représente sans aucun doute l'avant-garde de ce que sera la médecine hyper technologique de demain. Si ses bénéfices pour le patient ne peuvent être remis en question, elle a souvent comme conséquence de limiter la relation directe entre soignant et malade. Il est nécessaire et urgent d'entamer une réflexion sur l'organisation des soins afin de préserver les moments de contacts entre soignant et malades, qu'ils soient visuels, sensitifs, auditifs. La phase de soin, quelle qu'elle soit (toilette, administration d'un traitement, interrogation) devrait être une phase intime, où le soignant se délaisse de la technologie pour se consacrer plus librement à cette phase, où tous ses sens sont en éveil pour mieux comprendre, percevoir les besoins du malade. On pourrait qualifier cette phase de « bulle hypotechnologique » où la technologie serait laissée en dehors de la bulle intime dans laquelle se crée la relation singulière qui réunit soignant et malade. La conceptualisation de cette bulle, par le

soignant, doit lui permettre de retrouver cette proximité dont il se sent si souvent privé et à l'origine d'une perte de sens.

Conclusion

L'exercice du métier de soignant est en profonde mutation. Cette dernière pourrait avoir un impact négatif sur le sens qu'ils donnent à leur métier. On observe depuis quelques années, l'expression d'une souffrance des soignants dans l'exercice de leur métier. Les modifications structurelles du système de santé, l'évolution vers une médecine technologique participent à cette mutation.

Les progrès considérables sont les fruits d'une révolution scientifique et technologique. Cette révolution est en cours, l'exercice de la médecine change, le rôle du soignant se modifie. La réanimation, discipline relativement récente en médecine, représente l'avant-garde de l'intégration de ces nouvelles technologies. C'est donc un terrain propice à l'analyse des conséquences des mutations sur le métier de soignant. Les nouvelles technologies y sont omniprésentes sous formes d'écrans, de machines, de capteurs. Le fonctionnement du corps devient totalement artificiel, la majorité des organes étant suppléée par ces machines. L'optimisation des soins délivrés passe par de nouvelles règles de fonctionnement où rationalisation, normalisation, protocolisation permettent de s'assurer que les soins administrés correspondent au mieux aux recommandations en vigueur. Elles ne laissent que peu de place à l'initiative pour le soignant qui se retrouve à devoir appliquer strictement des protocoles en série. Le temps passé auprès du patient n'est pas valorisé, c'est une variable non prise en compte dans cet objectif qualité. Le soignant s'éloigne du malade, perdu au milieu de toutes ses machines, et dans cette forme de qualité empêchée où il ne peut exercer son métier selon l'image qu'il en a, la souffrance s'installe par perte de sens. L'Intelligence Artificielle (IA) émerge en réanimation et plus globalement dans cette médecine du futur. Pas un jour ne passe sans que soit vanté cette nouvelle technologie avec la promesse d'une médecine plus précise, plus fiable, personnalisée, prédictive voir même plus humaine. L'IA a toutes les raisons de s'infiltrer en réanimation où les machines sont de plus en plus présentes et complexes. Le risque à long terme est de déposséder le soignant de son pouvoir décisionnel, de le restreindre à transcrire les prescriptions d'une machine. Quelle place pour le sens dans ce monde hypertechnologique ? S'il est inutile de vouloir rejeter la technologie, il faut, en se projetant dans cet avenir proche, imaginer les manières de garder une place au soignant en respectant la démarche de soin qui rend cette relation avec le malade si singulière. Il faut réussir à préserver cette phase du soin en créant virtuellement une « bulle hypotechnologique » durant laquelle la rencontre entre le patient et le soignant permettra l'expression des besoins qu'engendre la vulnérabilité. L'écoute, la compréhension, la réaction ne seront que meilleures dans cette bulle isolante. Les nouvelles technologies sont au service du malade mais ne doivent pas l'être au détriment du soignant. Il faut que ce dernier

puisse avoir suffisamment de liberté d'action pour exercer son métier et exprimer de la qualité dans son travail.

Ni technophobe, ni technolâtre, il faut, en se projetant dans le futur, apporter une réflexion de sagesse face à l'émergence de ces technologies en santé, une « technosophie » laissant la possibilité aux soignant de trouver du sens dans l'exercice de leur métier.

Références :

- (1) Tronto J., *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Éditions la Découverte, 2009
- (2) Juven P.A, Pierru F, Vincent F., *La casse du siècle, à propos des réformes de l'hôpital public*, Éditions Raisons d'agir, 2019
- (3) *Id.* p. 147
- (4) *Op cit.* p. 8
- (5) *Id.* p. 36
- (6) Clot Y., *Le travail à cœur*, Paris, La Découverte, 2015, p. 39
- (7) *Id.* p. 49
- (8) Site internet du Diplôme Universitaire Intelligence artificielle appliquée en Santé. <https://odf.parisdescartes.fr/fr/formations/feuilleter-le-catalogue/sciences-technologies-sante-STS/diplome-d-universite-1/du-intelligence-artificielle-appliquee-en-sante-program-du-intelligence-artificielle-en-sante-ia.html#programContent420228f3-13f2-4626-a7e0-c8c0bdd960e9-1>
- (9) Jonas H., *Le Principe responsabilité*, Flammarion, « Champs essais », 1995, p. 16