



HAL
open science

Phénoménologie des risques de la télémédecine : le cas de la téléconsultation

Franck Varenne

► **To cite this version:**

Franck Varenne. Phénoménologie des risques de la télémédecine : le cas de la téléconsultation. Amandine Cayol. Les enjeux juridiques et éthiques du développement de la télémédecine en Normandie, , 2022. hal-03961052

HAL Id: hal-03961052

<https://hal.science/hal-03961052>

Submitted on 28 Jan 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Version auteur du texte paru dans *Les enjeux juridiques et éthiques du développement de la télémédecine en Normandie*, A. Cayol (dir.), Caen, rapport (livre blanc) réalisé pour le projet de recherche EDeTeN, 2022, p. 19-26.

Rapport financé par la Région Normandie et l'Union européenne, dans le cadre du programme opérationnel FEDER/FSE 2014-2020 (1er nov. 2020 au 31 oct. 2022).

Phénoménologie des risques de la télémédecine : le cas de la téléconsultation

Franck Varenne – Université de Rouen – ERIAC - mai 2022

franck.varenne@univ-rouen.fr

Introduction

Ce court texte propose une approche d'inspiration phénoménologique d'un cas particulier de pratique de la télémédecine : la téléconsultation. Il ne s'inscrit pas dans un courant particulier de la phénoménologie philosophique, mais il tâchera d'en mobiliser quelques intuitions majeures. En philosophie, une approche phénoménologique d'un événement consiste en le fait d'adopter à son propos un point de vue descriptif et donc neutre - ou en suspens - par rapport à un point de vue qui serait sinon théorique et explicatif¹. Il s'agit de partir des manières quotidiennes, ordinaires et directes que nous avons d'abord de vivre, d'appréhender et de ressentir cet événement, de décrire les « phénomènes » - c'est-à-dire les manières dont cet événement apparaît au sujet et est vécu par lui - dans leurs qualités et leurs formes, sans s'appuyer sur des théories explicatives larges et sous-jacentes. Un tel angle d'attaque s'apparente, on le voit, à une approche empirique à la fois centrée sur le sujet ou son vécu ordinaire et formulée seulement en première intention.

Une telle approche ne peut nullement se substituer aux autres approches empiriques comme celles de la psychologie ou de la sociologie, par exemple. Car ces dernières sont fondées, d'une part, sur des protocoles objectivement, intersubjectivement, instrumentalement (i.e. au *moyen* d'instrumentalités matérielles et symboliques), socialement explicités, établis, concertés et vérifiés, et, d'autre part, sur des données objectivées, elles-mêmes souvent redoublées et croisées. Mais, une telle approche philosophique peut être utile s'il s'agit aussi d'entendre et de tâcher de formuler d'entrée de jeu le point de vue du patient, de comprendre,

¹ « Le terme signifie étude des 'phénomènes', c'est-à-dire de cela qui apparaît à la conscience, de cela qui est 'donné'. Il s'agit d'explorer ce donné, 'la chose même' que l'on perçoit, à laquelle on pense, de laquelle on parle, en évitant de forger des hypothèses », Jean-François Lyotard, *La Phénoménologie*, Paris, PUF, 1992, p. 5.

de donner à voir directement la qualité et la teneur de sa participation au colloque singulier qu'est d'ordinaire la consultation. Ainsi la phénoménologie, sans avoir le même pouvoir épistémique qu'une approche empirique authentiquement scientifique, peut conduire à prendre davantage en compte la qualité précise de l'expérience du patient, de son ressenti propre comme de sa contribution dans cette interaction cruciale qu'est la consultation dès lors que, comme patient, il n'y est pas seulement passif, comme on le sait bien, mais aussi coactif. En outre, l'approche phénoménologique, malgré son ancrage apparemment singulier et dissymétrique dans un sujet en partie opaque à lui-même, peut aussi conduire à certaines inductions éclairantes et peut, par-là, relever d'une certaine heuristique en mettant sur la piste de certaines hypothèses explicatives et donc, dans le cas d'anticipation de risques, sur la piste de certaines remédiations. Une telle approche d'abord purement descriptive et ne rendant compte que de simultanités ou de corrélations purement phénoménales peut certes se révéler trompeuse, bien sûr. Cependant, par les *a priori* explicatifs du vécu qu'elle tend à décrire également puis à expliciter en sus des ressentis singuliers, elle peut aussi suggérer des hypothèses explicatives pas toujours égarantes et pouvant parfois aller au-delà de la pure description elle-même.

Ce texte propose donc une ébauche descriptive à la fois de l'expérience vécue de la téléconsultation comme de l'expérience, elle-même vécue, même si de façon moins explicite, des *a priori* explicatifs eux-mêmes - *a priori* purement hypothétiques et possiblement erronés - du sujet même qui éprouve ce vécu et qui inévitablement accompagnent toujours aussi son expérience à la fois émotionnelle et rationnelle. Ce texte abordera d'abord de front, dans une première partie, les émotions directement occasionnées par la distance, la non-présence du médecin, c'est-à-dire l'absence de son corps pour le patient, comme de l'absence du corps du patient pour le médecin. Dans une deuxième partie, nous verrons que cette absence est plus subtile qu'on pourrait le croire : en réalité, elle n'est pas vécue comme pure, car un certain corps représenté (*via* un écran, un haut-parleur) est bien présent en quelque sorte et n'est donc pas complètement absent. Mais il apparaîtra aussi que c'est cette quasi-présence qui occasionne plusieurs types de distorsion en favorisant une sorte de dissociation subie entre cette part du corps signifiant qui peut s'exprimer et cette autre part du corps signifiant qui ne peut s'exprimer. Enfin, nous explorerons l'effet, après coup, que cela fait d'avoir eu une téléconsultation : ce que l'on en retient ou ce que l'on n'en retient pas, aussi bien au titre de patient que de médecin.

La distance et l'absence du corps

En premier lieu, quand on attend sa téléconsultation, au titre de patient, on anticipe que le médecin ne sera pas là. On anticipe qu'il n'y aura pas de rencontre

en chair et en os. Et on appréhende déjà cette absence. L'auscultation ne sera pas possible : l'accessibilité et l'engagement du corps du médecin ni ceux du mien ne seront les mêmes. Mon corps ne sera pas mesuré, touché, attesté par celui d'un autre ni par conséquent relayé, étayé et soutenu dans ce souci qu'il a sinon de souffrir seul. La plupart des textes éthiques internationaux encadrant la pratique de la télémedecine présentent pour cette raison la téléconsultation comme un pis-aller (acceptable en cas de contrainte sanitaire ou de déficit local de médecin) et, en tout état de cause, ne la recommande pas, sauf cas d'urgence, pour autre chose qu'une consultation de suivi ou de renouvellement de traitement².

Mais donc, que ressent-on exactement du fait de cette non co-présence de nos deux corps ? Nous sentons d'abord, comme patient, une perte en vulnérabilité ou plus exactement une perte dans l'expression de notre vulnérabilité comme corps souffrant. Saurais-je exprimer ma détresse ou, plus simplement, mon inconfort à sa juste intensité ? Saura-t-il prendre la correcte mesure de mon mal ? Il y a là une anticipation potentiellement angoissante de la part du patient, celle d'une perte en empathie, et, corrélativement, d'une possible perte en responsabilité de la part du médecin. Sera-t-il autant engagé, se sentira-t-il autant obligé au soin face à ma vulnérabilité si elle ne lui est que faiblement voire nullement présente ? Ma présence, prévue comme bien plus ténue voire comme inexistante, semblera me confisquer la puissance paradoxale qu'elle a sinon, dans l'apparaître de sa chair nue et sans défense, d'obliger au soin. La responsabilité du thérapeute risquera, pour moi, d'être bien moins engagée. Et j'anticipe que je vais rester bien davantage seul face à mes symptômes puisque je ne serai pas entendu ni touché et, donc, que je ne toucherai pas.

En outre, le médecin, déjà ressenti comme maître des horloges en consultation présente, aura immanquablement - semble-t-il - le pouvoir de me déconnecter, de me « zapper », et tout cela, dans le cas favorable où ces techniques - anxiogènes en elles-mêmes - fonctionneront correctement et où je saurai m'en servir (autre source d'angoisse, bien entendu). Par ailleurs, l'inertie ordinaire de la présence de mon corps, qui est à la fois un poids et une puissance, ne pourra plus être un instrument dérivé de ma demande : elle ne pourra plus être un prétexte pour ces dernières petites questions ou phrases parfois si importantes que je formule, à la fin, le temps de me rhabiller et de me rendre vers la porte. Symétriquement, les actes du médecin sembleront devoir être simplifiés à l'extrême et réduits au déplacement d'une souris : quel temps gagné pour l'enchaînement de ses consultations mais aussi quel temps perdu pour mes petites demandes corrélatives

² Voir par exemple le *WMA (World Medical Association) Statement on the Ethics of Telemedicine*, 2018, <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-the-ethics-of-telemedicine/> où on lit par exemple dans le préambule : "Face-to-face consultation between physician and patient remains the gold standard of clinical care." Voir aussi "Ethical Practice in Telemedicine", AMA (American Medical Association), 2021: <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/ethical-practice-telemedicine>. Dans ce dernier document, on lit la recommandation suivante : "Physicians who respond to individual health queries or provide personalized health advice electronically through a telehealth service in addition should inform users about the limitations of the relationship and services provided."

qui motivent ma connexion ? Faudra-t-il alors que je renouvelle la téléconsultation tant et plus pour qu'il comprenne ma demande principale et mes autres demandes aussi ?

En résumé, il apparaît, en première analyse que la distance et l'absence de mon corps comme l'absence du sien m'installent *a priori* dans l'inquiétude, l'inconfort et la conviction que l'examen médical n'en sera pas véritablement un, qu'il consistera en un acte technico-technique, sans référent réel, un acte où l'on parlera peut-être de moi, mais où mon corps n'y trouvera pas son compte, ne s'y retrouvera pas, du fait de sa non attestation, de sa non-réassurance par un autre corps, un corps sachant, touchant et touché, celui du médecin.

Toutefois, la situation n'est peut-être pas si dramatique ni si risquée aux yeux du patient que celle qu'il anticipe. Ne peut-on objecter que notre corps de patient n'est en réalité pas si radicalement absent que nous le craignons ? Car, devant son écran, le médecin voit au moins notre visage et possiblement aussi certaines parties de notre corps. En outre, notre dossier qu'il peut « ouvrir » dans une autre fenêtre lui est accessible. Et ce dossier ouvre bien à des aspects nombreux et complexes de notre corps : il contient les derniers clichés techniques (radios, IRM), les comptes-rendus d'opération, les derniers résultats d'analyses, les dernières ordonnances. Ne devons-nous pas d'ailleurs préférer souvent une téléconsultation avec notre médecin traitant plutôt qu'une consultation avec un médecin qui ne nous connaît pas mais qui est convoqué d'urgence à notre chevet ? Ne nous a-t-on pas d'ailleurs incité ces dernières décennies à venir de préférence en consultation au cabinet du médecin au motif qu'il aurait tous les outils et toutes les informations nécessaires pour un diagnostic et un soin de qualité, façon de nous préparer à renoncer aux visites à domicile de l'ancien « médecin de famille » ?

Le corps représenté et fragmenté

Et il est vrai que la téléconsultation n'interdit pas la présence du corps par principe dès lors qu'elle permet que le corps du patient soit à tout le moins - non pas seulement barré et comme écranté par l'écran - mais aussi projeté aux yeux attentifs et savants du médecin, et cela par des systèmes techniques médiateurs (réseaux numériques), par des médias (écrans, haut-parleurs) et par des fichiers analytiques (textes, images scannées, images numériques). Le corps n'est certes pas présent mais, en tant que mesuré, projeté et analysé, il est représenté. Il n'est donc pas radicalement oublié ni nié.

On objectera que le colloque singulier en présentiel est une rencontre entre deux personnes entières, chacune corps et esprit. Ou, pour éviter de parler de corps et d'esprit, disons que chacun y vient à la fois avec la part de son corps signifiant

qui ne s'exprime pas explicitement et avec celle qui s'exprime explicitement, par l'organe phonatoire et la voix le plus souvent. Ainsi, le colloque singulier traditionnel n'est pas exactement d'un à un. Il est par essence de plusieurs à plusieurs : il est pluriel ou, mieux, pluraliste, plurivoque. Car ce colloque passe par différents canaux, différentes modalités sensorielles, dont au moins aussi le toucher et l'audition, donc pas seulement la vue. Il mobilise donc différentes voix. Ainsi parle-t-on du « langage du corps », langage dont on espère que le médecin saura l'entendre. Pour autant, ce colloque plurivoque ordinaire, c'est-à-dire en consultation présenteielle, n'est pas cacophonique. Avant la consultation en présentiel, le patient attend et espère qu'il sera polyphonique au-delà de ce que lui-même pourra en entendre. Il espère qu'il sera au final harmonieux et, pour cela, fortement et clairement signifiant pour le thérapeute et sa décision.

En téléconsultation, il y a certes bien aussi une interlocution - les voix alternent et se répondent - entre les deux corps parlants, ou plutôt les deux parties explicitement expressives de nos corps. Il y a même essentiellement cela. Mais c'est le pluralisme vrai de l'interlocution privée, du colloque singulier, de la rencontre interpersonnelle, qui est perdu. Cette plurivocité - cette pluralité des voix dont certaines précisément inaudibles - étant perdue, le diagnostic semble devoir immanquablement perdre en qualité mais aussi en fiabilité et en robustesse.

Il perd en fiabilité car le médecin est aussi un scientifique. Et s'il a besoin d'abord de retenir son jugement, d'observer, d'écouter, d'observer encore, d'ausculter, puis de se proposer des hypothèses, il doit les tester en multipliant ensuite - ou en même temps - des recherches, au départ imprévisibles, d'autres signes divers et possiblement hétérogènes, des recherches de symptômes qu'on ne croyait pas être liés, par exemple, en première (auto-)analyse. C'est qu'il cherche à confirmer et, pour cela, à recroiser ses informations, ses sources. Avec la téléconsultation, ce recroisement d'informations nous semble - mais peut-être à tort - beaucoup moins possible dans la mesure où nous ne lui apparaissions que sous la forme de quelques milliers de pixels mobiles dans une ou plusieurs fenêtres d'ordinateur présentées à son regard, regard qu'on espère par ailleurs concentré. Mais, du fait de notre absence, cette concentration et cette attention du médecin aussi, on ne peut que les espérer et pas réellement les vérifier, cette fois-ci au moyen de nos propres différentes modalités sensorielles.

Ainsi donc, le langage de cette part de notre corps qui est verbalement silencieuse est quasiment perdu : il y a une perte d'information en ligne. Il semble devoir résulter de cela (autre risque) qu'une approche plus systémique ou holistique du tableau clinique en soit irrémédiablement empêchée : ces approches par aplats, par fenêtres et par juxtapositions de mesures des parties du corps du patient, de ses mesures d'organes, semblent barrer la route à une approche plus intégrative. C'est pourquoi la téléconsultation semble devoir aussi se doubler d'un biais massif dans la manière de porter un diagnostic. Aux yeux du patient à tout

le moins, elle semblera prédisposer à une approche compartimentale ou par organe plutôt que systémique, ce biais devant occasionner possiblement une perte de chance pour un bon ou suffisamment précoce diagnostic.

De fait, et c'est encore un autre risque, le patient ressent aussi comme une violence non pas seulement due cette fois-ci à l'absence du corps du médecin et au fait corrélatif de la non présentation de son propre corps aux yeux de médecin, comme nous l'avons évoqué en première partie, mais aussi et surtout due au fait d'une dissociation forcée qui lui est imposée entre les deux parts de son corps signifiant : celle qui peut (ou peut encore, mais le peut-elle toujours ?) s'exprimer et l'autre part qui est pour lui inexpressive. La téléconsultation demande au patient de ne pas venir en personne. Elle lui enjoint de ne pas venir comme une personne qu'il est pourtant.

Cette dissociation forcée (« dites-moi ce qui vous arrive » : et pour toute réponse, en temps normal et en réalité, je montre là où ça me fait mal et je dis : « c'est là docteur... » ; donc je dis...que je montre) peut susciter du stress et de l'angoisse avant et pendant la téléconsultation : je crains fortement que cette petite part de mon corps qui peut parler ne soit pas à la hauteur de tout ce qu'aurait à exprimer sinon l'intégralité de mon corps signifiant. Ainsi, le patient téléconsultant peut avoir l'impression de passer un examen au lieu de subir un examen médical.

Cette autre dissociation, plus profonde, conduit à une sorte de double peine ou de double souffrance, celle-ci quasi programmée : vais-je être à la hauteur de ce qui m'atteint pour pouvoir le dire correctement afin que le médecin s'en saisisse ensuite lui-même correctement ? Suis-je à la hauteur de ce que je suis ou de ce que je deviens à travers ce qui m'arrive ? Ne sachant dire les signes, ne serai-je pas à l'origine de l'erreur de diagnostic ? Me mérité-je ? Et sinon, ne mériterais-je pas, au fond, ce qui m'arrive ? À ne pas savoir le dire, on garde son mal et on se l'approprie davantage encore, en silence et pour le pire : tel est le cœur de ce qui peut accroître le risque d'esseulement du malade, sans coprésence des corps. Car cette nouvelle incapacité que je me reconnais à présenter verbalement mon tableau clinique en lieu et place de mon corps entier peut susciter en moi une culpabilité nouvelle, mais sourde, qui viendra s'ajouter aux maux qui m'atteignent, de celle qui pourrait me faire plus ou moins obscurément admettre que je mérite au fond ce qui m'arrive, de celle qui pourrait ensuite me faire renoncer aux soins, à mes droits de malade. De fait, il y a un surinvestissement et une survalorisation de la voix en téléconsultation : vais-je savoir dire ? La voix du patient, sa parole, est mise artificiellement sur la brèche : une grande responsabilité lui est conférée, disproportionnée, faisant violence à son organisation, à son organisme.

On comprend que ce risque conduit aussi tel quel à une problématique de biais social sévère (niveau d'éducation du patient et qualité de son expression verbale, en plus de son niveau d'habileté numérique, bien sûr et en particulier pour les personnes âgées) comme aussi à une problématique d'exclusion capacitiste (*quid* des muets, des malentendants ?) : qui sait ou saura dire correctement ce qu'il ressent, ce qui l'atteint ? Comme si le système technique nous disait : « ne méritera d'être correctement soigné que celui qui sait ou saura se faire entendre à travers les seuls canaux du système numérique ». Et même, et quand bien même je saurais correctement dire ce que je crois qui m'atteint (ou qui y fait signe), que penser aussi de cette fâcheuse manie que j'ai parfois de manipuler mon médecin téléconsulté par ma seule parole, parole toujours unilatéralement orientée, pour en obtenir la toujours même ordonnance alors qu'il serait bon, peut-être, qu'il me voit en vrai, en entier, en personne, pour saisir objectivement la fragilité et l'insincérité de mes rationalisations pourtant si bien exprimées par cette part de moi qui peut - ou prétend - tout dire ou dire l'essentiel de moi ?

On pourrait objecter que tel n'est pas le but, au fond, d'une consultation en médecine générale : il s'agit de ne pas la confondre avec une consultation thérapeutique en psychologie. D'ailleurs, bien souvent la téléconsultation peut se faire à trois : il s'agit alors d'ajouter l'avis d'expert du spécialiste qu'on ne va pas physiquement déranger (encore moins un spécialiste, tant il est plus rare encore et plus loin que le généraliste !) mais que notre médecin traitant peut contacter à distance au moins par téléphone pendant notre consultation présente avec lui. Un tel avis à distance est donc souvent purement technique et les manœuvres psychiques y peuvent apparaître comme de très peu de poids.

L'après consultation, l'engagement au soin et la narration

Toutefois, une consultation réussie devrait avoir une certaine efficacité, c'est-à-dire conduire prioritairement à un diagnostic pertinent et ensuite à un soin adapté. Comme après une consultation en présentiel, après une téléconsultation, le patient semble tout autant mais cette fois-ci pas plus livré à lui-même. Et pourtant, il s'en faut.

Car que reste-t-il d'une téléconsultation ? Souvent une ordonnance, une ordonnance de plus mais envoyée par email ou *via* le serveur numérique distant. Cette ordonnance n'a pas été donnée de la main à la main : le symbole est fort. La contractualisation du soin est par là fragilisée. Songeons qu'on contracte traditionnellement (au marché) en donnant sa parole de vive voix mais aussi, en plus, en se touchant les mains ou en se serrant ou frappant les mains : *tope-là* ! Nos mains ne se sont pas tendues l'une vers l'autre, dernier signe du fait que le médecin n'a pas été touchant, mais aussi nous n'avons pas « topé » : signe cette

fois-ci que ce n'est même pas un marché en main que le médecin téléconsulté peut nous proposer. « Toper », se frapper dans la main - avoir la main de l'autre qui reconnaît la nôtre et donc notre pouvoir de faire et, par-là, notre engagement à faire - a en effet traditionnellement pour signification d'accepter un marché ou un défi en se tapant dans la main.

Mais que dire aussi de cette ordonnance que j'imprime en local, chez moi, avec les qualités limitées de mon imprimante ? Je dois prendre cela sur moi aussi. Vais-je me sentir obligé de suivre cette prescription ? Dans quelle mesure ? On peut prédire, mais peut-être à tort (c'est à vérifier), que le taux de non suivi des traitements (ou de suivi arrangé, partiel, modifié par automédication) prescrits par téléconsultation sera plus élevé que celui des traitements prescrits en présentiel. Que dire aussi d'une ordonnance numérique réputée ne valoir que pour le patient précis, dans un état précis, non manuscrite et à l'heure de son éminente reproductibilité technique ?

Que retient-on d'une téléconsultation ? Sur quoi mon regard a-t-il désespérément dû se poser pour ancrer un précieux souvenir qui permettra la remémoration et la réactivation ultérieure de la parole vive et elle-même précieuse du médecin. Je me souviendrai, par exemple, de cette téléconsultation qui a eu lieu le soir uniquement parce qu'elle présentait un jeu d'ombres bien particulier. Je distinguais à peine la silhouette du médecin derrière ses dossiers. Mais je me souviendrai aussi de cette autre parce que c'était le matin, que le cadrage était cette fois-ci très mauvais et que la lumière écrasait tout ce que j'aurai pu entrapercevoir par ailleurs du cabinet. Mais, décidément, il m'est bien difficile de m'y revoir dans ce cabinet, ce jour où il m'y a pourtant bien dit ceci ou cela d'important pour moi, puisqu'au fond, je n'y étais pas. Cette parole médicale va rester abstraite et difficilement mobilisable dans mes remémorations personnelles. Son effet à long terme risquera alors d'être tout autant fragilisé.

Songons enfin à l'approche intégrative et narrative aujourd'hui recommandée (médecine narrative). Elle pourra en souffrir ou être même impossible : avant même de permettre l'expression d'une narration articulée de mes différents états et maux aux yeux du médecin, comment me raconter d'abord à moi-même la séquence de mes maux et de mes soins lorsque, par exemple, mon diagnostic aura été long et compliqué et que je devais aller de médecins en médecins pour bien circonscrire et définir mon mal ? Avec des consultations en présentiel, cette aventure pénible de recherche un peu éperdu de diagnostic est encore racontable, signifiante. Mais comment cette narration compliquée sera même possible lorsqu'il ne s'agira plus que de raconter le passage d'une fenêtre d'écran à une autre fenêtre d'écran de mon toujours vieil ordinateur ?

Les chemins pour se rendre aux différents cabinets comptent aussi bien sûr et ne seront pas non plus utilisés pour la remémoration, l'auto-narration, la métabolisation raisonnable de cette épreuve et, plus tard, pour l'engagement à enfin se soigner. Cette difficulté à se remémorer vaudra symétriquement aussi

pour le médecin bien sûr : aucune fixation narrative aucun événement signifiant ou décisif, aucun trait d'humour distanciant et partagé, dans des instants volés, en toute fraternité humaine en fin de consultation présente ne semblera pouvoir servir véritablement de repère temporel et vivant pour rappeler le thérapeute à ma personne et à sa responsabilité.

Conclusion

Il ressort de cette esquisse phénoménologique un tableau plutôt sombre. On a en effet suggéré qu'alors que l'engagement et la responsabilité du médecin semblent devoir être *a priori* fragilisés par l'absence du corps du patient (partie I), la prescription qu'il produit serait ensuite elle-même fragilisée par l'absence du rapport de la main à la main, fondateur de toute confiance et de tout engagement réciproque (partie III). Pire encore, le déni de la personne dans son intégrité semblerait durablement acté et peu réversible (partie II).

Tous ces risques subsistent sans doute, ne le contestons pas. Toutefois, observons que cette distance et cette objectivation imposées peuvent également être une chance, avoir du bon pour un certain nombre d'affections spécifiques dans la mesure où une telle médecine à la fois distanciée et fragmentante fait passer le message que le patient est bien coacteur, à part égal avec le médecin, de son soin, de sa guérison : façon de dire que le sérieux et l'objectivité d'une médecine de plus en plus personnalisée (car de plus en plus richement informée sur le patient) devra passer par une pratique de plus en plus impersonnalisante (car méfiante au regard des stratégies propres au patient en termes d'information et déformation verbales au sujet de ce qu'il interprète être ses signes cliniques). Ainsi la violence que nous dénonçons dans cette injonction à dissocier cette part de soi qui parle de cette part de soi qui ne peut se dire, n'est-elle pas plutôt simplement - ce qui n'est pas forcément mieux mais est de nature un peu différente - une forme de brutalité ? Le message un peu brutal dirait ici en substance au patient qu'il doit se prendre littéralement en main d'abord, se ressaisir. Le médecin intègre les données, entend l'historique (on a dit combien cela deviendra fragile toutefois), fait le diagnostic et prescrit un traitement : le traitement devrait être suivi en conséquence par le patient. Mais, là encore, la participation et l'engagement du patient resteront fortement requis et cette impersonnalisation subie fait qu'on sent plutôt qu'il faudrait limiter le recours à la téléconsultation à des usages ciblés et cadrés, pour des soupçons d'affection précis, en privilégiant la téléconsultation à trois ou, sinon, la téléconsultation à deux, mais avec un médecin déjà rencontré en cabinet ou à l'hôpital.