

Marc Jamouille

Juin 2018

MD, PhD. Médecin de famille, chercheur et enseignant, Belgique

Numérisation et responsabilité sociale des facultés de médecine

La numérisation de toutes les activités humaines est galopante et va bien plus vite que notre culture permet de l'absorber. Numérique et digital sont maintenant interchangeables pour désigner les nouvelles technologies de l'information et de la communication qui ont bouleversé le monde à la fin du siècle passé [1]. Nous nous occupons ici de la digitalisation de la connaissance qui remet en cause tous les fondamentaux de l'acquisition du savoir, de sa gestion et de son utilisation face à la vie humaine fragile. Fractures socio-économique, fracture sociocognitive, fracture Nord-Sud étaient déjà énoncées en 2007 dans les relations entre fracture numérique et culture par Jacques Perriault [2]. Le descripteur du thésaurus MeSH est encore plus signifiant et exprime la division : « *digital divide* » contrairement à sa traduction française qui ne fait état que du fait : « *fracture numérique* ».

Les universités et plus particulièrement les facultés de médecine, responsables de la transmission du savoir, sont au cœur du processus de numérisation et peuvent prendre des orientations qui vont rencontrer ces fractures ou au contraire les favoriser. En ces temps de vulnérabilité ou des pans entiers de la population se réfugient dans le quietisme, l'obscurité volontaire, l'émigration intérieure [3], laissant le champs libre aux populistes et ceux-ci aux dictatures, il revient à l'université de défendre les valeurs de la connaissance, de supporter le doute fondateur et la complexité, de garantir le droit des humains à l'intimité.

Les étudiants et la connaissance en ligne

La digitalisation de l'information autorise l'autonomie des étudiants dans l'acquisition des connaissances et l'apprentissage par problème (Problem Based Learning ou PBL) [4]. Beaucoup d'universités ne sont-elles pas encore engoncées dans une structure académique rigide qui ne permet pas le passage de la reproduction des connaissances à la gestion de la connaissance. Leurs étudiants sont plus des reproducteurs passifs que des créateurs actifs. Depuis l'examen d'entrée qui sélectionne les bons reproducteurs jusqu'à l'obtention du diplôme, ils sont confrontés à répéter des masses de matières technologiques hautement spécialisées, ont peu de formation anthropologique, philosophique ou éthique, rencontrent le patient trop tard dans leur carrière estudiantine et pas assez souvent hors des murs de l'hôpital.

Beaucoup d'universités ont réussi à échapper au carcan historique de la reproduction académique. Par exemple, à Maastricht-Pays-Bas, à Cork-Irlande, à Faro-Portugal, à Fortaleza-Brésil ou encore à Quito-Equateur, les étudiants sont placés devant une réalité d'apprentissage qui les oblige à maîtriser les outils de connaissance disponibles en ligne, à être en contact avec la réalité du patient depuis la première année, à discriminer l'information, à pouvoir échapper à la pression incessante des firmes pharmaceutiques, à identifier les besoins du patient dans leur milieu et à intégrer leur actions de santé dans la vie sociale [5]. Il est de la responsabilité sociale des Universités d'apprendre aux étudiants que les patients sont, entre souffrance et fragilité, des personnes à protéger, y compris de la médecine elle-même*.

Par exemple, l'utilisation du PICO [6], soit une interrogation standardisée de sources factuelles sur un problème de santé, sur ordinateur ou smartphone pendant la consultation permet de répondre à des questions factuelles au cours de la rencontre médecin-patient. Les futurs soignants doivent être formés aux bases de données, maîtriser l'anglais scientifique, connaître les principes de base de la gestion du savoir. En ce qui concerne les études de médecine, la fracture Nord-Sud est en train de se déplacer entre ceux qui peuvent gérer l'information, connaître les sources,

* A ce sujet, voir chapitre X ; Prévention quaternaire

partager une bibliographie en ligne ou obtenir à tout prix un article et ceux qui ont été condamnés à la reproduction du savoir du maître.

Les patients, le droit à la connaissance et à l'intimité

L'informatisation et la disponibilité immédiate d'information de haut niveau, déjà difficilement intégrable par les médecins en formations, est souvent inaccessible aux personnes qui n'ont pas intégré le doute comme fondement épistémologique de la démarche scientifique. La digitalisation pousse le patient à l'autonomie [7] et à la Prise de Décision Partagée (PDP), selon laquelle les professionnels de la santé et le patient travaillent ensemble pour prendre des décisions conjointes concernant les soins. La PDP exige que les patients soient informés et comprennent les risques et les avantages de leurs options [8]. On peut se poser la question de savoir quelles sont les facultés de médecine qui enseignent à transmettre la discrimination du savoir. C'est toute la question de la division digitale qui est posée lorsqu'un médecin se plaint avec suffisance que son patient a été « voir sur Internet » avant de consulter.

Au Mali, dans les années 80, la population Minianka, des agriculteurs sédentaires, partageaient facilement leurs questions de santé lors de consultations à ciel ouvert et publiques. Mais quand est arrivé un homme que, apparemment rien ne différenciait des autres, l'assemblée savait que cet homme-là devait être vu en privé. C'était un Peul, un migrant, un gardien du trésor qu'est le bétail : un Autre donc. Dans la question difficile de la propriété des informations de santé, le droit à la différence, à l'altérité, à l'intimité, à l'oubli sont fondamentales. La transparence informative peut être destructrice d'une vie et des médecins qui ont appris à traiter un infarctus myocardique peuvent provoquer sans le savoir un infarctus social chez des patients fragiles en divulguant des informations de santé qui leur paraissent banales. Ces points ont été abordés dans la Charte pour une Ethique de l'Information proposée en 2010 par un groupe de médecins franco-belges [9]. Ce jeune homme qui sollicite un emploi verra sa demande refusée parce que la système d'information en ligne révèle qu'à 16 ans il a fait un raptus anxieux qualifié de psychose sur cannabis. Qui permettra l'effacement de cette information ? Il est urgent que les facultés de médecine se penchent sur la question difficile de la gestion des informations personnelles de santé.

Le futur, l'approche multi-disciplines et le web sémantique

Depuis les années 2000, l'informatique en réseau et la gestion des langues ont fait des progrès fulgurants. Le Traitement automatique des langues (TAL) permet maintenant la gestion automatisée des textes et plus que cela la gestion automatisée de reconnaissance de concepts dans les textes. Grâce aux techniques du Web sémantique et à l'utilisation du réseau Internet, les nouveaux scientifiques que sont les ingénieurs de connaissance et les experts en systèmes d'information ont modifié profondément le paysage de la gestion de la connaissance, y compris médicale. Les machines peuvent maintenant identifier des concepts et non plus des termes, devenir indépendantes des langues et même « raisonner » sur l'information produite [10]. Les facultés de médecine devraient former les futurs médecins à travailler en réseau, à comprendre les enjeux des futurs, à s'ouvrir aux autres sciences et à partager le savoir. La collaboration ouverte et le partage ouvert du savoir est un rempart contre *l'écrasement par un contexte ultralibéral qui marchande les « services » universitaires* [11] et implique que la responsabilité sociétale des universités soit un humanisme proactif et non la simple application d'un standard ISO [12].

Sources

¹ Moatti, A. (2016). Le numérique rattrapé par le digital?. Le Débat, (1), 68-72. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01720052/document>

² Perriault, J. (2007). Cultures du traitement de l'information et fracture numérique. In *Le sommet mondial sur la société de l'information et après? : perspectives sur la cité globale : [actes du colloque de Strasbourg, 18-19 mai 2006]* (pp. 163–181). Bruylant.

³ Bauman, Z., & Mauro, E. (2018). Babel. CNRS Editions. Paris..

⁴ Lopez-Fernandez, Olatz, and Jose Luis Rodriguez-Illera. "Investigating university students' adaptation to a digital learner course portfolio." *Computers & Education* 52.3 (2009): 608-616.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0360131508001668>

⁵ Jamoulle M. Une formation en médecine exigeante et novatrice. Problem-based learning à l'Université de Fortaleza, Brésil. *Primary Care*. 2010;10(19):375-9. <http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/fr/2010/2010-19/2010-19-453.PDF>

⁶ Evidence Based Medicine online guide. (2018) What is the PICO model. <https://researchguides.uic.edu/ebm>

⁷ Meskó, Bertalan, et al. "Digital health is a cultural transformation of traditional healthcare." *mHealth* 3 (2017).

<http://mhealth.amegroups.com/article/view/16494/16602>

⁸ Légaré F, et al. (2010) Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane database Syst Rev*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20464744>

⁹ De Jonghe, M., Favre, M., Seys, B., & Jamoulle, M. (2006). L'information et l'éthique de l'information ; la Charte de l'éthique de l'information. *Prescrire*, 312–313. <http://www.prescrire.org/docu/archive/aLaUne/dossierCharteInfoClinique.php>

¹⁰ Jamoulle, M. *Towards a system of concepts for Family Medicine . Multilingual indexing in General Practice / Family Medicine in the era of Semantic Web*. PhD Thesis. University of Liege, Belgium. Retrieved from <http://hdl.handle.net/2268/216132> 2017.

¹¹ Brunelle, D. (2015). Mise en contexte historique et politique: de la mission sociale à la responsabilité sociale des universités, et retour. *Revue Interventions économiques. Papers in Political Economy*, (53).

¹² ISO 26000 Norme sur la responsabilité sociale des entreprises. <https://www.iso.org/fr/iso-26000-social-responsibility.html>