

**Intérêt et limites de l'automatisation d'une « lettre au médecin »
par micro-ordinateur à partir des échelles A.M.D.P.**

C. MORMONT *

En psychopathologie, dans les limites particulières où elles sont applicables et pour autant qu'on en admette le principe, la standardisation et l'informatisation des données se heurtent au sentiment du clinicien de n'y rien trouver d'utile à sa pratique.

Quand bien même il comprend l'avantage qu'un dossier standardisé présente d'un point de vue administratif ou qu'une observation quantifiée offre sur le plan de la recherche, il n'y trouve pas, au quotidien, la compensation raisonnable des efforts supplémentaires qu'exigent de lui de telles méthodes.

(*) Clinique Psychiatrique universitaire de Liège.

En effet, les bénéfices qui découlent d'une systématisation de l'observation sont loin d'être tous patents, et sont rarement vus à court terme.

En outre, le clinicien n'entre pas facilement en relation avec l'ordinateur. Les entraves qu'il rencontre sont d'ordre matériel, technique, psychologique, et il semble qu'aujourd'hui et pour beaucoup, les habitudes de travail restent liées au papier-crayon. De ce fait, les informations emmagasinées dans l'ordinateur paraissent ou sont peu accessibles.

Enfin, l'ordinateur ne fait souvent que restituer l'information qui lui a été fournie, ce qui n'est pas d'un grand intérêt pour le thérapeute.

Or, nous savons, grâce aux comportementalistes, que l'absence de renforcement positif succédant au comportement attendu est de nature à défavoriser l'acquisition ou le maintien de ce comportement.

Nous avons cherché dès lors, à coupler l'observation systématisée (comportement attendu) à l'obtention d'un avantage (renforcement positif).

En analysant de façon pragmatique la situation du clinicien, il nous est apparu que cet avantage pouvait consister en un gain immédiat soit d'information, soit d'énergie, ces gains pouvant être cumulés.

A la Clinique psychiatrique universitaire de Liège, nous utilisons couramment les fiches psychopathologique et somatique de l'A.M.D.P. (Bohon, 1981) afin de transcrire l'observation systématisée.

A titre de rappel, le système A.M.D.P. d'origine allemande et maintenant diffusé sur le plan international grâce à des traductions espagnole, française, anglaise et japonaise notamment, dispose de trois fiches anamnestiques, d'une fiche psychopathologique de 115 items et d'une fiche somatique. Chaque item de ces deux dernières fiches peut être coté sur une échelle en cinq degrés.

L'analyse factorielle (Troisfontaines et al., sous presse) pratiquée sur un nombre suffisant de cas évalués de cette façon a dégagé dix facteurs psychopathologiques et trois facteurs somatiques : Obsession, Dramatisation, Anxiété, Dépression, Apathie, Syndrome psycho-organique, Dissociation, Délire, Manie-Agitation, Hostilité-Irritabilité, Plaintes somatiques, Syndrome anticholinergique, Insomnie.

Pour un individu donné, la valeur de chacun de ces facteurs peut être calculée et affectée d'une certaine signification clinique.

La transposition graphique de ces valeurs donne un profil susceptible de visualiser le tableau psychopathologique et d'attirer l'attention sur l'intensité relative des différents facteurs.

Les résultats de l'analyse factorielle et leur traduction visuelle constituent donc une information ajoutée à l'information sémiologique initiale.

Autrement dit, le clinicien qui s'est livré à l'examen de son patient, qui a relevé signes et symptômes, et qui a introduit l'observation systématisée dans l'ordinateur, reçoit en retour et à sa demande, des informations complémentaires quantifiées susceptibles de mieux organiser son jugement clinique.

Cette information ajoutée peut être considérée comme le premier renforcement positif.

Par ailleurs, nous savons combien le médecin traitant souhaite connaître rapidement l'opinion du spécialiste auquel il a envoyé son patient. Mais nous savons aussi combien le spécialiste néglige souvent de répondre à cette attente, réservant son énergie et sa réflexion au rapport détaillé qu'il rédigera plus tard. Nous savons enfin que la mauvaise communication entre le médecin traitant et le spécialiste peut engendrer des inconvénients pour le patient.

Ce constat banal nous a amené à nous demander si nous ne pouvions mettre à profit l'effort de systématisation et de codification déjà consenti, en vue d'éviter la rupture entre les thérapeutes (Mormont et al., 1983).

Il nous a semblé que les diverses informations stockées, l'analyse factorielle des items sémiologiques et la transposition graphique des résultats constituaient un matériau susceptible d'être contenu dans la lettre brève que le spécialiste envoie à son confrère.

Par ailleurs, le cadre formel d'une lettre peut être automatisé sans difficulté ni perte en raison de son caractère stéréotypé (formules de politesse, etc.), tout en laissant au psychiatre la possibilité d'exprimer en clair son avis diagnostique, ses conseils thérapeutiques ou toute autre remarque.

Cette lettre, éditée sur demande à partir de l'observation systématisée à laquelle le psychiatre procède, évite à ce dernier une tâche qu'il arrive à certains de trouver ingrate ; elle constitue donc une économie d'énergie, deuxième renforcement positif présumé.

Ainsi, grâce au programme mis au point par R. von Frenckell, et ne nécessitant qu'un micro-ordinateur et une imprimante, il est possible, en environ un quart d'heure :

1° D'entrer les données sémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et administratives, concernant le patient examiné ;

2° De stocker l'observation systématisée, ce stockage immédiat étant avantageux dans la perspective de recherches diagnostiques, épidémiologiques, thérapeutiques mais aussi dans le but de comparer le patient à lui-même au cours de son évolution ;

3° D'obtenir un document lisible contenant les informations essentielles au terme d'un premier examen ou d'une mise au point. Le document n'ayant pas à transiter par un secrétariat peut parvenir à l'omnipraticien le lendemain de la consultation.

Il est clair que la lettre automatisée — dont l'accueil par les omnipraticiens a été jusqu'à ce jour unanimement favorable — ne se substitue ni à un contact personnel, ni à un rapport circonstancié. Éditée à la demande du psychiatre qui reste seul juge de son adéquation et seul maître de son usage, elle apporte rapidement une information concise et établit un trait d'union — peut-être profitable au patient — entre le psychiatre et le médecin traitant.

Elle ne peut pas davantage mais elle peut cela.

BIBLIOGRAPHIE

Bobon D. : *Le système A.M.D.P.*, Deuxième édition, Bruxelles, Mardaga, 1981.

Troisfontaines B., Bobon D., Mormont C., Pellet J., von Frenckell R., Bronckart C., Dignonnet C., Lang F., Mormont I. : Analyse de la stabilité factorielle des fiches A.M.D.P. sur l'état psychopathologique et somatique actuel. *Encéphale* (en préparation).

Mormont C., Bobon D., von Frenckell R., Bronckart C., Troisfontaines B. : La lettre informatisée au médecin traitant. Une application pratique de l'A.M.D.P. *Acta psychiat. belg.*, 83, 588-597 (1983).