

Jamais la première fois chez le patient...

G. Meurette

© Lavoisier SAS 2018

Si aujourd'hui je peux prétendre à une réelle compétence en chirurgie colorectale, je le dois d'abord à ma passion pour la médecine et la chirurgie. C'est un prérequis indispensable sans lequel il m'aurait été impossible d'apprendre et d'exercer ce métier. Mais la passion, aussi intense soit-elle, ne suffit pas : il faut une longue immersion dans l'univers des staffs, des visites et des blocs opératoires pour s'imprégner des connaissances. Ces connaissances nous permettent de poser les bonnes indications, de faire les bons gestes, d'avoir les attitudes adaptées et les paroles de circonstances auprès des soignants et des familles. Dans notre domaine plus que dans tout autre, le compagnonnage avec les aînés est primordial, c'est une longue période d'observation qui dure le temps de l'externat, l'internat et souvent plus tard... qui aboutit progressivement à une compétence par imbibition. C'est un modèle de formation qui a fait ses preuves.

Et puis, il y a la première fois ou plutôt les premières fois... chaque première fois. Nous ne sommes pas (toujours) seuls évidemment, aidés souvent d'un aîné ou supervisés au-dessus du champ ou depuis son bureau, mais enfin seuls à prendre l'initiative du geste opératoire. Tous ceux qui ont appris la chirurgie sur ce modèle se souviennent de ces moments où l'on se sent grandi et plus investi dans les soins, et surtout responsable. C'est peut-être justement parce que c'est la première fois qu'on y prête une attention particulière, une concentration accrue, un coup de stress, il faut bien dire aussi. Nous sommes nombreux à considérer cette étape comme indispensable pour l'apprentissage de la responsabilité : « *Tu es distrait, tu te moques de mes états d'âme à 3 h du matin ? Tu verras quand tu seras chef... !* », dit le jeune chirurgien à son jeune interne et se faisant montre l'exemple. Avouons-le honnêtement, on aurait bien du mal à envisager la formation chirurgicale sans ces « premières fois » qui ont fait ce que l'on est !

Or, ce sont bien ces « premières fois » libératrices, fondatrices qui sont remises en question. Et la réforme des études médicales est très claire sur le sujet. Il faut dire que sorti du

contexte dans lequel ces situations se présentent, on comprendrait aisément l'émoi qu'elles suscitent. Vu du côté du patient, cela peut même faire très peur ! Mais soyons objectifs, je ne crois pas que la majorité des chirurgiens en exercice n'aient sacrifié tant de patients sur l'autel de la formation sans conscience et sans raison, le système aurait déjà fait scandale !

Mais autres temps, autres mœurs : il faut faire avec et faire disparaître les premières fois comme on ferait disparaître tous les premiers wagons des trains ! Ce n'est pas chose simple que de substituer cette étape subjectivement cruciale de notre apprentissage... La réponse viendrait de notre monde moderne hyperconnecté et virtuel : c'est la *Simulation*.

Il faut bien avouer que les progrès récents dans le domaine sont surprenants. Il est aujourd'hui possible de reproduire de véritables interventions chirurgicales sur des simulateurs virtuels d'une qualité bluffante. Il s'y associe une kyrielle de paramètres qui évaluent objectivement chacun de nos gestes, leur efficacité et précision. Ces *dry labs* sont redoutables de réalisme... Sauf qu'ils ne sont que des machines et avec la meilleure intention du monde, la machine ne peut se substituer à l'homme. Plus proche de l'homme, il y a le modèle animal (porcin pour la plupart des centres de simulation) et le cadavre revascularisé (le SimLife® en développement). Des études ont montré que ces modèles se rapprochaient de la réalité avec le conditionnement psychologique et le stress du geste, et surtout qu'ils permettaient de parfaire la gestuelle des jeunes. Ces modèles sont très pertinents et représentent incontestablement un progrès pour la formation. Si le geste est plus sûr, c'est une sécurité supplémentaire dont il ne faut pas se priver. Un autre avantage de ces approches est la standardisation de la formation. On sait que tous les internes auront acquis les mêmes compétences. Elles ne dépendent plus de leur investissement au gré de l'internat et de l'opportunité, mais directement des heures passées sur le simulateur. C'est donc aussi plus égalitaire.

Aussi prometteurs soient nos modèles de simulation, ils soulèvent toutefois quelques réserves.

Pour encadrer la formation sur modèle de simulation, il faut des enseignants qui soient détachés de l'activité de soins. On peut alors recréer le vrai compagnonnage alors que celui-ci se perd dans notre organisation de service dans

G. Meurette (✉)
CHU de Nantes, Hôtel-Dieu,
1, place Alexis-Ricordeau,
F-44000 Nantes, France
e-mail : gmeurette@hotmail.com

laquelle il faut toujours aller plus vite en oubliant parfois contre notre gré le temps de la pédagogie. Mais alors que mes maîtres PU-PH me formaient en faisant leur métier de chirurgien dans le service, moi jeune PU-PH je devrais me dédoubler et être à la fois dans le service et au centre de simulation aux côtés des internes ! Il va falloir y penser... au clonage des PU.

Par ailleurs avons-nous pour autant réussi à gommer l'effet première fois grâce aux simulateurs ? Techniquement, nous y sommes presque et c'est une avancée sûrement... Psychologiquement, c'est moins sûr : le patient n'est pas qu'un acte, il est une histoire, des craintes, des attentes et après 100 simulations, il reste la première fois pour lui et pour son chirurgien par conséquent. Avec si peu de mauvaise foi, on dirait sans trop se tromper que chaque patient est différent et donc qu'à chaque fois c'est la première fois... On compare souvent la pratique chirurgicale et son apprentissage au pilote d'avion avec l'aéronautique... Oui, mais les Airbus A320 sont (j'espère) tous identiques... Les patients sont sensiblement différents ! Le simulateur de vol est peut-être plus pertinent à l'acquisition des compétences que le simulateur chirurgical.

Enfin, nous n'avons pas la preuve que ces procédures apprises sur simulateur apportent une réelle plus-value en

comparaison du modèle conventionnel au chevet... Ni même qu'elles instruisent un comportement parfaitement adapté. Nous sommes en train de faire des plans de formation coûteux, nécessitant des investissements importants alors que nous n'avons pas de preuves. Les éléments positifs rapportés dans la littérature comme les qualités gestuelles, la dextérité ne suffisent pas à valider ce modèle, et en particulier pour des procédures complexes.

Pour conclure, il faut aujourd'hui croire au progrès et à l'innovation, nous sommes à l'ère de la simulation qui devrait se substituer à l'expérience sur le patient. Pour autant, tous les problèmes ne sont pas résolus, et il faut rester vigilant et perpétuer la mémoire de notre apprentissage aujourd'hui dépassé pour reconnaître son efficacité et en conserver les valeurs morales...

Tout a débuté par les touchers pelviens effectués par des étudiants au bloc opératoire et qui ont tant fait polémique il y a quelques années. Je terminerai donc un peu nostalgique en restant dans la sphère pelvienne en me disant que les premières fois ne laissent pas toujours de mauvais souvenirs... Que faute de faire valoir l'expérience, on y met souvent tout son cœur... Et que si la simulation doit devenir la règle, prenons garde de ne pas générer trop de frustrés !

Que le lecteur de *Colon et Rectum* m'excuse cet écart...