

► Patient relationship

# Médecin paternaliste versus patient soumis et crédule: un scénario obsolète

La médecine est confrontée aujourd'hui à une crise profonde. Elle a été caractérisée des années, voire même des siècles, par une attitude paternaliste. En effet, qui mieux que le médecin peut détecter les signes cliniques, les interpréter et poser un diagnostic? Qui mieux que ce médecin peut définir le traitement optimal ayant pris en considération le poids des différents paramètres, propres au patient ou à la maladie? C'est du moins l'image qui semblerait persister de ce «noble art» au niveau de la population!

Nous vivons aujourd'hui une période qui ressemble à celle que le genre humain a connu avant l'avènement de la presse à imprimer, invention de Johannes Gutenberg (né vers 1400 à Mayence), qui va mettre à mal l'omniscience et la toute-puissance du clergé. Avant cette invention révolutionnaire, les gens n'avaient aucune possibilité de contrôler les dires des prêtres, qui étaient en grande partie les seuls à même de déchiffrer les écrits. L'impression va fondamentalement changer la donne puisque les œuvres écrites vont aisément être reproduites et facilement diffusées, et remplacer de ce fait les reproductions des moines copistes.

Si nous n'en sommes plus à l'invention de l'imprimerie, l'avènement de l'accessibilité ubiquitaire de l'information sur internet ressemble à s'y méprendre au changement radical qu'ont vécu les contemporains de Gutenberg.

On peut aujourd'hui imaginer un patient débarquant dans une consultation médicale avec une connaissance acquise sur la «toile» et par le biais des réseaux sociaux

qui étonnerait plus d'un praticien chevronné et expérimenté.

Si nous faisons l'effort d'imaginer, sans pour autant verser dans la science-fiction bon marché, une histoire médicale somme toute assez banale, nous comprendrions vite l'énorme changement auquel la profession va devoir faire face mais auquel le monde académique ne prépare pas la prochaine génération de médecins.

## Le scénario d'un futur proche

Nous sommes en 2024. Une jeune femme de 20 ans voit apparaître brutalement une triade de symptômes (polyurie, polydipsie et polyphagie). Elle fait partie de cette génération qui s'est familiarisée dès le berceau avec les outils informatiques. Rapidement – en utilisant un descriptif de symptômes avec un vocabulaire de non-initié – les moteurs de recherche vont l'orienter vers le diagnostic probable de diabète de type I. Par la même occasion, ces moteurs de recherche lui indiquent comment confirmer ce diagnostic.

Elle trouve facilement sur le «net» les applications requises pour poser son propre diagnostic. Vu la convergence des différents domaines de la technologie, la miniaturisation et les applications téléchargeables, ces techniques peu onéreuses sont maintenant à la portée de tout un chacun.

Elle utilise d'abord une nouvelle version du NaNose (*Nano artificial nose*, *Technion Wolfson Faculty of Chemical Engineering*, technique totalement non invasive, qui permet de détecter sur la base de l'haleine une série de pathologies (tel que le cancer, le diabète, l'asthme, la schizophrénie, les infections à candida...). Depuis quelques années, le système iBG Star® est commercialisé et largement répandu. Ce système, qui a obtenu le prix Reddot design Award en 2011, permet, à l'aide de son propre smartphone, de poser un diagnostic de certitude et ce simplement en prélevant une petite goutte de sang sur le bout du doigt ([www.bgstar.fr/web/ibgstar](http://www.bgstar.fr/web/ibgstar)). La petite languette porteuse de cette goutte de sang est glissée dans un lecteur de la taille d'un briquet connecté directement sur le smartphone sur lequel elle vient naturelle-

ment et facilement de télécharger l'application requise pour la lecture et l'interprétation du résultat.

Une fois le diagnostic confirmé, le moteur de recherche lui explique également les différentes possibilités thérapeutiques. Elle se souvient que, il y a dix ans, quand elle était encore enfant, une cousine diabétique était traitée par une pompe à insuline portée en ceinture et que cette approche de type «basal/bolus» laissait une assez grande liberté concernant la gestion des horaires et de contenus de repas. Toutefois, en 2017, une équipe alsacienne a finalisé un essai clinique avec un pancréas bio-artificiel constitué d'une poche remplie de cellules souches prélevées et différenciées capables de produire de l'insuline (Mailpan® de Defymed, projet MECABARP de Alsace BioValley) (<http://defymed.com/>) (<http://www.insulib.com/l-insulino-therapie-fonctionnelle/focus-medical/article/le-pancreas-bioartificiel-mailpan>). A l'occasion de l'implantation de ce pancréas artificiel, on implante simultanément des nano-senseurs capables de mesurer en temps réel et en continu les taux de glycémie (glysens.com: ICGM). Cette technologie, qui initialement posait problème à cause de la réaction à corps étranger autour du senseur, est devenue tout à fait efficace grâce aux travaux de l'équipe du Biosensor Research Lab de UCSD (University of California à San Diego) (<http://glysens.com/press-releases/glysens-ucsd-collabo->

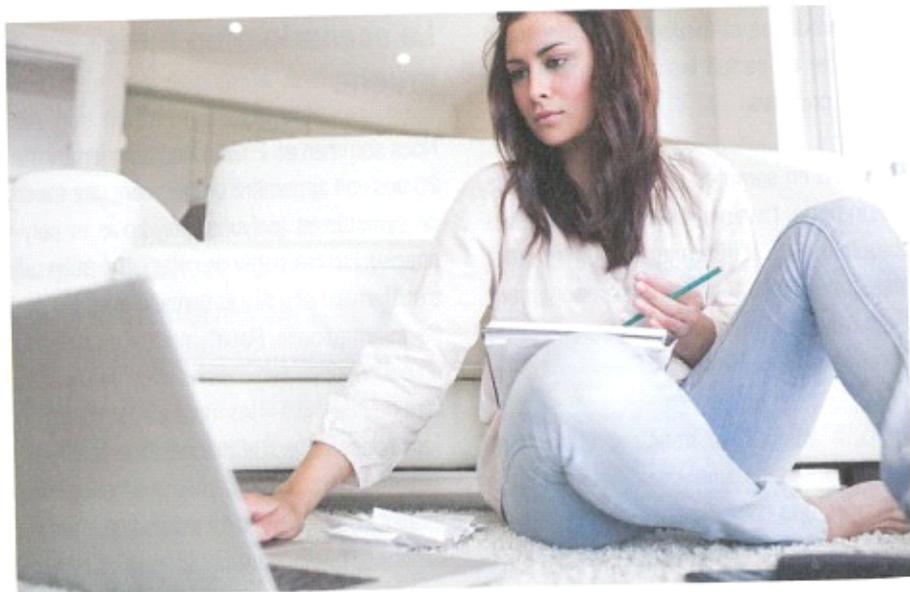
ative-research-leads-to-key-findings-regarding-the-viability-of-long-term-implanted-devices/). Ces mesures sont envoyées par une technologie sans-fil à son smartphone, qui les envoie au cabinet du chirurgien. Ce dernier peut donc détecter par des taux de glycémie anormaux une baisse de la production d'insuline par les cellules de ce pancréas artificiel. L'alerte se fait automatiquement, ce qui évite au chirurgien de passer au crible les différents patients pour qui il a fait cet implant. Comme la poche est reliée à un cathéter à chambre implantable, positionné en sous-cutané, il suffit que ce chirurgien convoque dès lors la patiente afin de remplacer les cellules fatiguées par des cellules «neuves».

Toutefois, elle sait qu'elle ne peut pas aller directement consulter un chirurgien, dont elle a préalablement évalué sur un site spécialisé mais ouvert au public, le taux de satisfaction des patients, le taux de succès ainsi que son taux de complications. En effet, les autorités fédérales confrontées à l'explosion des coûts de la médecine ont pris des mesures draconiennes en 2020. Elle doit donc d'abord passer par son médecin généraliste. Seulement, les décisions politiques à la fin du XXe siècle n'ont pas tenu compte de l'explosion démographique et de l'inversement de la pyramide des âges. La politique de restriction d'attribution de numéros INAMI a paupérisé la cohorte des médecins et cette dernière est majoritairement constituée de médecins

d'un âge certain (essentiellement des cinquans voire même carrément plus âgés). Ce phénomène est extrêmement prononcé en médecine générale. Même si les médecins doivent maintenir et parfaire leurs connaissances afin de prolonger le droit de pratique, l'explosion des données dans la littérature médicale et la surcharge de travail ne leur permettent pas de se tenir à jour.

En partant vers ce médecin généraliste, elle se dote de lunettes équipées du système Google Glass (<http://www.google.com/glass/start>, [mhadegree.org/will-google-glass-revolutionize-the-medical-industry/](http://mhadegree.org/will-google-glass-revolutionize-the-medical-industry/)). Par le réseau sans fil ubiquitaire et gratuit, elle reste connectée en temps réel. Elle a un accès immédiat aux sources d'informations spécialisées et aux forums des associations de patients diabétiques. Son cousin – en formation médicale – est lui aussi connecté en temps réel: il suit à distance la consultation par video-streaming. Elle se rend compte, dès son entrée dans le cabinet médical, que le médecin fait partie d'une «ancienne» génération, qu'il n'est pas encore doté d'un dossier médical informatisé unique et partagé avec d'autres médecins. L'obligation de la mise en place du dossier unique, bien que préconisée depuis de nombreuses années, vient seulement d'être votée par le Parlement wallon en 2020. Toutefois, le législateur a permis une période transitoire de 5 ans afin de permettre les différents acteurs de se doter et de se familiariser avec ce dossier médi-

**On peut aujourd'hui imaginer un patient débarquant dans une consultation médicale avec une connaissance acquise sur la «toile» et par le biais des réseaux sociaux qui étonnerait plus d'un praticien chevronné et expérimenté.**



cal informatisé unique. Les questions qu'elle pose semblent fortement déstabiliser le médecin généraliste et les réponses ainsi obtenues ne sont pas tout à fait conformes aux données de la littérature disponibles sur les sites spécialisés. Ceci est rapidement confirmé en temps réel par son cousin qui suit la consultation à distance.

## Et le médecin dans tout cela?

Je vous «rassure»; tout ce qui vient d'être décrit est rigoureusement possible. Toutes les techniques mentionnées existent, sont soit déjà disponibles en clinique, soit le deviendront très bientôt.

Quel sera notre rôle dans un monde d'accessibilité ubiquitaire à l'information (de bonne qualité), de développements technologiques majeurs boostés par la convergence dans différents domaines (*big convergence*: l'internet arrivé à un degré de maturation élevé, l'accessibilité au *cloud*, l'augmentation ininterrompue de la capacité de la bande passante, la connectivité ubiquitaire, la miniaturisation galopante des ordinateurs et la digitalisation de l'être humain avec le décodage aisé et rapide du génome? Eric Topol: *The Creative Destruction of Medicine: how the digital revolution will create better health care*. Basic Books, member of Perseus Books Group, New York, 2012).

On ne peut plus imaginer une seule seconde que nous – le corps médical – soyons les seuls à détenir la «vérité». L'avalanche de l'information, qu'elle qu'en soit la source et qu'elle qu'en soit la qualité, ainsi que la vitesse exponentielle des développements technologiques, dépassent très largement nos capacités d'assimilation. L'augmentation des connaissances rend d'autant plus complexe le diagnostic et le traitement. Certains clament aujourd'hui qu'il nous faut plus d'algorithmes décisionnels et moins de médecins... Quand on voit le taux de faux diagnostics, le nombre d'erreurs perpétrées à la prise en charge

des patients dans notre système médical, avec des conséquences parfois majeures, on ne peut qu'acquiescer.

Le rôle du médecin dans une telle constellation ne peut plus ressembler à ce que nous avons vécu. Le paternalisme médical n'est plus politiquement correct! Dès lors, quels devraient être les attributs de cette nouvelle génération de médecins?

Cette question n'est même pas une question récente. En effet, il est frappant de lire dans le rapport de A. Flexner, rédigé en 1910 (*Medical Education in the United States and Canada: A report to the Carnegie foundation for the advancement of teaching*), que «*sans considération aucune pour la santé publique, les écoles médicales ont permis une surproduction de médecins non éduqués et peu entraînés*».

La situation a-t-elle changé depuis 1910? Quand on lit ce qu'en dit Richard Horton (né en 1961), éditeur en chef du *Lancet*, on peut en douter. Permettez-moi de le citer mot pour mot: «*la politique d'admission questionnable, les curriculums fossilisés, les modèles d'apprentissage obsolètes, les examens/évaluations non représentatifs, l'absence de stimuli pour accorder les besoins professionnels aux besoins publics, les déficits en termes de prévention, l'absence de leadership qui est censé mettre la responsabilité sociale au cœur de la mission d'éducation, tout indique une banqueroute totale en termes de vision des leaders académiques surpayés*».

Le scénario que nous vous avons décrit illustre la nécessité d'un changement fondamental de la relation patient-médecin. Ce dernier va devoir complètement changer son fusil d'épaule. Est-il armé pour ce changement de cap? Malheureusement, il s'agit encore d'une question purement rhétorique.

L'accent est mis au décours des études à l'acquisition de connaissances théoriques extensives, puisqu'on pense encore aujourd'hui qu'elles protègent contre l'erreur

médicale et qu'elles représentent un gage pour la qualité et la sécurité de la prise en charge. Tous les chiffres le démentent: le nombre de décès dans le monde hospitalier n'a de cesse d'augmenter. En 1999, l'Institut de la Médecine aux USA (IOM) chiffrait ce nombre à 100.000 par an. Un rapport publié par Patient Safety America en 2013, revoit ce chiffre à la hausse et estime qu'il approche le demi-million par an (<http://patientsafetyamerica.com/>).

Il est indéniable – et personne ne le contestera – qu'il faut maintenir un niveau de connaissances suffisant pour être capable de guider, de conseiller ce patient qui devient plus un partenaire actif dans ce nouveau scénario. Son niveau de «*literacy*» ne va faire que croître. Il sera à même de dialoguer, d'argumenter et aura repris son droit à la décision thérapeutique. Cette nouvelle génération de médecins devra faire montre d'aptitudes de communication, de compréhension et de compassion, de collaboration, de travail en équipe. Toutes ces aptitudes et compétences taxées de non techniques sont à peine enseignées ni évaluées dans les curriculums d'aujourd'hui.

## Conclusions

Dans l'histoire humaine on observe que les grands progrès ont eu lieu quand quelqu'un a décidé de casser le moule, de virer de cap à 180° et de changer les règles du jeu. En terme anglo-saxon on parle de *disruptive thinking*. N'est-on pas témoin aujourd'hui du retrait du niveau de la mer, signe avant-coureur d'un énorme Tsunami? N'est-ce pas le moment opportun pour du *disruptive thinking* dans le secteur médical? Si nous ne nous remettons pas en question rapidement, il est à craindre que le peu de crédibilité écorchée qui nous reste va très rapidement fondre comme neige au soleil. La «grande convergence» technologique et l'accessibilité ubiquitaire de l'information démocratisée, mais de très bonne qualité, sonne le glas de cette «médecine conventionnelle».