

*PERSPECTIVE*

## FORMER A L'EXERCICE D'UNE MEDECINE BIOTECHNOLOGIQUE ET HUMAINE

### *TRAINING FOR THE PRACTICE OF A BIOTECHNOLOGICAL AND HUMAN MEDICINE*

Pr Jacques BRINGER

Académie française de médecine.

#### RESUME

Le bond en avant de la médecine au cours des dernières décennies s'est appuyé sur la recherche, l'innovation dans les nouvelles biotechnologies permettant le développement de soins plus efficaces, moins invasifs, mieux ciblés pour nombre de maladies. Dans le même temps, une meilleure gestion des risques et une organisation plus centrée sur le patient impliquent une étroite coopération entre les professionnels de santé activés selon les besoins du patient. Les étudiants en médecine doivent être entraînés à acquérir la pratique des nouvelles technologies et à se préparer à l'action en équipe avant d'intervenir dans le soin. Un tel entraînement par simulation vise à développer des mises en situation de « vraie vie » incluant l'obtention de compétences individuelles ou collectives et l'aptitude des cliniciens à une décision partagée et aux relations humaines telles que la capacité d'écoute, d'annonce et d'accompagnement s'appuyant sur le questionnement éthique et le souci de la personne.

**MOTS CLÉS :** Formation médicale, compétences biotechnologiques, capacités relationnelles

#### ABSTRACT

During the last decades, medicine has known a beneficial leap due to research and innovation in new biotechnologies permitting more efficient, accurated and targeted care for many diseases. In the same time, better prevention in safety conditions and patient-centered-care organization involved a tight cooperation between multiple care-health professionals according to the patient needs. Medical students have to be trained to acquire technology advances and prepared to operate in team before to care patients? Such practice training in simulation centers aims at the goal to develop authentic real-life scenari of patients care situations including individual or team interactions skills and ability of clinicians for shared decision and human relationship as listening, announcement and coaching based on ethical questioning and careful of person.

**KEY WORDS:** Medical training, biotechnological skills, human ability

#### Correspondance :

Pr Jacques BRINGER, Académie nationale de médecine, 16 Rue Bonaparte, 75006 Paris, France.

E-mail : [j-bringer@chu-montpellier.fr](mailto:j-bringer@chu-montpellier.fr)

#### Droits d'auteur © 2017 Pr Bringer Jacques.

C'est un article d'accès libre distribué sous la licence [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), ce qui permet son utilisation libre, à la condition de l'attribuer aux auteurs en citant leurs noms.

#### INTRODUCTION

Pour être plus efficace, la médecine tend à être de plus en plus scientifique, rigoureuse et précise, en prenant appui sur de nouvelles biotechnologies. Les nouveaux marqueurs de biologie moléculaire, l'imagerie moderne et interventionnelle, les gestes chirurgicaux moins invasifs robotisés ou non, permettent le développement

de thérapies et d'une médecine mieux ciblées, moins variables, moins agressives. La numérisation aide la prise de décision dans les situations complexes et permet de partager facilement l'information entre les professionnels de santé. Outil de vigilance, d'assistance et d'éducation thérapeutique, elle facilite la coordination entre soins de

proximité et établissements de recours, ainsi que le retour à domicile dans des conditions de sécurité renforcée.

Grace aux pratiques ambulatoires, il est possible de concentrer et d'accélérer explorations et soins afin de respecter les aspirations du patient à retrouver au plus vite sa vie personnelle et professionnelle.

L'exercice des soins centré sur le patient doit ainsi être organisé, sécurisé et coordonné entre les nombreux professionnels de santé intervenant autour de lui. Une telle organisation « semi-industrielle » des soins, faite de standardisation, de biotechnologies de précision, de numérisation et d'accélération du parcours des patients n'est-elle pas trop froide pour rester humaine ?

### MEDECINE DE LA MALADIE ET MEDECINE DE LA PERSONNE

Les soins doivent être spécialisés, innovants, efficaces sans perdre de leur humanité. Le bond en avant de la médecine au cours des dernières décennies s'est appuyé sur la recherche et l'innovation qui ont conduit aux spectaculaires progrès réalisés dans la compréhension des maladies et leur approche diagnostique et thérapeutique. Les bénéfices, pour les patients, de ces grandes conquêtes basées sur le modèle « bio-techno-médical » centré sur la maladie sont indiscutables.

Cependant la forte émergence des maladies chroniques, souvent associées entre elles, plus encore dans le vieillissement, a montré les limites de cette approche exclusive fondée sur la pathologie.

On ne peut en effet s'en tenir à des approches spécialisées, cloisonnées, certes efficaces sur la maladie, mais insuffisantes et même potentiellement dangereuses lorsqu'il faut traiter un malade chronique aux pathologies multiples, souvent complexes et relevant d'une prise en charge globale. Celle-ci demande du temps et n'est plus compatible avec une rémunération au seul débit des actes dans une vision exclusivement quantitative.

La médecine de la personne, attentive à personnaliser les soins, dans une décision partagée, selon le profil de

chaque patient doit concilier des indications ciblées en fonction des caractéristiques de la maladie évaluée par les biotechnologies et l'imagerie moderne, en modulant les décisions et l'accompagnement selon le profil de la personne (son âge, ses comorbidités et son état psychologique) et en tenant compte de son environnement socio-éducatif et culturel et de ses priorités de vie (figure 1).

Tel est l'exercice technique et humain de chaque prise en charge de patients qui ne doit pas occulter ses aspirations individuelles et priorités de vie. Ceci signifie une écoute, une empathie, une qualité de la présence et de la parole afin d'éviter les regards, mots et gestes malheureux ou maladroits car inadaptés à la situation. Ainsi, le médecin ne doit plus « ordonner ». Il doit savoir annoncer, expliquer, convaincre, favoriser une vraie décision partagée avec le souci d'éclairer et d'autonomiser le patient.

On le voit, dans cette approche personnalisée, le médecin doit garder le souci constant de la personne. Etre humain, c'est avoir la lecture des attentes et des émotions de l'autre, les comprendre, et y répondre de façon adaptée.

La conciliation de la médecine scientifique, biotechnologique si indispensable et de la médecine de la personne, attentive à son profil et témoignant un constant souci du patient est possible. Ainsi, un geste d'imagerie interventionnelle ou de chirurgie robotisée ne dispense pas de la qualité de la présence, du choix des paroles, de la clarté des explications et du doigté de l'annonce et de son accompagnement.

Plus encore, l'éducation thérapeutique des patients à l'utilisation autonome d'objets connectés facilitant leur vie renforce le lien entre soignants et soignés. L'apprentissage par les médecins, soignants et patients de l'utilisation des outils de télésurveillance, téléassistance, aide à rassurer les malades, à les sortir de l'isolement et à leur fournir un soutien humain efficace et favorable à l'observance.



**Figure 1 : facteurs intervenants dans la structuration des soins personnalisés**

### UNE MUTATION DES FORMATIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTE POUR DE NOUVELLES MISSIONS

La formation et l'exercice des professionnels de santé doivent s'adapter à la révolution technologique et intégrer l'émergence sociétale et humaine des maladies chroniques avec, pour corollaire, la priorité donnée aux

nouvelles attentes des patients concernant la prévention primaire et secondaire, la pratique d'une décision partagée, la facilitation de l'autonomie et la coordination des soins.

La formation initiale et continue des professionnels de santé, et en premier lieu des médecins, doit répondre à plusieurs exigences.

Dans une médecine de complémentarité pluri-professionnelle autour du patient, il s'agit d'apprendre à travailler ensemble dans une inter-professionnalité bien comprise ou interviennent outre les médecins, nombre de paramédicaux, d'auxiliaires de santé avec l'émergence de nouveaux métiers, d'ingénieurs bio-techniciens ou informaticiens, et bien sûr d'administratifs sans oublier les accompagnants et aidants.

Cette inter-professionnalité ne cesse de se développer ce qui demande un socle minimum de formation pratique en commun afin de favoriser l'intégration de chacun au bénéfice des malades.

La deuxième exigence est de permettre à chaque professionnel de santé d'accéder à la compréhension et à l'assimilation des nouvelles biotechnologies en fonction de la place et de la mission qu'il occupe. Il est ainsi essentiel de former sans cesse pour adapter le soin aux nouvelles pratiques et aux nouvelles attentes des patients et pour comprendre et appliquer le sens de l'innovation dans la médecine prédictive, préventive, précise et personnalisée. L'acquisition de ces habiletés « technologiques » ne dépend pas simplement des connaissances mais demande un apprentissage afin d'acquérir une maîtrise anticipée et adaptée aux fonctions de chaque professionnel de santé.

Un centre d'apprentissage vise ainsi à faciliter et à évaluer les capacités des étudiants, internes, praticiens et autres professionnels de santé appelés à intervenir de façon conjointe auprès des patients, chacun à sa place.

Ainsi, l'assimilation des facteurs responsables de la maladie, du rôle respectif de l'interaction gènes-

environnement, des processus bio-moléculaires initiateurs, médiateurs et amplificateurs des pathologies est au cœur d'une connaissance scientifique incontournable pour les futurs médecins. Ces prérequis permettent en effet d'intégrer les nouveaux outils de la biotechnologie avec les marqueurs utiles à la prévention, au diagnostic précis et aux traitements ciblés améliorant réponse et tolérance thérapeutique. Tout médecin doit donc acquérir la rigueur du raisonnement scientifique, prérequis de la qualité des soins. Certains étudiants, montrant le goût d'une recherche appliquée aux soins et à la santé, doivent être stimulés et accompagnés dans leur démarche essentielle au progrès des soins.

Les centres d'apprentissage, véritables plateformes d'entraînement au carrefour des universités de santé et des stages hospitaliers, doivent être résolument tournés vers la mise en situation et l'apprentissage individuel et collectif par les techniques de simulation. (1)

En effet, entre l'acquisition des connaissances, les enseignements dirigés et les stages pratiques de compagnonnage, s'insère aujourd'hui cet apprentissage grâce à des outils qui permettent de s'entraîner avant d'intervenir pour la première fois sur le patient lui-même. De même, les outils numériques permettent d'acquérir des pratiques de prise de décision et de personnalisation des soins grâce à des « serious games ». (2)

L'ensemble de ces mises en situation permet de ne pas s'en tenir à un cerveau savant et à une « tête bien pleine », mais de favoriser l'émergence de capacités de synthèse, de décision et d'action qui traduisent une « tête bien faite » (figure 2)

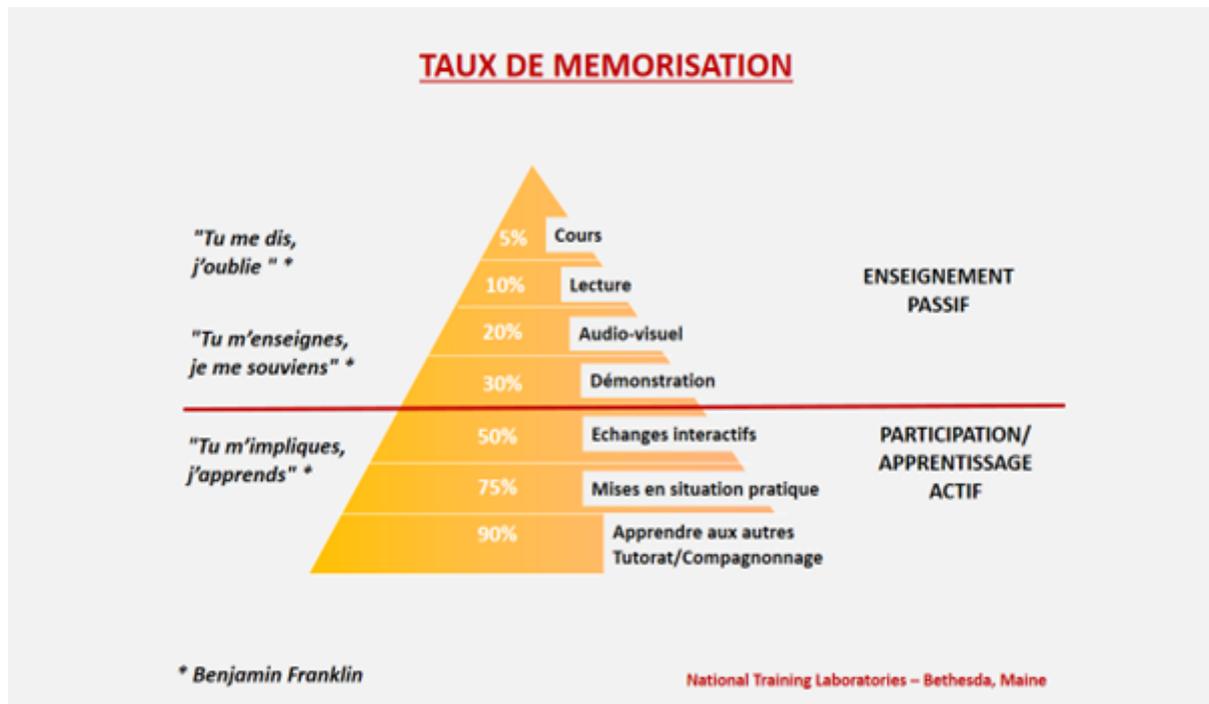


Figure 2 : taux de mémorisation- National Training Laboratories – Bethesda, Maine

### COMPETENCES HUMAINES ET APTITUDES RELATIONNELLES

Plus que tout, la médecine doit rester humaine (figure 3). Cela implique que les professionnels de santé doivent avoir pleine conscience de leur rôle par la qualité de l'écoute et de la présence, la bonne distance, la capacité d'empathie par le choix des mots, gestes et doigté de l'annonce et de son accompagnement. C'est pourquoi la

formation conjointe des médecins et professionnels de santé appelés à intervenir en équipe auprès des patients doit les mettre en situation de sensibilisation pour mieux percevoir, mieux comprendre et mieux répondre aux attentes des patients. Comment rester sensible et lucide à force de sélection, de performance, de course à l'activité et d'érosion émotionnelle dans l'engagement quotidien auprès des malades.

La qualité de présence et la disponibilité du médecin résultent d'une alchimie qui intègre le temps et la capacité d'écouter, de regarder, de parler, de toucher, de comprendre la personnalité, les priorités et les attentes de cette personne. C'est dans cette aptitude relationnelle bien intégrée que réside le colloque singulier.

Si « La médecine est une science d'incertitude et un art de la probabilité » (3) elle ne peut se résumer à des algorithmes décisionnels réduits à des réponses oui ou non, noir ou blanc (4). Il est essentiel de former au questionnement éthique sur le respect de la dignité de la personne, de son autonomie, sur l'attention à la bienfaisance et à la non malfaisance, avec le souci de l'équité.

L'enseignement de la médecine narrative qui privilégie l'écoute et l'esprit de synthèse à partir du récit des malades donne aux étudiants et internes un esprit critique, leur apprenant que l'important est de douter : la médecine est porteuse d'une espérance jamais d'une certitude illusoire lorsqu'on touche à la santé globale d'une personne (5).

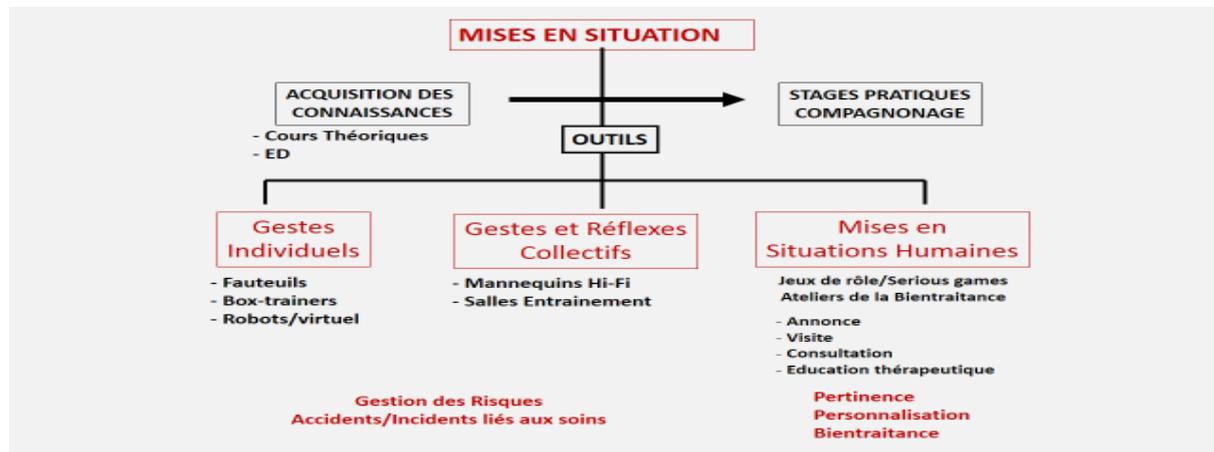
Bref la formation médicale ne peut se résumer à l'enseignement des algorithmes de routine déclinés sur le profil biotechnologique de la maladie d'un patient. La

démarche diagnostique, thérapeutique et du soin à la personne ne peut être évaluée par les réponses « tout ou rien » et non nuancées des QCM (6).

Le raisonnement médical amène à confronter connaissances scientifiques, compétences pratiques issues de l'expérience, questionnement éthique, aspirations et priorités du malade pour une décision médicale partagée, comprise et admise. Il ne s'agit pas simplement d'analyser, de comprendre, mais aussi de sentir pour éclairer et convaincre le patient.

La formation des professionnels de santé doit inclure des ateliers de la rencontre et du relationnel qui peut avoir différentes formes (théâtre et formation, jeux de rôles tutorisés...) permettant de faire ressentir et de transmettre le sensible, l'intime et le subtil de la palette émotionnelle et relationnelle avec son désarroi, ses fuites, ses non-dits, ses peurs et sa culpabilité. (7)

Ainsi l'exigence, pour le médecin, d'une alliance « du devoir de science » et du « devoir d'humanité » demande une prise de conscience et un travail sur soi-même afin de veiller à entretenir le regard du cœur entre l'acquisition des connaissances et de l'expérience et le besoin de lucidité et de vérité.



**Figure 3 :** place des mises en situation humaines dans la formation des étudiants en médecine

## CONCLUSION

Finalement la formation des professionnels de santé ne peut se satisfaire de concours et de sélections basés sur le seul contrôle des connaissances. Elle doit privilégier l'acquisition et l'évaluation des habiletés biotechnologiques nouvelles, mais aussi des aptitudes à

travailler en équipe et des capacités décisionnelles et relationnelles humaines.

## LIENS D'INTERET

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en relation avec le contenu de cet article.

## REFERENCES

- [1] Gordon JA, Shaffer DW, Raemer DB et al. A randomized controlled trial of stimulation-based teaching versus traditional instruction in medicine : A pilot study among clinical medical students. *Adv Health Sci Educ.* 2006 ;11 :33-39
- [2] Vanpee D, Frenay M, Godin V et coll. Ce que la perspective de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques peut apporter pour optimiser la qualité pédagogique des stages d'externat. *Pédagogie Médicale.* 2010 ;10 :253-266
- [3] Bean RB, Bean WB. *Sir William Osler : aphorisms from his bedside teachings and writings.* New York : Henry Schuman, 1950
- [4] Simpkin AL, Schwartzstein RM. Tolerating uncertainty – The next medical revolution ? *New Engl J Med.* 2016 ;1713-1715
- [5] Logan RL, Scott PJ. Uncertainty in clinical practice : implications for quality and cost of health care. *Lancet.* 1996 ;347 :595-598
- [6] Kassirer JP. Our stubborn quest for diagnostic certainty : a cause of excessive testing. *N Engl J Med.* 1989 ;320 :1489-1491
- [7] Nazione S, Pace K. An experimental study of medical error explanations : Do apology empathy, corrective action and compensation alter intentions and attitudes ? *J Health Commun.* 2015 ; 2 :1-11