

Université Catholique de Louvain - Faculté de Médecine



Vous ne prenez pas ma tension, docteur ?

Les médecins généralistes peuvent-ils se passer d'examiner le patient lors de la consultation ? Réflexion autour de l'examen clinique.

Hélène Jaume

Travail de fin d'études
Master complémentaire en médecine générale
Année académique 2020-2021

Promoteur : Dr Marievoet O.
Co-promoteur : Dr Rochet J.S.

Remerciements

Au Dr Olivier Marievoet, pour nos nombreux échanges, ses remarques et le partage de son expérience de la médecine générale.

Au Dr Jean Stephan Rochet, pour m'avoir soutenue sur le choix du sujet, son aide précieuse lors de la réflexion et sa relecture.

Aux médecins m'ayant consacré de leur temps et leur confiance lors des entretiens.

A ma maman, qui m'a accompagnée tout au long de mes études ainsi que pour la rédaction de ce travail, pour ses conseils avisés et ses relectures.

A Thomas, pour son soutien au quotidien, sa compréhension et son aide.

A ma famille et ma belle-famille, pour leurs encouragements et leurs attentions.

Table des matières

Liste des abréviations et mots clés.....	1
Résumé.....	2
I. Introduction.....	3
II. Quelques éléments de contextualisation	5
1. Moments clés de l’histoire de l’examen clinique	5
2. Évolution de la relation médecin patient	8
3. La médecine générale : vers un partage des tâches ?	9
a. Pénurie de médecins généralistes ?.....	9
b. Nouveaux enjeux de la société en matière de santé	9
c. Collaboration interdisciplinaire et partage de tâches.....	9
4. Covid-19... tournant vers la télémédecine ?	11
5. En résumé	13
III. Méthode	14
1. Recherche bibliographique :.....	14
2. Choix de la méthode :.....	14
3. Comité d’éthique :.....	14
4. Recrutement et échantillonnage :.....	15
5. Analyse des données	15
IV. Résultat.....	16
1. Présentation de la population étudiée :.....	16
2. Types d’examens cliniques en médecine générale.....	17
3. Les raisons motivant l’examen clinique :.....	17
4. Les raisons ne motivant pas l’examen clinique :	19
5. Déléguer des tâches et notamment l’examen clinique.....	21
6. Consultations à distance ou téléconsultations	24
7. Déshabiller le patient lors de l’examen clinique.....	27
V. Discussion	29
1. L’examen clinique aujourd’hui	29
a. L’examen clinique : quelle est sa place ?	29
b. L’examen clinique : quelles sont ses limites ?	31
2. L’examen clinique aujourd’hui et demain : quels compléments ?	34
a. Les examens complémentaires.....	34
b. Les assistants de pratique	35

c. Les outils technologiques.....	35
3. Et quand la consultation se fait à distance ?	36
4. L'examen clinique : quelques pistes pour le futur	37
5. Limites et biais :	39
Conclusion	41
Bibliographie.....	42
Annexes	45

Liste des abréviations et mots clés

Abréviations :

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

CoMIInG : Collaboration Interprofessionnelle entre Médecins et Infirmiers Généralistes

KCE : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

IVRS : infection des voies respiratoires

TFE : Travail de fin d'étude

ULB : Université Libre de Bruxelles

AViQ : Agence pour une Vie de Qualité

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORL : Otorhinolaryngologue

SOAP : Subjectif-Objectif-Appréciation-Planification

Mots clés :

Examen clinique, examen physique, relation thérapeutique, partage de tâches, téléconsultations, médecine générale

Descripteurs (CISP-2 et Q-CODES)

QP3 Qualité des soins

QD12 Relation médecin-patient

QD25 Continuité des soins

QS41 Médecin de famille

QD24 Compétence clinique

QR31 Étude qualitative

Résumé

Introduction :

L'examen clinique est une étape clé lors de la consultation au cabinet du médecin généraliste et il correspond à une attente de la part du patient.

Toutefois, la première ligne de soin évolue pour faire face aux nouvelles demandes de la société et la pandémie au Covid-19 est venue bousculer la manière de pratiquer le métier de médecin généraliste suite à l'autorisation de la téléconsultation par l'Ordre des Médecins.

Une médecine à distance du patient se dessine et pose la question de l'avenir de l'examen clinique. Est-ce qu'il reste une utilité d'examiner son patient en médecine générale ?

Méthode :

L'étude menée est une recherche qualitative sous forme d'entretiens individuels semi-dirigés. Le but désiré est de connaître la place de l'examen clinique, aujourd'hui, et de profiter de leur expérience récente de la téléconsultation afin de connaître leur opinion à propos de la consultation à distance.

Résultat :

Dix interviews ont été réalisées auprès de médecins généralistes wallons.

L'examen clinique fait souvent partie de la routine, utile pour le diagnostic mais aussi pour aider la prise en charge. Peu de médecins sont prêts à déléguer totalement cet acte et la médecine à distance rencontre certaines limites ; le manque d'examen clinique en est le plus évident.

Discussion :

Il semble aujourd'hui nécessaire de s'aider des différents moyens qui s'offrent aux médecins généralistes pour enrichir leur pratique. Mais l'examen clinique doit être remis en valeur. Outre son pouvoir diagnostique, il représente également un aspect émotionnel, relationnel et symbolique fort qui ne pourra jamais être remplacé par une machine et qui est central dans la prise en charge.

I. Introduction

Combien de médecins n'ont pas déjà entendu cette phrase de la bouche d'un patient : « Docteur, vous ne prenez pas ma tension ? ». Et ce, même si le médecin a déjà pris soin de l'écouter avec attention et a pu répondre à la plainte pour laquelle il le consulte. Si une consultation de médecine générale débute de manière classique par l'anamnèse, vient ensuite un des moments clés de cette rencontre, l'examen clinique. C'est alors que le médecin use de ses deux mains et de son stéthoscope pour examiner le corps du patient. C'est un moment propre aux médecins. Il existe peu de métiers où l'on retrouve une proximité telle qu'on peut l'observer entre un médecin et son patient sur la table d'examen. La médecine générale est en outre l'une des rares spécialités médicales où l'examen clinique est réalisé par le médecin directement lors de la consultation. Dans beaucoup d'autres spécialités, cet acte est délégué : aux urgences, les paramètres sont pris par le personnel infirmier ; en ophtalmologie, les examens sont réalisés par un assistant de pratique,

L'examen clinique n'est pas né d'hier. Dans l'Antiquité déjà, Hippocrate recommandait aux médecins d'utiliser leurs cinq sens pour examiner les patients (1). Pourtant, aujourd'hui, on peut se questionner sur son utilité lorsque tout semble éloigner le patient du médecin de famille. En effet, face à une certaine pénurie de médecins généralistes et à une évolution des besoins de la société en matière de soins, la réorganisation des soins de santé et le partage des tâches sont au cœur de l'actualité. Les outils technologiques sont également en pleine expansion dans tous les domaines et le domaine de la santé n'y échappe pas. De plus, la téléconsultation a connu un développement impressionnant dans le cadre de la pandémie de la Covid-19. Elle est la solution trouvée en ces temps de crise sanitaire afin de permettre au soignant d'assurer la continuité des soins tout en assurant la sécurité des patients.

Durant la première année de mon assistantat en médecine générale, j'ai aimé consulter de manière ordinaire, c'est-à-dire en face à face avec le patient, que ce soit au cabinet ou à son domicile. Par conséquent, un examen clinique « classique », dont toutes les subtilités nous ont été enseignées, appareil par appareil, lors des cours de sémiologie médicale, peut être

réalisé directement au chevet du patient. Lors des stages préparant notre assistantat, j'ai par ailleurs remarqué que cet acte faisait partie d'une routine entre le patient et son médecin. Il n'est pas rare qu'après avoir expliqué la raison de sa présence en consultation, le patient, par habitude, déboutonne sa chemise ou ôte ses vêtements et se dirige vers la table d'examen. Le médecin rejoint son patient et, dans un calme plat, commence à l'examiner en commençant, bien souvent, par la prise de la tension artérielle. De ce fait, lorsque j'ai commencé à consulter seule, j'ai suivi ce modèle et cette structure. Rapidement, je me suis particulièrement intéressée à cet examen clinique, m'interrogeant sur la nécessité de le réaliser. Quelle est l'intérêt d'une prise de tension artérielle systématique ? Pourquoi examiner une lombalgie alors que par une anamnèse fouillée, je peux déterminer un diagnostic avec une forte probabilité ou la nécessité d'un examen complémentaire qui, lui, me donnera un diagnostic précis ? Ensuite, la crise de la Covid-19 a renforcé mon souhait d'approfondir mes réflexions. Je me suis en effet trouvée face à la possibilité (et la nécessité) de consulter à distance du patient. J'ai alors remarqué que beaucoup de consultations, pour des plaintes ou demandes diverses, pouvaient être effectuées grâce à la téléconsultation et de ce fait, sans même toucher le patient. Cependant, j'ai également ressenti le manque de certitude dans mes diagnostics et surtout l'absence de proximité physique avec le patient. Il était devenu bien plus difficile pour moi de le rassurer et de créer un lien de confiance.

Je suis persuadée que la pratique de la médecine générale va évoluer au cours des prochaines années. La première ligne de soin va être influencée par les progrès scientifiques, technologiques et l'augmentation du champ de compétences de certaines professions de la santé afin de répondre aux besoins et aux changements de la société. En tant que jeune médecin, j'ai envie de réfléchir à la manière dont je souhaite travailler aujourd'hui et demain. A travers ce travail, j'aimerais faire un point sur l'état des lieux de l'examen clinique en médecine générale aujourd'hui et réfléchir à ce qu'il sera à l'avenir. Peut-on s'en passer sans risque d'erreurs diagnostiques et sans nuire à la relation thérapeutique ? Peut-on facilement le remplacer ou même le déléguer ?

II. Quelques éléments de contextualisation

Cette partie du travail a pour objectif, non seulement de présenter quelques moments clés de l'histoire de l'examen clinique, mais aussi de faire le lien entre l'examen clinique et une série d'éléments de contexte importants pour la suite du travail.

1. Moments clés de l'histoire de l'examen clinique

A ses origines, la médecine occidentale est avant tout magique et religieuse. Puisque la maladie est d'abord une punition divine ou la manifestation de la colère d'un dieu, ce sont les prêtres et les devins qui « disent » le diagnostic. Même si le médecin de l'Égypte antique, où la médecine était particulièrement développée, palpait ses malades, l'examen clinique restait largement inutile (1).

Globalement, il faut attendre les écoles de médecine grecques et surtout Hippocrate (460 – 377 av. J.-C.) pour séparer la médecine de la magie, la libérer (provisoirement) du sacré, la rendre plus rationnelle et donner donc un sens à un examen clinique.

Hippocrate et son école de Cos mettent en avant la « médecine d'observation »(1). Hippocrate recommande de s'intéresser en premier lieu au milieu physique et social, de noter ensuite le comportement du patient et l'état de son esprit. Il souligne l'importance d'une anamnèse rigoureuse, en interrogeant aussi bien le malade que son entourage, et introduit ensuite l'examen physique.

Hippocrate utilise ainsi ses cinq sens, seuls moyens diagnostiques dont il dispose, pour recueillir des données comme base de réflexion. Comme dans l'examen clinique tel qu'il est pratiqué aujourd'hui, il fait se succéder l'inspection, la palpation, la percussion et l'auscultation. Cependant, le manque de connaissances en matière d'anatomie et de physiologie ne lui permet pas d'interpréter les données et de les relier de façon précise à un diagnostic. L'examen clinique permet uniquement d'observer, d'établir ou confirmer un pronostic, et non d'expérimenter ou de poser un diagnostic. Hippocrate met aussi en avant le caractère évolutif de chaque maladie et donc la nécessité de répéter l'examen clinique dans le temps. Il faut toutefois souligner que vu le temps que prend cet examen clinique, il est réservé aux classes supérieures(1). Il n'est alors pas question de médecine de masse !

En Occident, l'examen clinique est ensuite mis au banc, dans un monde dominé par l'obscurantisme de l'Église. La médecine reprend un caractère mystique. Les religieux bannissent tout contact corporel. La médecine du Moyen-Âge se déroule principalement dans les couvents. Les soignants, souvent religieux, sont avant tout préoccupés par la guérison spirituelle.

Les épidémies qui dévastent l'Europe, en particulier au Moyen-Âge, ont aussi une influence sur la pratique clinique. Ainsi, lors de l'épidémie de peste de 1347 qui tua environ 25 millions d'hommes et de femmes, le médecin « *s'apercevant vite que le simple toucher d'un pestiféré pouvait lui être fatal, limitait le plus souvent son examen (...) à une lointaine bénédiction* »(Hutin, 2012). Son habit, avec son long bec et ses gants, destiné à le préserver de la maladie, prouve cet éloignement physique (1).

Jusqu'à la Renaissance, le médecin (que l'on distingue clairement à l'époque du barbare « chirurgien » peu formé) reste à distance de son malade, souvent sale et malodorant. L'examen clinique comporte parfois la prise de pouls, mais celui-ci est estimé de manière arbitraire en l'absence de montre adéquate. Il peut aussi se dérouler en dehors de la présence du malade et porter alors principalement sur l'examen des urines (couleur, quantité, sédiments, écume, ...). Longtemps, le médecin est d'ailleurs représenté avec un vase d'urine comme symbole de sa profession(1).

C'est à partir du XVIIe siècle, alors que l'Église commence à perdre un peu de sa prépondérance sur la médecine, que se produit la première révolution biologique, avec notamment la découverte de la circulation du sang attribuée à William Harvey (1578 – 1623), et l'amélioration considérable du microscope par Antoni van Leeuwenhoek (1632 – 1723), ainsi que l'essor des autopsies. Celles-ci vont faire renaître et valoriser l'examen clinique, sans toutefois dépasser le stade de la seule observation décrite par Hippocrate. Jusqu'à la Révolution française, les médecins étaient aussi « *sourds et 'manchots' que l'avaient été les disciples d'Hippocrate* » (Hutin, 2012). Le médecin ne possède toujours que ses cinq sens pour observer. Il continue à éviter de toucher le malade. On prête d'ailleurs à Molière d'avoir déclaré que la seule chose que le médecin touchait était ... ses honoraires.

Il faut attendre le XVIII^e siècle pour que l'anatomiste italien Morgagni (1682-1771) donne naissance à la médecine anatomo-clinique qui permet une évolution rapide vers une méthode diagnostique basée sur l'examen du patient. De passif à l'époque d'Hippocrate, l'examen clinique devient alors actif. Avec la Révolution française naît aussi la volonté d'une profession médicale au service des citoyens, et non plus uniquement des plus riches. L'invention du stéthoscope par René Théophile Laennec en 1824 facilite l'auscultation thoracique, qui n'était jusque-là possible qu'en posant l'oreille sur la poitrine des malades. Il permet une exploration plus précise de l'intérieur du corps tout en respectant la pudeur. Notons toutefois que la pratique de l'auscultation se heurte d'abord à des médecins peu intéressés par l'utilisation d'un « *vulgaire instrument en bois* » et par une clinique « *au lit du malade* »(1).

La situation évolue toutefois et l'examen clinique connaît son apogée durant la première moitié du XX^e siècle. Le médecin dispose alors d'une sacoche bien garnie d'instruments pour l'aider dans sa démarche clinique : un tensiomètre, un abaisse-langue, un marteau à réflexe, un thermomètre, une lampe électrique, ... Les examens complémentaires sont encore anecdotiques, les cliniciens s'enthousiasment de poser de beaux diagnostics à l'écoute d'un petit frottement péricardique ou du bout de leurs doigts.

Enfin, troisième et dernière étape : la révolution technologique. Au cours des dernières décennies du XX^e siècle, les diagnostics sont de plus en plus posés avec l'aide de la technique, à la suite du développement de nouvelles méthodes apportant des qualités séduisantes (rayons X, radioactivité, endoscopie, ...).

Reste à savoir si aujourd'hui, la technique ne se substitue pas à l'examen clinique, au point de le rendre obsolète pour certains, inutile pour d'autres. Comme s'interroge Hutin, « *doit-on imaginer une quatrième phase à notre histoire de la clinique, celle d'une médecine sans clinique ? (...) Quelle place reste-t-il à l'examen clinique à l'aube du troisième millénaire où le regard du clinicien s'efface derrière celui du radiologue, son toucher derrière celui de l'échographiste (...) son 'flair' derrière le logiciel de son ordinateur ?* »(1).

2. Évolution de la relation médecin-patient

Comme souligné ci-dessus, au cours du XIXe et de la première moitié du XXe siècle, les savoirs biomédicaux progressent et renforcent « *le paternalisme médical fondé sur la bienfaisance* »(André Néron, Dan Lecocq, Martine Laloux, 2019). Le médecin de famille joue un rôle social important. Le patient est passif mais se sent bien soigné, donc il est heureux.

Le milieu du XXe siècle, et en particulier les années 80, se caractérise par une modification du rapport de force entre les patients et le soignant. Il existe un transfert des connaissances par l'intermédiaire de l'éducation et les nouveaux modes de communication remettent en cause la supériorité du médecin (2).

C'est dans les années 2000 que tout s'accélère : le modèle est appelé participatif et est recentré sur le patient (2). En Belgique, la loi de 2002 relative aux droits des patients, insiste sur les notions d'information et de consentement libre et éclairé de la personne. Le patient gagne en autonomie et est invité à être impliqué dans ses soins. Cette évolution de la relation met en difficulté le médecin qui doit instaurer un dialogue compréhensible pour le patient. Or la diffusion de ce genre d'information accessible au patient n'est pas un exercice facile puisque dans la formation du médecin, très spécifique, ce sont les termes scientifiques qui s'imposent. Pour être partagés, ce dialogue et cette entente nécessitent une confiance réciproque. Cette confiance s'appuie notamment sur le respect, les compétences du médecin et la véracité du discours du patient.

A partir des années 2010, le patient consomme de plus en plus internet et s'approprie les nouvelles technologies de l'information. Ainsi, le patient développe des savoirs scientifiques, s'informe sur son diagnostic grâce à la consultation de sites de vulgarisation scientifique et s'intéresse à l'e-santé (3). Afin de ne pas nuire à la relation de confiance entre le soignant et le soigné, de renforcer la performance des soins de santé et de répondre aux attentes sociétales, de nouvelles stratégies de soins émergent, et notamment la notion de « patient partenaire »(2). Cette piste vise à répondre aux défis de la santé et de la déshumanisation des soins dans une médecine plus technique. Dans ce modèle, développé à l'ULB en partenariat avec André Néron, pionnier du partenariat patient, on qualifie le patient de « partenaire de ses propres soins »(2). Ce modèle (cité par M. Laloux et A. Néro, 2019) est défini comme : *la « coopération entre patients et professionnels de santé s'engageant consciemment dans un dialogue délibératif en vue d'une compréhension partagée de la situation de santé qui les*

rassemble, afin de coconstruire un projet en lien avec un objectif commun dans une dynamique de coapprentissage et de partage de responsabilités et de pouvoir au sein d'une relation équilibrée »(M Flao et al., 2018).

3. La médecine générale : vers un partage des tâches ?

a. Pénurie de médecins généralistes ?

D'après le KCE, en Fédération Wallonie-Bruxelles, la proportion de nouveaux généralistes n'atteint pas les quotas fixés par la commission de planification de l'offre médicale. L'âge moyen des médecins généralistes en activité est assez élevé et augmente de façon plus rapide que pour les autres spécialistes (4).

Si cette situation se prolonge, le KCE pense qu'elle pourrait provoquer des problèmes dans le fonctionnement des soins de première ligne (4).

La pénurie semble donc réelle, surtout dans certaines zones du pays. L'AViQ a d'ailleurs réalisé un cadastre afin de connaître avec exactitude les communes touchées. Selon leurs chiffres, 98 communes sont confrontées à une pénurie et 52 se trouvent face à une pénurie sévère, ce qui équivaut à moins de 50 généralistes pour 100.000 habitants (5).

b. Nouveaux enjeux de la société en matière de santé

Les soins de première ligne sont de plus en plus complexes et variés. Ce constat est notamment dû au vieillissement de la population et à l'augmentation des pathologies chroniques. De plus, d'après le rapport du KCE de 2019 sur les performances des soins de santé, la qualité des soins reste améliorable et spécifiquement en ce qui concerne la continuité des soins et les soins préventifs qui restent trop faibles à l'heure actuelle (4).

c. Collaboration interdisciplinaire et partage de tâches

Afin de répondre à la fois à la pénurie de médecins généralistes et aux nouveaux enjeux sociétaux en matière de santé, il semble nécessaire de réorganiser la première ligne en Wallonie. La collaboration entre infirmiers et médecins généralistes pourrait être repensée afin d'apporter une piste de solution.

Beaucoup d'études ont tenté d'explorer la collaboration entre médecin et infirmier de 1^{ère} ligne de soin ainsi que les opportunités et obstacles qui vont de pair avec ce modèle de collaboration. C'est notamment le cas d'une étude belge, CoMInG, réalisée sous la forme d'une recherche action de septembre 2017 à février 2019 (6).

Il ressort essentiellement de cette étude qu'il existe une méconnaissance interprofessionnelle des modalités de collaboration existantes ainsi qu'un faible partage d'information. Les auteurs de l'étude pensent qu'il est temps de faire connaître ces opportunités, de les rendre plus accessibles et plus compréhensibles. Pour répondre aux besoins des professionnels et aux attentes de la population, il sera également nécessaire de redéfinir des profils complémentaires des professions et d'adapter les rôles de chacun à la pratique quotidienne. Le cadre financier et légal des prestations doit, lui aussi, être révisé (6).

Certains pays comme les Etats-Unis, le Royaume-Uni et le Canada ont déjà adopté un modèle de collaboration plus développé depuis plusieurs années, qui porte le nom de « pratiques avancées »(7). Il existe de nombreuses définitions du titre d'« infirmier de pratique avancée » car il regroupe un large ensemble de pratiques différentes, qui évoluent en permanence et qui s'adaptent au contexte du pays. La définition du Conseil international des infirmières (citée par M-L. Delamaire et G. Lafortune, 2010) est relativement éclairante :

« Une infirmière praticienne / en pratique avancée est une infirmière diplômée d'État ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Un master est recommandé comme diplôme d'entrée » (CII, 2008).

Un rapport réalisé en 2010 par l'OCDE a examiné l'expérience de 12 pays et constaté que le développement des nouveaux rôles plus avancés pour le personnel infirmier et les stades de la mise en œuvre de cette pratique varient d'un pays à l'autre. En général, les évaluations disponibles de cette étude montrent que les infirmiers de pratique avancée délivrent des soins de qualité comparables aux médecins généralistes et améliorent l'accès aux soins (7).

En Belgique, la pratique d'infirmier de pratique avancée n'existe pas formellement.

En avril 2019, un accord est passé à la Chambre concernant l'infirmier de pratique avancée et sa formation. Cependant, on manque encore de précisions au niveau des activités et des conditions d'exercice de cette profession (8).

4. Covid-19... tournant vers la télémédecine ?

Des technologies numériques se développent depuis plusieurs années dans le secteur des soins de santé. Elles ont donné lieu à de nombreuses applications sous diverses définitions, comme par exemple : la télémédecine (définie par l'OMS (citée par P. Mistiaen, S. Devriese, C. Pouppez et al, 2020) comme :« *la dispensation de services de santé où la distance constitue un facteur crucial, par tous les professionnels des soins de santé qui utilisent des technologies de l'information et de la communication (TIC) pour échanger des informations valides dans le cadre du diagnostic, du traitement et de la prévention des maladies et lésions, de la recherche et de l'évaluation et de l'éducation permanente des prestataires de soins, tout ceci dans l'intérêt de la promotion de la santé des individus et des communautés*»), la téléconsultation (soins à distance par téléphone, e-mail ou encore appel vidéo(vidéo-consultation)), la santé mobile (utilisation d'appareils et applications mobiles), ... (9).

Ces technologies, grâce auxquelles le soignant peut consulter à distance du patient, permettent d'éviter des déplacements aux personnes moins mobiles, des délais d'attente ou des surcharges dans les salles d'attente lors de situations épidémiques, par exemple.

On ne peut nier que ces soins numériques peuvent contribuer à améliorer les soins de santé. Cependant, ils posent également certaines questions sur le plan de la sécurité, de l'efficacité, du bien-être du patient, ... ce qui a suscité une réticence réelle par rapport à leur utilisation.

Jusqu'il y a peu, en Belgique, le Conseil de l'Ordre des Médecins s'opposait d'ailleurs clairement à ce type de soins numériques. Il a rendu divers avis dans ce sens :

« Avis du conseil national de 1999 : *Un diagnostic médical nécessite toujours un interrogatoire et un examen clinique par un médecin qui engage sa responsabilité* (10).

Avis du conseil national en 2008 : Pour que le patient ne court pas de risques, un avis médical suppose, en règle générale, un examen médical préalable, ce qui par téléphone est exclu.

En ce qui concerne la facturation d'honoraires pour un avis médical par téléphone, il convient de noter qu'il n'existe pas de code correspondant dans la nomenclature de l'INAMI (11).

Avis du conseil national en 2017 : le Conseil national maintient son point de vue selon lequel poser un diagnostic sans contact physique avec le patient est dangereux. » (12).

Les soins numériques étaient cependant déjà davantage utilisés chez nos voisins. Aux Pays-Bas, des expériences en la matière sont présentes de longue date et sont encouragées par les autorités. En France, c'est en 2010 que la définition et les conditions d'introduction de ce type de soins ont été légalement fixées. Depuis 2018, la téléconsultation est reprise dans le financement structurel de l'assurance maladie obligatoire. Le nombre de vidéo-consultations ne cesse de progresser (9).

La pandémie de la Covid-19, qui a éclaté dans le courant du mois de mars 2020, a toutefois profondément modifié la donne. A l'instar des grandes épidémies du passé, le contact physique avec le malade est soudainement devenu dangereux. Les consultations à distance ont donc rapidement été acceptées par l'Ordre des Médecins et remboursées en Belgique. Pour contenir la contamination, favoriser le respect des mesures de distanciation sociale et pallier au manque de matériel, les téléconsultations ont été encouragées. De nombreux professionnels, parfois contraints, s'y sont mis.

Ainsi, le 15/4/20, suite à la pandémie du coronavirus, l'INAMI a créé des honoraires spécifiques pour les médecins. Ces codes de nomenclature peuvent être attestés pendant la pandémie Covid-19 en dehors de tout examen physique du malade (13).

L'utilisation des soins numériques et des vidéo-consultations nécessite bien entendu un apprentissage et une adaptation profonde, tant de la part du soignant que du patient. Elle implique de disposer et de maîtriser les outils techniques requis. Un cadre légal complémentaire doit aussi apporter toute la sécurité requise en terme de vie privée.

5. En résumé

On se rend compte que la place de l'examen clinique est variable au cours des époques. Il est pratiquement inexistant dans l'Antiquité, où c'est aux prêtres et aux devins de faire un diagnostic. C'est à Hippocrate que revient la mise en avant de son utilité et c'est finalement devenu le symbole indissociable du médecin généraliste vers le XX^e siècle. Maintenant, il tend à disparaître, à être délégué ou abandonné lors de la rencontre avec le patient. Pour essayer de comprendre quelle est sa place aujourd'hui et quel est le vécu des consultations données à distance depuis la pandémie de la Covid-19, j'ai interrogé des médecins généralistes au moyen d'une étude qualitative.

III. Méthode

1. Recherche bibliographique :

J'ai effectué mes premières recherches bibliographiques en avril 2020. J'ai tout d'abord exploré la littérature quaternaire et tertiaire en utilisant le méta-moteur de recherche EBPracticenet. Il ne m'a pas permis de trouver des résultats pertinents dans un premier temps. Par la suite, j'ai parcouru des articles via la base de données PubMed puis la littérature grise (google Scholar). Les mots clés utilisés étaient : « Examen clinique, examen physique, relation thérapeutique, partage de tâches, téléconsultations, médecine générale » en français et en anglais.

J'ai également consulté les références bibliographiques des articles retenus et je les ai utilisées pour ma propre bibliographie.

2. Choix de la méthode :

L'objectif est de recueillir les expériences et les opinions des médecins généralistes via des entretiens individuels. J'ai fait le choix d'une méthode qualitative par entretiens semi-dirigés. J'ai sélectionné cette méthode car elle permet aux sujets de répondre librement et d'exprimer leur ressenti et leur vécu. Le guide d'entretien a été rédigé en fonction des différents thèmes que je voulais aborder après mes premières recherches bibliographiques. Il comprend dix questions ouvertes ainsi que des sous-questions afin d'enrichir la discussion. Il m'a paru important de laisser la parole au sujet en évitant les questions fermées.

3. Comité d'éthique :

S'agissant d'une étude qualitative, le projet d'étude a été soumis au comité d'éthique. Les avis correspondent à 3 « A », le TFE ne nécessite donc pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique. Ce dernier se trouve en annexe.

4. Recrutement et échantillonnage :

Afin d'obtenir des données variées, j'ai sélectionné les sujets à interviewer. J'ai contacté des médecins que je connais personnellement ou par le biais d'autres connaissances. Les critères d'inclusions étaient d'être un homme ou une femme, médecin généraliste, travaillant en Wallonie. J'ai cherché à équilibrer autant que possible les caractéristiques sociodémographiques des médecins, telles que leur âge, leur milieu de travail ou leur type de pratique. Le recrutement s'est fait par mail ou par téléphone.

Les entretiens se sont déroulés entre le 7/1/21 et le 5/2/21. La date, l'heure et le lieu ont été fixés selon les préférences des sujets. Six interviews se sont déroulées au cabinet des médecins et quatre médecins ont préféré une discussion via la plateforme « ZOOM » par visioconférence. J'ai entamé l'enregistrement dès le début de la conversation, après l'accord du médecin. J'ai posé les questions reprises dans le guide d'entretien pour que chaque thème soit abordé. Au besoin, des sous-questions ont été posées pour encourager le médecin à poursuivre son idée.

5. Analyse des données

J'ai retranscrit personnellement les entretiens mot à mot afin que cette rédaction soit la plus juste et qu'une première analyse soit déjà réalisée. Ensuite j'ai lu à plusieurs reprises les transcriptions pour avoir une idée générale. En me basant sur le questionnaire réalisé et en regroupant les segments de texte se rapportant à une même catégorie, j'ai pu créer et ensuite exposer ces données dans la section suivante.

IV. Résultat

1. Présentation de la population étudiée :

Au total, 10 médecins ont accepté de participer à l'interview. J'ai eu peu de refus et ils étaient souvent dus à un manque de temps des médecins. La saturation des données n'a pas été atteinte bien que les expériences soient très variables. D'autres interviews auraient peut-être encore enrichi le travail. Parmi les médecins interrogés, il y a 4 femmes et 6 hommes âgés de 28 à 62ans. La durée moyenne des interviews est de 31min44sec (la durée d'interview minimum est de 18min25sec et maximum de 50min29sec).

Dans ce travail, des extraits de phrases des médecins (M1 à M10, en *italique*) sont à la base de la construction de la réflexion et viennent soutenir la partie discussion. L'ensemble des données sociodémographiques sont représentées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : caractéristiques sociodémographiques des sujets interviewés

	Age	Années de pratique	Lieu de pratique	Pratique solo/groupe	Travail à l'acte/forfait	Présence secrétariat
MG1	59ans	32ans	Semi-urbain	Solo	Acte	Non
MG2	50ans	25ans	Semi-urbain	Solo	Acte	Oui
MG3	56ans	27ans	Semi-urbain	Groupe	Acte	Oui
MG4	29ans	2ans	Urbain	Groupe	Acte	Oui
MG5	28ans	3ans	Semi-urbain	Groupe	Forfait	Oui
MG6	37ans	11ans	Rural	Groupe	Acte	Oui
MG7	28ans	2ans	Urbain	Groupe	Forfait	Oui
MG8	61ans	35ans	Urbain	Groupe	Forfait	Oui
MG9	53ans	28ans	Semi-urbain	Solo	Acte	Non
MG10	62ans	37ans	Rural	Groupe	Forfait	Oui

2. Types d'examens cliniques en médecine générale.

Pour amener le sujet, j'ai cherché à déterminer en quoi consiste, selon les médecins généralistes interviewés, l'examen clinique réalisé en médecine générale. Il ressort essentiellement 3 types d'examen clinique :

L'examen clinique « **de routine** », le « **strict minimum** », qui reprend essentiellement la prise de tension artérielle.

MG1 : « Strict minimum pour moi, chez les adultes, c'est la tension. »

Certains s'arrêtent là ; d'autres prennent également de façon systématique les paramètres (saturation, fréquence cardiaque, ...) et effectuent une auscultation cardio pulmonaire.

L'examen clinique de **dépistage**. On ajoute à l'examen clinique de routine la prise du poids, l'auscultation des carotides, la recherche d'œdème des membres inférieurs, la recherche des pouls périphériques, la détection des cancers de la peau, etc....

MG2 : « Si on veut faire de la médecine générale correcte, il y a de la prévention à faire et pour ça il faut un examen clinique un peu plus long »

L'examen clinique **orienté sur la plainte** du patient (examen ORL, neurologique, orthopédique...)

MG4 : « Ça dépend un peu des plaintes. (...). Je ne vais pas faire un examen neuro non plus à tout le monde.(...) Si c'est juste de l'ORL, je regarderai la bouche, les oreilles. Et après s'il y a des plaintes respiratoires, le cœur et les poumons. »

3. Les raisons motivant l'examen clinique :

Pour la plupart des médecins interviewés, l'examen clinique est réalisé de façon systématique chez la majorité des patients. A travers différentes questions, j'ai tenté de découvrir quelles étaient leurs motivations à réaliser cet examen et ce, même s'ils avouent souvent avoir déjà

une hypothèse diagnostique précise lors de leur anamnèse ou savent pertinemment que leur examen clinique ne modifiera pas leur prise en charge.

Raisons d'ordre médical

La première motivation soulignée est souvent un **but scientifique**. Grâce à cette étape de la consultation, le médecin va pouvoir établir son diagnostic ou du moins, orienter sa prise en charge et décider de la nécessité d'examen complémentaire. Il va également être nécessaire afin de réaliser de la prévention ou dans le suivi de pathologie chronique.

Il va permettre au médecin de **se sentir rassuré et sécurisé** face à son hypothèse diagnostique et d'éviter les erreurs.

MG8 : « Augmenter le degré de sécurité, ne pas passer à côté de quelque chose même si tout semble évident. »

Cet examen est **peu coûteux** et permet parfois de ne pas recourir à des examens complémentaires souvent onéreux.

MG8 : « Ca ne coûte rien, sauf de l'attention du médecin. »

Il va apporter des données, des éléments « objectifs », permettant de prouver au patient qu'il a bien été entendu et le **convaincre** que la prise en charge du médecin est la bonne.

MG10 : « La consultation, c'est un peu ça, on doit convaincre le patient aussi que c'est une angine qu'il a ou qu'il n'a rien du tout. »

Parfois, le médecin avoue réaliser cet examen par **habitude**, par **rituel**.

MG8 : « (...) on fait souvent mais pas toujours avec un but précis mais parce que ça fait partie un peu d'un rituel, de venir chez le médecin, d'avoir la tension. »

Enfin, c'est aussi un exercice qui apporte au médecin une certaine **satisfaction** et un **plaisir personnel**.

MG10 : « Et ça fait aussi plaisir parfois, le défi intellectuel et le métier de trouver des choses parfois, ça joue aussi. »

Raisons d'ordre relationnel

Il a fréquemment été cité que l'examen clinique constitue, pour le patient, **un gage de qualité**.

MG4 : « Ils ont cette croyance qu'un docteur qui n'a pas examiné est un mauvais docteur. »

L'examen clinique va également répondre à une demande du patient qui va lui permettre de se sentir **pris en charge**, pris en considération et **rassuré**.

MG4 : « Le patient a besoin de ce contact physique pour sentir qu'on a fait quelque chose. »

MG2 : « Et donc, avoir pris leur tension, c'est comme si on s'était bien occupé d'eux. »

MG3 : « (...) On touche les gens, ça rassure les gens parce qu'ils considèrent qu'on a été complet. »

Le fait de toucher le patient lors de l'examen clinique peut permettre de soulager le patient. On parle ici du « toucher magique » ou **toucher thérapeutique**.

MG2 : « Mettre la main sur quelqu'un, ça soigne, ça guérit. »

De plus, l'examen clinique est un moment particulier auprès du patient. Il va permettre de créer une relation de **confiance**. On parle aussi de « **toucher révélateur** », qui, grâce à cette relation particulière, au moment de l'examen clinique, va faire parler le patient.

MG7 : « Au moment où je l'ai touché, parce que je prenais sa tension, rien que le fait d'avoir posé la main sur elle, elle a commencé à pleurer et à dire (...) »

4. Les raisons ne motivant pas l'examen clinique :

Il existe également certaines consultations où le médecin ne réalise pas d'examen clinique. J'ai cherché à déterminer dans quelles situations les médecins interviewés estiment qu'un examen clinique n'était pas nécessaire/obligatoire.

Dans un premier temps, il existe certains **motifs de consultation** pour lesquels un examen clinique est rarement réalisé. C'est par exemple le cas pour les consultations de type

administratif, psychosocial ou encore lors de renouvellements de prescriptions de médicaments.

Il arrive que l'**anamnèse soit contributive** et que, seule, elle puisse suffire au diagnostic.

MG9: « Il y a toujours l'interrogatoire en quelques questions et si tout est rassurant, alors je ne fais pas d'office une prise de tension ou de paramètres pour eux. »

Beaucoup de médecins rapportent aussi que lorsqu'un **examen clinique a été réalisé récemment** et que le patient ne présente pas de nouvelles plaintes, ils ne voient pas d'utilité à réaliser un examen clinique.

MG6 : « Je pense que ça n'a pas nécessairement de sens de refaire un examen clinique alors que l'on a parfois de gens que l'on voit très régulièrement. »

Parfois, il est nécessaire de recourir aux **examens complémentaires** afin de déterminer un diagnostic et l'examen clinique est souvent non réalisé.

MG9 : « Mon examen clinique ne va rien m'apporter de plus et je vais de toute façon avoir besoin d'un scanner. Donc, je lui fais un papier pour le scanner. »

Une des raisons également évoquée pour expliquer l'absence d'examen clinique ou de l'avoir fortement limité est le **manque de temps** ou le **manque de volonté**.

MG2 : « Il y a d'autres moments où le surplus de travail, l'émotionnel du médecin va faire en sorte qu'il aura moins envie d'examiner, qu'il aura moins envie de prendre le temps avec le patient. »

MG1 : « Si je suis pressé, en période d'épidémie, je ne vais pas prendre la tension mais discuter, c'est le minimum. »

Enfin, en cette période de pandémie de Covid-19, les **symptômes** d'IVRS sans signes de gravité chez une personne en bonne santé sont plus rarement examinés par peur de contamination.

5. Déléguer des tâches et notamment l'examen clinique.

J'ai ensuite questionné les médecins afin de savoir s'ils étaient disposés à déléguer certaines tâches et notamment leur examen clinique.

Ce qui pourrait être délégué dans l'examen clinique, ce sont essentiellement les parties plus « objectives » telles que la prise de paramètres (tension, saturation, poids, taille) et les actes techniques (les ECG, les prises de sang).

MG10 : « Maintenant c'est vrai qu'il y a un tas de paramètres qui sont des paramètres comme la tension, la saturation, la fréquence cardiaque, qui sont des paramètres dans lesquels l'assistant de pratique pourrait très bien le faire. »

Ce qui ne pourrait pas être délégué dans l'examen clinique, ce sont par conséquent plutôt les parties plus « subjectives » comme l'auscultation cardiopulmonaire, la palpation abdominale et le suivi de masse (son volume, son aspect,...).

MG10 : « Maintenant un assistant de pratique qui me dirait que l'auscultation cardiopulmonaire est bonne, je me méfierais quand même, et aussi les palpations abdominales.

Les réticences à déléguer l'examen clinique :

Les médecins ont peur de perdre le **côté humain**. Ils rappellent **l'importance du contact physique** qui est une porte d'entrée à certaines discussions et qui permet ainsi d'aborder certains sujets plus délicats. C'est donc un moment d'**intimité** avec le patient.

MG7 : « C'est aussi un moment niveau humain(...). On rentre dans l'intimité du patient. »

Les données récoltées lors de l'examen clinique doivent être interprétées en fonction du patient. Le médecin généraliste a l'avantage de bien connaître ses patients parce qu'il les voit et les examine régulièrement. Il existe donc une réticence quant à **l'interprétation des résultats** par un tiers et à la possibilité de moins connaître ses patients.

MG3 : « On est médecin de famille, on connaît les gens(...) On a cet avantage parfois de se dire qu'il y a quelque chose qui n'est pas normal. »

De plus, les médecins se questionnent sur la **qualité** d'un examen réalisé par un tiers ainsi que la **confiance** qu'ils pourront accorder aux résultats.

MG 6 : « On sait ce que l'on cherche via l'anamnèse. J'aurais peur que des choses soient loupées. »

MG9 : « Est-ce que je peux me fier exclusivement et totalement à ses conclusions ? »

Si cet acte est délégué, le médecin va moins fréquemment examiner ses patients. Un des médecins interviewés (MG2) souligne la nécessité de pratiquer pour **ne pas « perdre la main »**.

Certains se posent également la question de la **responsabilité médico-légale**.

MG4: «Après dire : 'l'infirmière n'a pas entendu un souffle', ok. Mais c'est quand même moi qui prescris. »

Pour terminer, déléguer l'examen clinique **ne va pas** toujours permettre de **gagner du temps**. Surtout si le médecin examine à nouveau le patient.

MG9 : « J'aurais tendance à repasser dessus. C'est le double travail. »

Avantages à déléguer l'examen clinique :

Il existe bien entendu des avantages à déléguer cet examen. Le **gain de temps** est certainement celui qui est le plus souvent cité dans les interviews. Ce temps gagné à déléguer ces actes serait utile pour en dégager davantage pour faire de la prévention ou pour s'occuper de choses plus complexes, par exemple.

MG8: « Avoir le temps de pouvoir gérer un patient avec un problème plus complexe, c'est pour ça qu'on est formé. »

MG3 : « Tu peux faire plus de prévention si tu ne dois pas t'occuper des mesures. »

Déléguer cet acte à un tiers compétent ou à une machine pourrait également permettre de gagner en **efficacité** ainsi qu'en **qualité** diagnostique.

MG 9 : « L'avantage est qu'elle ferait peut-être une partie de l'examen physique que je ne ferais peut-être pas moi d'emblée ou systématiquement. »

A qui déléguer ?

Comme présenté au point 3c., on assiste, un peu partout dans le monde, au développement d'une collaboration interdisciplinaire plus poussée, notamment avec des infirmiers de pratique. D'autre part, dans la pratique moderne, nous retrouvons de plus en plus de technologies performantes qui peuvent être utiles dans nos diagnostics et les suivis de patients.

J'ai interrogé les médecins afin de savoir s'ils pourraient être favorables au fait de déléguer l'examen clinique à un infirmier spécialement formé à cet effet ou à une machine révolutionnaire, présente au cabinet, qui par des techniques que nous ne connaissons pas encore actuellement, pourrait réaliser un examen clinique complet.

Par rapport **aux infirmiers**, les médecins insistent sur la nécessité d'une bonne formation et de compétences cliniques. Certains émettent l'idée qu'il serait idéal qu'il existe des fiches, des protocoles ou des arbres décisionnels afin que la prise en charge soit claire et précise. Un contrat pourrait également être signé afin que les conditions de travail soient notifiées et acceptées par les collaborateurs. Enfin, une bonne entente entre les collaborateurs semble simplifier et améliorer le travail d'équipe.

MG7 : « S'il y a un protocole de délégation, alors la personne, donc l'infirmière par exemple, sait exactement ce qu'elle doit faire et dans quelle situation elle doit faire quoi. ». « Il doit y avoir un contrat qui protège la délégation des tâches. »

MG10: « Je pense que l'assistant de pratique peut être une bonne idée à partir du moment où l'assistant de pratique est lui-même formé. Jusqu'à présent, on ne peut pas dire que les infirmières soient formées à ça. »

Par rapport **aux machines** ou technologies du futur, les médecins y trouvent un certain avantage au niveau de la précision, de la fiabilité et de la rapidité des résultats obtenus de cette façon.

MG6: « Je pense qu'une machine reste plus fiable que l'humain pour certaines choses. »

MG7 : « Des choses que nous-mêmes, par nos limites physiques, on peut passer à côté. Pour l'instant je me dis : ouh là, pour l'instant j'entends bien mais si j'entendais moins bien.... »

Cependant, se pose encore le problème de l'interprétation des résultats donnés de manière non-personnalisée par rapport au patient et selon des normes très théoriques.

MG3 : « La machine fonctionne en fonction de critères, d'algorithmes. S'il y a un truc qui va jusque 10, si l'ordinateur a vu que c'était 10,1 il mettra un + pour dire que c'est anormal. »

6. Consultations à distance ou téléconsultations

Comme présenté au point 4., la pandémie de la Covid-19, nous a obligés et nous a appris à consulter différemment : à distance du patient. J'ai voulu 'profiter' de cette expérience pour aborder la question de ce nouveau mode de consultation... sans examen clinique !

Certains avantages de la téléconsultation ont été cités lors des interviews. Consulter à distance du patient a aidé les médecins à se sentir **rassurés** et en **sécurité**. En effet, on ressent lors de ces interviews que cette période a été particulièrement anxiogène et remplie de doutes pour les médecins.

MG7: « On était à la fois rassurés de ne pas être trop en contact avec les gens parce qu'on n'avait aucune idée de ce qu'il se passait, de combien de gens étaient infectés, c'était une période où l'on ne savait pas. »

MG9: « C'était à la fois appréciable parce que tu te sentais quand même un peu plus en sécurité. (...) J'ai quand même été content de pouvoir prendre un peu de distance. »

Ils ont également pu s'**organiser** autrement pour répondre aux demandes multiples des patients, eux-mêmes très anxieux. Les appels ont été très nombreux et il n'aurait pas toujours été possible de rencontrer physiquement tous les patients. La téléconsultation a donc permis de **prendre en charge un nombre plus important** de patients.

De plus, un code a été créé afin que la téléconsultation soit remboursée, ce qui a permis aux médecins d'être **rémunérés** pour leur travail.

MG2 : « Et puis, si tu n'as pas fini ici, tu pouvais ramener du travail à la maison aussi. »

Procédés utilisés pour établir un diagnostic à distance :

Les médecins ont expliqué avoir, dans certains cas, fait **participer le patient** en demandant, par exemple, de prendre la tension au domicile grâce aux appareils d'automesure, d'appuyer sur le ventre ou encore d'envoyer des images de leur plaie ou autre.

MG7 : « On essayait quand même de faire un examen clinique avec leurs yeux. »

Quelques médecins ont avoué avoir **référé** plus fréquemment vers la deuxième ligne afin qu'un examen clinique soit réalisé. Beaucoup ont néanmoins continué à faire venir les patients en consultation ou se sont rendus au domicile lorsqu'ils ne pouvaient pas aboutir au diagnostic simplement avec l'interrogation du patient par téléphone.

MG1 : « Pour les COVID, quand les patients se dégradent on envoyait. Mais pour les pathologies usuelles, j'essayais quand même d'examiner les gens, de les faire venir. »

Certains désavantages de la téléconsultation se sont également bien fait sentir.

Le plus marquant reste clairement le **manque d'examen physique**.

MG9 : « Effectivement, j'ai regretté de ne pas pouvoir mettre une main sur un ventre, à ce moment-là. »

MGx : « A distance, on ne sait pas mettre de stéthoscope. »

MG6 : « On ne sait pas palper, il n'y a pas de relief. On n'est jamais très sûr de ce que l'on fait. »

Un autre élément mis en avant pour souligner la difficulté des consultations à distance, est la **subjectivité de l'histoire clinique** ainsi que le **non verbal**. En effet, certains patients vont minimiser leurs symptômes et d'autres les aggraver. En face du patient, lors de consultations ordinaires, il est plus évident également d'émettre un diagnostic face aux plaintes grâce à tout ce qui ressort du non verbal et du ressenti, que l'on perd lors des consultations par téléphone.

MG6 : « Même si parfois ils avaient des paramètres et un état respiratoire catastrophiques, ils ne s'en rendaient même pas compte. »

MG8 : « (...) il y a quand même beaucoup d'info qui échappent au téléphone : tout le comportement, le corporel, des choses comme ça,... »

De plus, les aides apportées pour enrichir la téléconsultation telles que les photos envoyées par les patients ne représentent pas toujours la réalité et ne sont pas toujours de bonne qualité.

MG6 : « Ou des situations dermatologiques où mes gens envoient des photos, mais souvent les photos sont de mauvaise qualité. »

Avenir des téléconsultations :

La téléconsultation semble avoir conquis certains **patients**, qui sont d'ailleurs **demandeurs** de ce type de consultation qui semble leur convenir. Cependant, d'autres patients sont très réticents et n'apprécient pas que le médecin utilise ce moyen de consulter.

MG3 : « (...)les gens commencent à s'y habituer. Ils disent « faites comme la dernière fois. »

MG6: « Mais pour la majorité des gens, j'ai l'impression qu'il y a quand même encore une demande d'un contact et d'un examen clinique. »

La consultation à distance peut être utile pour **certains types de consultations** comme pour les renouvellements d'ordonnances, le tri d'une IVRS sans signes de gravité,... mais les personnes interviewées sont unanimes pour souligner qu'elle ne peut pas être réalisée pour toutes les consultations.

Pour les patients présentant des comorbidités ou qui n'ont plus été vus depuis un certain temps, les médecins pensent également que la téléconsultation n'est pas adéquate.

Enfin, la téléconsultation a prouvé son utilité dans le contexte d'une pandémie telle que celle de la Covid-19, mais aussi pour faire face aux « déserts médicaux ».

MG8 : « (...) je peux m'imaginer que quand on habite en plein les Ardennes et qu'il faut se taper 30km, c'est tout à fait différent. Mais dans le contexte urbain, assez peu. »

7. Déshabiller le patient lors de l'examen clinique

Pour examiner un patient, il est parfois nécessaire qu'il ôte ses vêtements pour permettre un accès correct au corps. Dans le contexte de cette étude sur l'examen clinique, je me suis demandée si la pudeur était un frein à l'examen.

Stratégies mises en œuvres pour examiner sans gênes pour le patient :

Les médecins expliquent qu'un certain malaise lié à la pudeur peut être présent mais qu'ils utilisent certaines stratégies pour éviter au maximum de mettre le patient mal à l'aise lorsqu'il doit se déshabiller, afin que cette étape soit acceptée sans gêne et qu'elle ne soit pas mal vécue par le patient.

Fréquemment, un **déshabillage partiel, adapté** à la plainte du patient et adapté au patient (âge, culture, sexe,...), est proposé.

MG6: « Je ne fais jamais se déshabiller totalement. Je vais par morceaux pour que la personne puisse avoir l'impression de préserver son intimité et ne pas être nue. »

La **compréhension du patient** par rapport à l'acte est importante ainsi que **son accord**. Si le patient comprend pourquoi il doit enlever ses vêtements et qu'il accepte de le faire, alors il n'y a pas de malaise entre le médecin et le patient.

MG9 : « Je pense arriver à trouver les mots pour chaque situation et expliquer pourquoi il faut enlever une partie ou les vêtements. »

MG10 : « Je vais toujours demander 'est-ce que ça vous dérange si...' Comme ça je lui laisse la possibilité de dire que ça dérange. »

L'environnement doit être adapté. Certains vont fermer la porte à clé et d'autres tirer les rideaux, par exemple. Un espace dédié au déshabillage ou un paravent semble être parfois idéal mais peu de médecins ont la possibilité de le proposer.

Enfin, il est important que **le médecin lui-même se sente à l'aise**. Parfois, il va faire appel à la présence d'une tierce personne par crainte de sous-entendus.

MG2 : « Si le médecin n'est pas gêné, ça ne doit pas gêner le patient. 'Oh mais ne vous tracassez pas, madame, on fait ça tous les jours'. »

MG9 : Écoute, j'ai un principe que si je dois examiner, par exemple, une adolescente, il y aura toujours un adulte avec moi. »

Plus rarement, la pudeur ressentie par le patient ou par le médecin empêche un déshabillage de la partie à examiner. Ceci peut arriver également pour des raisons culturelles (ex : le voile chez les musulmans). Les médecins utilisent alors d'autres stratégies pour examiner le patient sans que ce dernier ne retire ses vêtements.

Par exemple, le médecin va demander au patient de soulever son vêtement ou il va examiner à travers ou sous le vêtement.

MG8 : « Je vais plonger le stéthoscope de manière un peu difficile parfois entre les vêtements. »

Il arrive également que le médecin laisse la possibilité aux patients de réaliser l'acte médical eux-mêmes, sans les avoir examinés, grâce aux conseils donnés et proposent une réévaluation si ça n'a pas été concluant.

Gêne du côté du médecin :

Enfin, **les médecins se sentent parfois, eux-mêmes, mal à l'aise** dans certaines situations. C'est notamment le cas lorsqu'il faut examiner la sphère gynécologique et ce, d'autant plus si le soignant et le soigné sont de sexe opposé.

De plus, la proximité lors de l'examen physique peut être vécue comme une peur de la contagion pour certaines maladies contagieuses ou transmissibles par contact direct ou comme une contrainte à cause de certaines odeurs par exemple.

MG7 : « Mais c'est vrai que tout ce qui vient plus au niveau de la sphère intime et gynéco et uro, là, il y a des situations où l'on est plus mal à l'aise où on va même penser à la place du patient. »

MG2 : « Peut-être si les gens sont très sales ou s'il y a des poux ou il y a une maladie contagieuse, alors là, la proximité me dérange. »

V. Discussion

1. L'examen clinique aujourd'hui

a. L'examen clinique : quelle est sa place ?

Dans la formation des médecins, l'examen clinique est quelque chose de central. L'enseignement de la démarche diagnostique aux étudiants est généralement présenté selon le modèle « SOAP » élaboré par WEED dans les années 70 (14). C'est également ce modèle qui est le plus fréquemment utilisé pour recueillir les données de façon structurée dans le dossier informatif du médecin généraliste. Le 'O', pour objectif, reprend les éléments de l'examen clinique en relation avec la plainte actuelle du patient (14). L'examen clinique fait donc partie intégrante de la démarche diagnostic et pour rappel, jusqu'il y a peu, le Conseil de l'Ordre des Médecins rappelait qu'établir un diagnostic sans contact physique était dangereux (2017) (12). Au travers des interviews, il ressort que les médecins sont attachés à cette étape de la consultation. L'intérêt premier d'un examen clinique est de rassembler des données importantes afin d'établir un diagnostic. Ils reconnaissent cependant que ces moments de contact avec les patients ont d'autres utilités. J'ai distingué 3 enjeux à l'examen clinique.

Enjeu diagnostique :

Lors de l'examen clinique, le praticien inspecte, palpe, percute et ausculte le corps à l'aide de ses cinq sens et de ses deux mains. Si cela est nécessaire, il utilise des instruments tels que le thermomètre, le saturomètre, le stéthoscope,... afin de prendre certaines mesures. Cet examen, réalisé auprès du patient, permet d'apporter des données sur son état de santé de façon rapide, peu coûteuse et généralement peu invasive (15) (16) (17).

En médecine générale, la plupart des diagnostics sont posés grâce à un examen clinique en complément à l'anamnèse. Cet examen permet également d'éliminer les hypothèses diagnostiques face à une plainte ou à un symptôme et d'augmenter l'assurance diagnostique du médecin. C'est aussi le moyen de connaître le normal et d'être surpris par l'anormal (18).

MG6 : « Ça permet de connaître la normalité et de s'assurer que tout va bien. »

Enjeu relationnel :

L'examen physique est l'étape de la consultation où le médecin, régulièrement caché derrière son écran d'ordinateur, se lève de sa chaise de bureau, s'approche du patient et touche son corps afin de récolter des données reconnues comme nécessaires par le médecin.

En effet, un contact physique se produit dans la plupart des examens cliniques et est considéré par de nombreux auteurs comme un élément particulièrement important dans la relation de soin grâce à la proximité entre le patient et le médecin. Ils nomment l'importance du toucher en tant que forme de communication, procurant du confort et établissant et renforçant les relations entre les médecins et le patient (15).

Même quand l'examen clinique ne semble pas « cliniquement nécessaire », il semble répondre aux attentes du patient et permet de construire la relation avec lui. En effet, le patient attend d'être examiné et prend confiance face au soignant qui prend le temps de le faire. Grâce à cette confiance que le patient développe pour le médecin, le patient va plus facilement se confier et se dévoiler. Et de ce fait, le soignant va en apprendre davantage et ainsi de mieux en mieux connaître son patient.

C'est également lors de ce moment que le médecin peut affirmer ses connaissances et son autorité. Dans un article du journal médical JAMA(2020), le Dr Hyman explique s'être retrouvé dans des situations où les patients sont sûrs d'avoir besoin d'antibiotiques et où, grâce aux éléments rassurants de son examen clinique, il peut les convaincre qu'ils n'en n'ont pas besoin (16). C'est également ce que souligne le M10 : « *Alors là, l'examen clinique peut avoir le rôle de convaincre son patient de tout ce qu'on a fait pendant la consultation.* »

Enjeu thérapeutique :

L'examen clinique est un moyen de communication non verbale qui réduit l'anxiété du patient et peut produire un effet de 'guérison' (15) (17) (18). MG2 : « *Mettre sa main sur quelqu'un, ça soigne, ça guérit.* »

Le sociologue Friedman a exploré la communication non verbale entre le patient et le médecin, notamment via le regard et le toucher. Il soutient que les patients pourraient se sentir beaucoup mieux après un examen physique de routine car c'est une occasion d'être touché par « une personne de haut rang », ayant pour eux une valeur symbolique (15).

De plus, des études sur l'effet placebo démontrent que le contexte psychosocial autour de la prise en charge du patient peut avoir un effet sur les réactions chimiques du cerveau via les neurotransmetteurs. Ainsi, un examen physique bien mené peut aider un patient à se sentir mieux. A l'inverse, un examen clinique inférieur peut avoir un effet délétère sur le patient (17) (18).

b. L'examen clinique : quelles sont ses limites ?

Manque de précision diagnostique

Beaucoup de patients semblent surestimer l'utilité de l'examen clinique (18). D'après les médecins, l'outil diagnostique le plus important dans la consultation reste les informations que le patient communique au soignant. Rien qu'à travers l'anamnèse, le médecin peut en général déterminer le diagnostic du patient. MG10 : « *Quand un patient vient avec une plainte, pour moi, l'anamnèse représente 80 pourcents des diagnostics.* » A ce moment, le médecin pourrait très bien, dans certains cas, ne pas examiner le patient et terminer la consultation sans contact physique entre les deux individus.

Dans un nombre croissant de situations médicales plus complexes, l'examen physique est d'une utilité limitée face aux autres moyens diagnostiques. Il ne permet pas au médecin de donner un diagnostic précis (18). Or, l'évolution de la notion de diagnostic se veut plus scientifique, basée sur des preuves. C'est pourquoi les médecins se tournent vers la prescription d'examens complémentaires. Les médecins d'aujourd'hui ne vont plus risquer d'affirmer un diagnostic, surtout s'il nécessite une intervention ou une prise d'antibiotique, sans recours aux examens complémentaires.

L'observation peut donner des diagnostics dans de nombreux cas comme pour une varicelle, une conjonctivite. Mais le diagnostic d'appendicite ou d'une tumeur abdominale provient de preuves indirectes. En effet, les médecins ne peuvent pas réellement voir l'appendice enflammée ou la tumeur et ils ne se risqueraient plus de passer en chirurgie sans que l'imagerie ne soit employée. MG10 : « *J'ai vu des chirurgiens ouvrir des ventres après un examen clinique et, en ouvrant le ventre se dire qu'ils n'auraient pas dû l'ouvrir, le refermer et on est content.* »

Subjectivité et limites physiques de l'examineur

L'examen clinique, réalisé par des êtres humains, peut être soumis à une grande variabilité et à ses limites. On aurait tendance à croire que l'examen clinique recueille des données très objectives et indépendantes du médecin examineur. C'est en effet le cas pour les données paramétriques. Cependant, il existe certains signes cliniques tels la palpation d'un abdomen douloureux ou l'auscultation cardio-pulmonaire dont l'objectivité dépend aussi de l'habileté du médecin et de ses capacités de perception (15). MG7 : « *Parfois je me dis : ouh là, pour l'instant j'entends bien mais si j'entendais moins bien ? On remarque avec nos collègues plus âgés : « Tu n'entends pas le souffle ? Mais moi je l'entends. » »*

De plus, l'état psychique et psychologique du médecin peut également influencer sa manière d'examiner et de prendre le temps auprès du patient. MG2 : « *Il y a d'autres moments où le surplus de travail, l'émotionnel du médecin, va faire en sorte qu'il aura moins envie d'examiner, qu'il aura moins envie de prendre le temps avec le patient. »*

Pudeur

Au cours de l'examen clinique, le déshabillage et la nudité peuvent faire naître un sentiment de gêne et même dépouiller le patient de son identité (17). Nous sommes certes loin de l'époque où, au nom du puritanisme religieux, le contact corporel était banni (1). Néanmoins, la pudeur varie en fonction des sociétés et des groupes sociaux.

La pudeur est plus fréquemment ressentie lorsque les parties intimes du patient sont mises à nu mais elle peut intervenir également à cause du rapport avec son propre corps (rondeurs non assumées,...) ou être liée au genre du médecin. Le moment du déshabillage est une étape où la pudeur est plus importante, considéré comme un moment plus intime. Les valeurs religieuses peuvent également orienter le sentiment du patient (19). Par exemple, l'islam est une religion qui impose des règles de pudeur spécifiques notamment au niveau des femmes dont le corps et parfois même son visage doivent être voilés.

La place de la pudeur peut aussi être envisagée du côté du médecin face au déshabillage et à la nudité. Les médecins expriment leurs difficultés lors du déshabillage, sur la manière de l'amener, de le réaliser même si, d'après la thèse du Dr Guillaume Gaele, les refus de la part

des patients sont rares (19). Ensuite, une fois les vêtements ôtés, si le soignant se montre trop sensible, trop gêné ou même dégoûté face au corps du patient, il induira alors un malaise. De plus, la peur qu'on soupçonne le médecin de gestes inadéquats ne fait qu'accroître la difficulté qui peut être ressentie lors de l'examen intime (MG8).

Prendre en compte la pudeur demande au soignant la reconnaissance et la compréhension des émotions vécues par le patient. Cette attitude empathique est favorisée par la relation de soin établie entre les deux individus. Le médecin rassure le patient, il rappelle la nécessité de l'examen et garde la bonne distance avec lui. Le patient, s'il se sent en confiance et que la communication s'est établie, accepte généralement d'exposer sa sphère privée et d'être examiné par une manœuvre qui peut l'incommoder et mettre à mal sa pudeur.

Ce point sur la pudeur est, selon moi, ambigu. En effet, la gêne liée à la nudité et l'érotisation existe, sachant que les médecins usent d'astuces pour éviter de mettre le patient à nu et ne sont pas à l'aise lorsqu'ils doivent examiner la sphère intime d'un patient sans la présence d'un témoin. Par ailleurs, les médecins semblent minimiser la question de la pudeur. Par exemple, aucun médecin ne se sert d'un paravent pour permettre au patient de se déshabiller alors que cette étape est la plus délicate au niveau de l'intimité. Peut-être que cette complexité vient du fait que le médecin est avant tout un humain qui a sa propre pudeur avant d'être médecin et doit intégrer ces deux rôles (19).

Temps

Le temps semble également être un facteur limitant un examen systématique et minutieux. C'est d'ailleurs le manque de temps qui est la raison la plus souvent évoquée par les médecins interviewés expliquant le manque d'examen clinique ou le fait qu'il soit très limité. En effet, la durée moyenne d'une consultation est de 15 minutes, selon une étude publiée dans le BMJ Open(2017) (18). Il est évident que dans ce temps imparti, un examen clinique correct ne peut être mené s'il faut y ajouter l'information, le conseil, l'éducation thérapeutique, la prévention et/ou le dépistage. Il est souvent plus rapide d'écrire une demande d'imagerie ou d'envoyer le patient chez le spécialiste.

De plus, il est fréquent de recevoir des patients pour compléter des documents administratifs ou pour des consultations d'ordre psychologique qui prennent un temps considérable et pour lesquelles un examen clinique est fréquemment négligé.

2. L'examen clinique aujourd'hui et demain: quels compléments ?

Plus haut, nous avons discuté de la place de l'examen clinique mais également de ses limites. Il semble que le diagnostic du clinicien ne suffise plus pour affirmer la normalité ou pour certifier une pathologie. En outre, comme souligné au point 3a., la pénurie de médecins généralistes est une réalité, dans un système de santé en évolution constante, avec un renforcement de la collaboration et de l'interdisciplinarité. La pratique médicale dans des cabinets de groupe, des maisons de santé ou autres structures de soins ambulatoires tendent à être la nouvelle norme. Dans ce contexte, de quelles aides pourront se servir les médecins généralistes d'aujourd'hui et de demain ? (21)

a. Les examens complémentaires

Il semblerait qu'en médecine générale, une consultation sur 7 aboutisse à la prescription d'un examen biologique (22).

Une telle prescription prend en compte l'évaluation du bénéfice pour le patient en fonction de son histoire, son environnement, les hypothèses diagnostiques et les possibilités thérapeutiques ultérieures. Les examens complémentaires ont pour but d'apporter d'autres informations que celles déjà récoltées lors de l'anamnèse et/ou l'examen clinique. Ils servent également au diagnostic, au dépistage ou au suivi. Il n'est pas rare que ces examens soient prescrits pour rassurer le médecin et/ou le patient (22).

Enfin, l'interprétation des résultats se réfère à une norme, une fourchette de valeurs. C'est alors au médecin de se questionner sur le lien de causalité entre l'anomalie éventuellement trouvée et la possibilité que le patient souffre effectivement de ce trouble.

b. Les assistants de pratique

Nous avons défini au point 3c. cette nouvelle profession qu'est l'infirmier de pratique avancée. Pour rappel, ce sont des infirmiers à qui l'on confie, en plus des soins infirmiers habituels, d'autres activités médicales en collaboration avec les médecins.

Est-ce que l'examen clinique pourrait faire partie des tâches qui seraient transférées aux assistants de pratique ?

L'enquête Cochrane sur les facteurs influençant les stratégies de substitution médecin-infirmière en médecine générale (2019), montre que les patients préfèrent être pris en charge par des médecins plutôt que par des infirmiers pour des tâches plus 'médicales', notamment les diagnostics de maladies graves (23). Ils acceptent néanmoins volontiers que les soins préventifs et les suivis soient réalisés par des infirmiers.

Le transfert de telles tâches est une piste intéressante pour soulager les médecins généralistes et améliorer l'accessibilité des soins de santé. De plus, selon l'étude portant sur les infirmières en tant que substituts des médecins en soins primaires (2018), ces dernières semblent fournir des soins de qualité égale aux médecins pour le suivi de maladies chroniques (24). La durée de la consultation semble plus longue et les suivis de consultation plus fréquents. De ce fait, les patients atteignent un niveau de satisfaction plus élevé.

Il est évident que pour que cette collaboration soit fructueuse, il est nécessaire que le profil de compétences et le cadre juridique soient développés. Certains facteurs sont également régulièrement mis en avant afin de pouvoir entamer une collaboration, tels que le respect, la clarté des rôles, la formation et des ressources adéquates (23).

c. Les outils technologiques

Les objets connectés sont présents partout et vont encore largement se développer. Si, au niveau de la santé, on est encore loin des 'machines qui font tout' dont il a été question dans les interviews, force est de reconnaître que des outils technologiques peuvent d'ores et déjà aider à déterminer certains diagnostics, être des outils dans la prévention et faciliter le partage

d'informations entre le patient et le médecin. Ces objets sont bien souvent connectés à des applications disponibles sur le smartphone ou la tablette du patient.

Dans le monde médical, on peut déjà retrouver des tensiomètres, des piluliers, des chaussures ou encore des montres connectées. Ces dernières permettent, par exemple, la réalisation d'un électrocardiogramme fiable et le partage des résultats avec le professionnel de santé (25).

Une startup française, Hygia, a eu l'idée de développer une chaise médicale connectée présente dans la salle d'attente du médecin généraliste(26). Celle-ci est une solution trouvée pour éviter le temps « perdu » dans ces salles d'attente. Cette chaise collecte certains paramètres tels que le poids, la tension, la fréquence cardiaque et la température du patient et envoie ces informations au médecin avant sa rencontre avec le patient. Selon le patron d'Hygia, *« Outre qu'il s'agit d'un moyen pour rendre le patient plus acteur de sa santé, la collecte en amont des informations médicales, avant la consultation proprement dite, permet de facto de gagner du temps et surtout d'en donner plus au médecin pour ausculter, connaître, écouter et comprendre la problématique de son patient »*(26).

Bien que déjà fort répandus, ces outils connectés posent de nombreuses questions notamment par rapport à la sécurité des données, la fracture numérique, la fiabilité et l'efficacité médicale(25). C'est un problème sérieux mais ces éléments ne font pas l'objet du présent travail.

3. Et quand la consultation se fait à distance ?

Depuis mars 2020, les médecins ont dû adapter certaines de leurs consultations en ne faisant plus venir systématiquement tous leurs patients au cabinet, notamment lorsqu'ils présentent des symptômes d'infection des voies respiratoires laissant suspecter une éventuelle infection de la Covid-19.

Grâce à cette nouvelle expérience, beaucoup de médecins ont découvert qu'ils pouvaient prendre en charge leurs patients grâce à la téléconsultation. MG7 : *« Mais clairement on s'est rendu compte qu'il y a pleins de choses pour lesquelles il ne fallait pas absolument faire revenir. »*

Au travers de ces soins numériques, la distance physique est totale et il n'y a pas d'examen clinique réalisé par le médecin généraliste alors qu'il semble être encore assez systématique dans les consultations « ordinaires ». Ce manque d'examen clinique et le manque de proximité font que beaucoup des médecins interrogés ne sont prêts à utiliser ce type de consultation que pour certains types restreints de demandes, tels que les renouvellements de médicaments ou les renseignements à propos de résultats d'examens. Il est évident que toutes les consultations ne peuvent être assurées à distance car certaines nécessitent la présence physique du médecin.

Cependant, il est possible de recueillir des données nécessaires à un diagnostic ou d'assurer un suivi au travers de téléconsultations, d'autant plus que certains médecins, en plus d'une anamnèse bien fouillée, ont eu recours à des caméras, des vidéos, des photos ou ont impliqué le patient ou une infirmière lors de la consultation. D'ailleurs, d'après une étude réalisée par le KCE, aucune preuve scientifique ne permet d'affirmer que des consultations réalisées sous la forme de visio-consultations ont un impact différent sur la santé des patients que les consultations ordinaires, d'autant plus qu'elles permettent parfois aussi de voir le patient dans son environnement quotidien(9).

D'après le KCE, « *Il est probable et souhaitable qu'à l'avenir les soins numériques et vidéo-consultations conservent leur place dans le paysage des soins de santé* »(9). Cependant, le KCE rappelle que l'objectif n'est pas de substituer toutes les consultations ordinaires par la téléconsultation. Le contact, l'examen clinique en face à face restent des éléments fondamentaux des soins de santé.

4. L'examen clinique : quelques pistes pour le futur

Risque-t-on un retour à l'époque de Molière, qui déclarait que la seule chose que le médecin touchait était ... ses honoraires ? Plus sérieusement, faut-il s'attendre à la mort de l'examen clinique ? Finalement, quel avenir pour la médecine générale ?

Sur le plan technologique, il n'est pas exclu que les machines puissent un jour se substituer totalement à un examen clinique, même si nous ne sommes ni prêts ni capables de le concevoir aujourd'hui. Cette machine devra remplir des tâches aussi complexes que recueillir simultanément et rapidement des données sur les signes vitaux, la chimie sanguine et l'anatomie interne et externe. Il faudra également que celle-ci soit dotée de compétences d'interprétation grâce à l'intelligence artificielle et qu'elle soit disponible et accessible par tous. Sans oublier que se pose le problème de la responsabilité médicale ainsi que celui de la valeur scientifique ; même les machines peuvent se tromper !

La collaboration interprofessionnelle est également l'avenir de la médecine générale. Elle permet aux médecins, en transférant des tâches à un nouvel intervenant, de se concentrer sur leurs tâches spécifiques. Elle est une opportunité d'apprendre à travailler ensemble et faire valoir ses compétences dans l'intérêt du patient.

La téléconsultation, telle qu'elle est utilisée aujourd'hui, a des limites et comme nous l'avons déjà décrit, le manque d'examen clinique en est la plus évidente. Or, ce moyen de consulter apporte également beaucoup d'avantages tels que l'accessibilité des soins pour le patient ainsi qu'une qualité et un confort de travail pour le médecin en diminuant par exemple le nombre de consultations au domicile de patients ne pouvant pas se déplacer. En Belgique, la téléconsultation n'est permise par le Conseil de l'Ordre des Médecins que depuis la pandémie de la Covid-19. Elle va donc certainement se développer afin d'augmenter son efficacité et notamment grâce aux différents moyens de réaliser un examen clinique sans l'aide du médecin généraliste (examens complémentaires, appareils connectés, assistants de pratiques,...).

Est-ce que cette transformation du système de soin risque de menacer la médecine générale ? Je ne pense pas. L'apport de la technique, des machines révolutionnaires et des autres évolutions médicales est indiscutable. Le médecin généraliste doit utiliser ces ressources mises à sa disposition tout en gardant un rôle central afin de permettre une approche globale du patient. Ainsi, il a pour tâche d'intégrer les données qui lui sont apportées par son examen clinique ou par un autre moyen afin de prendre des décisions. Cependant, pour que son rôle

garde tout son sens, je ne pense pas non plus que l'acte médical du médecin généraliste puisse être réduit à un acte intellectuel. Si certains diagnostics ne peuvent plus être donnés seulement sur base d'un examen clinique, un diagnostic trouvé au travers d'une machine ne peut pas non plus être donné au patient sans un examen clinique ni une anamnèse. Comme le dit bien le *MG7* : «*on ne traite pas des images*». Et un dosage anormal dans une prise de sang se confronte à l'examen clinique. On doit s'aider de la technologie. Cependant, l'examen clinique aura certainement toujours le dernier mot. Ainsi, la technique et la clinique sont devenues complémentaires et il est intéressant de connaître les avantages et les limites de chacun.

D'ailleurs, que faire si la machine tombe en panne ? La sémiologie médicale est la base de la formation des médecins et doit bien sûr le rester. Le médecin ne peut pas se reposer uniquement sur la technologie ou sur d'autres professionnels de santé pour réaliser un examen clinique. Il semble inconcevable qu'un médecin ne sache plus examiner un genou ni prendre une tension... De plus, comme vu dans la partie « discussion », l'examen clinique a d'autres enjeux que celui du diagnostic. Il existe un enjeu relationnel et thérapeutique fort que la technologie ne saura jamais avoir et qui ne peut en aucun cas être délégué. La force du médecin généraliste est de connaître ses patients et d'être proche d'eux. Le diagnostic final va toujours dépendre du « sens clinique » du médecin qui repose sur son examen clinique, son expérience ainsi que sa connaissance du patient en tant que médecin de famille.

5. Limites et biais :

L'examen clinique fait partie intégrante de la pratique du médecin généraliste. Réfléchir à son avenir est un sujet passionnant et faisant débat, rendant mon travail difficile à cadrer et à limiter tant il y a de choses à dire. Etant donné les consignes données pour l'écriture de ce travail, j'ai dû faire des choix et ne pas aborder ou ne pas m'attarder sur certains sujets ou concepts qui auraient mérité leur place. Mon travail s'est focalisé sur des points de vue et des expériences de différents médecins et non pas sur une étude médicale dans le but de donner des recommandations.

J'ai utilisé comme méthode la recherche qualitative au moyen d'entretiens semi-dirigés. Elle m'a paru adéquate car elle a permis une grande liberté d'expression.

La taille de mon échantillon est malheureusement faible donc peu représentative et peu généralisable à la profession. La diversité des âges et des lieux de pratique m'ont toutefois permis d'apprécier des opinions divergentes et variées.

Certaines interviews, réalisées par visio-conférence, m'ont permis de rencontrer les médecins malgré le contexte de la crise sanitaire. Cette méthode complique toutefois l'analyse de la communication non verbale.

Le sujet survient à une période durant laquelle la consultation à distance a été utilisée en réponse à la crise à la Covid-19. L'avis des médecins interrogés en a certainement été impacté et il pourrait être différent si les entrevues avaient été réalisées à distance de la pandémie.

D'un point de vue personnel, m'interrogeant sur mon avenir en tant que médecin généraliste et à la suite du contexte actuel obligeant les médecins à travailler de manière innovante, j'ai choisi d'interroger ces derniers afin de connaître leur position, plutôt que de questionner les patients. Afin d'enrichir davantage ce travail, il serait intéressant de recueillir également l'avis des patients, des infirmières et de médecins généralistes travaillant à l'étranger pour confronter leur expérience et leur point de vue.

Conclusion

L'examen clinique est un outil du médecin généraliste dans sa pratique quotidienne.

Il est souvent suffisant, en complément à l'anamnèse, pour poser un diagnostic et il apporte des éléments essentiels pour assurer le suivi du patient. Toutefois, même si examiner le patient n'est pas forcément indispensable au bon déroulement de la consultation, l'examen clinique va au-delà de son rôle diagnostique. Il donne accès au corps du patient qui, dans sa pudeur, laisse le médecin examiner sa sphère intime et crée avec lui une relation de soin.

La médecine numérique à distance du patient est toutefois en plein essor et nous ne sommes qu'au début de l'évolution de l'e-santé. De nouvelles manières de réaliser un examen clinique, à l'aide des technologies ou par délégation de certains actes à des personnes qualifiées telles que des infirmiers de pratiques, peuvent inciter à consulter de manière innovante, impliquant parfois une participation active du patient mais apportant une diminution du temps au chevet de celui-ci. S'aider de ces nouvelles possibilités pourrait répondre au problème de la pénurie des médecins généralistes, aux nouveaux besoins de la société et améliorer la qualité des soins.

Enfin, à titre personnel, ce travail m'a permis de me questionner sur la pratique de la médecine générale et d'ouvrir mes perspectives d'avenir. Le système de santé est en train de changer et s'oriente vers une médecine moins proche du patient. Il ne tient qu'à nous de tirer profit des technologies mais l'examen clinique doit également être remis en valeur. Au-delà de son rôle diagnostique, il représente également un aspect émotionnel, relationnel et symbolique qui ne pourra jamais être enlevé. Il est pour moi l'essence même de la médecine générale et une médecine clinique, empathique et participative aura toujours raison d'exister.

Bibliographie

- (1) Jean-Francois Hutin, **Au lit du malade, Une histoire de l'examen clinique**, Paris, Éditions Glyphe, 2012.
- (2) Martine Laloux, André Néron, Dan Lecocq, **Le partenariat patient : une pratique collaborative innovante incluant le patient partenaire**, Santé conjugulée, 2019.
- (3) Docteur M. Soler et N. Bondu, **Réflexion sur la transformation de la relation médecin-patient depuis l'apparition d'internet**. [page web]. 2016.
Disponible sur : <https://innovationsante.fr/reflexion-sur-la-transformation-de-la-relation-medecin-patient-depuis-lapparition-dinternet/> (consulté en novembre 2020)
- (4) Carl Devos, Audrey Cordon, Mélanie Lefèvre, Coraline Obyn, Françoise Renard, Nicolas Bouckaert et al. , **Performance du système de santé belge – Rapport 2019**, KCE, 2019. p.51-54.
- (5) AVIQ, Médecine générale – **Cadastre wallon des médecins généralistes**. [page web]. 2016. Disponible sur : <http://sante.wallonie.be/sites/default/files/MG-cadastre-2016.pdf> (consulté en mars 2021)
- (6) JL Belche¹ , M. Karam² , A.Crismer¹ , Ch. Duchesnes¹ , T. Van Durme² , L Buret¹ , et al., **Rapport de la recherche CoMInG (Recherche action sur la Collaboration Médecins et Infirmier(e)s généralistes en Wallonie)**, Université de Liège, 2019.
- (7) Marie-Laure Delamaire et Gaetan Lafortune, **Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés**, Organisation de Coopération et de Développement Économiques, 2010.
- (8) SPF santé publique, **Avis de la Commission Technique de l'Art Infirmier relatif à infirmier de pratique avancée**. [page web]. 2020/avis-02. Disponible sur : https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/2020_02_advies_tcv_ipa_final.pdf (consulté en mars 2020)
- (9) Patriek Mistiaen, Stephan Devriese, Céline Pouppez, Dominique Roberfroid, Isabelle Savoye, **Synthèse : Vidéo-consultations dans le suivi des patients atteints de maladies chroniques somatiques**, KCE, 2020.

- (10) Ordre des Médecins, **Télé médecine**, 1999. Disponible sur : <https://ordomedic.be/fr/avis/telematique/informatique/telemedecine> (consulté en avril 2020)
- (11) Ordre des Médecins, **Avis d'un médecin par téléphone - Honoraires**. [page web]. 2008. Disponible sur : <https://ordomedic.be/fr/avis/deontologie/qualite-des-soins/plate-forme-vividoctor-com-teleconsultations-en-ligne> (consulté en avril 2020)
- (12) Ordre des Médecins, **Plate-forme Vividoctor.com – Téléconsultations en ligne**. [page web]. 2017. Disponible sur : <https://ordomedic.be/fr/avis/deontologie/qualite-des-soins/plate-forme-vividoctor-com-teleconsultations-en-ligne> (consulté en avril 2020)
- (13) INAMI, Continuité et sécurité des soins : avis médicaux à distance par les maisons médicales et les postes de garde. [page web]. 2020. Disponible sur : <https://www.inami.fgov.be/fr/covid19/Pages/continuete-securite-soins-avis-medicaux-telephone-postes-garde-mg.aspx> (consulté en avril 2020)
- (14) Pestiaux Dominique, Vanwelde Carl, **Le difficile enseignement de la démarche clinique**, Santé conjugée, 2008.
- (15) Junko Lidan Hiroshi Nishigori, **Physical Examination and the Physician-patient Relationship: A literature Review**, MedEdPublish, 2016.
DOI: 10.15694/mep.2016.000100.
- (16) Paul Hyman, **The disappearance of the primary care physical examination—losing touch**, JAMA international Medicine, 2020.
DOI: 10.1001/jamainternmed.2020.3546
- (17) **Car Costanzo, Abraham Verghese, The Physical Examination as Ritual: Social Sciences and Embodiment in the Context of the Physical Examination**, Med Clin North Am, **2018, 102(3):425-431**
DOI : 10.1016/j.mcna.2017.12.004
- (18) Martina Ann Kelly , Lisa Kathryn Freeman , Tim Dornan , **Family Physicians' Experiences of Physical Examination**, Ann Fam Med. 2019; 17(4):304-310
DOI: 10.1370/afm.2420
- (19) Dr Guillaume Gaëlle, **Place de la pudeur physique lors de l'examen clinique en médecine générale. Etude qualitative**. Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, 2012.

- (20) Greg Irving,¹ Ana Luisa Neves,^{2,3} Hajira Dambha-Miller,^{1,4} Ai Oishi,⁵ Hiroko Tagashira,⁶ Anistasiya Verho, et al, **International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries**, BMJ open, 2017.
- (21) T. Bischoff, L. Herzig, J. Aubert, J. Sommer, D.M.Haller, **Le médecin de famille de demain**, Revue Médicale Suisse, 2012.
- (22) Dr Claude Magnani, **Examens complémentaires en médecine générale**, URML, 2018.
- (23) Cochrane, **Quels facteurs influencent la mise en œuvre des stratégies de substitution médecin-infirmière en médecine générale ?** [page web]. 2019.
Disponible sur : https://www.cochrane.org/fr/CD010412/EPOC_quels-facteurs-influencent-la-mise-en-oeuvre-des-strategies-de-substitution-medecin-infirmiere-en
(consulté en novembre 2020)
- (24) Cochrane, **Les infirmiers(ères) en tant que substituts des médecins de soins primaires**. [page web]. 2018.
Disponible sur : https://www.cochrane.org/fr/CD001271/EPOC_les-infirmierseres-en-tant-que-substituts-des-medecins-de-soins-primaires (consulté en novembre 2020)
- (25) J. Melchior, F. Ndiababo, **De la médecine 1.0 à la médecine 3.0 : le patient connecté**, Louvain Médical, 2016.
- (26) Luc Ruidant, **Fini le temps « perdu » en salle d'attente ?**, le Journal du Médecin, 2020.

Annexes

Annexe 1 :

Guide d'entretien

Phase d'introduction :

Bonjour, je suis le Dr Jaume, assistante en dernière année de médecine générale.

Je réalise une étude qualitative sur la place de l'examen clinique en médecine générale dans le cadre de mon TFE. Je vais vous poser quelques questions et je vais, si vous le permettez, enregistrer cet entretien. Vos réponses seront retranscrites de manière anonyme dans leur intégralité afin d'être analysées par la suite dans le cadre de cette étude.

Le but de cette interview est de connaître votre opinion, sur base de votre expérience, par rapport à la place de l'examen clinique en médecine générale. En effet, suite aux évolutions actuelles et à venir en matière de santé dans la première ligne de soin, je me suis demandée si le médecin généraliste pouvait se passer de réaliser un examen clinique lors de la rencontre avec le patient?

Phase de réponse :

Pour commencer, pouvez-vous répondre à quelques questions d'identification ?

- Quel âge avez-vous ?
- Depuis combien d'années pratiquez-vous ?
- Votre lieu de pratique est dans le milieu urbain, semi-urbain ou rural ?
- Votre type de pratique est une pratique en solo en duo ou en groupe ?
- Avez-vous un assistant ?
- Travaillez-vous au forfait ou à l'acte ?
- Avez-vous un secrétariat ?

1. Comment définiriez-vous un examen clinique « type » en médecine générale ?
2. Quelle est la part des consultations où vous ne procédez pas à un examen clinique lors de la rencontre avec le patient au cabinet?

3. Si l'examen clinique n'était pas nécessaire pour déterminer le diagnostic, pourquoi le réalisez-vous ? Ou pourquoi vous ne le réalisez pas ?
4. Dans certaines situations où le pouvoir diagnostique de l'examen clinique est réduit comparé à un examen complémentaire ; vous arrive-t-il de délaissé ou limiter votre examen clinique et de le remplacer au profit d'un examen complémentaire (une imagerie par exemple) ?
5. Que pensez-vous de la possibilité de déléguer certaines tâches (dont l'examen clinique) à des assistant de pratique ?
6. Avec un peu d'imagination, si votre patient rentrait dans une machine réalisant un examen clinique complet et minutieux avant qu'il ne rentre dans votre cabinet ; quels avantages et inconvénients en tireriez-vous ?
7. La décision récente de l'INAMI (à la suite de la crise COVID) de créer des prestations pour les consultations par téléphone va-t-elle influencer votre pratique ?
8. La crise COVID nous a forcés à consulter à distance. Lors de cette période, avez-vous rencontré des situations où l'absence d'examen clinique vous a manqué?
9. Comment avez-vous vécu ces consultations à distance lorsqu'elles étaient la norme afin d'éviter la propagation du virus?
10. Est-ce qu'il vous arrive d'inviter le patient à se déshabiller afin de l'examiner ? Etes-vous à l'aise avec cette demande ?

Phase de conclusion :

Voudriez-vous ajouter quelque chose à ce qui a déjà été dit?

Merci pour votre temps et votre implication dans cette étude.

Annexe2 :

Décision du GEIMG finalisée électroniquement le 21/02/2021

Décision du GEIMG

 MGTFE Éthique <noreply@ccffmg.be>
Mar 23-02-21 13:37
À : Hélène Jaume

Bonjour,

Votre demande concernant le TFE **Quelle est la place de l'examen clinique en médecine générale dans une époque où les aides à la consultation sont de plus en plus présentes ?** pour l'année académique **2020-2021** a été examinée par le Groupe d'Éthique Interuniversitaire pour la Médecine Générale (GEIMG).

Les membres du GEIMG ont décidé à l'unanimité, sur base des informations transmises, que le projet de TFE ne nécessite pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique de l'université concernée.

Le pdf de votre demande introduit auprès du GEIMG reste disponible sur l'application MGTFE/éthique.

Cordialement,
Le secrétariat du GEIMG

[Répondre](#) | [Transférer](#)

Interview 1

Est-ce que je pourrais connaître votre âge ?

59 ans

Et depuis combien d'années pratiquez-vous ?

Depuis 87 donc ça fait ... 32, 32 ans

Votre lieu de pratique est plutôt urbain ou semi urbain ici ?

Semi urbain oui.

Vous pratiquez en solo, en groupe ?

En fait je travaille avec un assistant et je travaille seul mais on est un groupe de médecins dans la région, on s'entend bien et donc on se remplace facilement. Ça peut être un solo groupe si tu veux.

C'est ça. Mais dans le bâtiment il y a vous et l'assistant ?

Ok.

Heu, vous travaillez au forfait, à l'acte ?

Ça veut dire quoi ?

A l'acte, vous êtes médecin indépendant ; au forfait, c'est dans une maison médicale.

Il n'y a pas de secrétariat ?

Non.

Ok. Et alors, vous n'avez pas d'assistant de pratique ici ?

Non.

Alors, une première question : Comment définiriez-vous un examen clinique « type » en médecine générale ?

C'est impossible, il n'y a pas d'examen clinique type en médecine générale.

Ok. Est-ce que, il y a un moment particulier dans la consultation où vous pratiquez l'examen clinique ?

Après l'anamnèse oui.

Ok. Et est-ce que vous réalisez le même examen clinique chez tous vos patients ?

Pas du tout non. C'est à chaque fois différent. Sauf pour les patients qui viennent comme je suis un médecin plus âgé ; les gens qui j'ai connus il y a longtemps, ils viennent pour prendre leur tension et leurs médicaments. C'est un peu heu... C'est un peu, allez, très, très restreint comme examen clinique. Mais enfin voilà, c'est surtout aussi l'anamnèse et parler qui est important.

Et donc chez vous est-ce qu'il y a un certain rituel pendant l'examen clinique, un certain ordre que vous suivez ?

Ça dépend. Si c'est un enfant par exemple, je fais ORL donc les oreilles, température, oreilles et je termine toujours par la gorge. J'essaie d'ausculter les poumons avant, pour ne pas qu'il pleure. Et voilà. Si c'est un adulte, c'est un peu plus ciblé sur ses plaintes, s'il se plaint de toux, j'ausculte, je regarde la gorge et je ne regarde pas nécessairement les oreilles.

C'est ça, plutôt ciblé. Est-ce qu'il y a quand même pour vous un strict minimum à l'examen clinique en médecine générale ?

Strict minimum pour moi, chez les adultes c'est la tension. L'anamnèse bien sûr, écouter les plaintes puis la tension artérielle, les pulsations. Et pour un enfant, il n'y a jamais d'examen de routine. S'ils viennent, c'est pour un symptôme. Donc là ça dépend mais sinon la tension artérielle, fréquence cardiaque et l'auscultation cardio pulmonaire, c'est la base.

Quelle est la part des consultations où vous ne procédez pas à un examen clinique lors de la rencontre avec le patient au cabinet ?

Aucun.

Ok. Donc pour vous, l'examen clinique doit être systématique.

Oui, même s'ils viennent pour une ordonnance, je prends au moins la tension. Et si je ne la prends pas, ils me le rappellent !

Est-ce qu'il y a des consultations où finalement l'examen clinique il n'est pas indispensable, par rapport à la demande du patient... ?

Oui hein.

Et quelles sont les types de consultations où finalement l'examen clinique n'est pas indispensable ?

Comme je prends la tension, il y a toujours quelque chose d'indispensable pour moi. Mais je pourrais, si je suis pressé, en période d'épidémie, je ne vais pas prendre la tension mais discuter, c'est le minimum. Si c'est en période d'épidémie de grippe, me contenter de lui prescrire ses médicaments et... et voilà ne pas prendre la tension mais enfin je pense que ça c'est un minimum et surtout écouter, demander s'il y a autre chose dans sa démarche que le renouvellement des médicaments.

Ok. Et donc si l'examen clinique n'était pas nécessaire pour déterminer le diagnostic, pourquoi le réalisez-vous ?

Je n'ai pas dit que ce n'était pas indispensable. J'ai dit que la tension était indispensable pour moi. Pas chez un bébé évidemment. Mais chez un adulte, chez un chronique. Même pour une consultation d'un adulte pour un problème respiratoire, la tension est toujours incluse dans l'examen clinique. Donc je n'ai jamais dit que ce n'était pas indispensable.

Ok. Est-ce que selon vous l'examen clinique pourrait peut-être avoir une autre valeur que la valeur diagnostique ?

Je n'ai pas compris la question.

Par exemple, par rapport à la relation thérapeutique que vous entretenez avec vos patients, est-ce que vous pensez que ça...

Moi, la relation, c'est surtout par l'anamnèse ou par le fait que l'on se connaît depuis longtemps, qu'on est parfois devenus copains, amis, avec qui on va parfois faire du sport. Avec qui on a parfois d'autres relations que médicales mais l'examen clinique, ça reste quelque chose de scientifique pour moi.

Ok. Dans certaines situations où le pouvoir diagnostique de l'examen clinique est réduit comparé à un examen complémentaire, vous arrive-t-il de délaissé ou limiter votre

examen clinique et de le remplacer au profit d'un examen complémentaire (une imagerie par exemple) ?

L'examen complémentaire vient après l'examen clinique. Il faut toujours examiner. Ça c'est un principe chez moi, c'est que l'examen clinique est capital. Les patients qui viennent chez moi parce qu'ils sont fatigués, ils auront une prise de sang mais ils seront examinés avant.

Ok. Est-ce que vous pensez que grâce à l'examen clinique, on prescrit moins d'examens complémentaires ?

Pfff, oui... Oui je pense que si on ne faisait pas d'examen clinique, on aurait tendance à surconsommer des radios de thorax, des prises de sang. Ben tous les examens complémentaires.

Est-ce que l'accès et le coût des examens complémentaires pourraient être un frein à leur prescription ?

Tout à fait. Et le coût, oui ça rentre en compte mais pas... pas trop non plus.

Ok. Que pensez-vous de la possibilité de déléguer certaines tâches (dont l'examen clinique) à des assistants de pratique ?

Un assistant ?

Un assistant de pratique, ça pourrait être un infirmier, une secrétaire, ou autre à qui vous pourriez déléguer certaines tâches notamment déjà prendre le pouls, la TA,...

Je n'ai jamais eu cette expérience.

(le téléphone du médecin sonne et celui-ci répond)

Y a-t-il des tâches que vous vous verriez bien déléguer ?

Si j'étais pédiatre oui, pour mesurer, peser l'enfant oui par exemple. Mais en médecine générale, je pense que ça fait partie de la relation médecin-malade et que c'est dans la continuité de la consultation.

Avec un peu d'imagination, si votre patient rentrait dans une machine réalisant un examen clinique complet et minutieux avant qu'il ne rentre dans votre cabinet, quels avantages et inconvénients en tireriez-vous ?

L'inconvénient, c'est qu'on est médecin généraliste, on est médecin de famille. Non je pense que je n'envisagerais même pas cette faisabilité.

La décision récente de l'Inami (à la suite de la crise COVID) de créer des prestations pour les consultations par téléphone, va-t-elle influencer votre pratique ?

C'est une bonne question, ça. Oui, je pense que ça va influencer notre pratique dans le futur parce que les gens, les patients apprécient ce type de contact. Moi je ne les apprécie pas personnellement. Parce que déjà je ne suis pas très doué en informatique, comparé aux assistants ou à la génération qui nous suit. Mais moi je préfère le présentiel et malheureusement la consultation téléphonique va perdurer au-delà du covid.

Donc vous pensez que l'Inami va garder des codes de consultations par téléphone ?

Je pense. Car les gens auront toujours peur.

Et la consultation par téléphone, on peut faire 50 consultations par téléphone sur la journée. 50x20 ça fait 1000 euros. 1000 euros par jour, en ne foutant rien. Pour envoyer des papiers covid ou des médicaments pour la tension, t'es bien payé hein.

Avant le covid, quand on téléphonait pour donner des résultats de prise de sang, on donnait le résultat par téléphone. On ne demandait pas un 101135 pour ça. Maintenant quand on téléphone pour un résultat, d'INR par exemple, beh, on tarifie ! C'est facile. Pour les médecins, la période covid n'a pas été une période mauvaise au niveau financier.

La crise COVID nous a forcés à consulter à distance. Lors de cette période, avez-vous rencontré des situations où l'absence d'examen clinique vous a manqué ?

Oui, tout à fait. Même des erreurs médicales ont été commises. Par le fait de ne pas consulter les personnes.

Est-ce que vous avez rencontré plus d'incertitudes dans vos diagnostics ?

Tout à fait.

Et alors est-ce que vous avez plus référé vers les spécialistes ou vers les urgences que d'habitude ? Par manque d'examen clinique hein.

Pour les covid, quand on avait des patients qui se dégradait, on envoyait. Mais pour les pathologies usuelles, moi j'essayais quand même d'examiner les gens, de les faire venir.

Enfin, comment avez-vous vécu ces consultations à distance lorsqu'elles étaient la norme pour éviter la propagation du virus ?

J'ai vécu ça très mal. C'est une période très dépressogène, anxiogène avec la peur de ne pas avoir fait son travail à 100 pourcents.

Vous vous êtes organisé facilement ?

Oui ça oui. Mon assistant a été d'une efficacité redoutable.

Vous avez rencontré des difficultés techniques particulières ?

Le call center a été un peu submergé. Il y a des personnes qui se sont découragées, qui ont téléphoné ailleurs, qui ont pété des petits câbles mais bon voilà. On s'est bien rangé à la norme.

Ok, et du coup la dernière question : est ce qu'il vous arrive d'inviter le patient à se déshabiller afin de l'examiner ? êtes-vous à l'aise avec cette demande ?

Oui tout à fait. Pour l'examen clinique, je fais déshabiller les gens.

Est-ce que vous disposez d'un espace dédié pour que le patient se déshabille ?

Non. Quand j'ai commencé, j'avais un paravent. Mais je pense qu'il est au grenier (rire).

Vous n'en aviez pas d'utilité. La demande ne gêne pas le patient ?

Non, ça ne les gêne pas. Au début peut être, mais quand ça fait 33 ans qu'on suit les gens à la rigueur ils s'en foutent complètement de se déshabiller devant moi.

Pouvez-vous décrire une situation où la proximité physique de votre examen clinique a posé problème (pour vous ou votre patient) ?

Ça n'a jamais été le cas.

Interview 2

Pourrais-je connaître ton âge ?

J'ai 50 ans

Depuis combien de temps pratiques-tu ?

25 ans

Ton lieu de travail est plutôt urbain/semi urbain/rural ?

Semi urbain

Ta pratique est-elle une pratique de groupe ?

Actuellement oui, mais j'ai travaillé pendant à peu près 20 ans toute seule.

Est-ce une pratique à l'acte ?

Oui.

Présence d'un secrétariat ?

Maintenant oui, mais quand je travaillais toute seule, non.

Comment décrirais-tu un examen clinique type en médecine générale ?

Donc l'examen clinique, d'office la tension, cœur et poumon, un peu regarder les jambes et aussi l'état général du patient au niveau visuel. La manière dont la façon s'exprime et beaucoup aussi la façon de ce qu'il laisse paraître de son bien être ou de son mal être. Ça, ça rentre toujours dans mon examen clinique.

As-tu un rituel ou un ordre défini lorsque tu réalises ton examen clinique ?

Souvent oui c'est le même ordre. Je commence par la tension mais si le patient vient de monter les escaliers, j'attends d'office un peu et ça ne sera pas la tension en premier et ça dépend aussi de l'examen à réaliser. Je veux dire que si c'est juste une angine ou en tout cas des symptômes ORL, ça sera plus vite l'examen ORL en premier, et puis seulement après l'examen cœur et poumons. Enfin en pratique, je sais que je fais quasi toujours le même ordre pour ne rien oublier mais...heu...ça peut varier. Franchement, ce n'est pas à 100% le même ordre.

Et est-ce que pour toi il y a un strict minimum à l'examen clinique ?

Oui cœur, poumon et tension, ça c'est le strict minimum. Et chez la personne âgée, que je connais et que je suis, il y a très régulièrement une carotide et parfois en plus l'audition pour

voir s'il n'y a pas des bouchons parce qu'ils ont souvent une perte d'audition. Donc si j'entends une perte d'audition je vérifierai d'office les oreilles. Voilà, ça c'est un peu du superflu mais moi je le fais.

Quelle est la part des consultations où tu ne procèdes pas à un examen clinique lors de ta rencontre au cabinet avec le patient ?

Depuis le covid, on examine quand même beaucoup moins, mais aussi non avant c'était 100% de fois où j'examinais le patient.

Et je voulais aussi dire, pour le diabétique, je demande toujours aussi les pieds etc. Sans pour autant déshabiller le patient hein. Je... ? Les chaussettes mais aussi les pieds. Je regarde aussi le vasculaire du patient. Mais donc ça pas systématiquement mais chez le diabétique j'y fais plus attention.

Donc j'examine systématique ! Bon, beaucoup moins depuis le Covid. Ca a changé quand même beaucoup.

Est-ce que pour toi il existe des consultations où l'examen clinique pourrait ne pas être nécessaire ?

Oui, si on veut. Toutes ces prescriptions...puisque depuis le covid on voit très bien que l'on fait beaucoup de prescriptions sans examiner les gens ou sans les voir. Heu, on ne pourrait faire que les examens ORL, en ne regardant que la gorge et les poumons uniquement, mais on va vite tourner comme la garde alors à ce moment-là. Vers un examen comme si l'on était en garde et pas en médecine générale. Si on veut faire de la médecine générale correcte, il y a de la prévention à faire et pour ça il faut un examen un tout petit peu plus long. C'est vrai que l'abdomen, ce n'est pas toujours...s'il y a une plainte abdominale et que l'on va aller chercher l'abdomen et faire un examen abdominal. Mais sinon le reste, c'est quand même important.

Est-ce que tu penses à certains types de consultations où tu pourrais ne pas réaliser d'examens cliniques ?

(blanc)

Je pense par exemple à des consultations psy...

Oui, oui bien sûr. Ou des renouvellements de certificats pour voir s'il y a aptitude à retravailler ou pas et qu'on voit qu'on a bien parlé et que c'est plus des consultations psy. Les consultations psy, il y aura peut-être moins souvent de prise de...aller même minimum la tension parfois ce n'est pas pris. Mais heu... en général je fais au moins une prise de tension minimum.

**Et si l'examen clinique n'était pas spécialement nécessaire, si tu le fais, pourquoi le fais-tu ?
Est-ce qu'il y a pour toi une raison, un sens autre que diagnostic ?**

Bon, j'ai eu la blague une fois et ça me restera. C'est que je n'ai pas examiné une fille qui se plaignait d'harcèlement au boulot et qui disait qu'elle n'en pouvait plus, qu'elle faisait des heures pas possible et en fait elle était enceinte et elle avait fait un déni de grossesse. Et elle était apparemment à 6 mois ou presque 6 mois de grossesse. Du coup, je me suis dit j'en aurais parlé, si je l'avais examiné. Mais elle a gardé son manteau et gardait les yeux vers le bas. Et je me suis dit : ouh, ça veut dire que je ne lui ai pas fait retirer son manteau et elle, j'aurais dû. Donc je pense que l'idéal c'est d'en faire un minimum, de prendre au minimum la tension car on fait déshabiller une partie du corps et on est tout près de la personne et on voit des choses que l'on ne verra pas derrière un bureau. Et ça, c'est peut-être plus depuis récemment où l'on examine un peu moins les gens parce qu'avant j'examinais vraiment tout le monde. Et donc je disais ça... quand est-ce que je ne dois pas examiner ?!

Non, c'est aussi pourquoi tu examines au final, est-ce que ce n'est rien que dans un but diagnostic ou alors c'est aussi pour une autre raison ?

C'est aussi dans le sens où les gens ont besoin de savoir qu'on s'est occupé d'eux. Et donc, avoir pris leur tension, c'est comme si on s'était bien occupé d'eux. Même si nous on sait qu'on s'est bien occupé d'eux en parlant avec eux. Mais je crois qu'ils sont plus en confiance. Mettre la main sur quelqu'un, ça soigne, ça guérit. Je pense que ça aide à la guérison. Rien que le toucher ça aide. Même quand tu es dans une situation de crise ou quoi. Si tu vas chez quelqu'un qui est énervé, angoissé ou quoi. Si tu te rapproches et que tu mets ta main sur son épaule en lui disant : « ça va aller, ne vous tracassez pas, ça va aller ». Je crois que ça a un impact plus important que juste du face à face et juste regarder. Une personne âgée, tu t'accroupis et tu regardes. Tu la regardes dans les yeux car elle est souvent assise. Ton regard parlera de lui-même aussi. Donc tu te rapproches des gens, ça aide. Et c'est vrai que de plus

en plus en vieillissant parce qu'il faut aller plus vite pour ressembler aux jeunes un petit peu. Donc dans le sens que les jeunes vont beaucoup plus vite que moi, je perds un peu ça... Mais bon ça revient à d'autres périodes. Il y a des moments où tu as plus envie de travailler, où tu es mieux dans ton travail et tu sais vraiment bien être à l'écoute et vraiment bien prendre le temps. Il y a d'autres moments où le surplus de travail, l'émotionnel du médecin va faire en sorte qu'il aura moins envie d'examiner, qu'il aura moins envie de prendre le temps avec le patient. Parce que c'est un don de soi d'examiner le patient. Ça fait partie aussi...ça peut blesser un certain moment quand tu es trop loin dans ton boulot, un peu comme on en parlait tout à l'heure que si on n'a plus envie de faire des choses... si on est débordé au point qu'on n'a plus envie de faire des choses, le fait de faire un examen physique un petit peu plus complet va donner encore une part de soi plus importante et donc va affaiblir le patient donc il faut vraiment être bien dans sa peau à tous les moments. Et ce que moi j'ai fait comme tactique, je savais très bien que si je voyais trop de gens, j'avais plus envie de les examiner ou je n'avais plus envie de les écouter. Je connaissais mes limites. Il fallait que je diminue le nombre des contacts patients par jour. Je sais que je ne peux pas prendre trop de patients par jour. Et ça, chacun doit savoir sa limite je crois. Pour ne pas rentrer crevé et après ne plus être un humain en rentrant à la maison. Mais moi la part de la famille est très importante dans ma vie. Ce n'est pas que le boulot. C'est famille et boulot. Ça c'est mon point de vue. Mais je sais que tout le monde ne le partage pas.

Donc, si j'ai bien compris, pour toi dans l'examen clinique il y a une part d'humain aussi.

Oui, parce que parfois c'est ça qui freine aussi. C'est le fait que si tu n'es pas bien, tu n'auras pas envie de faire l'humain, de faire cet examen clinique puisque ça te prend un peu plus aux tripes. Et pareil de passer son temps à faire de la psychothérapie en consultation, d'essayer de donner des pistes au patient, ça bouffe aussi l'énergie. C'est assez énergivore.

Dans certaines situations ou le pouvoir diagnostique d'un examen clinique est réduit comparé à un examen complémentaire, est-ce qu'il t'arrive de délaissé ton examen clinique et de le remplacer au profit d'un examen complémentaire (même une prise de sang par exemple) ?

Non, il y aura toujours un minimum d'examen clinique. Et il ne remplacera pas les analyses. Par contre, la connaissance limite l'examen clinique. C'est-à-dire que, un genou, tu sais faire plein de tests. Mais par exemple si tu as une fracture du bras, tu sais faire moins de tests que

sur un genou. Le retourner pour faire son...je ne sais plus comment ca s'appelle mais écraser le genou et aller regarder les ménisques, moi je n'ai pas su le faire la semaine passée car je n'avais pas la force dans le bras pour le faire. Donc évidemment dans ce moment-là, tu vas aller plus vite sur un examen radiologique. Mais l'examen radiologique, il n'est là que pour confirmer, avec un diagnostic plus précis, ton examen clinique. Ce n'est pas répondre, le patient demande une radio et tu fais la radio, parce qu'il l'a demandé. Ou prescrire une prise de sang parce qu'il l'a demandé. C'est répondre à l'inquiétude pour la prise de sang de savoir si le taux de cholestérol ou le taux de diabète ne... voilà...s'il n'y a pas une maladie sous-jacente. Donc répondre à l'inquiétude cette demande ou aller voir si il y a une fracture ou aller voir quelle lésion existe pour savoir si on peut orienter vers le kiné ou pour savoir si on peut faire quelque chose réellement en examen complémentaire. Je trouve que j'essaie de ne faire un examen complémentaire que si j'ai un avantage à le faire. Si mon examen physique me dit : ce sera ça, c'est ça et qu'il n'y a pas besoin d'examen complémentaire, je ne suis pas obligé de le faire. Je le ferai si le patient est demandeur d'avoir la certitude et si vraiment, moi je pense que je peux m'être trompé ou que je pense que je peux avoir un avantage au niveau thérapeutique si je sais exactement ce qu'il a. Mais je ne le fais pas parce que le patient me l'a demandé ou parce que...enfin faire des radios pour faire des radios. Je ne le fais que si j'ai un avantage. Parfois les gens ne supportent pas ça, de ne pas avoir la radio. Je leur dis, ça ne va changer rien du tout à mon attitude thérapeutique d'avoir cette radio ou de ne pas l'avoir. Après, on succombe ou on ne succombe pas, tout dépend de ce que c'est, ou tout dépend de ce que l'on a vu à l'examen clinique.

Donc pour toi, finalement grâce à l'examen clinique tu vas recourir moins souvent aux examens complémentaires ?

Oui. Par contre, par rapport aux jeunes, je pense que je vais aller plus vite chez un spécialiste. Par exemple aller chez le cardio, je trouve que l'examen cardio avec une écho va montrer vraiment plus vite une hypertension chronique et le danger d'avoir une hypertrophie ventriculaire ou dans l'angine de poitrine que ce qu'on ne fait à l'examen juste cœur et poumons. « Oh il y a un petit souffle » et après on ne fait rien comme examen complémentaire. Une angine de poitrine, parfois, ne se verra qu'en faisant du vélo. Donc, moi j'ai tendance par rapport à beaucoup d'autres, plus facilement, d'aller aussi vers un spécialiste un peu plus tôt. Je ne pense que pas ce soit juste à 100 pour 100 car c'est quand même un

peu plus cher pour l'Inami. Mais si nous par exemple, on va chez le cardiologue pour nous, je ne vois pas pourquoi on ne peut pas envoyer le patient chez le cardiologue en fait. Et alors, chez le diabétologue, pour perfectionner le traitement ça nous rassure aussi de savoir qu'on a été dans le bon sens. Parfois on ne pense pas aux nouvelles molécules qui sont sorties parce qu'on a l'habitude de prescrire des anciennes. Et de changer de temps en temps de molécules, ça peut être efficace chez les patients aussi.

Qu'est-ce que tu penses de la possibilité de déléguer certaines tâches (et notamment l'examen clinique) à des assistants de pratique ? (Définition de l'assistant de pratique...)

Jusqu'à présent j'étais contre. J'étais contre parce que ce sont « mes patients » et ce moment où je suis avec le patient est tout aussi important que juste être derrière un bureau. J'aime ça. Examiner. C'est au fur et à mesure de l'examen aussi que l'on continue à avoir une conversation avec le patient. Alors, si c'est juste peut-être prendre le poids et la taille pour avoir un BMI ou la tension, comme on a deux prises de tension par exemple si je veux confirmer, ça peut être utile. Je réfléchis et je me dis, oui peut être. Mais sinon pour moi, je ne suis pas comme certains qui demandent des assistants de pratique. J'ai besoin de cette consultation complète pour me faire une idée. La mienne, elle n'est peut-être pas correcte, j'en sais rien. Mais pas juste se basant sur des chiffres. Je fais beaucoup de consultations regard/patient. Les questions me viennent avec le patient, devant le patient et la consultation se fait au moment du patient. Je pourrais faire des ordonnances à l'avance pour des chroniques, je pourrais maintenant le faire parce que je connais les patients depuis autant de temps et je sais que je ne change rien. Mais au début ça ne me serait pas venu à l'idée de faire des ordonnances à l'avance avant de voir le patient. Maintenant je peux le faire à domicile, quitte à déchirer l'ordonnance. Enfin, le faire au cabinet avant de partir et de la donner à domicile, mais quitte à la déchirer parce qu'elle n'est pas correcte parce que j'ai remis chaque médicament : oui ou non, est-ce que je lui donne ou est-ce que je ne lui donne pas. Mais voilà, pour moi c'est un tout et l'examen clinique est important dans ma pratique aussi. Je vais voir une dame avec des gros pieds et, ok, elle a toujours eu des gros pieds, elle a des œdèmes lymphatiques depuis des années. Ah mais tiens, ici elle ne sait pas se lever de son fauteuil alors que la semaine passée elle se levait de son fauteuil. Il y a toujours des différences, des petites subtilités et c'est pour ça qu'il faut l'examiner et il faut en tout cas passer du temps avec elle. Si tu es là juste 3 minutes après avoir eu un examen par quelqu'un d'autre, moi je n'aurais pas

tout, je n'aurais pas ma sécurité complète. Je pense que mon rôle de médecin serait réduit à juste la prescription et ça ne me correspond pas. Ça ne m'intéresse pas. Pourquoi ? Le but est de gagner plus sa vie parce que l'on voit plus de gens ? Et on est obligé de faire ça parce qu'il y a trop de gens et moins de médecins. Je n'aime pas. Je préfère voir moins de gens, gagner moins ma vie, je peux me le permettre, on est 2 salaires à la maison. Je ne dis pas qu'un médecin solo d'avant, qui était seul à faire rentrer de l'argent parce que sa femme répondait au téléphone, pouvait se le permettre. Il fallait qu'il travaille 2 ou 3 fois plus que moi.

Donc, tu penses que ton avantage serait de peut-être voir plus de gens mais que par contre il y a pleins de choses que tu perds ?

Oui. Mais ce ne m'intéresse pas de voir plus de gens.

La question d'après, finalement on en a déjà un peu parlé, mais ici c'est plus, au lieu que ce soit une personne à qui tu délègue certaines tâches ; ce serait une machine qui finalement prendrait tous les paramètres, donc ferait vraiment un examen clinique minutieux...donc ton patient rentre dans une machine et elle prend tout. Donc après toi, le patient rentre dans ton cabinet et toi tu as sur ton ordinateur tout ce que la machine a détecté. Quels avantages et inconvénients est-ce que tu en tirerais ?

Mais je crois que la machine peut être un point d'appui et si tu refais ton examen, si tu parles avec le patient, et que tu as envie de savoir quelque chose et que la machine a déjà répondu à l'examen ; tu pourrais peut-être aller plus vite au diagnostic que plus vite, t'orienter vers le bon diagnostic parce que la machine ne s'est pas trompée. Maintenant, des machines qui ne se trompent pas, à mon avis ça n'existe pas non plus. Mais un médecin qui ne se trompe pas, ça n'existe pas non plus (rires). Donc tu as 2 fois plus d'aide. Tu as ta personne et ta machine. J'avais toujours eu peur de ça, c'est que la machine remplace l'homme, l'homme va perdre sa capacité. Je m'explique, quand l'ordinateur est arrivé, les programmes à l'ordinateur sont arrivés, je me suis dit : ben zut, si je ne prescris plus en cherchant moi-même dans ma mémoire quel médicament, je vais oublier mes médicaments. Je ne vais plus...heu... il y a en plein que je ne m'en rappellerais pas parce que l'ordinateur me donnera seulement un nom. Mais en fait je me trompais car ce n'est pas tout à fait vrai. L'ordinateur pouvait être une aide plutôt qu'une perte de connaissance. Donc je pense que la machine peut aider. J'ai toujours rêvé d'avoir la machine qui faisait le diagnostic directement. Tu fais ton pet-scan et tu sais si t'es

malade ou si tu n'es pas. Plutôt que 50 examens différents pour savoir. Mais je crois que je ne serai plus là quand ça arrivera. En tout cas je ne serai plus médecin. Mais attention à la perte du feeling qui s'installe sur les années. Moi je vois quelqu'un, les premières minutes je sais déjà le diagnostic avant même de faire un examen physique. L'examen physique va plutôt m'orienter avec certitude. Je fais mon examen physique en fonction de ce que j'ai pressenti comme diagnostic. Ça vient...ça vient... c'est de l'instinct. Et est-ce que si la machine prend le pouvoir sur l'homme, est-ce qu'il y aura encore l'instinct ?! Il va être perdu au fur et à mesure du temps...point d'interrogation, je ne sais pas.

La décision récente de l'Inami (suite au covid) de créer des consultations par téléphone va-t-elle influencer ta pratique ?

On est en janvier hein...on a des horaires un peu différents. On met sur rendez-vous et on répond au téléphone à d'autres moments. Heu...Je vais dire que oui, ça va changer. Ça veut dire que je pense qu'elle peut être très utile, surtout quand le médecin est débordé et que l'on ne sait pas voir tout le monde. Donc ça, ça peut être très utile. Elle a été utile pour moi car avec ma fracture, mon bras. Parce que je n'ai fait que ça quasi pendant un temps. Donc si je ne n'avais pas eu ça, je n'aurais plus pu travailler, ou très peu. Et heu...

Penses-tu qu'à l'avenir il y aura encore un code...

Oui je pense qu'on peut encore l'utiliser. J'espère qu'il y aura encore un code. Moi en tout cas je pense qu'on peut le faire. Mais attention que pour le moment, c'est devenu l'inverse un tout petit peu... un mail ce matin d'un patient : mon papa a besoin de ça ; sans avoir vu le patient. Ça m'horripile, ça me fait peur. Je comprends qu'ils n'ont pas envie de se déplacer avec le covid donc je l'accepte mais limiter ça vraiment à la décision du médecin : « oui, je veux bien faire une téléconsultation avec ce patient, parce que je l'ai vu la semaine passée ou parce que je l'ai vu il y a deux semaines, il n'y a pas de problème, il va bien. Mais non, je ne l'ai plus vu depuis longtemps, il a 8 d'hémoglobine et tu ne le sais pas parce que tu ne l'as pas vu et que tu l'as juste eu au téléphone ; alors non ». Tu vois, de limiter, de revoir quand même très régulièrement les gens. Surtout les personnes à risque. Et ne pas faire que de la téléconsultation. Mais ça peut être utile quand il y a des problèmes médicaux, des problèmes de surcharge de travail ou d'épidémie, comme c'est le cas maintenant. Il ne faut pas l'annuler complètement non plus.

Pendant la période où on a fait beaucoup de consultations à distance, est-ce que l'examen clinique t'a manqué ?

A cette période-là, moi ça ne m'a pas manqué. J'arrivais à faire un examen clinique par téléphone. Mais je n'ai pas eu de pathologies graves et si il y avait un doute, j'allais sur place. Donc même si on ne les faisait pas venir ici, j'allais quand même sur place. Même dans les homes, j'ai fait des visites dans les homes. Je n'ai pas été autant confrontée que vous à plein de pathologies différentes. Des diagnostics différentiels entre diverticulites ou des trucs comme ça, sans voir le patient c'est délicat. Je n'ai pas été dans l'embarras. Et j'allais quand il y avait des doutes. On a quand même fait des visites. Donc heu... maintenant je ne pense pas que les patients que j'ai perdus parce que je ne les ai pas vus. Je n'ai pas eu ce sentiment. Je ne pense pas que ça aurait changé quelque chose. Et au contraire, il y a même un moment où ça a même été l'inverse. Je suis allée chez la patiente pour un diagnostic farfelu et en fait c'était un Covid. Quand j'arrive sur place, je trouve de la température, une personne qui est vraiment pas bien, etc. ... les détails je ne sais plus. Et je mets en route un protocole et je dis, si demain ça ne va pas mieux, on hospitalise. Mais attention, pas de réanimation cardiopulmonaire car je suspecte un covid. Et ça a été interprété à l'hôpital : pas de réanimation cardiovasculaire parce que patient âgé tout simplement. Et donc, d'avoir vu le patient et d'avoir mis une étiquette dessus, elle a été étiquetée « à ne pas réanimer ». Donc ça c'est aussi... J'ai voulu faire ça pour le médecin de garde. Parce que moi les infirmières m'avaient appelée pour une pathologie X, un AVC, je ne sais plus trop bien quoi. Et moi j'ai tout de suite suspecté un covid, ce qui était. Et en fait, il y avait eu complication du diabète, insuffisance rénale, ... il y avait eu la totale finalement. Toute la complication qu'on connaît du covid, qu'on ne connaissait pas à l'époque. Mais pour ne pas que le médecin de garde arrive et qu'il commence à faire une réanimation sans se douter que ça pouvait être un covid ; j'avais dit : non pas réanimer, attention réanimation cardiovasculaire, risque de covid. Et du coup, le médecin de l'hôpital s'est dit : elle est déjà en stade avancé, déjà en home et on ne va pas s'acharner dessus. Ca a été mal interprété. Mais d'un autre côté, je pense que celle-là, c'était trop tard. La décompensation était complète mais...zut...elle n'a peut-être pas été dans le bon hôpital, elle a peut-être été transférée parce que on croyait que c'était une fin de vie et ça ne l'était pas. Justement parce qu'elle était en chaise roulante au départ.

J'ai voulu bien faire pour le médecin de garde mais je pense que je n'ai pas bien fait pour la patiente. Elle ne s'en serait pas sortie de toute façon. Une fois que c'était : obésité, diabète, et covid, et 80 ans,...

On a quand même fait une bonne part des consultations à distance, comment l'as-tu vécu ?

Peut-être qu'il y a des hauts et des bas. Peut-être que certaines situations comme ça où on a eu une patiente qui est partie... merde... on ne l'a pas vu ou moi je ne l'ai pas vu et elle est partie. Tout ça, c'était les décès ou les choses plus dangereuses qu'on n'a peut-être pas su mettre une balise dessus, à cause du covid. Ou en tout cas qu'on n'a pas su freiner à cause du covid. Mais c'est pas parce que j'ai eu des consultations plus par téléphone... je trouvais qu'on arrivait pas mal à communiquer entre nous et ça, ça a créé encore plus des liens, en tout cas dans le groupement ici en tout cas. Ça nous a aidés. On était tous dans les mêmes galères. On ne fermait pas spécialement nos portes pendant les téléconsultations, on savait très bien tout ce qu'il se passait, comment les autres réagissaient. Moi je trouvais pas ça mal, pour notre association, de pouvoir partager. Moi j'ai une connaissance de mes patients qui est déjà là depuis des années. Et mes patients me connaissent. Donc personne ne m'en a voulu. Il y en a peut-être un ou l'autre que je ne sais pas qu'il y a chez quelqu'un d'autre mais personne n'a critiqué. Comme on disait tout à l'heure que certains patients commençaient à en avoir marre ; moi je n'ai pas encore ça dans mes patients. Je n'ai pas encore de patients qui en ont marre de ne pas me voir. Je téléphone même aux patients : tiens, comment ça va ? comment vous allez ? Parce que sinon je me dis : tiens, je ne les ai plus entendus, j'y pense et si j'ai le temps, je lui téléphone. Ici j'ai vu ce matin le frère de quelqu'un, je dis : comment va votre frère ? il ne me téléphone pas mais je vais quand même finir par aller voir comment il va, parce qu'il a un cancer et que je me demande si le moral ça va. Parce qu'il n'ose pas appeler depuis un petit temps. Je suis sûre, demain il m'appelle. Enfin, ils me connaissent aussi, donc ils sont corrects. Moi j'ai encore beaucoup de patients corrects.

Donc tu as trouvé certains avantages aussi au fait de pouvoir continuer à avoir un contact avec tes patients, même par téléphone.

Oui. L'avantage de ne pas devoir courir toute la journée. Faire des domiciles est fatiguant, en tout cas pour moi. Se garer, la circulation, ... pour moi c'est fatiguant. Et, courir, plus la famille, plus faire tout le reste à domicile. T'avais moins à faire. Il y avait moins de visites à faire. Et

c'est une qualité de vie de faire des consultations et pas des visites. Et puis, si tu n'as pas fini ici, tu pouvais ramener du travail à la maison aussi. Donc tu pouvais le faire aussi quand tu voulais. Et pas uniquement aux heures où ça arrange les patients. Un patient appelle à 5 heures du soir et il lui faut son truc tout de suite. Tu peux encore dire : je vous rappelle demain ou des choses comme ça. Tu pouvais un peu organiser ta journée comme tu veux. Si tu voulais stopper pendant 2 heures et aller te promener, tu pouvais le faire. Evidemment, quand tu revenais il y avait 5 personnes qui s'étaient rajoutées dans la liste des patients à recontacter mais t'es pas obligé de travailler de 8 heures du matin à 19 heures non stop. C'est aussi grâce au fait que je n'ai pas une patientèle comme un médecin généraliste solo, on va dire. Parce que du coup j'en avais moins, je pouvais me permettre de le faire quand je voulais. Tu veux lancer le souper, tu vas le lancer et puis tu peux recommencer à travailler. Ou je mettais l'ordi dans la cuisine. C'était un peu différent. Tu travailles un peu plus comme un employé au domicile. Ce n'est pas pour ça que l'on a travaillé moins. Je pense que l'on a travaillé plus. Quand je vois les premières semaines post fracture et que je vois le nombre de patients que j'ai fait par téléphone alors que tu es censé être en arrêt de travail ou arrêt de maladie. Je ne sais pas si les autres se rendent compte mais je me suis dit : je réponds à mes patients pour ne pas emmerder tout le monde. En plus comme il y avait l'épidémie de Covid à ce moment-là, tout le monde était certainement fatigué... je me dis : le moins possible emmerder les gens pour aller faire des visites pour moi.

Donc tu as su continuer à travailler grâce à la téléconsultation.

Grâce à la téléconsultation j'ai pu continuer à travailler, ça c'est sûr.

Est-ce qu'il t'arrive d'inviter le patient à se déshabiller pour l'examiner ? et est-ce que tu es à l'aise avec cette demande ?

Oui. Peut-être que quand j'étais jeune, j'étais peut-être moins à l'aise. Mais non maintenant, c'est un ordre (rire). Comme tout à l'heure : madame, remontez votre robe. Parce que moi je ne saurais pas remonter la manche pour vous examiner.

Ca gêne rarement le patient ?

Oui rarement. Et ce n'est pas... si ça gêne, on explique. On peut renvoyer chez un homme ou chez une femme. On peut trouver. Si toi tu n'es pas gêné, enfin, si le médecin n'est pas gêné,

ça ne doit pas gêner le patient. « Oh, mais ne vous tracassez pas, madame, nous on fait ça tous les jours ». « Moi je ne regarde pas hein. Vous savez moi je ne regarde pas ». « Oh docteur il fait sale chez moi », moi je ne regarde pas hein. C'est pareil pour l'examen physique. « je ne regarde pas hein. Je sais que vous êtes gros, c'est bon ».

Est-ce que tu as déjà eu des situations où la proximité physique, pendant ton examen clinique, t'a posé problème ? ou a posé problème pour ton patient ?

Je ne crois pas parce que si j'ai le moindre doute, je me positionne différemment, j'anticipe, je me positionne dans l'axe direct du patient mais sur le côté... peut-être si les gens sont très sales ou s'il y a des poux ou il y a une maladie contagieuse, alors là, la proximité du patient me dérange. Parce que je n'ai pas envie de ramener des poux à la maison parce que j'avais 2 enfants en bas âge qui se ramassaient de temps en temps des poux. Ou les puces des animaux, des chats, que l'on ramène à la maison ça c'est quelque chose que je trouve... enfin ça fait partie du boulot, mais c'est vraiment désagréable. Ou la gale. Des choses comme la gale parce que là t'as envie de pas trop toucher parce que tu te dis que c'est quand même super contagieux. Après, je n'en ai jamais eu mais bon voilà. A part ça, non. Le fait d'examiner quelqu'un ne m'a pas dérangé ni n'a dérangé les gens parce que je les rassurais directement. Et puis, s'ils ne veulent pas faire un examen gynéco ou ne veulent pas faire un examen un peu plus intime, on trouve une solution. Ou j'explique d'office ce que je vais faire et si ça ne va pas, on trouve d'office une autre solution. Et puis si j'examine vraiment physiquement... Je suis une femme et j'examine des testicules ou je dois décalotter un enfant ou un jeune adulte, enfin c'est rare... mais je veux dire, si je dois au moins examiner les testicules et la région inguinale d'un homme, je mets des gants. Je me dis que comme ça, il sait que c'est l'examen. Et je lui demande de se positionner pour qu'il ne soit pas mal, par rapport à moi. Il y a des fois ou peut-être les hémorroïdes ou quelqu'un me dit qu'il ne veut pas me montrer son anus, je n'ai pas envie de me déshabiller devant vous : « ok, donc quand vous vous déshabillez, vous avez mal ? » ou vous avez ça... ? On va considérer que vous avez des hémorroïdes. Sachez que vous pouvez le rentrer vous-même. Donc je leur explique comment on fait. Et puis, si ça ne va pas, vous revenez. Mais ne vous tracassez pas, j'ai l'habitude de regarder les derrières des gens. Donc je laisse un délai et une possibilité de se soigner soi-même. En expliquant bien... on sait le faire chez certains, peut-être pas chez tout le monde.

Interview 3

Pourrais-je connaître ton âge ?

J'ai 56 ans

Depuis combien de temps pratiques-tu ?

Heu...27 ans

Ton lieu de travail est plutôt urbain/semi urbain/rural ?

Semi urbain

Ta pratique est-elle une pratique de groupe ?

solo

Est-ce une pratique à l'acte ?

Oui.

Présence d'un secrétariat ?

Oui.

Comment définirais-tu un examen clinique type en médecine générale ?

Un examen type...ben tu...tu revois un petit peu tous les organes. En fonction. A part que dire que l'examen ORL je le termine plutôt à la fin. Mais sinon, je prends... de manière systématique moi je prends du haut vers le bas.

Donc tu as un ordre défini ?

Oui. Enfin, tout dépend de la plainte. Mais sinon oui, pour être systématique et pour essayer de ne pas oublier quelque chose, j'essaie de prendre les poumons, puis descendre sur l'abdomen puis descendre un petit peu plus sur le bassin... et voilà. Maintenant si tu viens pour un traumatisme sur une jambe, je ne vais pas commencer par l'abdomen mais bon voilà.

Ok. Est-ce que pour toi il y a un strict minimum à l'examen clinique en médecine générale ?

En général oui : l'examen cardio vasculaire et pulmonaire. Et en plus abdominal en fonction des plaintes un petit peu.

Quelle est la part des consultations où tu ne procèdes pas à un examen clinique lors de ta rencontre avec ton patient au cabinet ?

Quoi sur la totalité des consultations ? ou sur une consultation ?

Sur la totalité des consultations, quelle est la part où tu ne vas pas réaliser d'examen clinique ?

Heu ... je ne sais pas. Peut-être 30, 40 pourcents.

Ok. Quelles sont les consultations du coup où l'examen clinique pourrait ne pas être réalisé ?

C'est essentiellement des problèmes administratifs. S'il y a un certificat... pour les certificats sportifs, quand je connais les gens, je ne réexamine pas automatiquement parce que parfois ça vient au cours d'une consultation donc voilà, je le fais ainsi. Si il y a une prescription de je ne sais pas... de pilule chez les femmes ou des choses ainsi, ce n'est pas des choses où je refais automatiquement un examen clinique.

Si les gens viennent en disant : il me faudrait un papier pour une prise de sang... je vais presque dire qu'à ce moment-là, je fais mon examen après la prise de sang. Puisque là, bon par exemple il y a des choses qui accrochent. En me disant tiens, il y a du diabète, du cholestérol... par exemple je vais aller voir plus spécialement la tension puisque bon on peut avoir des problèmes cardiovasculaires. Donc à ce moment-là, je réexamine plus après les résultats de la prise de sang.

Ok. Parfois il arrive qu'il ne soit pas nécessaire de réaliser un examen clinique pour déterminer un diagnostic mais il arrive qu'on le fasse tout de même. Est-ce tu vois une autre raison, que la valeur diagnostic, au fait de faire ton examen clinique ?

Je pense que par rapport aux patients, c'est une prise en charge aussi. Si c'est un diagnostic qui est parfois pris, on a peut être parfois le bon diagnostic. Mais bon, le fait que entre guillemets, on touche les gens, ça rassure les gens parce qu'ils considèrent qu'on a été complet.

Ok. Donc même pour ta relation avec tes patients, tu penses que l'examen clinique est important.

Oui. Si par exemple tu as un abcès des dents et en plus tu as une joue toute rouge et toute gonflée ; tu te dis oui, ça doit être ça. Et en plus, d'après ce qu'il me dit, les douleurs et tout... mais parfois le fait quand même de faire ouvrir la bouche ou de palper pour voir... je pense que ça rassure les gens et que les gens se disent ben voilà, j'ai eu un examen complet et le médecin s'est basé sur toute une série de choses pour me donner un diagnostic.

Dans certaines situations, le pouvoir diagnostique de l'examen clinique est assez réduit par rapport à un examen complémentaire (par exemple une prise de sang ou une imagerie). Vas-tu de ce fait limiter ou délaissé l'examen clinique et le remplacer directement par un examen complémentaire ?

Pas toujours parce que je me base sur mon examen clinique pour orienter le type d'examen spécialisé. Et ça permet parfois de peut-être préciser pour trouver le diagnostic. Bon parfois, ça peut donner une idée au radiologue ou une histoire ainsi en disant : j'ai vu qu'il y avait ça et ça ... Je ne sais pas moi par exemple, si tu as une suspicion de fracture, dire si t'as un hématome, pas d'hématome. Si tu le mets en ayant vu le membre, tu peux dire au radiologue : voilà, le membre est déplacé ou il y a un hématome ou des choses comme ça. Au moins, ça a été un petit peu tes hypothèses.

Et est-ce que tu penses que ton examen clinique est un moyen de diminuer ton recours aux examens complémentaires ?

Oui. Oui ça je pense.

Qu'est-ce que tu penses de déléguer certaines tâches (et notamment l'examen clinique) à un assistant de pratique. Déjà sais-tu ce qu'est un assistant de pratique ?

C'est quelqu'un qui prépare ta consultation ?

Oui. Par exemple, une infirmière qui recevrait ton patient...

Je pense que l'on n'a pas encore l'habitude...est-ce que ça viendra ? Maintenant c'est vrai que je pense que tout dépend du temps que chaque médecin octroie à son patient. Maintenant c'est vrai que si tu as une grosse patientèle et que tu dois quand même avancer ; c'est vrai que si la tension est déjà prise, si tes paramètres sont déjà pris, ...ben oui tu peux déjà avancer

sur certaines choses avec ça. Dans mes habitudes, faire ça, ça fait toujours partie de ma façon de gérer les gens.

Donc tes motivations...seraient de gagner du temps. Tu penses à autre chose ?

Comme ça, à première vue non, je ne vois que ça.

Ok. Et tes réticences alors, à déléguer certaines tâches ?

C'est peut-être la compétence et l'interprétation que les gens peuvent en faire. Donc heu...je pense que...fin moi je trouve, comme je considère que l'on est médecin de famille, on connaît la famille, qu'on connaît les gens,... parfois on connaît des choses qu'on interprète ou qu'on va conseiller la personne différemment. Tu vois, si l'infirmière ou le...comme tu dis... il a 14, mais moi je vois que la personne est toujours à 12 ; ben 14 ça peut être une tension tout à fait normale, mais moi qui sait que la personne a toujours une tension plutôt à 11 ou 12, je sais que c'est déjà plus important donc je vais peut-être avoir... faire du préventif en disant : ce n'est pas normal par rapport à ce que vous avez. La tension est encore normale mais c'est plus haut que ce que vous avez d'habitude donc il faut peut-être faire attention à certaines choses. Et ça je pense que, c'est peut-être plus compliqué quand on connaît moins les gens. On a, je pense, cet avantage parfois de se dire « il y a quelque chose qui n'est pas normal » parce qu'on a l'habitude avec les gens.

Si, avec un peu d'imagination, ton patient rentre dans une machine qui te fait un examen clinique hyper minutieux et rigoureux de ton patient avant qu'il n'entre dans ton cabinet. Est-ce que tu penses que ça t'apporterait des inconvénients ou des avantages ?

Ça peut apporter des avantages. Heu... maintenant de nouveau, c'est un peu l'interprétation. Tu sais un peu comme moi, parfois quand tu vois les biologies, si la machine décide en fonction de critères, d'algorithmes. Si il y a un truc qui est jusque 10 ; l'ordinateur a vu que c'était 10,10 et il mettra un positif, comme quoi c'est anormal. Donc je pense que l'interprétation aussi est importante par rapport aux résultats qu'on peut avoir. Pour l'instant j'imagine comme ça, ...peut-être qu'il y a des interprétations que se font... je pense que se fier complètement...peut-être dans certains cas oui et dans certains cas en fonction de la clinique des gens, il y a peut-être matière à interprétation.

Est-ce que tu penses que tu ferais tout de même à ton propre examen clinique ou que tu arrives à faire confiance en la machine ?

Tout dépend du type d'examen que tu as. Je pense qu'au niveau sémiologie, tu peux quand même avoir pas mal de choses et que, par exemple, si la machine interprète un ventre... je pense qu'il n'y a que ce que tu ressens qui peut t'indiquer certaines choses ou te mettre la puce à l'oreille par rapport à certaines choses. Et ton expérience va faire que tu vas te dire : tiens, il pourrait peut-être avoir ça comme hypothèse aussi.

Et tu penses que ça pourrait plaire aux patients d'être examiné par une machine ?

Je ne sais pas parce que les gens évoluent. Il y a des gens qui font plus confiance. C'est vrai qu'il y a des choses qui prennent un peu le dessus. Donc la relation humaine, à certains moments ... je ne vais pas dire qu'elle est dévalorisée mais est moins importante qu'auparavant. Avant, les gens venaient tous les mois pour prendre leur tension chez le médecin. Ça permettait d'avoir un contact. Maintenant tu as quand même des appareils à domicile qui font bien les choses. Donc le contact n'est plus le même. Donc peut-être que par après, oui, la machine prendra un peu le dessus sur certaines choses que l'on fait et que l'on aura moins ce contact humain.

Tu penses que l'on aura quand même une perte de contact si l'on a ce genre de machine ?

Oui, oui, je pense, oui. On le voit bien ici pour l'instant, avec la pandémie, on fait des choses où l'on a juste un contact par téléphone et tu n'as pas de contact direct avec les gens. Je pense que ça va changer aussi notre façon de travailler.

Justement, depuis cette pandémie, l'Inami a créé un code de prestation pour nos prestations téléphoniques ; penses-tu que cela va influencer ta pratique ?

Ça va sûrement l'influencer parce que maintenant les gens commencent déjà à s'y habituer. Ils disent : « faites comme la dernière fois, prescrivez moi mes médicaments ». Moi je reste toujours et je dis toujours, parce que les gens me disent « oh mais vous me faites payer la consultation », mais je dis : le fait de prescrire, c'est quand même un acte médical. Il y a quand même une réflexion derrière. Je dois quand même réfléchir à tout ce qu'il peut avoir comme effets secondaires. Et peut-être que, parfois, quand on consulte par téléphone, il y a des choses auxquelles on va moins vite penser. Quand on a les gens devant soi, on a l'ordinateur

devant soi, et on voit que tiens, ça fait 6mois que je n'ai plus pris sa tension... si tu l'as devant toi, tu vas te dire : on va refaire ça, on va refaire une prise de sang, on va refaire quelque chose. Au téléphone, on va moins vite savoir la période depuis laquelle on n'a plus vu les gens donc je pense qu'on pourrait passer à côté de certaines choses. Moi je prends toujours l'exemple d'un couple qui venait. Leur fille était pharmacienne. Et ils disaient : ah oui il faut me prescrire ça car ma fille l'a déjà avancé. Je les avais prévenus en disant : si jamais un jour il vous arrive quelque chose, ce n'est pas votre fille qui va intervenir, c'est moi qui vais devoir intervenir. Et je suis arrivé une fois, le monsieur m'avait demandé plusieurs fois des antiinflammatoires et il n'était vraiment pas bien, il avait une petite tension... donc je l'ai envoyé aux urgences et en fait il faisait une hémorragie digestive suite à ses antiinflammatoires. Donc là on ne contrôle plus tout à fait ce que les gens prennent et je trouve que ça, parfois, ça peut être dangereux.

La crise covid nous a forcés à consulter à distance. Est-ce que l'absence d'examen clinique t'a manqué ?

Pour certaines choses, oui. Pour certains diagnostics, oui. Je vais prendre un exemple comme ça ; si tu as une douleur un peu pelvienne ou fosse iliaque droite, par téléphone savoir si ce n'est pas une appendice ou si c'est plutôt une infection urinaire, c'est quand même ton examen physique qui peut te donner des éléments et peut orienter la façon dont tu prescribes tes examens complémentaires. Ça, par téléphone, quand tu demandes aux gens, c'est parfois vague. Ils peuvent te dire : « ah oui j'ai mal au côté droit ». Oui mais au côté droit où ? Plutôt en bas ? Plutôt en haut ? Par contre toi, quand tu mets ta main sur un abdomen, tu sais quand même voir un petit peu en fonction de la localisation des organes.

Du coup, tu penses que tu as référé plus souvent, pendant cette période-là, aux urgences ?

Oui je pense. Un petit peu plus vers les urgences ou vers les examens pour avoir une confirmation dont peut-être je n'aurais pas eu besoin si j'avais pu faire mon examen clinique.

Comment as-tu vécu cette période de covid et la consultation à distance ?

Comme contrainte, je trouve que ça demande pas mal d'énergie. Presque plus de concentration. Il y a besoin d'interroger différemment les gens. Donc, je ne trouvais pas que c'était nécessairement plus facile. Et surtout quand il y a eu les vagues les plus importantes,

tu as quand même beaucoup de coups de téléphone. Donc tu as une charge de travail qui était différente mais qui était presque continue sur toute ta journée. Parfois, tu as ta consultation au matin, au soir et entre ce sont des visites. Tu peux encore un petit peu te détendre ou arrêter de te concentrer parce que tu écoutes un peu la musique dans la voiture ou des trucs comme ça. Ici je trouvais que tu décrochais à peine que tu devais reprendre tes coups de téléphone donc c'était quand même l'un à la suite de l'autre donc au niveau de la concentration c'était quand même prenant. Maintenant, oui... parfois tu es à la maison donc tu gères ça un peu différemment. Si tu ne veux pas répondre tout de suite au téléphone, surtout qu'il y a le secrétariat, tu peux dire ok je m'arrête un peu pour souffler un peu ou des choses ainsi. Fin oui. Moi je trouvais que c'était quand même un peu lourd. Et puis il y a des moments où tu es au téléphone et puis tu entends que ça sonne et moi je me souviens, pendant la première vague notamment, tu raccrochais et en fait les secrétaires avaient eu 3 appels. Donc tu as 3 appels à gérer. Le temps que tu gères les 3 appels, il y a de nouveau 3 personnes qui avaient appelé. Et donc, il y avait une liste qui était derrière donc c'est vrai que ce n'était pas évident, évident.

Est-ce qu'il t'arrive d'inviter le patient à se déshabiller pour l'examiner ? es-tu à l'aise avec cette demande ?

En général, oui. Oui j'essaie d'avoir au moins, au niveau du torse ou cardiovasculaire, même si les gens ne se déshabillent pas complètement, je demande au moins qu'ils soulèvent leur vêtement pour avoir accès directement. Maintenant, par exemple, il y a des choses où c'est parfois un peu plus difficile. Moi par exemple, je m'occupe d'un groupe de jeunes filles placées qui ont entre 16 et 18ans, parfois je suis un petit peu plus discret par rapport à ça. Je passe peut-être au-dessus du pull ou une histoire ainsi pour ne pas faire soulever le pull. Mon stéthoscope est sur la peau mais je garde une certaine intimité. Maintenant on a aussi par exemple les musulmans, par rapport aux femmes, il y a des choses que culturellement je trouve qu'il faut respecter donc j'essaie de faire avec précaution pour ne pas non plus heurter les gens. Mais j'essaie d'avoir quand même un examen.

Et est-ce que la proximité physique pendant ton examen clinique t'a déjà posé problème ?

Non, je ne pense pas.

Donc jamais eu de gêne pour toi ou pour ton patient ?

Non, non je pense qu'il faut y aller progressivement et puis voilà. Moi je fais quand même beaucoup de pédiatrie. Par exemple, pour aborder l'examen clinique, je n'aborde pas directement l'enfant. J'essaie de lui parler, de le rassurer. Parfois je vais lui parler et lui demander différentes petites choses pour qu'il y ait un contact d'abord verbal. Puis je le mets un peu en confiance. Après j'y vais progressivement. Pour un enfant, je ne mets pas directement le stéthoscope. Le stéthoscope, je dis aux enfants : « voilà, on va écouter ton petit cœur ». J'essaie d'avoir des explications pour que la confiance s'installe. Même chose au niveau d'un examen ORL par exemple, j'utilise très peu de spatule. Parce que je trouve en général pour les enfants, tu leur dis de faire une grande bouche, que tu ne mets rien parce que c'est souvent de ça qu'ils ont peur, tu leur dis qu'on va voir leurs dents et toi tu en profites pour regarder la gorge. Je trouve que c'est plus facile, l'enfant est moins réticent et donc c'est plus facile. Donc c'est vrai que je n'ai pas trop de problèmes par rapport à ça. Je prends le temps d'amener mon examen clinique. Même pour les jeunes filles aussi. Je pense qu'à partir du moment où on amène, qu'on dit que c'est pour leur bien, je trouve que ça passe mieux que si on se rue dessus et puis voilà.

Rem : à la fin de l'interview, la discussion continue, voici sa retranscription :

- Discussion sur l'ONE et les bénévoles qui prennent déjà les paramètres avant la consultation avec le médecin

Quand tu vois un enfant à l'ONE, il arrive qu'on te donne une taille. Et puis tu regardes le dossier : « ah oui, il aurait pris 10cm en 1 mois »... tu te dis non, il y a eu un problème dans la mesure de la taille. Donc c'est vrai qu'à ce moment-là, moi j'ai tendance à aller mesurer à nouveau en disant qu'elle s'est peut-être trompée, que le gosse a bougé... donc tu vois je ne le prends pas juste comptant : « ah ben super il a pris 10cm en 1 mois ». Non, je ne me contente pas juste de ça. Même chose pour le poids, si tu vois que le gosse a grossi de trop ou pas assez, tu te dis qu'il y a peut-être une erreur.

Donc c'est peut-être très bien, ça peut faire gagner du temps à la fois pour ton examen et parfois pour te consacrer du temps pour certaines choses. Par exemple à l'one, tu peux faire plus de la prévention si tu ne dois déjà pas t'occuper des mesures. Donc c'est vrai que c'est une aide. Mais il faut quand même garder un aspect critique.

Il faut aussi une certaine confiance en la tierce personne...

Ca je pense que ça dépend un petit peu au fur et à mesure du temps. Il y a des choses pour lesquelles tu peux faire confiance parce que tu sais que les gens ne se trompent pas.

Je vais prendre un autre exemple. J'ai une amie qui fait de l'one mais qui fait aussi la médecine du travail. Je sais qu'elle est très méticuleuse. Parfois les gens disent : « oh mais tu sais les médecins du travail... ». Et puis parfois, quand je reçois des données de chez Sophie qui dit qu'elle a trouvé une hématurie, j'ai tendance à aller vérifier ou plutôt de prolonger les examens complémentaires parce que je sais qu'elle fait ça de façon correcte et que je sais qu'elle n'a pas laissé trainer longtemps la tige. Donc je pense que c'est la confiance que tu as avec la personne avec qui tu travailles...voilà. Moi à l'one, tu travailles un peu en binôme avec la TMS. C'est vrai que maintenant, ça fait 16 ans que je travaille avec la TMS, je sais que quand elle dit certaines choses je n'ai pas forcément besoin de rajouter parce que je sais que je peux avoir confiance. Je pense que c'est important la confiance avec la personne avec qui tu vas travailler. Moi par exemple, j'ai arrêté une consultation de nourrissons parce que je n'avais pas d'atomes crochus avec la TMS, ça n'allait pas, il y avait des discordances et j'ai préféré dire STOP. Et alors, aller contredire devant les patients, les parents, ça met un peu d'inquiétude aux gens et ils ne savent plus s'ils doivent faire confiance à l'un ou à l'autre. Dans l'avenir je ne dis pas que les machines, parce que c'est vrai qu'on est de plus en plus précis avec les machines, je ne dis pas qu'elles ne nous apporteront par quelque chose. Pour prendre par exemple une belle évolution, j'ai une jeune fille qui a 30 ans maintenant mais moi je l'ai connue à 9 ans. Elle a un diabète de type 1. Donc maintenant, elle a une pompe avec un détecteur. A force, on voit que maintenant le détecteur aide vraiment dans sa vie de tous les jours. Donc quand elle me montre les données de l'appareil, je fais confiance. Donc ça c'est un apport de la technologie qui nous permet d'aider les gens. Ca a fait ses preuves. Comme par exemple aussi pour l'examen clinique, les gens se demandent si leur tensiomètre est bon. Alors je leur dis de le prendre en consultation. Je prends leur tension et eux avec leur tensiomètre et on voit. S'il y a 10 mm de mercure c'est que votre appareil est plus ou moins bon. Parfois ce n'est pas trop fiable. Maintenant, le tensiomètre qui est bon et les gens prennent leur tension chez eux et donc toi tu sais que tu peux t'y fier et tu peux voir comment la tension évolue chez les gens. Donc ça c'est un apport. Donc je pense que pour tout, il faut rester un peu critique... même pour les informations à la télé ou sur internet.

Interview 4

Quel âge as-tu ?

J'ai 29 ans

Depuis combien de temps exerces-tu ?

Heu ... alors, je pratique la médecine générale ; ben ça fait depuis le mois d'octobre. Ça fait 4 mois. Mais après, en tant qu'assistant, ça fait 2ans et 4mois.

Ton lieu de pratique est-il plutôt urbain/semi urbain/rural ?

Actuellement, c'est urbain.

Une pratique solo/duo/groupe ? présence d'assistant ?

Groupe, une association. Il y a une assistante.

Ok. Vous travaillez au forfait ou à l'acte ?

On travaille à l'acte.

Ok. Y a-t-il un secrétariat ?

Oui.

Y a-t-il un assistant de pratique ?

Qu'est-ce que c'est ça, un assistant de pratique ?

Alors, c'est souvent un infirmier formé pour réaliser des tâches qui étaient jusqu'ici réalisées par un médecin généraliste.

J'ai eu ça à ma première année d'assistantat. C'était une infirmière. Elle pouvait par exemple réaliser un ECG pendant la consultation. C'est vrai que c'était pratique. Je pouvais faire mes dossiers par exemple. Si par exemple j'envoyais chez un cardiologue, je tapais ma lettre à ce moment-là.

Comment pourrais-tu me définir un examen clinique type en médecine générale ?

Tu sous-entends par là un examen clinique type, que l'on fait régulièrement ? Parce que ça dépend de la plainte en fait. J'adapte mon examen clinique en fonction de la plainte. Heu ... je crois qu'en effet il y a un examen clinique que je fais sans qu'il n'y ait forcément de plainte mais plus en prévention, c'est la prise de poids et la tension artérielle. C'est souvent une demande des patients d'ailleurs. Pour la tension surtout : « Docteur, vous ne prenez pas ma tension ? ». L'examen clinique type, après c'est ce que l'on a vu pour la formation : écouter le

cœur, les poumons et la tension. En routine, c'est ça que je fais le plus souvent. Après, ça dépend des plaintes. Je ne vais pas regarder s'il y a des œdèmes de membres inférieurs chez tout le monde, c'est plus à faire chez la personne âgée. Ça dépend un peu des plaintes. S'il y a des plaintes abdominales ou pas... je ne vais pas faire un examen neuro non plus à tout le monde. Et puis à nouveau en fonction des plaintes : si c'est juste de l'ORL, je regarderai la bouche et les oreilles. Et après s'il y a des plaintes respiratoires, le cœur et les poumons

Est-ce que tu as une espèce de rituel où un ordre défini quand tu réalises ton examen clinique ?

Oui quand même. Je crois que je commence par la tension. Et si la tension est trop élevée, je la recontrôle après. Même si on ne nous conseille pas de la prendre d'emblée, je commence par ça. Et puis à nouveau en fonction des plaintes. A l'ONE, j'ai plus un examen clinique de routine, on fait le même examen systématiquement.

Quelle est la part des consultations où tu ne procèdes pas à l'examen clinique lors de ta rencontre avec le patient au cabinet ?

Alors ça, ça m'arrive notamment pour la dépression. Parce que j'aime bien les consultations psy et je prends quand même du temps en consult. Et j'avoue que je ne prends pas spécialement la tension. S'il y a quelqu'un qui vient pour beaucoup de papiers, si je vois que ça me prend du temps, je ne propose pas de faire de la prévention en prenant la tension ou le poids. Donc ça ce sont peut-être les 2 choses... heu... après nous on a aussi la possibilité de faire des consultations courtes pour les prises de sang ou les vaccins. Donc le patient paie moins cher et vient juste 10minutes et on ne fait que la prise de sang ou le vaccin. Le patient sait que c'est une consultation courte et donc là je ne fais pas d'examen clinique. Et puis maintenant avec le covid et avec le frottis, comme ça prend beaucoup de temps administratif, ça m'arrive de ne pas examiner la personne si je me dis : là c'est juste une rhinopharyngite et je fais juste le frottis.

Si l'examen clinique n'était pas nécessaire pour déterminer le diagnostic, pourquoi le réalisez-vous ? Ou pourquoi vous ne le réalisez pas ?

C'est une bonne question. Effectivement, j'ai l'impression que parfois le patient a besoin d'avoir ce contact physique pour sentir que l'on a fait quelque chose. Et je le ressens bien que

quand parfois je ne le fais pas, il leur manque cette habitude, cette routine et ils peuvent dire « Docteur, vous ne prenez pas ma tension ? ». Ca m'amène à la prendre alors que si je ne l'avais pas prise, ça n'aurait rien changé à ma prise en charge. Je crois qu'ils ont cette croyance qu'un docteur qui n'examine pas le patient est un mauvais docteur. Et donc du coup, pour ne pas être mal jugé, je fais l'examen clinique même si je sais que ce n'est pas nécessaire.

Penses-tu du coup qu'il pourrait y avoir une autre valeur que la valeur diagnostic, purement scientifique à l'examen clinique ?

Oui, ben oui. Un peu comme je disais, la relation avec le patient. Le patient s'attend, je pense, à ce que l'on prenne sa tension et qu'on l'examine. J'entends aussi souvent des patients dirent : j'ai été chez le spécialiste et il ne m'a même pas examiné. Ils sous entendent, il ne m'a même pas examiné, donc c'est un mauvais médecin.

Dans certaines situations où le pouvoir diagnostic de l'examen clinique est réduit, comparé à un examen complémentaire, vous arrive-t-il de délaissé ou limiter votre examen clinique et de le remplacer au profit d'un examen complémentaire (une imagerie par exemple) ?

Oui. Je me suis déjà fait la réflexion... par exemple pour une plainte de cystite, après coup je me suis dit : tiens, je n'ai même pas examiné le patient. J'ai juste fait une analyse d'urine. J'ai fait une tigette. C'était positif. Et voilà, la patiente dit « C'est comme d'habitude ». Je n'ai peut-être pas examiné la patiente. Je n'ai même pas pris la température parce que la patiente ne s'en plaignait pas, alors que je pouvais aussi exclure la pyélonéphrite. Peut-être qu'il y a une espèce de sens clinique qui passe au-dessus et qui s'est dit que ce n'était pas nécessaire à ce moment-là. Et je n'ai pas eu de problèmes, ça s'est bien résolu. Donc peut-être que l'expérience fait que... après peut-être parfois, pour les plaintes ortho... enfin non, en général, ça je le fais. Je sais que sinon le patient ne sera pas content si je n'examine pas, même si je sais que d'office je vais l'envoyer chez le kiné. Et le kiné lui donnera aussi son avis. Je pense qu'il faut quand même examiner un peu les patients sinon ça ne passerait pas.

Ce qui est gynéco aussi, moi en tant qu'homme, parfois s'il y a une plainte et que je me dis : de toute façon, elle va avoir une échographie vaginale, endovaginale ou que de toute façon elle devra aller chez le gynéco, je pense que ma plus-value à faire moi un examen clinique n'apportera rien de spécial. Donc du coup, je ne procède pas à un examen gynéco et je réfère.

Ok. Et penses-tu que grâce à ton examen clinique, tu recours moins à un examen complémentaire ?

Je n'en ai pas l'impression. En prenant l'exemple du gynéco, je n'ai pas l'impression que moi, avec mon toucher vaginal, je pourrais faire la différence entre un fibrome utérin ou autre. Je n'ai pas cette dextérité en tout cas. Je pense que je n'en pratique pas assez. Donc un examen clinique éviterait un examen complémentaire... ?! heu... et parfois je pense aussi que l'on prescrit des examens complémentaires pour se rassurer soi aussi. Ça m'est déjà arrivé pour par exemple une douleur articulaire, de ne pas trop savoir ce qui se passe et le patient n'est peut-être pas trop rassuré. Et du coup de dire : sinon on peut faire une échographie si ça ne va pas mieux, pour avoir un plan B. Je ne sais pas si je réponds à ta question. Mais il y a quand même une part de contemplation par le patient. Enfin, devoir lui plaire. Faut avoir quand même une bonne formation et bien gérer l'examen clinique je crois.

Que penses-tu de notre formation à l'examen clinique ?

Ça pourrait être mieux. Ouais... Je sais que moi par exemple les examens ortho, j'ai dû revoir, j'ai dû aller voir des vidéos pour voir un petit peu quel examen faire et qu'est-ce que l'on recherche. Après j'ai eu la chance de faire un stage en neuro, par exemple, là j'ai bien pu pratiquer mon examen clinique neuro mais c'est vrai que si je n'avais pas eu de stage en neuro, j'aurais eu des difficultés aussi pour l'examen neuro. Donc ça dépend aussi des stages que l'on fait je crois.

Ok. Que penses-tu de la possibilité de déléguer certaines tâches (notamment l'examen clinique) à un assistant de pratique ?

Donc déléguer à un assistant, oui... Comme je t'ai dit, ça m'est déjà arrivé lors d'une année d'assistantat et ça m'a bien servi. Je l'ai fait plusieurs fois notamment pour faire les ECG. Ça me permettait de prendre le temps de taper mes courriers pour le cardiologue. J'ai fait pareil par exemple pour une prise de sang. Après, demander à une infirmière de faire l'auscultation cardiaque, ça je pense que c'est un peu limite. Je pense qu'il faut quand même pratiquer et je pense, qu'en tout cas à l'heure actuelle, l'infirmière n'est pas formée à ça.

Mais déléguer des petits soins, même soins de plaie par exemple, ça m'arrivait aussi.

Et si elle était formée à l'auscultation cardiaque, la laisserais-tu ausculter ton patient ?

Non. Je crois que ça relève du médecin et de notre responsabilité aussi. Après dire : l'infirmière n'a pas entendu qu'il y avait un souffle. Ok mais c'est quand même moi qui prescrit. D'un point de vue médico légal, je crois que ça n'est pas une bonne idée.

Au-delà de ça, j'ai quand même envie de garder un contact avec le patient aussi.

Et par rapport à l'assistant de pratique, qui d'autre verrais-tu pouvoir faire ce job ?

Oui, plutôt une infirmière parce que, la secrétaire, je ne pense pas qu'elle ait une formation médicale assez poussée. Je la vois mal faire une prise de sang. Après, un kiné, pourquoi pas. Par exemple, si j'ai un kiné dans le cabinet, je pourrais lui demander de par exemple venir faire un avis pour un genou par exemple. Et alors à ce moment-là, il ferait un examen clinique. Parce qu'il a la compétence d'avoir cette formation-là. Donc un kiné pourquoi pas. Je pourrais demander un avis. Si j'avais un cabinet où je pouvais travailler avec des spécialistes, je pourrais aussi demander un avis, de venir écouter un bruit cardiaque s'il y avait un cardiologue qui serait disponible, alors oui.

Ok. Et si c'était une machine ? qui t'aiderait à réaliser ton examen clinique ?

Ça existe déjà. Il y a les appareils pour prendre la tension. D'ailleurs, au patient on leur donne ces appareils d'auto-mesure. Quand j'étais en stage il y avait un médecin qui utilisait ça et ça avait l'air de bien marcher. Ça avait l'air d'être quand même bien fiable. Donc pour prendre la tension, pourquoi pas ?. Qu'est-ce qu'il peut exister comme autre machine ?! il y a les électro. Mine de rien je crois qu'à l'avenir les électro seront protocolés tout seuls. Je pense que l'intelligence artificielle va faire le travail. Je ne crois pas que je serais contraire par rapport à l'électro par exemple. Mais alors une machine qui ferait les prises de sang ou quelque chose comme ça, là j'ai l'impression que l'on est dans le 22^e siècle. Donc (rire) ça je ne l'envisage pas encore.

Avec un peu d'imagination, si ton patient rentrait dans une machine réalisant un examen clinique complet et minutieux avant qu'il ne rentre dans votre cabinet, quels avantages et inconvénients en tirerais-tu ?

Je pense que ça peut peut-être aiguiller. Alors, il prend juste les paramètres ou il donne aussi une conclusion ?

Il te donne toutes les informations nécessaires pour ton examen clinique donc en soi tu pourrais ne plus le faire toi-même mais il ne donne pas de conclusion.

Ah oui oui. C'est un gain de temps, ça c'est certain. Heu...je pratique déjà ça. Quand je veux faire un bilan général d'un patient, je vais voir dans mes consultations précédentes : tiens, quelles étaient les paramètres avant. Ça me permet de voir un petit peu où en est la personne. Donc je pense que si avant même que le patient ne rentre dans mon cabinet, par exemple, il a une plainte urinaire et il a déjà fait la tigelette et tout, c'est sûr que ça va beaucoup plus vite quoi. Et je ne pense pas que le patient serait mécontent. Si ça rentre dans une routine de : je rentre dans la salle d'attente et il y a une machine qui prend ma tension, qui prend mon poids et je sais que le médecin aura mes résultats dans son ordinateur, moi en tant que patient ça ne me dérangerait. J'aurais l'impression qu'on me suit peut-être même mieux et je serais peut-être aussi moi-même, toujours en me mettant à la place du patient, je me sentirais responsable de ma santé car je serais au courant de mes chiffres. Et puis peut-être même que j'aurais mes chiffres sur une application sur mon téléphone.

Donc toi dans ce cas-là, en tant que médecin, tu recevrais les résultats sur ton ordinateur et tu devrais simplement conclure. Est-ce que tu es à l'aise avec ça ?

(blanc...) tu parlais de l'importance du contact tantôt ?

Oui ça c'est un peu dérangent. Surtout que j'ai déjà lu une étude qui disait que le contact avec le patient, ça améliorerait...enfin ça donnait une part de satisfaction au patient mais aussi ça donnait vraiment un sentiment de prise en charge et de bien-être. Ce toucher thérapeutique qui est important. Donc oui... peut être que ça permettrait d'éviter certains actes qui prennent du temps comme prendre la tension mais oui je suis un peu dubitatif par rapport à ce point-là. Parce que c'est un moment un peu privilégié quand même quand tu prends la tension du patient. Quand la tension est un peu trop élevée, je remarque que le patient voit sur le visage qu'il y a un truc qui ne va pas et je crois que si c'est une machine qui le fait on passe à côté de ça aussi. Il y a ce côté humain que l'on perd peut-être un peu. Et un peu tout ce non verbal, on le perdrait. Mais peut-être que dans la balance, il y aurait quand même un bénéfice. On aurait peut-être plus de dépistage de tension, plus de dépistage de surpoids. Car je pense que prendre le poids, il y a quand même très peu de médecins qui le font. Moi je le fais quand je vois que le patient est un petit peu en surpoids. Et quand je remarque avant, dans l'historique du patient, ça n'a quasiment jamais été bilanté.

La décision récente de l'inami (à la suite de la crise COVID), de créer des prestations pour les consultations par téléphone, va-t-elle influencer ta pratique ?

Alors, clairement, parce que moi du coup je suis un jeune médecin qui suis en train de m'installer. Une des questions que j'avais à la fin de mon assistantat, était : que faire de toutes ces consultations téléphoniques qui sont impayées. Avant le covid, j'avais en tête de les supprimer. C'est-à-dire que si un patient devait avoir les résultats de sa prise de sang, je m'étais dit que moi, je ne le donnerais pas par téléphone. Parce que, aussi, j'ai tendance à bâcler les résultats donnés par téléphone parce que je ne prends pas le temps et je dis juste les résultats et je me rends bien compte que si le patient a par exemple trop de cholestérol ou son taux de sucre est limite ou que son foie ne va pas bien, l'impact au téléphone n'est pas le même que si on fixe une consultation pour ça. Et là maintenant que le temps est valorisé financièrement, ça me dérange moins. Donc il y a un peu cet aspect un peu économique qui a pris le dessus et puis parfois il y a certaines choses que l'on ne sait pas gérer par téléphone et il y a d'autres choses que l'on peut gérer par téléphone. Le renouvellement de médicaments par exemple ; ce qui me dérangeait à l'époque, de le faire par téléphone et ne pas être payé, maintenant qu'il y a le code et si je sais que le patient a déjà eu une prise de tension et que sa prise de sang a été faite dans les 6 mois et qu'il n'y a pas de raison qu'il vienne en consultation, je pourrais le faire par téléphone, oui. Mais je crois que si à l'avenir ce code devait disparaître, je forcerais à nouveau mes patients à venir en consultation. Parce que à cause de cette submersion d'appels téléphonique qui représente quand même un temps considérable sur une journée, sur une semaine et c'est du temps qui n'est pas valorisé financièrement. Ça c'est plus peut-être ma vision d'un travail à l'acte.

La crise COVID nous a forcés à consulter à distance. Lors de cette période, as-tu rencontré des situations où l'absence d'examen clinique t'a manqué ?

Clairement, oui. Heu...est-ce que j'ai eu des complications ? En fait, quand j'avais un truc qui n'allait pas, qui était un peu bizarre, on faisait revenir le patient. Pour les situations qui nécessitaient vraiment un examen clinique. Par exemple une otite, c'est quand même difficile autant pour le patient que pour nous, de ne pas regarder dans l'oreille. Mais je pense qu'il y a quand même des situations où ça a manqué, oui. Une douleur abdominale, sans voir le patient... parfois rien que le fait de voir le patient arriver dans la salle d'attente, on se dit : ouh

là, il se passe quelque chose. Alors qu'il y a des gens qui au téléphone minimisent leurs symptômes. Ce fameux non verbal indique certaines choses aussi.

Est-ce que tu as plus souvent référé tes patients vers les spécialistes ou les urgences ?

Non. Je n'ai pas l'impression. Je restais peut-être plus en contact avec les patients par téléphone mais s'ils devaient voir quelqu'un, je les invitais quand même à les faire venir en consultation. Mais oui, c'était quand même une période difficile. Je me rappelle être passé à côté d'une diverticulite chez un patient ayant une maladie de Crohn. Lui disait : oh, ce sont les mêmes douleurs que j'ai quand j'ai des crises de maladie de Crohn. Et donc on avait géré ça par téléphone et finalement lui s'est dirigé vers les urgences et ils ont diagnostiqué la diverticulite. Si je l'avais fait venir, j'aurais certainement fait une prise de sang. Dans la réflexion de la consultation, je crois que j'aurais eu du mal à banaliser. Ce qui moi m'a rassuré, c'est que le patient disait que c'était comme quand il a une poussée aigüe de la maladie de Crohn. Mais après j'ai eu des nouvelles comme quoi il était quand même allé aux urgences.

Comment as-tu vécu ces consultations à distance lorsqu'elles étaient la norme afin d'éviter la propagation du virus ?

Ça cassait le rythme quand même. Un moment on était submergé par les coups de téléphone et là c'était un petit peu de trop. Moi j'aime bien les consultations en tabacologie et j'ai essayé de les faire par téléphone et j'ai remarqué que ça ne marchait pas. Donc il y a quand même ce non verbal, qui était quand même important dans les consultations qu'on ne retrouvait pas, surtout pour tout ce qui est psychologique et comportemental. Et puis alors surtout, je me rappelle quand on a pu revoir les patients, je prenais plus de temps en consultation. J'avais perdu un rythme.

As-tu eu peur du contact physique avec tes patients à cause de la contamination éventuelle ? As-tu ressenti un soulagement de pouvoir consulter le patient à distance ?

Au tout début oui, on était peut-être un peu tous paranos et on suivait les règles à la lettre. De fil en aiguille, je me suis un peu détaché de ça et heu...oui, c'est parce que les règles changeaient tout le temps, des fois on pouvait et des fois on ne pouvait pas, et je pense que

je me suis un peu lassé de ça, et à la fin quand ils disaient que l'on ne pouvait plus voir personne je continuais à voir les gens habituels.

Ok. On arrive à la fin. T'arrive-t-il d'inviter le patient à se déshabiller pour l'examiner et es-tu à l'aise avec cette demande ?

L'examiner du genre tout nu ?

En tout cas retirer tous les vêtements gênants pour l'examen clinique donc parfois en slip ou tout nu s'il faut en voir plus.

Heu... je réfléchis pour savoir si je l'ai même déjà fait une seule fois. Et je pense que jamais je n'ai eu de patient en caleçon devant moi. Si par exemple j'examine un genou alors là c'est tout à fait logique qu'il enlève son pantalon et là il n'y pas de problème. Pour l'examen gynéco ou uro, ils enlèvent pantalon et slip mais gardent le dessus. Si c'est un examen pulmonaire, le patient enlève sa chemise...heu mais alors complètement en caleçon, non, ça ne m'est jamais arrivé de demander ça. Je n'en vois pas l'utilité en fait.

Ok et si ce n'est rien que le dessous par exemple, est-il déjà arrivé de ressentir une gêne pour toi ou le patient ?

Heu... oui, oui, je réfléchis mais au tout début, les premiers examens gynéco. C'est peut-être parce que je suis un garçon aussi mais les premiers examens gynéco, j'avais envie de paraître professionnel et donc j'essayais de mettre à l'aise la patiente et que mes actes ne soient pas maladroits pour mettre à l'aise la personne. Mais maintenant c'est devenu une routine mais c'est vrai qu'il faut trouver un peu le juste milieu. Il faut trouver un accord. Une fois que la patiente dit oui, alors tout se passe bien. Je suis devenu à l'aise en fait.

As-tu un espace dédié pour que le patient se déshabille ? par exemple une salle autre, un paravent ou il le fait directement devant toi...

Ce que je fais, par exemple il m'est arrivé une fois où je sentais que la patiente n'était pas très à l'aise, j'ai demandé si elle voulait que je tamise la lumière alors ça l'a rendue plus à l'aise. Ce que je fais aussi systématiquement, c'est que je ferme la porte à clé. Je l'explique. J'explique pourquoi je le fais. Car il arrive qu'il y ait des médecins qui frappent à la porte et puis qui rentrent automatiquement. Et puis alors aussi, s'il y a la fenêtre qui n'est pas occultée, alors ça je l'occulte. Et je ne regarde pas le patient quand il se déshabille, je lui laisse son intimité.

Mais ça pourrait être intéressant d'avoir un espace dédié. En effet un petit paravent ça ne demande pas grand-chose. Et ça permet au patient une certaine intimité. Ca montre que « j'ai entendu que vous avez une certaine intimité avant d'aller sur la table d'examen ». Et j'ai remarqué qu'en général ils ne savent pas trop où déposer leurs affaires. Ils cherchent un peu où déposer leurs affaires...

Interview 5

Est-ce que je peux connaître ton âge ?

28 ans

Depuis combien de temps est-ce que tu pratiques ?

Ben heu, depuis 3 ans mais avec 1 an en intra-hospitalier et 2 ans en médecine générale, comme assistante. Et ici ça fait 3 mois en tant que... en tant que non assistante (rire).

Ton lieu de pratique il est plutôt urbain, semi urbain ou rural ?

Je dirais semi urbain.

Ici, la pratique est de groupe ?

Oui, c'est pluridisciplinaire, en groupe. Il y a 6 médecins, 2 assistantes, il y a 8 infirmières et on travaille en collaboration avec des psychologues et des kinés. Donc c'est une maison médicale au forfait.

Au forfait, ok. Et il y a présence d'un secrétariat aussi ?

Oui. Tout à fait.

Est-ce qu'il y a un assistant de pratique ?

C'est-à-dire ?

Un assistant de pratique est une fonction permettant de soutenir la 1ere ligne de soin. Elle va permettre une collaboration et un partage des tâches (par exemple des tâches qui étaient jusqu'ici réservées au MG) entre le MG et l'AP, afin de délivrer des soins globaux de qualité à une population générale.

Je crois que ça dépend fort du médecin. Il y a des médecins qui veulent leur autonomie et donc ils gèrent seul et puis il y en a qui délèguent plus. Mais heu... tous les matins il y a une possibilité de faire des prises de sang. Heu ... il y a le laboratoire de Couillet qui loue les locaux.

Maintenant moi quand il y a une prise de sang, moi je la fais, si elle est hyper urgente je la fais moi-même, si c'est de contrôle, ça se fait...

Donc il n'y a pas une infirmière qui fait d'office toutes vos prises de sang ?

Et les ECG, en général, si c'est de contrôle, ce sont les infirmières. Si c'est dans l'urgence et qu'il y a besoin d'un diagnostic c'est le médecin qui le fait.

Mais on n'a pas vraiment d'assistant de pratique. D'ailleurs je ne savais pas que ça existait.

Au final, est-ce que l'assistant de pratique, c'est comme à l'ONE où les accueillantes prennent le poids ?

Oui on peut voir ça comme ça. Elles peuvent avoir plein de tâches, mais notamment de prendre les paramètres comme à l'ONE.

Alors, comment est-ce que tu définirais un examen clinique type en médecine générale ?

Hum... tension, fréquence, saturation. Donc les paramètres dans un premier temps. Puis auscultation cardiopulmonaire. Heu j'ai souvent l'habitude de regarder d'emblée les mollets (rire), je ne sais pas pourquoi, je regarde souvent les mollets. Et puis, poids, taille. Et puis j'oriente l'examen clinique en fonction de la plainte.

Est-ce que tu as une espèce de rituel ou un ordre défini lors de ton examen clinique ?

Oui. Ça a un côté rassurant. Ça a un côté systématique. Donc d'abord les paramètres puis auscultation cardio pulmonaire puis en fonction de la plainte je fais soit l'examen neuro soit l'examen abdo et... je fais de plus en plus systématiquement poids et taille.

Quelle est la part des consultations où tu ne procèdes pas à un examen clinique lorsque le patient vient au cabinet ?

Dans quel contexte je ne fais pas l'examen clinique ?

Oui et même dans un premier temps le pourcentage des consultations sans examen clinique.

Je le fais quasi systématiquement. Sauf si, c'est une consultation plutôt d'ordre psychologique ou sociale où ça prend l'entièreté de la consultation et que le patient ne vient pas pour ça. En général j'essaie toujours d'introduire l'examen clinique mais le temps est parfois un facteur limitant qui, dans ce contexte-là, psychosocial, ne me permet pas toujours de le faire.

Donc pour toi il y a quand même certaines consultations où l'examen clinique pourrait ne pas être réalisé ?

C'est peut-être 1 consultation toutes les 2 semaines quoi.

Et dans quels types de consultations on pourrait ne pas y recourir ? Tu as parlé des consultations plutôt psy...

Surtout les suivis psychologiques. Ce n'est quasi que ça. Et même quand on revient pour un renouvellement d'ordonnance ou pour des résultats, je demande à chaque fois ; est-ce que vous voulez que je vous examine ? En général je le fais, et puis parfois le patient refuse.

Et si l'examen clinique n'était pas nécessaire pour déterminer le diagnostic, pourquoi est-ce que tu vas quand même le réaliser ?

Parce que ça fait partie de la prévention pour moi. Un, ça aide à la prévention, ne fût-ce que pour la tension et le rythme, tu sais déjà voir les troubles du rythme. Donc moi je trouve que ça fait partie de la prévention, il y a une part de rituel et il y a une part aussi pour se rassurer. Fin, je ne sais pas si c'est lié au fait que je sois un jeune médecin mais pour moi ça a un côté rassurant pour moi et aussi pour le patient comme ça j'ai un élément fiable. Si la prochaine fois, ça foire, je sais sur quoi me baser.

Est-ce que pour toi, il pourrait de ce fait avoir une autre valeur que la valeur diagnostique ?

Heu ... Je pense que les patients voient une symbolique, ils ont l'impression d'être pris en considération. Je pense qu'il y a ça. Maintenant je le fais en priorité pour orienter la prise en charge. Et je pense que le patient du coup y voit un gage de qualité, j'imagine aussi. Moi ici, en prenant la patientèle du médecin qui est parti, il y en a qui ont dit ; ça faisait longtemps qu'on ne m'avait plus examiné. Ça je trouve ça dingue quoi. Donc voilà, peut-être que j'examine de trop. Mais je ne pense pas. Ça fait partie intégrante de la médecine générale et d'ailleurs avec le covid moi j'avais du mal avec les consultations par téléphone. Donc voilà.

Et est-ce que tu penses que pour ta relation avec le patient, le fait de l'examiner la renforce ?

D'office. Ça apporte un lien de confiance et de qualité, je trouve.

Dans certaines situations où le pouvoir diagnostique de l'examen clinique est réduit par rapport aux examens complémentaires, t'arrive-t-il de délaissier ou de limiter ton examen clinique au profit d'un examen complémentaire ?

Non. En général, d'abord je pose mes mains et puis ça me permet d'orienter justement l'examen complémentaire. Pour filtrer du coup. Ça fait partie du rôle de la première ligne. Pour éviter une surcharge de la deuxième ligne et faire des examens qui nous permettent d'exclure des hypothèses. Mais ne pas faire des examens pour se dire, ah oui, il faudrait peut-être penser à ça.

Donc examiner permet de diminuer le recours aux examens complémentaires pour toi ?

Oui, clairement. En tout cas faire un tri dans ce dont tu as besoin pour aboutir au diagnostic.

Qu'est-ce que tu penses de la possibilité de déléguer certaines tâches, dont par exemple l'examen clinique, à des assistants de pratique ?

Heuu ... moi j'ai l'impression que je suis pour heu... J'ai l'impression que c'est parce que je suis jeune mais j'ai besoin d'avoir ces éléments-là entre les mains pour, un, la confiance avec le patient. Deux, moi me sentir à l'aise et parce que je trouve que l'examen clinique fait partie de la consultation.

Ok donc tu es plutôt réticente à déléguer ?

Oui.

Et si tu délègues, qu'est-ce qui pourrait te motiver à le faire ?

Déléguer les ECG car ça prend full temps. C'est vraiment... Après le reste... Je trouve que quand tu prends le poids, quand tu prends la taille, ce sont aussi des moments où tu peux discuter de certaines choses. Ce sont des portes d'entrée à certaines discussions. Et donc je trouve qu'enlever ça, c'est aussi enlever des portes d'entrées : « Bon, vous avez pris du poids. Est-ce qu'il ne faudrait pas faire attention ? » Et je trouve qu'il faut garder l'examen clinique pour avoir des points d'entrée de discussion et aborder certains sujets plus délicats, je trouve.

Et avec un peu d'imagination, si ton patient rentre dans une machine avant de rentrer dans ton cabinet qui va l'examiner de façon complète et minutieuse. Est-ce que tu pourrais en tirer certains avantages ou des inconvénients ?

Ce serait plutôt un gain de temps... et encore quoi...

Est-ce que tu aurais confiance en cette machine ?

J'aurais plutôt tendance à repasser dessus.

Après je me demande aussi comment le patient accepterait ça. De se dire : je passe dans une machine et puis j'en discute...

Tu penses qu'il n'aura pas confiance en la machine ?

Non mais je me demande comment il prendra cette prise en charge. Est-ce que ça le mettra à l'aise, pas à l'aise. Je pense que ça dépend des patients. Il y en a qui diraient : ok pas de souci, et puis d'autres qui diraient : mais c'est quoi ça ? Après si ça venait à se faire je m'adapterais. Donc je ne suis pas pleinement réticente. Si c'est là, je m'adapterai et si ce n'est pas là, ça me convient comme ça, de le faire manuellement.

La décision récente de l'Inami de créer des prestations par téléphone (à la suite de la crise covid), va-t-elle influencer ta pratique ?

Il y a encore certaines consultations qu'on ne fait pas téléphone. Mais ça reste de l'ordre de l'IVRS. Dès qu'il y a un autre symptôme, j'avoue que je fais venir en consultation.

Ok. Donc ça a peu modifié la façon dont tu travaillais avant la pandémie ?

Il y a quand même plus de choses qu'avant que l'on gère par téléphone. Et je pense que c'est aussi plus accepté dans la population.

Pourquoi plus accepté ?

Parce qu'il y a cette dimension de santé publique qui fait que bon, si c'est juste pour un rhume, je ne vais pas prendre le risque de venir en consultation et éventuellement de contaminer d'autres. Donc il y a cette dimension de santé publique qui fait que c'est plus accepté par certains patients. Maintenant il y a certains patients qui disent : comment ça se fait que le médecin n'a pas voulu m'examiner ? Donc ça va aussi dans l'autre sens. Dans le sens oui, les patients sont aussi demandeurs d'être vus mais on émet une réticence en disant que c'est

gérable par téléphone. Donc ça a quand même influencé un petit peu, mais pour ce qui est du domaine IVRS quoi, qui d'habitude engorgeait les salles d'attente en hiver.

Le covid nous a vraiment forcés à consulter à distance. Est-ce que pendant cette période tu as rencontré des situations où l'absence d'examen clinique t'a manqué ?

Heuu ... ben je ne sais pas si ... en tant qu'assistant, on est quand même amené à avoir des situations plutôt aiguës et pas chroniques. Maintenant il y a certains patients, notamment des décompensés cardiaques où ils chipotaient en fonction du poids, tous seuls, pour le lasix. Ça quand je l'ai su à posteriori, quand on a repris les visites, là je me suis dit, c'était quand même dangereux quoi.

Donc dans certaines situations, des personnes avec des comorbidités, des pathologies chroniques, là il y a quand même un risque.

Est-ce que tu as eu plus d'incertitudes dans tes diagnostics ?

Heu oui clairement. Enfin, en tout cas au niveau respiratoire... tu n'avais plus le stéthoscope... je trouve ça quand même hyper important.

Tout ce qui n'était pas infection, sinon nous on voyait en fait. Ça permettait du coup aux gens de ne pas aller aux urgences et ne pas engorger la seconde ligne.

Est-ce que tu as l'impression que tu as plus référé aux urgences pendant la période covid ?

Quand c'était infection avec suspicion covid, oui. Avec les conditions de l'époque quoi. Parce que maintenant c'est quand même différent ; on dit qu'on fait le frottis et si c'est négatif tu le vois en consult au lieu de référer.

Comment as-tu vécu ces consultations à distance lorsqu'elles étaient la norme pour éviter la propagation du virus ?

Il y avait un caractère un peu exceptionnel. Heu... Je trouve que l'on s'est relativement bien adaptés. Maintenant c'était quand même assez particulier. Le fait de ne pas avoir l'examen clinique, on enlevait le seul outil que l'on a en médecine générale, qui sont nos mains et notre stéthoscope. Donc ça ce n'était quand même pas évident.

Est-ce que tu as ressorti aussi un avantage à ne pas consulter tes patients et ne pas prendre de risque de te contaminer ou contaminer tes patients ?

Je n'avais pas peur pour moi. J'avais plutôt peur d'être éventuellement porteuse et de transmettre sans le savoir. A l'époque on n'avait pas le matériel, faire venir les patients c'était quand même risqué. Depuis qu'on a les équipements, les masques, etc ... non.

Ok. Et au niveau organisationnel, est-ce que ça a été compliqué pour vous ?

Il y a eu certaines craintes pour certains secteurs, notamment administratif. Là il a fallu entendre leurs craintes et leurs peurs, et adapter un petit peu l'organisation en fonction de ça. Sinon il y a eu une vague plus creuse car les téléconsultations ça va quand même plus vite. Il n'y avait pas tout le côté administratif derrière.

Dernière question ; t'arrive-t-il d'inviter le patient à se déshabiller afin de l'examiner ? es-tu à l'aise avec cette demande ?

Chez moi, il se mettent tout le temps en torse nu. Enfin, je dis : est-ce que vous pouvez vous débarrasser ? et ils enlèvent le dessus. Maintenant s'il y a une plainte avec le bas, je demander d'enlever le bas. Mais ils sont toujours en sous-vêtements. Ils ne sont pas totalement nus. Et je demande : êtes-vous à l'aise avec ça ?

Est-ce que tu as déjà eu un refus ?

Oui, notamment pour des raisons culturelles ; les musulmans ne voulant pas enlever leur toge. Alors j'examine par en dessous et voilà.

Et les personnes qui sont moins à l'aise avec leur corps préfèrent parfois juste lever leur manche ou laisser leur pull retomber sur leur corps. Je m'adapte en fonction de comment réagit le patient quand je lui demande de se débarrasser.

Quand ils se déshabillent, ils le font devant toi où il y a présence d'une autre pièce ou d'un paravent ?

Visiblement ils se sent à l'aise car ils les enlèvent sans gêne. Il y a la possibilité d'avoir un paravent mais on ne les utilise pas.

As-tu déjà vécu une situation où finalement la proximité physique a été gênante, pour toi ou ton patient ?

Du point de vue du patient je n'ai pas l'impression. Donc peut-être, mais je n'en suis pas consciente car je n'ai jamais eu de retour. Et moi au niveau de mes patients, non.

Quand c'est au niveau du sexe masculin, je demande soit vous me montrez vous-même ou bien je regarde. Je laisse la liberté au patient de choisir. Je ne vais pas lui imposer un examen clinique.

Et au niveau gynécologique, je suis assez à l'aise avec ça. Fin, je suis mal à l'aise pour la patiente, mais moi quand j'examine, je ne suis pas mal à l'aise. J'essaie de faire en sorte que ce ne soit pas trop désagréable. Je lui donne un bout de papier de la table d'examen qu'elle puisse mettre sur ses parties intimes si elle le souhaite.

Et pour les hommes, j'imagine que comme ils savent que je suis une femme, ils orientent leur demande et vont vers un homme s'ils préfèrent.

Interview 6

Je pourrais avoir votre âge ?

37ans.

Depuis combien de temps est-ce que vous pratiquez ?

11ans.

Votre lieu de pratique est-il plutôt urbain/semi urbain ou rural ?

Rural.

Votre pratique est solo/duo/en groupe ?

Maison médicale, en groupe.

Est-ce qu'il y a un assistant ?

Oui

Vous travaillez au forfait ?

Non, on est à l'acte.

Ok. J'imagine qu'il y a un secrétariat ?

Oui.

Et alors, avez-vous un assistant de pratique ? Et savez-vous ce qu'est un assistant de pratique ?

Non. C'est un infirmier ? non ? Ce n'est pas ça ?

Oui par exemple. C'est quelqu'un de formé pour réaliser des tâches qui étaient jusqu'ici réservés aux médecins généraliste.

Non, non.

Comment définiriez-vous un examen clinique « type » en médecine générale ?

Heu... sans le détailler donc ? Une définition globale j'imagine ?

Oui c'est ça.

Pour moi c'est le fait d'observer le corps du patient en utilisant différents sens et différentes techniques sémiologiques, que ce soit l'observation, le palper, l'écoute pour tirer des conclusions qui vont aider au diagnostic et à la prise en charge.

Est-ce que vous avez un certain rituel ou un ordre défini lorsque vous pratiquez l'examen clinique ?

Oui. En général oui.

Quel est-il plus ou moins, dans les grandes lignes ?

Heu donc généralement je prends la tension. Maintenant il varie parfois un peu en fonction d'enfant, adulte et évidemment en fonction de la plainte. Mais en gros je dirais, c'est la prise de tension , regarder les conjonctives, je regarde au niveau cervical, surtout les adénopathies, chez certaines personnes je recherche aussi la recherche d'un souffle carotidien, vérifier qu'il n'y a pas de goitre. Le cœur et les poumons, l'abdomen et les fosses lombaires. Les autres aires ganglionnaires donc inguinales et axillaires en général. Et puis un examen plutôt ORL, les tympanes et puis l'examen de la bouche et de la gorge. Ça, je dirais que c'est l'examen type classique. Maintenant, il y a une adaptation évidemment si les plaintes sont neuro ou orthopédiques.

Pour vous, y-a-t'il un strict minimum à l'examen clinique en médecine générale ?

Heu... oui, ça dépend de la fréquence à laquelle on voit la personne aussi. Je pense que ça n'a pas nécessairement de sens de refaire un examen clinique alors que l'on a parfois des gens que l'on voit très régulièrement et qui parfois viennent plus pour un problème psychologique ou un problème administratif. Voilà, si on les a vu la semaine d'avant et que tout était bon et

que tout est toujours bon, je pense qu'il ne faut pas refaire. Maintenant, je pense qu'avoir régulièrement une tension, une prise de poids et chez les enfants carrément le poids et la taille, un auscultation cardio pulmonaire, de temps en temps regarder le ventre,... enfin je pense que tout est intéressant à faire de temps en temps et suivre les points particuliers qui seraient pathologiques et adapter en fonction de l'âge et des facteurs de risque aussi de la personne.

Quelle est la part des consultation où vous ne procédez pas à un examen clinique où vous ne procédez pas à un examen clinique lors de la rencontre au cabinet avec le patient ?

Chez moi, c'est assez rare qu'il n'y ait pas du tout d'examen clinique. C'est difficile de dire en pourcentage. Je dirais peut-être 2 patients par semaine. Oui, 2 à 5 pourcent on va dire.

Existe-t-il pour vous, certaines consultations où l'examen clinique pourrait ne pas être réalisé ?

La plupart du temps, avec l'anamnèse on a déjà une bonne idée de ce qu'il se passe. L'examen permet de confirmer. Ou parfois, c'est un examen de routine que l'on fait, pour s'assurer que tout va bien, pour rassurer les patients ou les parents si c'est un petit loulou. Heu... mais ou concrètement, à part pour noter que tout va bien, il n'y a pas de réel intérêt. Est-ce que l'on s'en passerait pour autant, non. Parce que je pense que c'est utile de voir que l'on a écouté et que tout va bien pour que, quand ça n'ira pas bien, savoir le noter aussi. C'est toujours intéressant chez des patients qui ont par exemple des crépitations pulmonaires, de manière chronique parce qu'ils ont une pathologie sous-jacente, le jour où on les voit et on sent que c'est différent on le repère plus facilement que quelqu'un qui voit cette personne pour la première fois.

Si finalement l'examen clinique n'était pas nécessaire pour déterminer le diagnostic, alors pourquoi pensez-vous que nous allons tout de même le réaliser ?

Pour moi, ça permet quand même de confirmer. Pour moi, tant que je n'ai pas fait d'examen clinique, il y a une hypothèse prioritaire et il y a d'autres hypothèses et l'examen clinique va me permettre de confirmer que telle ou telle hypothèse est la bonne. Donc ça me permet quand même de faire le tri. De nouveau, je pense que ça permet de connaître la normalité du patient et de s'assurer que tout va bien. L'examen où tout est bien, pour moi, est intéressant

à connaître. Donc savoir que l'éventuelle traitement que l'on met fonctionne ou savoir qu'il n'y a rien de particulier, est toujours bien.

Troisièmement pour moi, ça a un côté vraiment rassurant pour les personnes qui viennent nous voir. Je pense que c'est une attente de la part des patients et que ça les rassure aussi de savoir que ça a été fait. Quand ils viennent avec une angoisse et que l'on a juste écouté mais que l'on n'a pas regardé, je pense qu'ils risquent de repartir quand même avec de l'anxiété.

Donc en fait ici la question était de se poser la question afin de savoir si il y avait finalement un autre but que le but diagnostic au fait de faire l'examen clinique. J'entends qu'il semble, selon vous, aussi rassurer vos patient sur la prise en charge...

Oui. Comme je le fais d'office, je dirais que je le ressens moi. C'est plutôt que parfois on a des retours de patients qui ont par exemple été au poste médical de garde et qui a dit : tiens, le médecin il n'a même pas pris ma tension, il n'a pas fait ci,... donc on sent dans la réaction des gens que c'est une attente et un besoin et que ça les rassure, que ce soit fait.

Dans certaines situations où le pouvoir diagnostic de l'examen clinique est réduit comparé à un examen complémentaire ; vous arrive-t-il de délaissier ou limiter votre examen clinique et de le remplacer au profit d'un examen complémentaire (une imagerie par exemple) ?

Remplacer totalement...non. Maintenant, c'est assez fréquent que suite à l'examen clinique il y ait des examens complémentaires. Soit, parce que l'examen clinique permet de mettre des choses en évidence qui nécessitent d'aller voir plus loin ; soit pour confirmer plusieurs options, soit parce qu'il y a une pathologie évidente mais il faut voir à quel degré de gravité elle en est ou parfois l'examen clinique n'a rien ramené mais au vu de l'anamnèse on a vraiment l'intuition qu'il y a quelque chose qui nécessite d'être investigué.

Ok donc il ne vous arrive jamais, à la suite d'une anamnèse de proposer au patient de faire un examen complémentaire sans l'avoir examiné.

Non...

Est-ce que vous avez l'impression de moins recourir aux examens complémentaires grâce à votre examen clinique ?

C'est difficile de le savoir. Je pense qu'il faudrait faire des statistiques (rire). Je n'ai pas l'impression. Justement je pense que faire l'examen clinique augmente peut-être les hypothèses qui peuvent faire que limite, je vais y recourir plus. Donc je n'ai pas l'impression que ce soit plus ou moins au totale.

Que pensez-vous de la possibilité de déléguer certaines tâches (dont l'examen clinique) à des assistants de pratique ?

Pour moi ça dépend de quelles tâches. Moi j'ai besoin de l'examen clinique et je dirais que j'ai besoin de le faire moi-même. Ça me sécurise dans la prise en charge. Comme on disait, je trouve important d'avoir soi-même écouté, palpé, avoir notre propre ressenti pour savoir faire un suivi. Donc, voilà, si c'est vraiment pour suivre des paramètres assez généraux : une tension, une glycémie, une saturation,... évidemment c'est des choses très très objectives. Mais si c'est une auscultation pulmonaire ou une masse pour laquelle on doit suivre l'évolution, j'aurais besoin de le sentir moi-même et je pense que je referais de toute façon un examen clinique, pas parce que je n'ai pas confiance en la personne mais parce que moi, ça me sécurise d'avoir les paramètres moi-même.

Du quelles seraient vos motivations ou vos réticences à déléguer ?

La motivation, je pense que dans un certain cadre, ça peut vraiment aider à gagner du temps. Toutes les personnes qui sont suivies pour une hypertension, pour moi si il y a quelqu'un qui sait prendre leur tension régulièrement et qu'une fois par an on les voit pour plus faire un bilan général ; ça va déjà aider. Ou suivre un poids ou tous ces paramètres très objectifs. A l'ONE on est souvent accompagnés d'une TMS qui prend parfois déjà le poids, la taille, le périmètre crânien. Pour moi, ce sont déjà toutes des choses qui aident à avancer dans la consultation et qui prennent un petit peu de temps qui pourrait être gagné. Maintenant, je trouve que l'examen clinique en lui-même, dans un but diagnostic, c'est très médical justement. On sait ce que l'on cherche, via l'anamnèse. J'aurais peur que des choses soient loupées.

Avec un peu d'imagination, si votre patient, avant d'arriver dans le cabinet rentrait dans une machine qui prendrait un examen clinique de façon minutieuse et fiable. Quelles avantages et inconvénients en tireriez-vous ?

Je pense que si on en arrive là, la machine fera tout. Si elle nous sort un examen clinique parfait, pour moi ce serait même mieux. Je pense qu'une machine reste plus fiable que l'humain pour certaines choses. Par exemple, l'auscultation pulmonaire de nouveau, si c'est une question de décibels et de hertz, ce sera beaucoup plus fiable que moi pour ressentir une différence. Je pense que le jour où ca arrivera, je ferai de l'apiculture (rires). On n'aura plus besoin de moi je crois.

La décision récente de l'inami de créer des codes pour les consultations par téléphone va-t-elle influencer votre pratique ?

Oui je pense que oui. On voit qu'une autre pratique est possible. Maintenant, on en a assez vite vu les limites. Et l'on revient globalement à une pratique comme avant. Finalement, les gens passent plus par les téléconsultations pour des choses plus administratives. Pour moi, tout ce qui nécessite un examen clinique, on fait quand même revenir. Et souvent les patients eux-mêmes sont demandeurs. Et même parfois, quand ils ont des symptômes COVID et qu'il y a un filtre ; ils demandent à pouvoir venir, à ce que l'on puisse les examiner quand même. Je pense que pour certaines personnes, ca a montré qu'il y avait une possibilité de ne pas se déplacer et de ne pas payer donc que ce soit plus rapide et moins contraignant. Mais pour la majorité des gens, j'ai l'impression qu'il y a quand même encore une demande d'un contact et d'un examen clinique.

La limite à la téléconsultation, c'est alors l'examen clinique ?

Oui.

Pendant la crise covid, nous avons été forcés de consulter à distance. Est-ce que vous avez rencontré des situations où l'absence d'examen clinique vous a manqué ?

Oui. Je dirais même souvent. Avec la grippe par exemple, c'est une pathologie où les patients sont très affectés, ils ont mal partout et ils appellent tout le temps et nous alertent. Mais je trouvais que le covid était une pathologie qui anesthésiait fort les gens. Ils se sentaient juste fatigués et n'avaient pas d'autres plaintes même si parfois ils avaient des paramètres et un

état respiratoire catastrophique, ils ne s'en rendaient même pas compte. Et donc je trouvais que c'était très affolant. Nous on n'a quand même pas hésité à aller voir les gens à la maison ou les faire venir à des moments où il n'y avait personne d'autre ici et se mettre en tenue et à examiner. Car oui très vite, on s'est rendu compte qu'il y avait des soucis par rapport à ça. Un peu par hasard, des gens appelaient : « on m'a prêté un saturomètre et ça marque 85. Est-ce que n'est normal ? Je ne me plains de rien, je vais très bien sauf que je suis fatigué ». Et on en a eu quand même plusieurs qui se sont retrouvés aux soins. Mais on n'a pas hésité à les voir donc on n'a pas été bloqué à cause de ça. Mais maintenant, on ne savait pas à quoi on s'exposait dans un premier temps et donc ça a été très anxiogène.

Quel a été votre vécu de ces consultations à distance pour ne pas propager le virus ?

Pour moi, ça a été fort stressant. C'est le retour de mes collègues aussi, en général. C'est très stressant car on n'a que le ressenti du patient. Ou parfois on a le ressenti de la famille du patient qui appelle aussi pour en rajouter. Et on se retrouve avec quelqu'un qu'on est censé ne pas voir, avec des échos qui sont totalement différents. Parfois on avait le patient qui disait : « ça va, je suis juste fatigué ». Et puis la famille nous disait : « mais non, ça ne va pas du tout, c'est affolant ». Et nous on ne sait plus où donner de la tête. C'est ingérable sans voir les personnes. Ou des situations dermatologiques où les gens envoient des photos mais souvent les photos sont de mauvaises qualités. On ne sait pas palper, il n'y a pas de relief. On n'est jamais très sûr de ce qu'on l'on fait.

Ok, donc beaucoup d'incertitude à cause du manque d'examen clinique.

Et puis, on était quand même sur une pathologie potentiellement grave.

Est-ce qu'il vous arrive d'inviter le patient à se déshabiller afin de l'examiner ? Etes-vous à l'aise avec cette demande ?

Se déshabiller, oui. Maintenant, je ne demande jamais au patient de se déshabiller d'un coup. Parfois, si je fais un examen plus intime, qu'il soit anal ou gynécologique, j'essaie de faire ça dans le respect. Si je vois qu'il y a un malaise, j'explique que pour nous c'est une habitude, qu'il n'y a pas de souci. Parce que, ce n'est quand même jamais gai pour les gens. Parfois, il y a des difficultés aussi pour des personnes d'origine étrangère qui ont du mal à se dévêtir. Je pense qu'aussi là, il faut essayer de mettre à l'aise et je ne fais jamais se déshabiller

totalément. Je vais par morceaux pour que la personne puisse avoir l'impression de préserver son intimité et ne pas être nue. Sauf les petits loulous, où là c'est nu.

Est-ce que vous avez un espace dédié pour que le patient puisse se déshabiller (une autre pièce ou un paravent ?)

Non.

Ok. Et est-ce que la proximité physique lors de l'examen clinique vous a déjà donné une gêne ou a déjà pu gêner votre patient ?

Je pense que pour les examens plus intimes, pour les patients, ça met souvent mal à l'aise. Moi, il y a longtemps, ça m'est arrivé de devoir faire un examen intime et ne pas être à l'aise parce que j'avais l'impression que c'était une demande mal intentionnée. Mais voilà, pour le reste de l'examen généralement, non il n'y a pas de souci.

Rem de fin d'interview :

J'ai un échographe et je dois parfois me retenir de pas juste poser ma sonde et ne pas examiner. Je pense que ça reste vraiment la priorité, d'examiner. Et je pense qu'il existe pleins de signes sémiologiques qui existent et que l'on perd. Les médecins de plus de 50ans faisaient plus que nous avec leurs 10doigts. Et ils auraient eu moins besoin d'examens complémentaires.

Se passer de l'examen clinique dans les plaintes ortho...

Dans 9fois sur 10 on a l'impression que l'on pourrait s'en passer car dans 9fois sur 10 c'est le bon diagnostic mais je pense qu'on ne se rend pas compte qu'on a pleins de choses qu'on pourrait louper en n'examinant pas un dos. Par exemple, on pourrait avoir un érysipèle, un abcès, que ce soit plutôt rénal. Et oui c'est clair que 9fois sur 10, par l'anamnèse on sait que ça va être mécanique mais en fait l'examen clinique nous permet d'exclure les autres diagnostics à 100pourcent. Parfois à l'anamnèse on n'y pensait même pas. On connaît tous des histoires où on n'a pas osé les faire se déshabiller et on n'a pas vu et en fait ils avaient mal à la jambe mais oui en fait ils avaient une jambe tout rouge gonflée comme un poteau et non ce n'était pas une fracture.

Interview 7

Est-ce que je peux connaître votre âge ?

28ans

Depuis combien de temps pratiquez-vous ?

Presque 2ans en médecine générale. 2ans d'assistantat avant ca.

Milieu urbain/semi urbain/rural ?

Urbain

Quel est votre type de pratique ?

Maison médicale au forfait.

Il y a des assistants et un secrétariat ?

Oui.

Pouvez-vous définir un examen clinique type en médecine générale ?

Ok donc quelle serait ma définition d'un examen clinique type ?

Oui, l'examen clinique que vous faites tous les jours.

C'est l'étape qui suit l'anamnèse. Qui permet du coup d'aller plus loin dans l'hypothèse diagnostic et dans le diagnostic différentiel. Suite à l'anamnèse, l'on voit ce que l'on fait comme examen clinique. De base, idéalement, les paramètres et l'auscultation cardiopulmonaire doivent être toujours présents. Et puis, d'autres examens en fonction de l'anamnèse et qui nous permettent d'avoir d'autres éléments pour voir le ratio : « est-ce plutôt ceci ou plutôt cela qui semble être le diagnostic ? ». C'est une étape qui prend en général entre 5et 10minutes. Voilà pour l'aspect plutôt médical, on va dire. Donc dans la recherche d'éléments qui nous permettent d'avancer dans l'hypothèse diagnostic et de classifier un peu nos diagnostics différentiels.

Maintenant, c'est aussi un moment au niveau humain qui est aussi une autre caractéristique car on rentre dans l'intimité du patient. Donc il y a aussi à ce niveau là quelque chose qui se passe.

Voilà un peu ma définition de l'examen clinique je pense. Et donc c'est la deuxième étape qui permet de passer à la troisième qui est la conclusion, la planification, etc.

Est-ce que vous avez un certain rituel ou un ordre défini quand vous réalisez votre examen clinique ?

J'essaie (rire). Donc j'essaie d'avoir certains paramètres, en fonction de la personne en face de moi. Je ne vais pas prendre la tension à un enfant. Mais j'essaie d'être assez systématique au niveau de la tension et de l'auscultation cardiopulmonaire parce que l'on peut toujours tomber sur des choses. Sur une grosse fatigue on peut retrouver une FA ou des choses comme ça. Donc ça j'essaie de ne pas trop oublier. Et puis après, typiquement pour les enfants, oui, j'ai un ordre : cardiopulmonaire, abdominale et je finis par l'ORL car c'est toujours plus compliqué... ne pas avoir un enfant qui pleure dès le début, je fais les tympanes et surtout la bouche en tout dernier. Pour les autres, si je fais un examen ortho, je fais d'abord les choses à distances, actives et après je fais seulement le passif ou les examens types. Pour autres, je pense que c'est cœur, pulmonaire, abdo et puis tout ce qui peut venir après donc dermato ou autre. J'essaie aussi toujours de les classer dans ma prise de note du dossier par systèmes.

Quelle est la part des consultations où vous ne procédez pas à un examen clinique lors de la rencontre avec le patient ?

Typiquement les plaintes d'ordre psychologique. Alors que typiquement, on devrait. A un moment donné en tout cas on devrait mais c'est vrai que toutes les personnes qui viennent pour dépression et surcharge professionnelle, on n'y pense pas tout de suite. Ce n'est pas forcément justifié car on peut avoir un trouble somatique sous une dépression par exemple. Donc je ne le fais pas mais je devrais le faire plus souvent. Un autre type où l'on oublie de le faire, c'est les personnes qui viennent pour les prescriptions de suboxone, méthadone et tout ça... on oublie de faire l'examen clinique alors qu'il est important aussi. Est-ce qu'il y a des situations où l'on ne le fait pas et on pourrait ne pas le faire ? en fait, très peu. Mais c'est vrai que du coup, je mets plutôt en évidence des situations où l'on ne le fait pas mais en fait on devrait. Les personnes qui viennent pour les suivis et renouvellement d'ordonnances, souvent on ne prend que la tension à la demande du patient. Lorsqu'il n'y a pas de plainte du patient, on a tendance à ne pas faire d'examen clinique.

Lorsque l'examen clinique n'est pas nécessaire pour déterminer le diagnostic, pourquoi le faire ou pourquoi ne pas le faire ?

Je n'ai pas bien compris le début de la question. Donc on a une idée selon la plainte et avec l'anamnèse et on pourrait ne pas faire d'examen clinique...

Oui donc il arrive que le diagnostic on le connaisse d'emblée or nous pourrions tout de même réaliser un examen clinique. Alors pourrait-il arriver que l'on réalise un examen clinique dans un autre but que diagnostic ?

La première chose que je voudrais préciser, c'est que l'examen clinique nous permet d'éviter la vision tunnel. Donc de quand même vérifier, même si l'on est quand même sûr à 90 pourcent mais éviter d'avoir une vision tunnel et de se dire qu'on est sûr que ce soit ce diagnostic-là. Maintenant, l'examen clinique rassure. Au niveau de la relation thérapeutique, il peut être rassurant. Le patient sait qu'on l'a examiné, on l'a touché, on a pris ses paramètres. Donc on a souvent des patients qui disent : oh, il ne m'a même pas examiné. Donc pour le patient c'est très important pour montrer que l'on a été au bout de l'étape, pour le rassurer, qu'il sente que notre conclusion est basée sur notre examen clinique. Montrer qu'on est bien allés jusqu'au bout, éviter la vision tunnel. Et alors, au niveau de la relation thérapeutique, c'est aussi très important. Il y a ce côté intime. Il y a des histoires que j'ai entendues et que je n'ai pas vécues mais d'une collègue qui racontait qu'elle avait une patiente pour laquelle elle n'arrivait pas à mettre le doigt sur ce qu'elle avait or elle était pas bien, elle n'arrivait pas non plus à l'expliquer et **au moment où je l'ai touché, parce que je prenais sa tension, rien que le fait d'avoir posé la main sur elle, elle a commencé à pleurer et à dire** : en fait, mon mari ne me touche plus depuis des années. Ça peut révéler des choses par le fait de prendre soin des patients, même physiquement. Physiquement je vais prendre les paramètres et examiner, etc..., ça permet, au niveau de la relation thérapeutique, de créer une ambiance de confiance en fait.

Est-ce qu'il y a d'autres rôles à l'examen clinique... ? Je ne vois que ça pour le moment.

C'est déjà très bien. Dans certaines situations où le pouvoir diagnostique de l'examen clinique est réduit comparé à un examen complémentaire ; vous arrive-t-il de délaissé ou limiter votre examen clinique et de le remplacer au profit d'un examen complémentaire (une imagerie par exemple) ?

Le danger existe. Ça c'est sûr. Parce que l'on se dit : de toute façon, je vais faire une prise de sang et on verra là-dedans. Mais c'est faux car c'est complémentaire. Une imagerie ne permettra jamais de remplacer un examen clinique. **Typiquement on dit : on ne traite pas des images.** Et donc si à l'examen clinique j'ai une épaule qui me fait penser à un conflit et à l'imagerie, on ne voit rien, ça ne veut pas dire qu'il n'y a rien. Or, si je ne l'avais pas examinée,

on ne l'aurait pas su. Donc je pense qu'il y a un danger, en effet, à aller plus vite dans l'examen clinique et donc à bâcler un peu mais c'est une erreur car c'est censé être complémentaire et que, chaque étape nous donne un calcul de point sur la probabilité des diagnostics, même si ce n'est pas aussi clair dans nos têtes. Mais juste l'imagerie ne suffit pas ou juste une prise de sang. Mais le danger existe et je l'ai fait, probablement que je le fais souvent d'aller plus vite dans l'examen clinique parce que je sais que de toute façon je vais faire quelque chose après.

Que pensez-vous de la possibilité de déléguer certaines tâches (dont l'examen clinique) à des assistants de pratique ? déjà, je ne sais pas si vous savez ce qu'est un assistant de pratique ?

C'est plus au pays bas je pense. Donc des infirmières. Donc ça c'est une notion qui nous intéresse énormément en maison médicale. Je ne sais pas si Éric t'a expliqué mais on est 11 maisons médicales à travers le pays qui travaillent un peu sous le même fonctionnement. Et il y en a où justement les infirmières ont un peu ce rôle d'assistant de pratique. Et donc par exemple, quand un patient vient pour quelque chose d'aigu, il est d'abord vu par les infirmières qui prennent les paramètres, qui font une auscultation cardiopulmonaire et éventuellement abdominale et éventuellement regarder les oreilles, voir si il y a des bouchons, otites ou quoi. Et elle prépare la consultation du médecin ou ça s'arrête à ça et elle peut déjà renvoyer le patient chez lui rassuré. Donc ça c'est quelque chose qu'on veut mettre en place depuis longtemps mais on n'y est pas tout à fait. Maintenant, nos infirmières font déjà pas mal de choses. Donc elles peuvent suivre des tensions, elles nous aident dans la prise en charge des diabétiques aussi. Elles peuvent refaire avec eux des prises de sang, la prise de paramètres et tout ça. Donc on n'y est complètement mais clairement, on trouve ça super intéressant. Ça permet non seulement de déléguer mais aussi d'être plus complémentaire et d'avoir leurs informations en retour. Donc au niveau efficacité, ça permet d'augmenter l'efficacité d'une pratique mais je pense qu'aussi au niveau qualité, ça permet de l'augmenter aussi.

Ok et au niveau de vos réticences à déléguer ?

Ça nécessite beaucoup de choses. Donc ça nécessite une formation, il faut que le collègue se sente à l'aise et ça nécessite un protocole. Donc c'est-à-dire que s'il y a un protocole de délégation, alors la personne, donc l'infirmière par exemple, sait exactement ce qu'elle doit

faire et dans quelle situation il doit faire quoi. Et ça nous protège. Au niveau médico-légale, il doit y avoir un contrat qui protège la délégation des tâches. Si par exemple, ça ne fait pas partie de sa formation et de ses tâches au niveau médico-légale, il faut un cadre. Donc il faut une formation et un protocole, je pense que c'est la moindre des choses pour que les deux personnes se sentent à l'aise. Donc, si il n'y a pas ça, alors oui, j'ai des réticences. Si je sens que la personne en face de moi à qui je délègue, ne se sent pas assez formée, ne se sent pas à l'aise, ne se sent pas protégée par un protocole, alors je ne vais pas être à l'aise non plus. Mais si par contre, tout ça est mis en place alors je pense que je n'ai pas de réticence, à priori, j'essayerais.

Avec un peu d'imagination, si votre patient rentrait dans une machine réalisant un examen clinique complet et minutieux avant qu'il ne rentre dans votre cabinet ; quelles avantages et inconvénients en tireriez-vous ?

Ouais, bonne question. Je pense que pour certaines choses ça pourrait être mieux. Ne serait-ce que pour bien voir si le rythme cardiaque est bien régulier, prendre une tension bien correcte, entendre un souffle... Des choses que nous même, par nos limites physiques, on peut passer à côté. Parfois je me dis : ouh là, pour l'instant j'entends bien mais si j'entendais moins bien... On remarqué avec nos collègues plus âgés : « tu n'entends pas le souffle ? mais moi je l'entends ». Ou des choses comme ça. Donc je me dis, oui, à un certain niveau, ça nous permettrait d'être plus efficaces au niveau du temps mais aussi au niveau de la qualité de l'examen clinique. Mais j'aurais quand même tendance, pour les autres composantes de l'examen clinique notamment le côté pour rassurer, la confiance avec le patient, je pense que je ferais quand même l'examen clinique. Et surtout parce que l'examen clinique vient après l'anamnèse. Donc ça ferait vraiment bizarre d'avoir les résultats de l'examen clinique avant l'anamnèse. Et donc j'aurais l'impression d'être biaisée dans l'anamnèse et de déjà aller me focaliser dans l'examen physique et je pense qu'il est important que l'anamnèse vienne avant. J'aurais l'impression d'être biaisée dans mon anamnèse et de déjà aller me focaliser sur l'examen clinique. Je pense qu'il est important que l'anamnèse vienne avant l'examen clinique. Ou alors c'est une habitude... ? je ne sais pas (rire).

Récemment l'inami a créé un code de consultation pour consulter à distance. Avant ce code n'existait pas. Est-ce que vous pensez que ça va influencer votre pratique ?

Je pense qu'il était nécessaire, ce code. Nous on a fait énormément de téléconsultation lors du premier lockdown. Mais on s'est rapidement limité à ne l'utiliser que dans des consultations bien précises. C'est-à-dire qu'au début on avait tendance à fermer la porte, au premier lockdown on n'avait pas le matériel de consultation nécessaire et donc si on acceptait des patients dans la maison médicale ; un, on risquait d'infecter toute l'équipe ou inversement dans le sens que les patients s'infectent entre eux. Clairement c'était nécessaire à ce moment-là. Mais on a rapidement mis en place tout un système sanitaire pour voir quand même un maximum de gens. Et donc la téléconsultation, on ne l'utilise pour l'instant que pour trier les demandes covid et pour ensuite les faire venir en testing chez l'infirmier ou chez les médecins si à l'anamnèse on se dit qu'il faut quand même faire un examen clinique et donc les patients chez qui l'anamnèse est suffisante et qu'il faut tester, alors on fait purement téléconsultation et testing chez l'infirmier. Mais toujours avec un filet de protection. On dit bien aux patients : si vous avez ça ou ça, il faut nous recontacter pour être vu par un médecin. Donc téléconsultation sans examen clinique avec des conditions. Certains patients où on ne le fait pas. Donc il y a d'autres consultations où on pourrait encore le faire mais c'est avec des patients chez qui on a confiance au niveau de leur autonomie, au niveau de leur compréhension, de leur vigilance donc ; « est-ce qu'ils vont nous rappeler si il y a une dégradation ou pas ? ». Donc, est-ce que c'est une bonne chose la téléconsultation ? Je pense que c'était nécessaire. En effet, avant, c'était inimaginable. Nous on réfléchit justement avec les autres maisons médicales à un protocole de téléconsultation : qu'est-ce qu'on fait en téléconsultation ? Qu'est-ce que l'on ne fait pas. Et si on le fait, comment on le fait ?

Donc ça, on est entrain d'y réfléchir mais on n'a pas encore toutes les réponses. Ici pour le moment, c'est tout ce qui est le tri des covid, éventuellement certains suivis : des prises de sang ou quoi. Mais par contre, il y a des choses que l'on ne fait absolument plus par téléphone, c'est la prescription d'antibiotiques, la prescrire de suboxone/anxiolytiques/méthadone/benzodiazépines, ca c'est toutes des choses qu'on ne fait pas par téléphone et on fait toujours venir les gens.

Est-ce que ce code, selon vous, persistera quand la pandémie sera terminée ?

Alors ça, c'est une très bonne question. On est entrain d'y réfléchir justement. Dans quelles situations est-ce que l'on peut faire une téléconsultation ? Je pense qu'elle existera encore mais elle sera assez minime. Mais clairement, on s'est rendu compte qu'il y a pleins de choses

pour lesquelles il ne fallait pas absolument faire revenir. Après, on a déjà mis en place tout un système pour le renouvellement d'ordonnances et pour les résultats sans que la personne ne vienne. On ne faisait pas revenir les patients à chaque renouvellement d'ordonnance déjà de base. On a un système qui permet de protéger le patient, de mettre un cadre pour justement éviter qu'il y ait à un moment donné une personne qui n'ait plus vu de médecin depuis très longtemps. Donc ça c'est quelque chose que l'on a déjà mis en place. Mais je pense que la téléconsultation peut être intéressante à l'avenir mais il y a toute une réflexion sur ; le comment ? avec quelle sécurité ? avec quel patient et quel pas ? et quel filet de sécurité à mettre en place, quelles consignes donner pour justement éviter les erreurs médicales suite à ça ?

Pendant le covid, nous avons été forcés à consulter pas téléconsultation. Avez-vous ressenti des situations où l'absence d'examen clinique vous a manqué ?

Oui, oui. Pas moi seulement mais toute l'équipe, on se sentait très mal pendant le premier lockdown. On avait l'impression d'être sans arrêt à la limite d'une erreur médicale. Surtout les plus jeunes. Donc à ce moment-là on avait un assistant et une qui venait de finir son assistantat et moi ça ne faisait seulement un an que je n'étais plus assistante, et on sentait vraiment que l'examen clinique nous manquait vraiment énormément, pour être sûr de notre diagnostic. Et donc vraiment limite on demandait au patient : tiens, regardez un peu votre gorge dans le miroir ; pouvez nous décrire ?; on essayait quand même de faire un examen clinique avec leurs yeux. Je ne sais pas si on demandé à un patient de palper son ventre mais c'était presque ça. Donc clairement, on a senti le manque et c'est pour ça qu'on a rapidement ré-ouvert la maison médicale dès qu'on pouvait au niveau matériel parce que l'on sentait que sans examen clinique, dans beaucoup de situations, on ne pouvait pas avoir un diagnostic sûr. Et en fait, ce qu'il se passait, ce que l'on appelait les patients au téléphone beaucoup plus souvent. Donc on les rappelait pour vraiment s'assurer au jour le jour qu'il n'y ait pas de signal d'alerte au niveau de l'anamnèse. Pour être sûr que ok, là il faut vraiment qu'on le voit. Et donc on se rendait compte que on finissait toujours pas compenser par un autre moyen l'examen clinique qui était vraiment nécessaire. Est-ce que l'on a eu des erreurs, des soucis ? oui je pense. Je ne saurais pas en remettre en évidence mais par exemple un moment on faisait énormément de testing, de frottis mais on n'examinait pas assez les patients infectieux. Donc c'était surtout l'infirmier qui faisait les frottis alors qu'avant c'était le médecin qui faisait. Et donc en fonction

de ce qu'il avait devant lui, il faisait l'examen. On a eu quelques patients qui se sont dégradés et qui ont été à l'hôpital. On s'est dit : ouh là, il faudrait vraiment qu'on remette des places infectieuses mais avec le médecin pour qu'il puisse faire l'examen clinique ; ou parce qu'il y a un facteur de risque chez le patient ou parce qu'il se dégrade, etc... Par exemple si un patient téléphone et dit : « je vais moins bien, j'attends mon résultat de test mais je vais moins bien ou il est positif et je vais moins bien », l'accueil le met tout de suite le jour même en consultation médicale parce que l'on s'est rendu compte que oui, tester est en effet très important mais si on veut freiner la surcharge hospitalière ou si on veut participer à la diminution de mortalité due au covid, il faut que l'on examine si il y a une dégradation. Et donc ça on a mis en place parce que l'on a l'impression qu'il y a certaines personnes qui auraient pu se dégrader moins fort si on avait pu les voir en consultation avec examen clinique quoi.

Et quelle a été votre vécu personnel ? J'ai entendu que les plus jeunes, surtout, avaient eu des difficultés...

Difficile de revenir là-dessus car le leur était plus fort que le mien du coup j'ai un peu oublié. Mais c'était une période où on a été à la fois...on a un peu ce sentiment de château fort. On était à la fois rassurés de ne pas être trop en contact avec les gens parce qu'on avait aucune idée de ce qu'il se passait, de combien de gens étaient infectés, c'était une période où l'on ne savait pas. On ne testait pas donc on ne savait pas combien de gens étaient infectés etc,... donc j'étais à la fois rassurée de ne pas voir les gens et inquiète. Mais j'avais moins cette grosse inquiétude de : » je n'arrive pas à examiner ». Maintenant, on n'est pas restés longtemps dans cette phase-là. Mon avis personnel, je pense que j'avais vraiment la peur de moi être infectée parce que l'on était dans l'inconnu totale et en même temps, la peur de faire une erreur médicale sans examen clinique. Je pense que les deux étaient plus présents.

Est-ce qu'il vous arrive d'inviter le patient à se déshabiller afin de l'examiner et est-ce que vous êtes à l'aise avec cette demande ?

Alors, ça c'est une demande très intéressante. On en parle aussi souvent entre nous. Moi j'avais fait un TFE sur lequel à un moment donné on parlait de ça. En fait ça reste toujours compliqué. Donc en fonction de la personne en face de nous, je pense que l'on ne réagit pas de la même manière. Par exemple, je serais plus à l'aise avec une femme qu'avec un homme. Parfois les patients se déshabillent tout seul, ils ont l'habitude comme les personnes plus

âgées qui ont l'habitude pour les consultations médicales où c'était plus comme ça à l'époque, je pense. Mais, il y a toujours une question. Ce que je fais de plus en plus, c'est demander aux patients. Si j'écoute le dos, ce n'est pas moi qui vais soulever la blouse. Je vais vraiment demander : « Est-ce que vous pouvez soulever votre blouse ? Est-ce que vous pouvez l'enlever ? Est-ce que ça vous dérangerait ? » Vraiment proposer toujours et qu'on puisse me dire oui ou non. Et voir un peu comment on peut y remédier. Moi, mon TFE c'est sur la gynécologie en première ligne. Et j'avais fait des focus groupe avec des médecins hommes et des médecins femmes. Et les médecins hommes étaient hyper mal à l'aise. Ils disaient que juste parce que ce moment de l'examen clinique le met mal à l'aise, il pense que la patiente est mal à l'aise aussi. Du coup je ne propose pas. Et il y a vraiment tout un malaise comme ça. Moi j'ai le même malaise avec des patients masculins qui me demandent un toucher rectal ou chez qui il faut un toucher rectal. Donc déshabiller quelque chose de classique, donc un bras, un dos ou etc... ça va. Mais c'est vrai que tout ce qui vient plus au niveau de la sphère intime et gynéco et uro, là, il y a des situations où l'on est plus mal à l'aise où on va même penser à la place du patient. Donc être un peu paternalisant alors qu'en fait, le patient n'a en fait aucun souci avec ça. A l'inverse, j'ai aussi moins demandé aux patients de se déshabiller, par exemple pour les frottis infectieux, les frottis gynéco infectieux, je demande aux patientes si elles voulaient le faire elle-même. Parce que, voilà, il ne faut pas mettre de spéculum donc elles peuvent très bien le faire elle-même aux toilettes pour ne pas avoir justement ce moment d'intrusion de son intimité s'il n'y a pas de raison. Donc si je ne vois pas de raison d'inspecter au niveau gynécologique, je ne suspecte pas un herpes ou je ne suspecte pas quelque chose que je dois voir ou je ne dois pas l'examiner avec le spéculum ; alors je lui propose de faire le test elle-même. Donc sans examen clinique, j'avoue, mais aussi sans ce moment de nudité etc... Il y en a quand même pas mal qui acceptent. Mais encore une fois, il faut mettre un filet de sécurité autour. Donc je leur dit : si le test revient tout à fait normal ou si avez d'autres plaintes ou quoi que ce soit alors peut-être qu'il faudra faire un examen clinique à l'avenir et un examen clinique avec cette partie pudeur et nudité. Au niveau de la mise en place du cabinet, ça on y avait réfléchi un peu : qu'est-ce qu'il faut que dans un cabinet on peut se sentir à l'aise de se déshabiller ou pas ? là on est en train de réfléchir à avoir au moins un cabinet avec un paravent ou un local pour se déshabiller plus facilement. On se rend compte que le moment gênant, ce n'est pas forcément le moment où l'on est déshabillé mais c'est le moment où l'on se déshabille. « on se déshabille mais qu'est ce que je fais avec mes vêtements ? On met ça où ? »

C'est un moment où on est mal à l'aise. Donc cette partie-là, on essaie d'y réfléchir pour que les médecins et les patients soient plus à l'aise.

Je voulais rajouter, je me prends un petit plaisir lors de l'examen clinique des enfants, c'est toujours chouette de voir comment on peut jouer pendant l'examen clinique. C'est quelque chose que j'essaie de faire de plus en plus pour pouvoir examiner au niveau ORL par exemple l'enfant. J'ai une petite routine : on regarde dans quelle oreille en premier ? Comme ça je lui donne le contrôle. Quand un enfant a le contrôle et qu'il joue alors il va se sentir beaucoup plus à l'aise et on va pouvoir faire un examen clinique. On va savoir vraiment regarder la gorge et les oreilles. Un truc qui marche super bien, c'est demander à l'enfant : dans quelle oreille tu veux que l'on regarde en premier ? Comme ça il réfléchit et dit : plutôt celle-là. Alors ils sont tous contents parce qu'ils ont pu choisir leur oreille. Et puis je dis : ok maintenant la gorge. Et là je leur demande de faire un cri comme un lion ou des choses comme ça. L'examen clinique avec les enfants, c'est vraiment un challenge pour que ce soit sans qu'ils pleurent et en ayant vraiment vu leur gorge et leurs tympans. Donc ça c'est vraiment quelque chose de chouette et c'est ça que j'aime bien dans l'examen clinique ; trouver un moyen pour avoir moi ce que j'ai besoin pour avoir mes informations mais que le patient se sente tout à fait à l'aise.

Et pour vacciner, je sais qu'il y a des médecins qui font des petites astuces pour détourner l'attention etc., c'est vraiment chouette.

Interview 8

Quel est votre âge ?

61 ans.

Depuis combien de temps, pratiquez-vous ?

Depuis 86.

Votre lieu de pratique : urbain, semi-urbain ou rural ?

Urbain.

Pratique de groupe ?

Oui. Maison médical au forfait.

Vous avez des assistants ?

Oui.

Et un secrétariat ?

Oui.

Première question, la plus théorique : comment pourriez-vous définir un examen clinique en médecine générale, celui que vous faites au quotidien ?

C'est le fait de chercher, après l'interrogatoire,... On formule des hypothèses via des actes physiques comme écouter, sentir, palper, etc. On va essayer d'infirmer ou de consolider ses hypothèses et en exclure d'autres. C'est se diriger sur l'hypothèse, ce n'est pas un examen de tous les organes, de tout le corps mais c'est guider par l'idée qu'on pourrait avoir ça comme diagnostic et il faut exclure tel ou tel autre. Et donc, ça fait partie de l'examen clinique global mais c'est vraiment une partie de cet examen qu'on a besoin pour le diagnostic précis qu'on a en tête.

Est-ce que vous avez une espèce de routine ou un ordre défini dans votre examen clinique ?

Non, ce n'est pas une routine. Ça change en fonction de ce qu'on recherche. Il y a, certes, des choses qui font surtout partie des rituels de la médecine (prendre la tension, et tout ça...) qu'on fait souvent mais pas toujours avec un but précis mais parce que ça fait partie un peu d'un rituel, de venir chez le médecin, d'avoir la tension... Ça permet aussi d'avoir le contact un peu différent avec le patient. En médecine générale, avoir le contact physique donc toucher le patient reste important aussi même si certaines choses n'ont pas de but précis. Écouter le cœur, c'est aussi quelque chose qu'on fait souvent, ça aide pour rassurer le patient et souvent, ça n'a pas de sens en soi.

Quelle est la part des consultations où, finalement, vous ne procédez pas à un examen clinique lors de la rencontre avec le patient ?

Ça a beaucoup depuis le Covid (rire). Avant, c'était une minorité. Il y avait des consultations très précises : "je veux une prescription de ci et de ça". Si cette prescription indique une hypertension, en général, on prend, au minimum, la tension. Il y a aussi des consultations psychologiques donc là, on ne passe pas d'examen. Donc ça existe, c'était 10, 25% je pense. Maintenant c'est beaucoup plus. Maintenant, je pense que 50% des consultations, il n'y a pas de contact physique parce qu'il n'y a pas d'examen direct sauf ce qu'on voit évidemment. Ça

fait partie un peu. Donc on observe le patient : la manière qu'il respire, la manière qu'il parle, et tout ça. Mais sans le contact. Donc l'examen clinique dans le sens strict, sans l'avoir, parce qu'il y a cette barrière de risque de contamination qui joue assez fort et ça dérange d'ailleurs je trouve mais bon.

Vous avez parlé des consultations psychologiques, les consultations plutôt infectieuses pour le Covid, peut-être parfois la prescription de médicaments, vous pensez à autre chose où l'on ne pourrait pas examiner ?

Il y a encore d'autres documents parfois qui nécessitent pas. Mais il y a souvent, quand même, on a besoin de voir et de vérifier certaines choses que le patient dit. Mais oui, il y a des certificats sans examen surtout les patients qu'on connaît déjà, pour prolonger les choses,... Il y en a pas mal oui.

Il y a, quand même, certaines fois où finalement pour déterminer le diagnostic, l'examen clinique n'est pas toujours nécessaire. Par exemple, parfois rien qu'avec l'anamnèse, on a déjà notre idée ou bien, il y a un examen complémentaire qui a été fait avant... Est-ce que dans ce cas-là, quand vous allez recevoir le patient, est-ce que vous allez quand même faire l'examen clinique ou vous n'allez pas le faire ? Si vous le faites, pourquoi ?

Pas toujours mais ça m'arrive de le faire. D'un côté pour, quand même, si il y a certaines choses que tu veux exclure pour augmenter le degré de sécurité, ne pas passer à côté de quelque chose même si tout semble évident. Comme je dis, ça fait un peu partie du rituel en médecine générale, ça rassure les patients donc, dans ce sens-là, avoir touché le patient, écouté son cœur, le poumon,... Par exemple, le suivi d'un asthme, on peut bien écouter les sibilances mais le peak-flow, par exemple, bon ça fait partie de l'examen clinique mais ce n'est pas tout. Mais on utilise un appareil donc plus d'info que l'auscultation même donc on ne pourrait pas ausculter et seulement demander le peak-flow, des choses comme ça. Mais pour rassurer le patient, pour la prise en charge globale, ça ouvre un peu l'esprit aussi du patient qu'on a de l'attention pour le patient plus globalement : physique et psychique et l'interaction entre les deux.

Parfois, le pouvoir diagnostique d'un examen complémentaire sera plus fort que notre pouvoir diagnostique quand on va faire un examen clinique sur notre patient, alors dans ce

cas-là, vous arrive-t-il de limiter votre examen clinique ou de ne pas le faire et d'envoyer directement le patient faire des examens complémentaires : des radios, des scanners, des prises de sang,... ?

Non. Pour ça, je pense que l'apport en bénéfices... C'est vrai qu'on n'arrive pas toujours à un diagnostic à 100% mais la plupart des examens cliniques, ça ne coûte rien sauf de l'attention du médecin. Ca fait pas mal, sauf exception. Ca a d'autres aspects que purement un examen, d'autres techniques qui ont, quand même, une marge d'erreurs assez importante. En plus, pour renforcer le pouvoir décisif d'un examen technique, il faut augmenter la chance a priori et donc avec l'examen clinique, on peut le faire aussi. Si un examen clinique complètement normal, une prise de sang anormale n'a pas beaucoup de signification par contre, le patient qui est avec de la fièvre, qui a maigri et je ne sais pas quoi et en plus, un examen du sang anormal, on sait qu'il faut creuser. Il faut, quand même, presque toujours l'examen clinique et pas complémentaire, ça apporte beaucoup pour augmenter l'utilité d'un examen clinique aussi. Et ça fait aussi plaisir parfois, le défi intellectuel et le métier de trouver des choses parfois, ça joue aussi. Tu fais un diagnostic toi-même qui est confirmé après, ça fait aussi plaisir. Un peu de plaisir du métier disons.

Vous avez parlé du plaisir pour le patient de faire l'examen clinique et puis, finalement, il y a aussi un plaisir pour le médecin. Que pensez-vous de la possibilité de déléguer certaines tâches et notamment l'examen clinique et par exemple, à des "assistants pratique" ?

On a surtout travaillé pour le faire au niveau des infirmiers, donc des assistants pratique, il n'y a pas vraiment de tradition en Belgique, je sais bien qu'en Hollande ça existe. Je pense qu'on a, peut-être pas suffisamment, mais quand même, beaucoup d'infirmières avec un niveau sous utilisé et moi, je suis plutôt orienté vers ça. Donc pouvoir dire, certains suivis peuvent être faits par une infirmière : suivi diabète et des choses comme ça. Ils peuvent le faire, en effet.

Dans ce cas-là, quelles seraient vos motivations à déléguer ?

La motivation, ce serait, de plus en plus le cas, quand on arrive à gérer tous nos patients de manière convenable et qu'on doit avoir le temps de pouvoir gérer un patient avec un problème plus complexe c'est pour ça qu'on est formé. Et je pense qu'il faut garder ça au niveau des médecins généralistes mais qu'il faut avoir le temps sinon on arrive pas à gérer.

Certaines choses de "routine" peuvent facilement être déléguées et peut-être qu'elles seront mieux faites parce que, finalement, on... de manière un peu auto-critique, si le même patient revient avec les mêmes plaintes tout le temps, on risque de perdre un peu l'attention, on est pas très bien formé pour la routine, je pense. Et bien souvent, les infirmières sont mieux pour ça.

Vous pourriez déléguer tout ce qui est plus de l'ordre de la routine et par exemple, vous entendez quoi par là ?

Entre autres, le diabète, un suivi diabète qui est bien réglé donc décider à quel moment faire les prescriptions, faire les contrôles sanguins, les prises de sang, hémoglobine, suivant certains critères qu'on a posé, oui, ça peut rester chez l'infirmière qui éduque le patient, qui donne des conseils et tout ça. Toutes les choses qu'on a toujours répété : activité physique, ne pas fumer, etc, etc. On peut déléguer. On a eu le projet, on a fait, un certain moment, doser le sintrom des choses comme ça. Mais des choses comme ça aussi. Tout ce qui a un rapport à l'éducation, la santé, le régime aussi, des choses comme ça, et le suivi de l'hypertension aussi. Il y a des patients qui aiment bien être rassurés, de venir tous les mois pour mesurer la tension et ça, ils peuvent venir chez l'infirmière, si la tension est bonne, rien ne change, on ne doit pas forcément les voir.

C'est assez récent que l'INAMI a créé un code prestation pour pouvoir faire des consultations par téléphone. Est-ce que vous pensez que ça va influencer votre pratique ?

Oui, on a du le faire (rires). Est-ce qu'on aime le faire ? Non. Comme nous sommes en milieu urbain et qu'on veut être centre de santé, plutôt pour le quartier, il y a, en général, assez peu de raisons pourquoi les gens peuvent pas se présenter. Donc, c'est pas quelque chose que je trouve qu'il faut développer mais je peux bien imaginer que quand on habite en plein les Ardennes et qu'il faut se taper 30 km, que c'est tout à fait différent. Mais dans le contexte urbain assez peu mais bon, il y a, sans doute, des exceptions. On faisait déjà de simples renouvellements de médicaments, on ne faisait pas venir le patient. Il y a plein de choses qu'on peut faire par téléphone effectivement. Mais la vraie consultation, j'ai toujours trouvé ça très compliqué pendant la période Covid. Et j'étais content quand on a pu revoir les patients parce qu'il y a, quand même, beaucoup d'info qui échappent au téléphone : tout le comportement, le corporel, des choses comme ça,... Lire les yeux, maintenant on ne peut plus

lire la bouche (rires) quand même, c'est beaucoup mieux que seulement l'avoir au téléphone, parce que là, c'est très difficile de vraiment juger les vrais besoins du patient, le vrai état. Et voilà. Dans cette situation urbaine, pour certaines choses, c'est bien possible mais il ne faut pas faire plus et ne pas le présenter comme modèle, je pense. Et justement parce qu'il manque l'examen aussi.

Lors de la crise Covid et pendant les consultations à distance, est-ce que l'examen clinique vous a manqué ?

Oui, beaucoup.

Quel a été votre vécu de ces consultations à distance ? Comment, vous, vous l'avez ressenti ?

Je me rappelle que j'ai fait, une fois, une garde, en mars, au milieu de la première crise. Et je n'étais vraiment pas rassuré moi-même donc j'ai resonné tous les patients le lendemain pour demander comment ça allait et si mes conseils étaient bien parce que les gens ont, parfois, très difficile à formuler les plaintes et ils peuvent... J'ai en tête, quelqu'un qui disait que son bébé respirait vraiment bizarrement et des choses comme ça mais j'avais l'impression que ce n'était pas tout à fait vrai. Après vérification, oui. Mais bon, on voudrait envoyer tout le monde aux urgences aussi pour qu'ils soient vus mais on savait, qu'en même temps, ce n'était pas une solution parce qu'aux urgences, ils étaient débordés. Donc toute la période, c'était difficile. Bon, je suis content qu'on était en groupe pour pouvoir discuter, pour se rassurer, et au niveau personnel, pour se rassurer aussi, discuter par rapport, comment faire les consultations par téléphone et voilà. Donc non, ça faisait pas plaisir. Je n'allais pas encore le faire 10 ans.

Est-ce qu'il vous arrive d'inviter votre patient à se déshabiller pour l'examiner ? Et est-ce que vous êtes à l'aise avec cette demande ?

Déshabiller... Oui, mais je le fais tout juste ce qu'on a besoin pour faire l'examen. Je respecte, un peu, la pudeur des patients qui évolue dans le temps comme j'ai 60 ans et un peu de pratique. Avant, c'était beaucoup moins le cas. Les gens, devant leur médecin traitant, ils avaient très peu de pudeur. On faisait la routine des examens comme le TR, des choses comme ça. C'était dans les schémas de pré-pension aussi hein, qu'on ne fait pratiquement plus en

première ligne. Et je sens aussi qu'il faut respecter ça et je demande que pour se déshabiller ce qui est tout juste fonctionnel pour l'examen. Et si je sens que les femmes, surtout, aussi des femmes immigrées ne se sentent pas à l'aise, je ne vais pas... Je vais plonger le stéthoscope de manière un peu difficile parfois entre les vêtements mais je ne vais pas demander de se mettre à nu surtout pas, ou même se déshabiller.

Est-ce que, justement, vous avez vécu des situations où il y a eu de la gêne pour vous ou votre patient suite à la proximité physique ?

Oui, sans doute mais j'essaie de respecter et donc ça n'a jamais été une gêne qui était abrupte ou critique ou... ça non. Mais, on le voit quand on demande quelque chose et quand le patient hésite, on va essayer d'adapter la demande de se déshabiller parce qu'on en a vraiment besoin pour faire l'examen. Comme on travaille en pratique de groupe aussi, avec la possibilité, si c'est, par exemple, une femme de référer à une femme. Ca m'arrive donc oui.

Interview 9

Pourrais-je avoir ton âge ?

Non (rire). 53 ans.

Depuis combien de temps pratiques-tu ?

J'ai commencé en 1993.

Ton lieu de pratique est dans le milieu urbain, semi-urbain ou rural ?

Semi-urbain.

Est-ce une pratique en solo en duo ou en groupe ?

Solo.

Est-ce que tu as un assistant ?

Non.

Est-ce que tu travailles au forfait ou à l'acte ?

Je travaille à l'acte.

As-tu un secrétariat qui t'aide ?

Non, j'ai eu mais maintenant je n'ai plus.

Comment pourrais-tu définir un examen clinique type en médecine générale ?

Moi je fais essentiellement l'auscultation cardio pulmonaire, examen abdominal et ORL. Souvent c'est aller voir dans les oreilles. Voir dans les narines et ouvrir la bouche et voilà. Souvent ça, c'est l'examen type, classique, de base.

Est-ce que tu as un certain rituel ou un ordre défini dans ton examen clinique ?

Cela dépend des plaintes mais souvent je commence par l'auscultation pulmonaire, notamment chez les enfants. Parce que dès qu'un enfant commence à pleurer, faire l'auscultation pulmonaire c'est foutu. Donc souvent je commence par là. Après ça, il peut pleurer c'est moins problématique. Par analogie, même chez les adultes souvent je commence le cœur, les poumons. S'il y a des plaintes ORL, alors là oui, j'ai tout un rituel d'examen physique que je pratique depuis que je suis médecin. J'avais appris cela chez mon ancien maître de stage : il y aura les points sinusaux, les ganglions de la tête et puis ce sont les oreilles, nez et gorge.

Est-ce que pour toi, il y a un strict minimum à l'examen clinique en médecine générale ?

Il y a la prise des paramètres. Moi, maintenant, c'est d'office avec un tensiomètre électronique, par exemple. Donc pendant que la tension est prise à un bras, je mets un « saturomètre » à un doigt de l'autre main. Pendant que la tension et le « saturomètre » fonctionnent, en général, j'ausculte déjà. Et, c'est la base.

L'examen ORL, je ne le fais vraiment que si il y a une plainte d'origine ORL. Sinon c'est minimum cœur, poumons et paramètres. Ça c'est la base et puis j'oriente en fonction des plaintes.

Quelle est la part des consultations où tu ne procèdes par à un examen clinique lors de ta rencontre avec le patient ?

Écoute, tout a été modifié par le COVID évidemment. Mais, maintenant, c'est facilement un tiers des patients que je ne touche pas. Ce sont des gens qui viennent régulièrement donc j'ai au moins un jour pris leur tension, il n'y a pas longtemps. Mais la fois suivante, ils viennent pour un renouvellement de médicaments, si l'anamnèse est tout à fait rassurante, ben alors je fais la prescription de médicaments et il n'y aura pas nécessairement de prise de tension, à

ce moment-là. Donc ça, ça a été modifié depuis 1 an avec l'histoire du COVID. Je touche un petit peu moins les patients qu'auparavant.

Et avant le COVID ?

Avant le COVID, j'avais des patients qui ne se déshabillaient même pas. Ils me disaient « je viens chercher mes médicaments » et voilà, je faisais l'ordonnance à ce moment-là. Il y a toujours l'interrogatoire en quelques questions et si tout est rassurant, alors je ne fais pas d'office une prise de tension ou de paramètres pour eux.

Tu disais, pour la re-prescription, par exemple, des médicaments, tu n'auscultes pas forcément. Est-ce qu'il y a d'autres consultations où tu pourrais ne pas examiner ton patient ?

Oui tout ce qui serait, éventuellement, social ou psychiatrique ou psychologique. Là, à la limite, la première fois ... Il est possible... Si c'est un patient que je ne connais pas du tout, je crois qu'il y aura quand même un minimum de paramètres. Surtout si dans les plaintes avancées par le patient, je me dis qu'il y aurait peut-être une cause somatique. Mais si c'est vraiment la psychologie pure ou du social pur, un patient que je connais bien, alors il peut très bien ne pas avoir du tout d'examen clinique. Voilà.

Il existe parfois aussi des rencontres avec le patient où ton examen clinique il est pas toujours nécessaire pour déterminer ton diagnostic, mais tu vas quand même le faire. Est-ce pour toi, il y a aussi un autre but que le diagnostic à l'examen clinique ?

Il y a un but ou bien de confirmer ou au contraire, de me montrer que mon diagnostic présumptif s'avérait faux. Donc je peux, par exemple, croire sur base de ce que me dit le patient, que je suis quasiment sûr qu'il a une hernie inguinale, par exemple. Et puis en l'examinant, je ne tombe pas sur une hernie mais sur un ganglion. Donc voilà, de temps en temps, l'examen physique vient me dire que ce que je pensais était faux. Donc, heureusement que je l'ai fait.

Et par rapport à ta relation avec le patient, est-ce que tu penses que l'examen clinique apporte quelque chose ou pas spécialement ?

Par rapport à ma relation ? C'est-à-dire ?

Ta relation avec le patient. Tu disais « il y a des patients que je ne touche pas ». Est-ce que pour toi, le toucher, c'est juste vraiment est bout de diagnostic ? Ou est-ce que ça pourrait avoir une autre interprétation que le diagnostic, qui est complètement scientifique, avec ton patient ?

J'ai des patients, que si je leur prends pas la tension, je les sens pas bien. Ils sont demandeurs, même s'ils ne viennent pas pour ça. J'ai déjà eu des remarques : « Est-ce qu'on peut prendre ma tension ? ». Voilà. Donc ils ont besoin, je pense, quelque part, d'être rassurés, par ne fusse, qu'une prise de tension. Donc à ce moment-là, je ne fais que la prise de tension. Je veux dire, si le tensiomètre m'indique une anomalie au niveau du rythme, alors à ce moment-là, je vais plus loin. Mais voilà, il est possible que je ne fasse qu'une prise de tension chez le patient parce que je le connais et je sais que si je ne le fais pas, il va ... dans son esprit à lui, une consultation ne se conçoit pas sans une prise de tension. Et donc, je lui fais quoi. Je mets le tensiomètre électronique et la tension se prend automatiquement pendant qu'on continue à parler.

Est-ce qu'il t'arrive de délaissier ou de limiter ton examen clinique, au profit d'un examen complémentaire ? Si tu sais, par exemple, que tu vas d'office faire un examen complémentaire, que ce soit une imagerie ou une biologie, est-ce que, du coup, tu vas dire que tu te limites au niveau de l'examen clinique ?

Mmmh, oui, j'ai encore eu hier. Un patient qui est revenu, en me disant lui-même, qu'il avait une douleur dans le flanc gauche, qui lui rappelait une colique néphrétique qu'il avait déjà eu, deux an auparavant. Je pense qu'à partir du moment où il arrive à la conclusion que c'est la même douleur, etc., mon examen clinique ne va rien m'apporter de plus et je vais de toute façon avoir besoin d'un scanner. Donc, je lui fais son papier pour le scanner et j'ai juste fais une analyse d'urine. J'ai mis une tigarette urinaire pour voir s'il y avait du sang dans ses urines, qu'il n'avait pas. Donc, je lui ai dit que de toute façon, avec le papier, il faut aller au scanner. Moi, je ne sais pas, en palpant, être sûr ou pas qu'il y ait une hydronéphrose ou une pierre. Donc, il faut aller au scanner. Ça dure depuis 3-4 semaines, son problème donc c'est le scanner bien plus que l'examen clinique, je pense.

Je ne pense pas que mon examen clinique, si je l'avais fait, m'aurait dit : « tiens il faut pas faire le scanner », sur base ce qu'il me disait.

Donc ça m'arrive, parfois, effectivement, de me dire que l'examen complémentaire, l'imagerie en tout cas, sera plus intéressant que ce que je vais trouver dans mon examen physique.

Que penses-tu de la possibilité de déléguer certaines tâches, et donc notamment, l'examen clinique, par exemple, à un assistant de pratique ? Est-ce que tu sais déjà ce que c'est un assistant de pratique ?

Alors, si c'est pour prendre des paramètres, je ne vois pas d'objections. Maintenant, si c'est pour affiner, concevoir un diagnostic qui passerait par une palpation ou d'auscultation, c'est nient. Donc une prise de paramètres, je n'y verrais pas d'objections. Mais un examen, toucher physique avec auscultation, je me vois mal déléguer ça à quelqu'un, qui n'aurait pas une bonne formation théorique et pratique.

Donc, ta réticence est plutôt par rapport à d'autres personnes, à sa formation ?

Oui, oui, ben oui... Parce que cette personne-là, va me donner ses conclusions, à elle, sur base de son examen. Est-ce que je peux me fier exclusivement et totalement à ses conclusions ?

Ou bien est-ce que je dois vérifier, derrière elle, ce qu'elle a fait ? Et donc, à ce moment-là, j'aurais tendance à repasser dessus, c'est le double travail. Et si je dois de toute façon vérifier, alors je le fais pour moi. Mais les paramètres je veux bien déléguer parce que c'est suffisamment fiable au niveau technologique et réfutable au niveau interprétation, je pense. Si c'est correctement fait, c'est bien fait quoi. Je n'ai pas besoin de contrôler, me semble-t-il. Mais par contre, tout ce qui est auscultation, je ne ferais pas confiance à quelqu'un d'autre, je vérifierai.

Mes stagiaires ... parce que je n'ai pas d'assistants mais j'ai des stagiaires. Mes stagiaires, ils auscultent en même temps que moi, on le fait en même temps. Et s'ils auscultent tous seuls, je passe après eux. Donc, de toute façon je vérifierai. Tout autre personne qui va venir s'interposer pour officiellement m'aider, et bien je vais devoir quand même vérifier.

Tu dis que les paramètres, tu veux bien les déléguer. En déléguant qu'est-ce que ça va t'apporter comme avantage selon toi ?

Un petit gain de temps. Et notamment du suivi. Je veux dire... Repasser chez quelqu'un pour reprendre 2-3 fois sa tension parce que la toute première fois, je n'aurais pas reçu une

hypertension, par exemple, je peux concevoir que si cette tension doit être revérifiée rapidement et régulièrement, ce soit confié à une autre personne que moi.

Ici, on parlait au fait de déléguer certains actes à une autre personne. Mais si avec un peu d'imagination, notre patient, avant de rentrer dans le cabinet, rentre dans une machine, qui n'existe pas encore, je pense. Cette machine va permettre de faire un examen clinique minutieux et complet. A ce moment, quels avantages ou inconvénients tu pourrais en tirer ?

... Bonne question... Il faudrait vraiment que je sois débordé pour dire que je passerais par cette machine pour qu'elle m'aide. L'avantage est qu'elle ferait peut être partie de l'examen physique que je ne ferais peut être pas moi d'emblée ou systématiquement. Je ne sais pas si cette machine exigerait que le patient se déshabille et qu'il y aurait un examen, par exemple, de la peau. Alors que le patient, lui, serait habillé devant moi et que je ne vais peut-être pas lui demander de se re-déshabiller pour aller contrôler quelque chose. Surtout si ce n'est pas une plainte du patient. Quelqu'un qui vient pour un bouton, vous allez voir le bouton. Mais je ne vais pas nécessairement déshabiller tout le monde pour aller rechercher s'il n'y a pas un bouton à examiner. Alors maintenant, si la machine le fait et qu'elle me dit : « attention, il y a un bouton à tel endroit ». Oui, alors ce serait l'avantage, peut-être.

Je pense que ce serait intéressant. Par contre, ce que je n'arrive pas à faire en médecine générale... Ce que je faisais au début de ma carrière mais ça n'a jamais tenu ce machin-là. C'est que je proposais à mes patients, une fois par an, de venir chez moi pour un examen physique complet : du bout des cheveux, jusqu'au bout des ongles. Et donc je l'ai fait pour certains. Mais après, je me suis rendu compte que si tu veux vraiment faire ça, être systématique, ne rien oublier, ça te prenait $\frac{3}{4}$ d'heure. Et après, c'est pas possible. Dans une pratique de médecine générale, je ne sais pas mettre $\frac{3}{4}$ d'heure. Donc j'avais un moment donné, tous les jours, au moins un patient qui était prévu pour ce genre d'examen. Je l'ai fait pendant 1 an ou 2 et puis j'ai arrêté. Mais, voilà. Cela veut dire, qu'une fois par an, même s'il ne venait pas pour ça, j'examinais le patient de la tête aux pieds, au niveau de la peau.

Et voilà, je suis tombé de temps en temps sur des petites lésions dermatologiques et j'ai bien été content de les trouver. Je faisais un toucher rectal à tous mes hommes, mes patients masculins, même s'ils n'avaient pas de plaintes urinaires ou prostatiques. Même pas sûr que ça c'était bien compris quoi. Je veux dire qu'il fallait passer du temps à expliquer pourquoi j'allais faire cet examen-là. Mais je dis, j'ai plus su le faire par après. Ca prenait trop de temps.

Donc si une machine peut le faire, je ne parle même pas, imaginons en touché rectal. Si une machine peut le faire, ça pourrait être intéressant, d'avoir une fois par an, effectivement, un examen physique complet d'un patient.

Récemment, l'INAMI a sorti des codes pour pouvoir faire de la téléconsultation. C'était à la suite du COVID. Ce fameux 101135. Donc, finalement, ça montre un peu qu'elle accepte les téléconsultations. C'était pas le cas avant. Est-ce que cela a influencé ta pratique ?

Oh oui, oui, oui. Parce que c'était ... Au moins maintenant car je suis équipée et ils peuvent venir. Les gens commencent à revenir sans problème. Mais, on a eu, au mois de mars, beaucoup de freins. Il y avait beaucoup de freins de part et d'autre. Les gens ne venaient plus chez nous et nous on a des réticences à aller un petit peu chez eux. Donc on ne savait pas où on mettait les pieds. Et donc, oui j'ai fait pas mal de choses par téléphone et pour ceux qui avaient la possibilité par téléconsultation, en vidéo. Oui, ça m'a bien dépanné, effectivement.

Et tu l'utilises plus spécialement pour l'instant ?

Beaucoup moins maintenant parce que les gens reviennent. Mais les gens ont pris le pli, par exemple, s'ils ont besoin d'une ordonnance, de ne plus venir systématiquement. Moi j'ai modifié, en fait, ma façon de travailler. Avant, j'avais des consultations le matin et le soir.

Mais ça voulait dire qu'à un moment donné, je désinfectais matin et soir.

Maintenant, j'ai regroupé tout en soirée mais je ne sais pas mettre tout le monde en soirée.

Donc, j'ai des gens qui me téléphonent en me disant que c'est juste pour une ordonnance. Si le dossier médical est clean, et bien je peux, pendant 2-3 mois d'affilés, ne faire que des ordonnances et ne pas les voir pour l'instant. Ils ne sont pas plus demandeur que ça. On peut le faire pour l'instant mais je leurs préviens que c'est temporaire et à un moment donné ce ne sera peut-être plus possible. Je ne sais pas ce que l'INAMI décidera par la suite.

Mais pour l'instant c'est possible de ne faire que les ordonnances.

Comme on disait, pendant la crise COVID, on a été forcé, un petit peu, à consulter à distance. C'était un désir du patient et puis finalement, nous aussi on était un peu réticent à aller voir les personnes avec des signes infectieux. Est-ce que tu as rencontré des situations où l'examen clinique t'as manqué ?

Oui, oui. Parce que tu as des gens qui te sonnent en te disant : « J'ai mal au ventre ». Tu as beau leur demander de mettre la caméra sur leur ventre, on ne voit rien du tout. Et donc tu as des gens qui ont des difficultés d'expressions, d'exprimer clairement et de répondre à des questions. Après 2-3 minutes, tu n'en sais toujours pas plus. Effectivement, j'ai regretté de ne pas pouvoir mettre une main sur un ventre, à ce moment-là.

Et tu as dû référer plus souvent alors ? Aux urgences ou vers les spécialistes ?

En fait, c'était un suivi plus d'anamnèse et d'évolution clinique mais effectivement, si le lendemain, le patient me retéléphonait en me disant qu'il a de plus en plus mal. Effectivement, je l'envoyais un peu plus souvent aux urgences. On avait développé un centre de tri COVID. Et donc, on a pu envoyer nos patients mais c'était pour des suspicions COVID. Donc, on faisait juste de l'auscultation pulmonaire. On a eu des gens qui se disaient un petit peu essoufflés, qui toussaient un petit peu. A distance, on ne sait pas mettre le stéthoscope. Donc pour cette partie-là, on pouvait, en tout-cas, les envoyer au centre COVID. Ils étaient auscultés en vitesse et ils étaient répartis en bénin : retourne à la maison ; ou sévère : va à l'hôpital. Mais pour les douleurs abdominales, c'est vrai que de temps en temps, je me suis dit qu'il aurait fallu que j'examine. Cela aurait été utile de pouvoir mettre une main sur un ventre.

Et toi, comment tu as vécu cette période où on a dû faire des consultations à distance ? Ton vécu personnel ?

Ah ben écoute... En plusieurs phases, c'était à la fois appréciable parce que tu te sentais quand même un peu plus en sécurité. Il fût un temps, qu'à un moment donné, tu savais pas trop où tu mettais les pieds. Rien n'était certain. On te disait que c'était une simple grippe, ça ne l'était pas. T'avais des personnes âgées qui mourraient en 24H dans les homes, sans trop comprendre ce qu'il se passait. Donc voilà, j'ai quand même été content de pouvoir prendre un peu de distance. Même vis-à-vis des patients, à un moment donné, de dire, on va planifier et se repositionner. Pour l'instant, le danger à l'air d'être partout. Bon maintenant, voilà, je suis plus rassuré. Je me suis beaucoup investi dans mon cercle, dans la gestion du COVID. Je suis président d'un cercle. Et donc, on a dû créer un centre de tri puis qui est devenu maintenant, un centre de frottis. Et puis maintenant, je suis en train de plancher sur un centre de vaccination. Donc, du COVID, j'en fais tous les jours. Je suis allé pendant 2-3 mois, tous les jours, j'étais au centre de tri. Surveiller que tout se passe bien. Il n'y a pas un jour où je n'ai

pas prononcé le mot « COVID ». Mais voilà, j'ai préféré me dire que j'allais « le combattre » plutôt que le subir. Donc après une période de flottement, peut-être au mois de mars où c'était très flou, pour tout le monde, je pense : Comment allons-nous travailler en sécurité ? Parce qu'on avait pas les équipements. Qu'est-ce qui arrivait à nos patients ? Où est-ce que cela foirait ? Les réa qui ne prenaient plus personne, qui étaient débordés. Tout le monde mourrait dans les homes. Cette période était très inconfortable pour moi. Puis après, les choses se sont clarifiées un petit peu et on a repris le dessus.

J'ai plus l'impression maintenant d'être un acteur actif dans la gestion du COVID, que la passivité. On essaie d'anticiper un petit peu ce qui va arriver. Ce qui est quand même, finalement préférable à la soumission et à devoir subir et compter les morts, par exemple.

Le dernier point : Est-ce qu'il t'arrive d'inviter ton patient à se déshabiller pour l'examiner ? Et est-ce que tu es à l'aise avec cette demande ?

Est-ce qu'il m'arrive de demander à mon patient de se déshabiller c'est ça ?

Oui, pour l'examiner.

Oui bien sûr. Je n'ai pas de problème avec ça. Je le demande toujours de façon correcte et courtoise. Je m'adapte au niveau de la personne. Je ne parle pas de la même manière à un petit enfant, ni à une mamy de 90 ans, par exemple. Je pense arriver à trouver les mots pour chaque situation et expliquer pourquoi il faut enlever une partie ou les vêtements.

Et est-ce que la proximité physique de ton examen clinique a déjà posé un problème ? Que ce soit pour toi ou pour ton patient ?

Écoute, j'ai un principe que si je dois examiner, par exemple, une adolescente, il y aura toujours un autre adulte avec moi. Ça c'est clair. Il y aura un parent qui sera là.

Sinon, non. A ma connaissance... écoute , j'ai parfois, des patients qui eux, sont mal à l'aise parce qu'ils viennent en disant : « J'ai un petit truc au pied et je pense que c'est un durion, est-ce que vous avez une pommade ? ». Je dis qu'on va d'abord regarder les pieds. Et ça pose problème pour certains. Parce qu'ils n'ont pas lavé leurs pieds avant. Donc certains sont parfois mal à l'aise. J'ai parfois des patients qui reviennent à 4-5h, d'avoir travaillé toute la journée, pour un problème de santé. Je vais les examiner et ils seront un peu mal à l'aise parce qu'ils ont transpiré toute la journée et n'ont pas eu le temps de se changer. La gêne est plus,

un petit peu, de leur côté. Moi, je n'ai jamais de scrupule à demander à un ou une patient(e) de se déshabiller parce que j'explique toujours le pourquoi.

Maintenant, ils ne sont pas tout nus devant moi. Si je dois faire l'auscultation, parfois, c'est simplement, soulevé les vêtements donc ça ne leurs posent pas trop de problème. Si je dois aller pour une femme, un peu plus loin au niveau examen des seins ou examen gynéco, j'explique qu'il serait intéressant pour moi qu'on puisse enlever le soutien-gorge, etc. Notamment pour les électrocardiogrammes. Je me suis déjà rendu compte que tu as des électrocardiogrammes où tu as la position des électrodes... tu as du métal parfois dans le soutien-gorge, et bien il faut enlever le soutien-gorge. Les gens parfois se couchent en gardant leur soutien-gorge pour faire l'électro. Je leur dis qu'il va falloir enlever une partie du soutien-gorge parce que sinon mes électrodes elles vont pas être bien positionnées. Mais ça se passe bien en général. Il y a juste la réserve avec les jeunes filles ou adolescentes où là, j'exige... Maintenant si c'est pour examiner une gorge, il n'y a pas de problème. Même pour examiner une poitrine, j'aime bien qu'il y ait au moins un parent qui soit là, qu'il n'y ait jamais de confusion ou de quiproquos.

Interview 10

Quel âge avez-vous ?

62 ans.

Depuis combien de temps pratiquez-vous ?

Depuis 1984, donc ça fait 37 ans.

Votre milieu de pratique est plutôt urbain, semi-urbain ou rural ?

Rural.

Donc vous avez une pratique de groupe ?

Depuis 3ans, on est en maison médicale.

Avant ça, vous étiez un médecin solo ?

Alors, en fait, mon parcours est un peu particulier. J'ai fait 22 ans en pratique privée à Paliseul. J'ai fait 2 ans SOS Médecin à Genève. J'ai fait 4 ans et demi en pratique privée dans un cabinet médical à Kigali au Rwanda. Puis j'ai fait 2 ans et demi dans une espèce de petite clinique privée à Djibouti. Puis j'ai rouvert un cabinet médical il y a 5 ans à Saint Hubert en pratique

privée classique. Enfin, depuis 3 ans maintenant, on est en maison médicale. Donc en gros, c'est surtout de la pratique de médecine générale en milieu rural.

Votre pratique est-elle au forfait ou à l'acte ?

A l'acte.

Il y a un secrétariat, j'imagine ?

Oui oui, tout à fait. Vous avez un peu la différence, comme vous voyez ça autour de vous maintenant, de plus en plus maintenant. Il y a des centres médicaux, ce sont des médecins qui décident de se regrouper avec une pratique dans laquelle il y a peu de connections. Nous, on est une ASI, comme on dit, une association de soins intégrés, à l'acte, dans laquelle on a la médecine générale, des kinés, des psychologues, des infirmières pour les prises de sang le matin, des réunions de coordination, un peu de santé communautaire, etc.

Je me demandais s'il y avait un assistant de pratique et si vous savez déjà ce que c'est.

Un assistant de pratique ? Euh, on a une assistante, comme vous, mais pas ... Je sais que c'est en train de se développer.

C'est ça. Cela existe surtout à l'étranger. Ce sont des infirmiers qui ont un diplôme spécifique, qui sont vraiment formés comme assistants de pratique. Ça commence un peu en Belgique, mais pour l'instant il n'y a pas encore de diplôme.

J'ai connu ça un peu en Suisse. J'ai travaillé un peu à Genève. Moi, je pratiquais parce qu'on travaillait surtout sur une structure SOS Médecins, comme il y a en France, mais en Suisse, j'ai vu des situations dans lesquelles c'est l'infirmier qui va une fois par mois chez le patient, qui lui prend la tension, les paramètres, etc., qui note quelques plaintes éventuellement et qui ensuite prend contact avec le médecin traitant qui traite ça par téléphone. En Suisse, ce type de conversations téléphoniques est rétribué. Le patient payait d'ailleurs et recevait une facture tous les trimestres avec tout ça. Et donc il y avait tout un système de gestion de dossiers, qui était rétribuée par le médecin traitant dans un cadre comme celui-là. Ce n'est pas le cas chez nous. Je pense qu'en France, ils le font aussi.

De plus en plus.

Moi, ici en Belgique, je suis toujours un peu circonspect par rapport à la pénurie – pléthore – pénurie – pléthore. Je me suis installé en 1984. Y avait pas moins de médecins qu'aujourd'hui mais ils travaillaient plus, et donc il y avait une pléthore médicale. C'est-à-dire que quand un nouveau médecin arrivait, les autres se disaient 'attention, on va faire gaffe'. C'était carrément ça. Maintenant on est dans une situation plus pénurique. Maintenant quand on

voit quand même que les assistants du côté de Bruxelles sont obligés de venir faire des gardes ici pour pouvoir remplir leur quota, je me pose quand même quelques questions et je pense qu'on confond un peu notre situation de pénurie à la situation de pénurie française. C'est-à-dire que je me suis installé à Saint-Hubert en 2015 parce qu'il y avait vraiment un trou à Saint-Hubert. Je suis originaire de Nivelles, j'étais installé avant à Paliseul, je serais bien retourné à Paliseul, mais je savais qu'à Paliseul, il y avait encore pas mal de médecins. Si je devais revenir là, cela allait être un peu compliqué. C'est pour ça que je n'y suis pas retourné.

Je pense que l'assistant de médecine dont vous parlez ne peut exister qu'en fonction d'une certaine pénurie. C'est bête à dire mais c'est comme ça. Si vous regardez le nombre de maisons médicales, elles se sont surtout installées parce qu'une pénurie a permis une certaine collaboration entre médecins. Beaucoup de maisons médicales ont essayé de se regrouper mais les médecins se bouffaient un peu le nez parce qu'ils se prenaient la clientèle l'un de l'autre. C'est tout un autre esprit. Je vois dans la maison médicale chez nous, moi, je suis arrivé avec une clientèle complète. Facilement 30% des patients que j'avais en arrivant sont maintenant chez mes collègues. Ce que je trouve tout à fait normal. D'autres sont arrivés parce que c'est une maison médicale, ça attire aussi. Quand je suis arrivé, il y avait une grosse pénurie. Il y a des médecins qui étaient à 10 – 12 kilomètres de Saint-Hubert, qui venaient soigner des gens ici, mais ils n'ont rien lâché pour autant. Il ne faut pas croire. Pour moi, ce principe peut exister mais, je suis désolé, on a un système qui est pas mal, mais qui fait qu'on a plus de médecins, qu'on a une densité médicale plus élevée que dans pas mal de coins à l'étranger. Je crois que c'est ce qui fait que l'assistant médical ne pourra s'installer que dans un contexte de pénurie. Or, votre génération le sait très bien, vous êtes dans le pic avant le *numerus clausus*.

C'est très bien pour moi. Normalement, j'étais de garde ce soir au poste médical de garde et une de mes collègues de la maison médicale qui donne des cours aux assistants de médecine générale m'a demandé si un assistant bruxellois pouvait venir faire la garde à ma place. Vous pensez bien que je n'ai pas dit non. C'est bien la preuve que je pense qu'on va aller vers un nouveau ressac. Il va y avoir de votre génération un peu plus de médecins. Puis après, ça va à nouveau diminuer.

C'est clair. Merci. Comment me définiriez-vous un examen clinique type en médecine générale ?

Alors, il y a deux sortes d'examens cliniques. Pour moi, l'examen clinique doit rester en fonction de la plainte. On ne fait pas un test neurologique à quelqu'un qui vient prendre sa tension. Moi, un examen clinique type d'un patient qui vient 'euh, bonjour docteur, je viens faire un petit contrôle biologique, mon cholestérol, etc.', je vais prendre la tension, auscultation pulmonaire, carotide, oui, auscultation cardio-pulmonaire. Sauf plainte, je vais plus ou moins me limiter à ça.

Donc, pour vous, c'est un peu le strict minimum en médecine générale.

Oui. C'est l'examen clinique classique que je vais faire. Par contre, il faut bien se dire qu'en médecine générale, la plupart des gens viennent pour une plainte. C'est un peu logique. A ce moment-là, je vais partir dans un sens ou dans l'autre en fonction de la plainte du patient.

Est-ce que vous avez un ordre défini, quasiment systématique, dans votre examen clinique ?

Non, tension, cardio-pulmonaire, carotide. Et puis, c'est tout. J'en reste là la plupart du temps. Maintenant, si on a des patients qu'on ne voit pas très souvent, on va vite élargir – mais pour ça, il faut que le patient se déshabille – on va vite élargir vers les pulsations des membres inférieurs. Maintenant, un jeune de quarante ans qui vient, en pleine santé, un peu sportif, je pense que c'est un peu ridicule d'aller s'amuser à ça. Mais dès qu'il y a une plainte un peu type membres inférieurs, ou un profil un peu fumeur, je vais assez rapidement, mais pas d'office, aller vers les pouls des membres inférieurs parce qu'on a parfois des surprises. Et aussi, dès qu'il y a des plaintes un peu type lipothymie, petits vertiges pas très clairs, etc, je vais m'orienter vers le test neurologique habituel Romberg, Douanay, decosinelli, des histoires comme ça, et éventuellement l'Albyte aussi, la manœuvre à la recherche du vertige rotatoire, qu'on trouve rarement quand on n'est pas en urgence.

Et qui est plus facile à faire.

C'est vrai que les vertiges rotatoires ... moi je travaillais chez SOS Médecins à Genève, on était souvent appelé pour des gens qui avaient des vertiges rotatoires et c'était très intéressant parce qu'on tombait dessus. Ici, c'est beaucoup moins fréquent parce que les gens, quand ils ont eu un vertige rotatoire la veille, ils viennent le lendemain. Le lendemain, ils ont quasiment déjà guéri de leur vertige rotatoire. Malgré l'anamnèse, on le voit moins parce que le fait d'avoir fait un gros vertige a déjà quasiment guéri le lendemain.

Alors, quelle est la part de consultations, s'il y en a une, où vous ne procédez pas à un examen clinique lors d'une rencontre avec un patient à votre cabinet ?

Alors, euh, tout ce qui est psy, ça représente déjà pas mal. J'ai des suivis de patients alcooliques, que je vois parfois tous les quinze jours. J'en ai quelques-uns comme ça, c'est vraiment un suivi, pas vraiment psychothérapeutique, mais plutôt d'encouragement par rapport à cette problématique. Sauf plainte, sauf si dans la discussion il va émettre une plainte, je ne vais a priori pas réaliser d'examen clinique. Je n'aime pas l'idée, honnêtement, de la prise de tension systématique.

Si j'ai une tension par an chez un patient, je ne vois pas pourquoi je m'amuserais à la prendre tous les mois, chez un alcoolique par exemple. Maintenant si je vois dans son dossier qu'il prend un hypertenseur, je la prendrai mais, si je le vois tous les 15 jours, je ne la prendrai pas tous les 15 jours. Je ne suis pas systématique dans l'examen clinique. Notamment la tension, et tout ça, je n'aime pas du tout le côté ... notamment, la prise de tension, c'est un geste un peu magique. C'est-à-dire que quand on a un patient, on prend sa tension, il a un peu trop et il va à ce moment-là de lui-même associer tous les symptômes qu'il a à ce fameux chiffre de tension, ce qui est complètement faux. Je vois un peu trop, et c'est marrant parce que c'est un peu dépendant du médecin. C'est-à-dire qu'on voit des patients (j'avais ce souvenir-là plus sur Paliseul, mais enfin bon), qui associent tout à leur tension. Je me lève le matin, je ne suis pas bien, j'ai 15 de tension, c'est à cause de ça. Et alors, ils vont prendre un demi comprimé en plus de leur traitement hypertenseur habituel, et un tas de trucs comme ça. Ça, j'aime bien raisonner les gens : la tension, ce n'est pas une chaudière qui va exploser à 20. Il faut faire très attention.

Alors, l'examen clinique est très important mais il ne faut pas qu'il déroute la consultation. Ce que je dis est un peu particulier mais on pourrait le voir par exemple par rapport à un patient déprimé, fatigué. Je prends la tension. La tension est bonne, l'examen est bon. Je dis 'non, vous savez, votre examen est bon. Vous êtes un peu fatigué. Prenez des vitamines'. En fait, j'ai détourné la vraie raison de la venue du patient par un examen clinique. Et en plus maintenant avec le Covid, on a la blouse blanche, donc vous imaginez. L'examen clinique me permet d'embarquer l'affaire sans trop de soucis. On est là presque aux effets négatifs de l'examen clinique. C'est peut-être un peu particulier ce que je dis là, mais je pense qu'il faut faire attention à ça, parfois aussi. Maintenant, il ne faut pas non plus dire que l'examen

clinique est une connerie, pas du tout, mais il faut faire attention à ce que l'examen clinique ne devienne pas, notamment dans tout ce qui est psy, une manière de dérouter le vrai problème, si vous voulez. Je ne sais pas si vous comprenez un peu mon raisonnement.

Si, si, c'est intéressant.

Donc, la part de l'examen clinique peut être, pour moi, relativement variée. Je n'aime pas, enfin, je ne pratique pas une espèce d'examen clinique systématique. On pourrait imaginer que dès qu'un patient vient, même s'il vient la première fois, on fasse tension, cardio, toutes les pulsations, la palpation abdominale, la recherche du reflux hépato-jugulaire, les réflexes ostéo-tendineux, pourquoi pas ... je ne suis pas trop pour.

Autre question : parfois l'examen clinique n'est pas vraiment nécessaire pour déterminer le diagnostic. Parfois, on entend le patient, on est déjà quasiment sûr de notre diagnostic mais on va quand même examiner. Alors, pourquoi allez-vous le faire, pourquoi allez-vous examiner si vous êtes déjà sûr du diagnostic au départ ? Est-ce que pour vous il y a une autre valeur que la valeur de diagnostic ?

Pour moi, il y a deux raisons. Quand un patient vient avec une plainte, pour moi, l'anamnèse représente 80% des diagnostics. Comme vous le dites très bien, quand j'ai un patient qui vient avec une plainte d'angine par exemple, si je l'interroge bien, je suis sûr que c'est une angine. Une infection urinaire, je suis sûr que c'est une infection urinaire. Maintenant, l'examen clinique sera fait d'office. Je vais quand même regarder sa gorge, il faut être un peu logique. Pour deux raisons : parce que dans quelques cas, on se trompe. Un type qui a mal en avalant, on peut tomber sur un problème d'oreille, par irradiation, des choses comme ça, pourquoi pas ? C'est tout à fait possible. Donc, il y a un pourcentage d'erreur qui est de 5 à 10%. Et la deuxième raison, c'est qu'il y a un aspect, est-ce que c'est magique ou psychologique, c'est peut-être un peu les deux ! Ce n'est pas logique de traiter une angine sans regarder dans la gorge. Et le patient lui-même va trouver qu'on a vite embarqué. Déjà, une consultation pour une angine, ça s'embarque vite, même en l'examinant. Si en plus on ne l'examine même pas, c'est un petit peu ridicule. Et je pense aussi que l'anamnèse a sa marge d'erreur, comme l'examen clinique a sa marge d'erreur aussi, évidemment. Mais, dès qu'il y a une plainte organique (je ne parle pas de la plainte psy, la personne qui arrive chez moi en pleurant parce que ça ne va pas au boulot, etc, etc. ; en l'écoutant, s'il n'y a aucune plainte organique, c'est

logique que je ne l'examine pas) du genre 'j'ai mal au ventre', on peut mettre la main sur son ventre, même si on sait bien qu'on ne va rien trouver, pour lui confirmer qu'il n'y a rien. L'examen clinique peut aussi servir à confirmer au patient qu'on ne voit rien.

Je me souviens d'un patient quand j'étais à Paliseul, il avait une phobie du cancer de la gorge, et il venait chez moi. Il m'expliquait sa plainte que je connaissais par cœur, que je faisais semblant d'entendre plus ou moins pour la première fois, et puis je l'examinais attentivement et je disais 'non, je ne vois rien'. Et il sortait rassuré. C'est sa femme qui me le disait après. En fonction de son stress, il venait tous les quinze jours. Parfois, il parvenait à rester sans venir pendant un mois et demi, mais chaque fois, c'était le même rituel. L'explication d'une plainte que je connaissais par cœur, je l'interrogeais, je notais, et puis je l'examinais, je palpais bien et je disais 'non, je ne vois rien'. L'examen clinique a quand même parfois ... comme vous dites, à l'anamnèse, on a à peu près 80% de certitude et il peut y avoir comme intérêt à ce moment-là, même parfois, d'être certain à 100% et pas à 90%. Il s'agit aussi de rassurer le patient dans des plaintes dont on sait très bien qu'il n'y a rien, que l'examen clinique ne va rien montrer, mais on pourra lui dire 'je ne vois rien'.

Ça, c'est quand même important parce que quand on fait une consultation, je ne sais pas comment je pourrais dire ça, on doit à la fois bien faire son travail (quand on fait sa consultation, il faut que l'on n'aille rien à se reprocher) et on doit aussi convaincre le patient. Si je vends une voiture, je sais qu'elle est très bonne, mais je dois convaincre le gars qui me l'achète qu'elle est bonne. La consultation, c'est un peu ça, on doit convaincre le patient aussi que c'est bien une angine qu'il a, ou qu'il n'y a rien du tout. On ne le convaincra pas toujours, mais on doit essayer, et il arrive parfois, en fin de consultation, ça m'arrive régulièrement de me rendre compte que le patient n'a pas totalement adhéré à ce que j'ai dit. Je me dis 'ben, cette consultation ne s'est pas bien passée. Il y a quelque chose qui n'est pas passé, il y a un message qui n'est pas passé.' Je sens bien que le patient est réticent. Alors, je sais très bien que j'ai raison, mais le fait qu'il va ensuite aller voir un autre médecin, qui va faire une radio par exemple, je peux bien me dire que, tiens, ma consultation n'a pas amené à ce qu'il me croit. Vous voyez ce que je veux dire ?

Un exemple assez classique qu'on a, ce sont notamment les étrangers. On a comme partout de plus en plus de réfugiés. Or, ils viennent de pays dans lesquels, 'je tousse, je prends un antibiotique'. C'est classique, ils veulent un antibiotique, parce que dans leur pays, quand ils toussaient, ils prenaient un antibiotique et ils guérissaient. Quand ils avaient de la fièvre, ils

prenaient un antibiotique, et ils guérissaient, grâce à l'antibiotique. Donc, quand ils viennent chez nous pour la première fois, moi ça m'est déjà arrivé au début de leur prescrire de la pénicilline. Et ce n'est que quand on apprend à les connaître qu'on leur dit 'vous n'allez pas prendre d'antibiotique, mais vous pouvez m'appeler tous les jours', et ils vous appellent tous les jours parce que le gamin a toujours de la fièvre. D'abord, vous les interrogez, parfois avec le problème de la langue, d'abord vous les avez examinés complètement. Il faut parfois les examiner plus que d'autres, mettre la main sur le ventre, chercher la méningite, etc. Et progressivement, on doit leur apprendre qu'un enfant peut faire de la fièvre sans nécessairement prendre d'antibiotiques, et souvent ils adhèrent. Quand j'avais mon cabinet médical à Kigali, je m'occupais surtout de la communauté expatriée, c'était une problématique que j'avais rencontrée avec les Russes, par exemple, qui étaient dans ce même principe. Finalement, après trois ou quatre ans, y en a même un qui m'a dit 'je ne veux pas d'antibiotiques'. C'était intéressant. Alors, là, l'examen clinique peut avoir le rôle de convaincre son patient de tout ce qu'on a fait pendant la consultation : 'oui, vous avez une angine, vous allez prendre des antibiotiques', ou 'vous avez une infection urinaire' (en mettant la main sur le rein pour s'assurer qu'il n'y a pas de point rénal et en prenant la température pour s'assurer qu'il n'y a pas de température. Je vais alors expliquer qu'il ne s'agit que d'une cystite, qui ne nécessite qu'un antibiotique de court terme.

Merci. Alors, il existe aussi des situations où l'examen clinique et le pouvoir diagnostique de l'examen clinique étaient assez réduits par rapport à un examen complémentaire. Est-ce qu'il vous arrive de limiter l'examen clinique et de le remplacer par un examen complémentaire ? Donc, j'entends par là une prise de sang, une imagerie.

A priori, quand je veux aller jusqu'à un examen complémentaire, je ne vais pas délaissier l'examen clinique, d'abord parce que mon examen complémentaire, je vais le baser sur mon examen clinique. Maintenant, ce qui est vrai, c'est que depuis 5 ans, depuis que j'ai recommencé une pratique médicale en Belgique, je suis quand même surpris de voir ... enfin, j'ai dû monter dans le train en marche concernant l'examen complémentaire. Notamment la biologie, c'est-à-dire la recherche d'inflammations, des choses comme ça. Avant quand j'avais un patient avec de la fièvre mais une auscultation pulmonaire normale, mais avec, en fonction de différents critères amnestiques et cliniques, une petite suspicion de pneumonie par exemple, je pouvais mettre le patient sous antibiotiques dans le cadre de ce qu'on appelle le

pari thérapeutique. Eh bien, aujourd'hui, je lui ferai une prise de sang en disant qu'il faut que je vois s'il a un CRP élevé, des choses comme ça. Maintenant, on a le labo qui passe à 13 heures, puis à 18 heures. Ce n'était pas le cas avant. Avant, il ne passait que le matin. Je me rends compte ... euh ... en revenant de ce que j'avais quitté en 2009, après les boulots que je faisais avant comme SOS Médecins ou la médecine d'urgence tout simplement, ou même en Afrique où il n'y a pas beaucoup d'examens cliniques possibles (en plus, ils sont tellement mal réalisés, qu'on ne fait pas confiance) ... je suis revenu au bout de neuf ans et je me suis rendu compte que je prescris plus aujourd'hui d'examens complémentaires qu'il y a quinze ans, ça, c'est sûr.

Je vois quand même ce que font les autres, je suis un peu ce que fait tout le monde, je m'adapte, et voilà, j'en fais plus. Ça donne aussi plus de sûreté. Quand vous avez un patient qui a de la fièvre, vous avez un petit doute, vous lui faites quand même une biologie. Le lendemain, il vous retéléphone, vous lui dites que son CRP est tout à fait normal, on est tout à fait à l'aise pour dire qu'il n'y a pas de problème. Au début, je ne le faisais pas parce que ça me paraissait un peu excessif. Maintenant, je me rends compte que ça devient une habitude. Quand vous avez un patient qui arrive aux urgences, d'office il a sa prise de sang. Donc, ça met un peu plus à l'aise. Mais l'examen clinique, quand on en arrive à se dire qu'on va faire une prise de sang pour un patient, pour une plainte d'un patient, il y aura de toute façon quand même un examen clinique. L'examen clinique se fera toujours dans ce cas-là.

Alors, que pensez-vous de la possibilité de déléguer certaines tâches, et donc l'examen clinique, par exemple, à un assistant de pratique ?

Très honnêtement, je n'ai aucune expérience de déléguer mes tâches à un assistant de pratique. Maintenant c'est vrai qu'il y a des tas de paramètres, qui sont des paramètres comme la tension, la saturation, la fréquence cardiaque, qui sont des paramètres dans lesquels l'assistant de pratique pourrait très bien le faire. Maintenant, un assistant de pratique qui me dirait que l'auscultation pulmonaire est bonne, je me méfierais quand même, et aussi les palpations abdominales. Par exemple, les palpations abdominales, quand on a des douleurs avec des suspicions d'appendicite, là, je n'aurais jamais confiance en un assistant de pratique. On le voit quand on travaille avec les infirmières dans les homes, on fait un peu ça. Et à partir du moment où on nous dit qu'un tel ne va pas bien mais que tous ses paramètres sont bons, ça nous met plus à l'aise par rapport à la rapidité avec laquelle on va intervenir. Une vieille

dame dont le petit fils téléphone, affolé, en disant 'docteur, il faut venir tout de suite parce qu'elle ne va pas bien', c'est sûr que s'il y avait une infirmière à côté qui pouvait nous donner une série de paramètres, on serait nettement plus à l'aise.

Donc, dans ce cadre-là, ça pourrait de fait se déléguer. Je pense que l'assistant de pratique peut être une bonne idée à partir du moment où l'assistant de pratique lui-même est formé.

Jusqu'à présent, on ne peut pas dire que les infirmières sont formées à ça. Elles le font un peu, mais c'est souvent un peu foireux parce qu'on arrive à deux de saturation, et ils téléphonent. On pourrait les former avec des critères.

En fait, si vous prenez par exemple l'Afrique, en Afrique, les médecins sont tous au chômage. Pourquoi ? D'abord parce que le système de sécurité sociale n'existe pas. Ici, on est tous débordés mais, demain, vous fermez la sécurité sociale, les gens paient cash, la mortalité va augmenter de 1 ou 2 % peut-être, mais nous on est tous dans la misère. Tous, hein. Il faut être logique aussi.

J'ai travaillé à Djibouti et j'ai rencontré un dermatologue. Djibouti est un pays qui fait un million d'habitants. Moi, j'ai rencontré un dermatologue à Djibouti, qui était le seul dermatologue de Djibouti et qui faisait la médecine générale pour boucler ses fins de mois. Hein, on se comprend quand même. On a un système de sécurité sociale qui fait que pour ne pas louper 1% de nos diagnostics, on dépense 60% des frais. Maintenant, c'est ça qui est bien aussi. Il faut dire les choses comme elles sont.

Mais en Afrique, les infirmiers sont des soignants. Donc, il ne s'occupe pas de laver le malade. Ça, c'est la famille qui le fait. Il ne s'occupe pas de donner à manger. Ça, c'est la famille qui fait. Mais il s'occupe de faire du diagnostic et du traitement. Toute sa formation d'infirmier, ses cours, c'est diagnostic – traitement. Donc, on leur apprend à faire la différence entre une pneumonie et une bronchite, toutes sortes de choses comme ça. Et ils travaillent sur des schémas, des arbres décisionnels en gros. On pourrait, pour des assistants de pratique, fonctionner également comme ça. Je prends la tension, je fais la saturation, et puis en fonction de ça, je me dis que je peux éliminer une pneumonie, je peux éliminer ci, je peux éliminer ça. Si on créait un système d'assistants de pratique, on pourrait d'ailleurs en partie se baser sur les cours d'infirmiers dans les pays en voie de développement parce que, eux font comme ça. Ils ne réfèrent au médecin que quand il y a un souci. C'est pour ça que le médecin est souvent assez relax parce que, sur 150 personnes qui se présentent à l'hôpital pour une consultation, il va en voir 10.

Si on veut développer ça, il ne faut pas repartir à zéro, mais il faut au moins que tout infirmier qui devient assistant de pratique ait une année de formation dans ce genre de choses. Sinon, on va s'embrouiller les pinceaux. Ils vont téléphoner, affolés, pour tout et pour rien.

Reste à voir si on en a vraiment besoin, c'est toute la question.

Donc, ils pourraient faire un examen clinique mais il est sûr que, dans l'examen clinique, il y a des choses qui sont un peu plus subjectives, comme une palpation abdominale. Ce n'est pas toujours simple, l'abdomen aigu, j'ai déjà eu des cas douteux. Donc, la palpation abdominale, l'auscultation pulmonaire, ce n'est pas simple non plus. Et tout le reste, bien sûr, est possible.

Ici, on parlait de l'assistant de pratique. Maintenant, on va parler un peu plus de technologie. Avec un peu d'imagination, et peut-être que ce sera plutôt pour le siècle prochain, le patient rentre dans une machine, avant de rentrer dans notre cabinet. La machine fait un examen clinique minutieux complet. Quels en sont les avantages et les inconvénients ?

Quelque part, il faut être logique aussi. Si j'ai un patient qui vient à ma consultation, qui exprime ses plaintes, j'ai à côté de moi toutes les machines qui attendent, elles sont là, il n'y a pas de souci. Les machines attendent, avec un résultat rapide. Il serait logique qu'on n'ait plus besoin d'examen clinique.

Le type, il vient à ma consultation, et puis, après l'anamnèse, je prescris (en comptant que la tension, c'est déjà de la technologie), la tension, un ECG. Il a une douleur abdominale, je prescris une échographie. Tout ça est disponible tout de suite. Il m'exprime qu'il a des douleurs dans les jambes quand il marche. Je fais un doppler. D'ailleurs, il me semble que c'est un peu ce qui commence à se faire dans les cliniques quand j'entends les patients. Et puis, il revient, son doppler est négatif, donc il n'y a pas de problème au niveau des membres inférieurs. Son ECG montre une extrasystole, je suis content. Par contre, son échographie montre une petite suspicion d'inflammation au niveau abdominal, au niveau de la faucillette gauche. Si je mets ma main sur cette faucillette gauche, bon ... Au départ, j'ai fait une anamnèse complète, il me dit qu'il fait des gaz normaux. L'examen clinique pourrait être réduit à peau de chagrin. Une palpation abdominale, la question n'est pas de savoir s'il a une diverticulite, la question est de savoir si je vais l'envoyer aux urgences. Je vais dire oui, je vais dire non. En sachant que je ne peux pas prendre de risques. L'échographie, si elle montre quelque chose ... Je pense que ça pourrait se faire, d'ailleurs, voilà, mais bon, c'est un peu

ridicule et j'espère qu'on n'en aura jamais les moyens. L'examen clinique restera quand même une étape.

Moi quand j'ai fait mes stages en 1981, j'ai vu des chirurgiens ouvrir des ventres suite à un examen clinique. Y avait pas de scanner, y avait l'abdomen à blanc. Les échographies commençaient à peine. J'ai vu des chirurgiens ouvrir des ventres après un examen clinique et, en ouvrant le ventre, se dire qu'ils n'auraient pas dû l'ouvrir, le refermer et on est content.

Maintenant, heureusement, l'examen clinique ne sert plus à ça, mais il est une étape vers autre-chose. C'est pour ça qu'en médecine générale, certains médecins ont des dopplers et c'est vrai qu'avec leur doppler, ils ne cherchent même pas le pouls avec les doigts. Je peux le comprendre puisqu'ils ont l'appareil.

On est en train de développer maintenant toute la technologie de l'échographie en médecine générale. Depuis que l'échographie ne sert plus à rien aux radiologues, plus à grand-chose en tout cas, on est en train de développer ça, pour qu'au moins ça serve encore. Avec des protocoles bien faits, pourquoi pas ?

Donc, s'il y avait une machine qui faisait tout, probablement qu'il resterait encore un ou deux trucs qui me permettraient de dire, euh ... si vous prenez l'examen pulmonaire, d'ailleurs j'ai encore connu ça quand j'étais gamin, j'allais chez un pédiatre et il faisait des radioscopies. Donc, on allait dans son cabinet, on se mettait comme ça, 'respirez fort, expirez', et il faisait une radioscopie. Je pense qu'il auscultait, je ne m'en souviens pas, mais c'est vrai que si j'avais une radio (mais il y a quand le problème de l'irradiation), mais si j'ai un patient qui tousse un peu, il a mal à la gorge, il tousse un peu, je lui fais un thorax, son thorax est normal ... mais évidemment s'il fait un cancer trente ans plus tard, je pourrai peut-être me poser des questions ... c'est le cas de l'IRM aussi, qui devient considérée comme sans risques. L'IRM, l'échographie, on peut en faire tant qu'on veut. Donc, pourquoi pas ?

On va parler un peu de la crise Covid. Elle nous a forcés à consulter à distance, à parfois moins voir nos patients. Est-ce que pendant cette période, vous avez rencontré des situations où l'absence d'examen clinique vous a manqué ?

Très honnêtement, pendant la crise Covid ... comme on a dit, l'anamnèse est très importante, et donc je n'ai pas été très embêté avec ça. Quand on s'est retrouvé avec des patients Covid, moi, j'y ai été. J'ai mis une chemise, même sans grand matériel au début. On y a été quand même, même si on avait un peu la peur au ventre. La deuxième phase, on était nettement

plus à l'aise. Moi, j'ai été voir mes patients Covid. J'ai eu deux-trois Covid à domicile. J'ai eu beaucoup de Covid par téléphone où c'était très bien. Ça ne servait à rien d'aller plus loin puisque dans beaucoup de Covid les symptômes sont quand même relativement légers mais j'ai quand même eu quelques Covid où les gens n'étaient pas très bien. Et je considérais que dans ces cas-là, il y a une nécessité d'examen clinique, ne serait-ce que les pulsations, la tension, la saturation, l'auscultation pulmonaire quand même. Et puis ne fût-ce que voir le patient, voir comment il bouge, ... Et Covid ou pas, un peu équipé, j'y ai été.

Maintenant, j'ai eu un ami à Bruxelles qui s'est chopé un sale Covid, et son médecin lui a dit 'tu as trop de fièvre, va aux urgences'. Moi je n'accepte pas ça. J'ai envoyé un patient aux urgences, qui est mort d'ailleurs du Covid, pendant la première phase, mais j'ai été le voir.

Je n'aime pas l'idée d'envoyer aux urgences un patient ... euh ... je peux admettre un patient qui me dirait 'Docteur, j'ai une douleur de poitrine épouvantable qui monte vers la gorge, ça me serre très fort', je pourrais avoir cette logique qui consiste à dire : il en plein infarctus, il faut gagner des minutes. Là, oui, mais envoyer un patient aux urgences par téléphone, là, non. J'ai un patient Covid que j'ai envoyé aux urgences et qui est mort, tout au début. Par contre, j'en ai un deuxième que j'ai envoyé à l'hôpital et qui s'en est bien sorti. Je l'ai envoyé en hospitalisation en téléphonant aux urgences et en disant 'écoutez, il a un pouls autant, il a une tension autant, il a une saturation autant, il est en train de se dégrader, je vous l'envoie'. Donc, pour moi, le fait de ne pas avoir fait d'examen clinique pendant la crise Covid n'a pas été un inconvénient parce que quand j'ai estimé que c'était nécessaire, je l'ai fait. Maintenant, quand j'ai un patient qui vient chez moi avec un rhume, un gros rhume, qui est un peu frissonnant et qui a 37.2° et il vient avec son gros rhume, dont je sais très bien que c'est un bête rhume, j'ai un arrêt de travail que je vais de toute façon faire, je vais l'examiner aussi ... mais je dois reconnaître que ça, je peux très bien le faire par téléphone et ce n'est pas un frein. Pour moi, il n'y a rien de mal fait.

Comme je vous l'expliquais, l'examen clinique il faut le faire, et je le fais de toute façon, il se fait de manière un peu systématique, mais il faut reconnaître qu'avoir traité ça sans examen clinique n'était pas vraiment un problème.

Et vous traitez plus par téléphone depuis qu'il y a le nouveau code de prestations, depuis le Covid, le fameux 101135 ?

L'avantage de fonctionner en maison médicale, si vous voulez, c'est que les gens téléphonent pour prendre un rendez-vous auprès du secrétariat, et le secrétariat va leur demander, même pour un mal de dos, s'ils ont des symptômes du Covid, mal de gorge, toux, fièvre, etc.. Et donc, à ce moment-là, ils le mettent dans notre agenda avec un petit point d'exclamation. Ce qui fait que nous, on leur téléphone. Globalement, si je considère qu'il y a un risque Covid, je vais leur faire ... en plus de ça, tous les jours à quatre heures, on est cinq, et un parmi nous fait du testing dans une petite cabane en bois juste à côté de l'entrée de la maison médicale. Et donc, quand j'ai un cas de soupçon, à ce moment-là, je vais lui demander d'aller au testing. Je ne vais pas l'examiner parce que ce n'est pas logique de le faire entrer dans ma salle d'attente. Si les symptômes sont légers, je vais le tester comme ça, et la plupart du temps, c'est le cas. Si parfois les symptômes sont plus forts, je peux les faire venir en fin de consultation, le soir, parce que je travaille un peu plus tard le soir, et il y a moins de monde le soir. Il n'y a plus personne au secrétariat, et c'est mieux, parce que ça les stresse beaucoup. Je les fais venir en fin de consultation et je peux tester moi-même dans mon cabinet, en ouvrant les fenêtres et en faisant attention.

Si on se trouve devant une personne jeune, je prescris le test, on fait les papiers d'arrêt de travail, là je fais le 1013590, je crois, et une fois que j'ai fait ça, je dis bon, c'est probablement un bête rhume, je donne un petit sirop, du paracétamol, et je dis que quand il recevra les résultats du test, s'il est négatif bon 'moi je vous ai mis deux jours, vous pouvez retravailler après si tout va bien. Par contre, s'il est positif, vous me rappelez, ça c'est autre chose. Mais s'il est négatif, vous faites comme ça. Et si ça ne va pas, vous reprenez rendez-vous à la consultation et vous revenez à la consultation le lendemain ou le surlendemain. Et quand on vous posera des questions, vous dites que vous avez fait un test et qu'il est négatif. On gère ça un peu comme ça, mais ça veut dire que si le gars a un bon rhume, on lui fait un test, ici on a les résultats en moins de 24 heures, il a son résultat négatif, le lundi, il va mieux et il va retravailler. Les gens vont peut-être comprendre maintenant qu'ils n'ont pas besoin de nous voir systématiquement.

Parfait, merci. Alors, c'est le dernier thème. Est-ce qu'il vous arrive d'inviter le patient à se déshabiller afin de l'examiner et est-ce que vous êtes à l'aise avec cette demande ?

Alors, je suis un homme, je n'ai pas trop de problèmes avec les hommes. S'il y a un type qui a mal aux testicules, en toute logique, il va me les montrer. Par rapport aux femmes, ça n'a pas

toujours été très très clair. Depuis que je suis rentré, je pense que j'ai trouvé une position correcte. Quand je dois ausculter des bronches, des choses comme ça, je ne vais pas demander à une femme de se mettre en torse nu, en soutien-gorge, je ne vais pas faire des salamalecs comme ça. Je dis qu'on va ausculter, qu'on va remonter tout ce qui est au-dessus. Une sciatique, ou des problèmes aux jambes pour lesquels il va falloir retirer son pantalon, là-aussi, je vais demander de retirer le pantalon parce que je dois voir. Je le dis comme ça et la femme le fait sans souci.

Par contre, dès qu'il faut que la personne de sexe féminin retire son slip, à ce moment-là, je vais toujours ... bon, j'ai eu le cas récemment avec une femme qui avait des symptômes urinaires qui n'en n'étaient pas, qui avait une douleur uniquement en urinant mais qui n'avait pas envie d'uriner très souvent. La tigelette urinaire n'était pas très claire. On voit souvent des petites ulcérations, des choses comme ça, donc je lui dis tout de suite 'est-ce que ça vous dérange si je vous fais un examen gynécologique ? Mais je peux m'en sortir sans'. Vous comprenez ? Donc, moi en tant qu'homme, je le dis comme ça. Je l'évite si possible. Ça ne rentre pas dans un examen systématique.

Une jeune femme qui vient pour la première fois, je vais lui prendre la tension, mais je ne vais pas faire un examen gynécologique. Je ne suis pas gynécologue. Si je lui prescris la pilule, je lui dis qu'il va falloir une fois faire un frottis du col, mais j'ai la chance que toutes mes collègues soient des femmes, donc je dis 'si vous voulez, vous pouvez aller chez une de mes collègues, tous nos dossiers sont partagés'. Je pense qu'avec la nouvelle génération ... moi, j'ai connu la génération de l'âge de ma mère qui n'allait même pas chez une gynécologue femme parce qu'elles se sentaient plus à l'aise avec un homme. Elles se sentaient presque plus mal à l'aise nues devant une femme que devant un homme. C'était surtout une question d'habitude. Et puis, quand on va chez un gynécologue, par définition, on se déshabille. Une femme qui va chez un gynécologue qui lui demande de se déshabiller, elle ne va pas se dire 'ouh là là ...'.

En tant qu'homme médecin généraliste, et encore plus aujourd'hui où il y a beaucoup de femmes qui pratiquent, je demande avant, je ne dis jamais 'écoutez, faudrait quand même que je vois, je vais vous faire un toucher vaginal, déshabillez-vous'. Ça, je ne le fais jamais. On peut avoir le cas, par exemple, de femmes qui ont des douleurs abdominales basses, un peu douteuses, on voudrait faire un toucher vaginal, ce qui est tout à fait logique, ou même une suspicion d'hémorroïdes, chez l'homme, je serai plus à l'aise pour lui demander de se déshabiller. Chez une femme, dès que je touche cette zone-là et qu'il y a l'obligation de retirer

sa culotte, je vais toujours demander 'est-ce que ça vous dérange si ...'. Comme ça je lui donne la possibilité de dire que ça la dérange. Alors je dis que ce n'est pas grave, vous allez prendre ceci, et si ça ne va pas, vous reviendrez. Je crois qu'il faut faire attention. Enfin, je n'ai jamais eu de problème en 35 ans de pratique, mais on voit parfois dans la presse des médecins qui n'ont pas toujours été ...

Dans la région ici, par exemple, on a un médecin qui s'est fait accuser par d'attouchements, des choses comme ça. Je pense que le gars n'était pas blanc comme neige. Maintenant, il doit avoir 65 – 70 ans. Il a été au tribunal. En première instance, il s'est fait condamner. En appel, il a été acquitté. Je pense qu'il n'était pas droit dans ses bottes non plus mais ça a créé une polémique ici dans la région. Je pense que ses enfants n'en souffriront pas, mais bon ...

En proposant aux femmes, elles peuvent toujours dit que ça les embête un peu. Et à ce moment-là, on peut tout de suite ... et quand on fait cet examen, il faut être très rapide, ne pas papoter pendant des heures. Voilà, on fait son examen, on attend que la dame se rhabille et ...voilà, en faisant ça, je n'ai jamais eu de soucis.