

L'examen physique dans les soins centrés sur le patient

Le pendule va-t-il trop dans l'autre sens?

Francine Lemire MD CM CCMF FCMF CAÉ IAS.A, DIRECTRICE GÉNÉRALE ET CHEF DE LA DIRECTION



Chers collègues,

Un grand nombre d'études remettent en question la valeur de ce que l'on appelle l'examen physique périodique,¹ à tel point qu'il n'est plus financé dans plusieurs provinces et territoires. Nous parlons maintenant d'un examen plus ciblé, qui relève des facteurs de risque particuliers liés à l'âge, ou d'un examen semblable au bilan annuel mais moins fréquent.^{2,3} Quel est le rôle de l'examen physique dans le contexte d'un problème nécessitant une évaluation plus approfondie? Le stéthoscope est-il vraiment passé de mode dans l'évaluation des troubles cardiaques?⁴ Devrions-nous abandonner l'examen physique dans ce contexte parce que les lignes directrices ne contiennent aucune information sur sa valeur?

On mentionne souvent l'échographie au chevet du patient en tant qu'appareil de dépistage au point de service, pour remplacer le stéthoscope, qui a fait ses preuves dans l'évaluation des problèmes cardiaques depuis 203 ans. On parle de l'amélioration de l'information que l'échographie au chevet du patient peut fournir en imagerie et en fonction, de la transférabilité de l'information d'un milieu de pratique à l'autre (p. ex. de la salle d'urgence à la salle d'opération) et de la perception d'une plus grande objectivité.⁴ On le voit dans le contexte des études récentes qui montrent que la capacité des médecins à effectuer un diagnostic cardiaque clinique est très limitée, soit de 20 à 40%.^{4,5}

Ceux qui craignent que la tendance technologique ne remplace la primauté de l'examen physique ont des points de vue différents, en commençant par le concept que la valeur de l'examen physique va bien au-delà de son utilité diagnostique.⁶ Il y a beaucoup d'incertitude en médecine. Une plainte telle qu'une «douleur à l'épaule gauche» peut être d'origine musculo-squelettique, mais peut aussi provenir de diverses sources. De quel type et de combien d'outils au point de service aurons-nous besoin si nous n'avons pas comme point de départ une bonne anamnèse et un examen physique approprié? Les récentes lignes directrices sur le dépistage du cancer du sein ne recommandent pas l'auto-examen ou l'examen clinique des seins.⁷ Pourtant, une étude québécoise

de 2016 montre que 5% des lésions du cancer du sein ne sont pas détectées par mammographie et échographie et ne peuvent être détectées que par examen.⁸ Dans une récente présentation du CMFC sur les soins virtuels et la télémédecine, on nous rappelle qu'un défi majeur des soins virtuels serait de surmonter les limites du champ de pratique qui découleraient de l'incapacité d'effectuer la majorité des manœuvres de l'examen physique.⁹

Les guides de pratique clinique et initiatives comme Choisir avec soin suscitent un regain d'intérêt pour ces discussions; cependant, ces conversations ne sont pas nouvelles. Pensez à l'introduction des forceps pour le travail obstétrical dans les années 1730 ou à l'avènement de l'incubateur pour prématurés au début du XX^e siècle — chaque innovation avait sa part d'opposants. J'espère qu'au fur et à mesure que ces conversations évoluent, nous éviterons cette perspective strictement binaire. Ce n'est pas une question de primauté de la technologie vs l'examen physique, mais plutôt des humains qui utilisent ces outils, dans un contexte éducatif pour former et encadrer des cliniciens qui offrent avec compassion des soins centrés sur le patient. Il y a d'importantes implications pour la formation prédoctorale et postdoctorale ainsi que pour le développement professionnel continu. Nous devons aussi créer et appuyer un programme de recherche solide qui comprend une comparaison de l'examen physique avec les instruments médicaux; les résultats des évaluations avec et sans examen physique, et l'engagement des Canadiens et Canadiennes. À mesure que nous avancerons, nous devons avoir le courage de nous remettre en question et de prendre des décisions audacieuses concernant l'éducation actuelle et future des médecins sur les connaissances de la situation et les habiletés métacognitives pour faciliter des interactions sécuritaires et fructueuses entre les humains et les ordinateurs ou autres dispositifs.¹⁰ Je compte bien travailler avec d'autres intervenants sur ce projet solide. L'initiative sur les finalités d'apprentissage du CMFC (www.cfp.ca/content/64/11/865)^{11,12} et le travail du service du développement professionnel et du soutien à la pratique sera crucial dans l'élaboration de ce projet. 🍁