

BULLETIN

Société des médecins Experts du Québec

2, Complexe Desjardins
Tour de l'Est, porte 3000
Montréal (Québec)
H5B 1G8
Tél : (514) 350-5149
Fax : (514) 350-5066
Courriel : smeq@fmsq.org

Volume 22, numéro 1

SE DÉVÊTIR POUR L'EXAMEN PHYSIQUE DEMANDE LÉGITIME OU REQUÊTE DÉPASSÉE...?

POINT DE VUE DU

Dr Jacques Étienne Des Marchais,
chirurgien orthopédiste et membre de la SMEQ

La médecine évolue à la fois comme science et art, en se modifiant régulièrement sous l'effet des nouvelles connaissances et technologies. Les attentes sociales modèlent aussi la façon dont les médecins exercent leur art. L'intégration des sciences du comportement a largement modifié, au cours du dernier quart de siècle, les relations médecin-patient. L'attitude autoritaire de la plupart des cliniciens des années '50 devient une « denrée rare » d'ailleurs difficilement acceptable par le consommateur-client des années 2004.

Comment doit-on alors interpréter aujourd'hui les diverses réactions de nombreux patients qui questionnent, voire même contestent notre exigence, à titre de médecin-évaluateur, de leur demander de se dévêtir pour procéder à l'examen physique ? Cette réaction nouvelle, que j'ai rencontrée à plusieurs reprises au cours des toutes récentes années, et qui semble devenir plus fréquente, m'entraîne à partager une série de réflexions et interrogations sur ce nouvel enjeu.

► *Une médecine contemporaine trop rapide ou négligente ?*

Je m'attarde maintenant à questionner les patients sur la façon dont ils ont été examinés lors d'examens préalables. J'ai ainsi recueilli plusieurs observations pertinentes, dont voici quelques exemples :

- pour un problème de genou, on ne relève que le pantalon et que du côté affecté;
- pour son problème de lombalgie, un patient me confiait que l'orthopédiste expert n'avait pas demandé à ce qu'il retire son pantalon; réflexes, sensibilité et circonférences des jambes avaient été contrôlés par-dessus l'habillement;
- pour un examen destiné à l'obtention d'un visa, un spécialiste procède à l'auscultation des poumons par-dessus la chemise de l'examiné;
- vu en clinique sans rendez-vous, un patient essoufflé et toussant est ausculté, chemise relevée.

Le pantalon du patient cachait un œdème de stase d'un syndrome de défaillance cardiaque qui a d'ailleurs emporté le malade quelques semaines plus tard.

En questionnant les examinés, on peut multiplier de telles observations. Doit-on les attribuer à une nouvelle façon de pratiquer une médecine toujours plus rapide ou à une attitude de négligence ? Assiste-t-on à une détérioration de nos standards de pratique ? À de telles questions, les réponses varient sûrement en fonction des contextes spécifiques de pratique.

➤ **Un enseignement traditionnel périmé ?**

La génération des médecins seniors fut formée à examiner les patients déshabillés. L'observation indirecte lors du processus d'enlever et de remettre ses vêtements apporte au médecin-examineur des éléments critiques qui lui permettent d'interpréter les spécificités de son propre examen physique. Les médecins seniors ont appris à l'université, et l'ont théoriquement transmis aux plus jeunes générations, *la règle d'or de n'examiner que ce que l'on voit bien*. Comme jeune chirurgien, j'ai aussi appris qu'on ne « coupait uniquement que ce que l'on voyait nettement ».

D'aucuns pourraient croire que les enseignements traditionnels sont maintenant périmés et que de nouvelles normes s'installent en devenant les nouveaux standards de pratique... Aujourd'hui, l'œil se déplace parfois au bout de l'arthroscope. Les innovations de la technologie contemporaine continueront aussi de modifier nos pratiques...

Pourtant, d'autres générations de médecins plus jeunes exercent différemment la médecine. Ainsi, j'ai été surpris de constater que nombreux sont les bureaux privés qui n'ont pas de rideaux pour permettre aux patients de se dévêtir « en toute intimité ». Sous-louer des bureaux de consultation permet de constater ces conditions de pratique. Les jaquettes (même les jetables en papier), sont devenues, semble-t-il, rarissimes.

Je n'ai pas procédé à un inventaire exhaustif de ces conditions.

Malgré que mes observations préliminaires sont peut-être « biaisées » par un effet de sélection, cette nouvelle manière

d'examiner les patients « non déshabillés » m'apparaît trop répandue pour n'être qu'un effet du hasard...

➤ **« Déshabillez-vous », une nouvelle problématique ?**

Le Collège des médecins recommande que les consultations médicales soient effectuées dans des conditions adéquates. Ces exigences sont encore plus grandes lorsqu'il s'agit du domaine de l'évaluation médico-légale. À leur grande surprise, des médecins experts ont reçu des plaintes de patients parce que des jaquettes n'étaient pas disponibles... ou qu'un espace intime pour se dévêtir n'existait pas. Ces exigences traditionnelles demeurent. D'ailleurs, des patients insatisfaits les utilisent dans leurs récriminations.

Pourtant, ces réactions sont en contradiction par rapport à la problématique du déshabillage. J'ai commencé à examiner des patients comme étudiant en deuxième année de médecine en faisant des histoires de cas dans un hôpital non universitaire. Notre génération s'offrait ainsi une immersion clinique précoce manquante à la formation des années '60. « *Déshabillez-vous monsieur..., déshabillez-vous madame...* », n'a jamais créé aucune réaction, aucune remarque, aucune interrogation de la part des patients. Pourtant, aujourd'hui, cette demande crée des réactions fort différentes au point où l'examineur se retrouve parfois confronté à en justifier la demande.

Conclusion

J'en arrive à penser que plusieurs patients ne s'attendent pas à devoir se déshabiller lorsqu'ils se soumettent à un examen d'évaluation médico-légale. D'ailleurs, cette perception entraîne toutes sortes de situations cocasses :

- cette patiente lombalgique qui dit : « Je n'ai pas mis de petite culotte docteur; je ne m'attendais pas à être examinée! »
- le patient à qui on demande d'enlever son pantalon; il hésite, se montre embarrassé, pour finalement avouer : « Docteur, il y a un problème, je n'ai pas de « boxer »! »

En conclusion, je soumets que notre Société fait face à une nouvelle problématique

puisque, à titre de médecin expert, il nous faut maintenant défendre, sinon justifier la demande de se dévêtir pour l'examen physique. Notre Société doit-elle émettre un avis à l'intention des patients, déclarant et justifiant nos exigences lors d'un examen physique... ce qui inciterait peut-être quelques-uns de nos confrères à ne plus accepter un relâchement des normes de pratique...

La question est soulevée! Il nous faut sûrement trouver une réponse adéquate à ce nouvel enjeu social!

P.S. : L'auteur sollicite des réactions... ne vous gênez pas!

OPINION DU

Dr Georges L'Espérance, neurochirurgien
Président de la SMEQ

LES ASPECTS AUTRES QUE STRICTEMENT PHYSIQUES.

La lecture - préalable - de ce « Point de vue » du Dr Des Marchais m'a dans un premier temps rappelé bon nombre de patients qui se comportent exactement de la même façon. L'exemple le plus explicite et qui m'apparaît représentatif fut cette infirmière en invalidité depuis plusieurs années et qui, surprise d'avoir à se déshabiller, s'excuse de n'avoir qu'un string ; n'avait-elle pas vu depuis quelques années plusieurs médecins qui la gardaient en invalidité pour cause lombaire et donc auraient dû l'examiner ? J'ai eu comme le Dr Des Marchais des patients qui n'ont pas de sous-vêtement et sont aussi surpris d'avoir à enlever leur pantalon. La lecture de ce point de vue du Dr Des Marchais m'a conduit à une réflexion supplémentaire sur l'expertise et l'examen des patients.

Dans ma pratique d'expertise, je fais remplir aux expertisés un petit questionnaire portant sur leurs antécédents médicaux et personnels : antécédents traumatiques CSST, SAAQ et autres, antécédents médicaux et chirurgicaux, habitudes de vie (tabagisme, sports, loisirs), vie familiale (enfants, scolarité) et bien entendu la description d'emploi.

Combien de fois dois-je faire face à l'incompréhension des patients qui ne s'expliquent pas pourquoi de telles questions sont nécessaires, alors que selon leurs dires, ils ne sont là « *que pour mon dos* » ou « *que pour mon cou* » ou tout autre problème bien localisé. Certains ajouteront qu'ils n'ont jamais répondu à cela et que « *ça ne vous regarde pas.* »,

affirmant que leurs médecins, ou parfois mais plus rarement un autre expert, n'ont jamais demandé cela.

Or, tous les médecins savent ou devraient savoir que la personne ne peut être réduite à la seule expression de ses problèmes physiques et cela est d'autant plus vrai que l'on parle de douleurs musculosquelettiques chroniques.

La consultation rapide et sans évaluation minimale de la situation psychosociale d'un individu peut éventuellement s'expliquer dans le cadre d'une clinique sans rendez-vous où la charge de travail est telle que le médecin doit parer au plus pressé. C'est déjà moins vrai en spécialité où le médecin doit tenter de cerner dans quel environnement se situe son patient, et a fortiori lorsque le problème relève de pathologies chroniques qui n'entrent pas dans le paradigme traditionnel symptôme / lésion / traitement.

Cette exigence de connaître l'environnement du patient apparaît essentielle lorsque l'on évalue un patient qui se plaint de douleur chronique et qui est adressé pour expertise, c'est-à-dire pour donner une opinion d'expert qui va tenter de circonscrire toutes les facettes d'une problématique et aider le médecin traitant dans la gestion d'un cas devenu, par définition, difficile à orienter.

Toutes les années de formation médicale vont dans le sens d'aborder le patient dans son ensemble ; tous les livres médicaux de référence vont dans le même sens. On ne peut traiter l'individu correctement si on ne le traite

pas dans sa globalité. Bien sûr, certains problèmes de santé sont plus simples, mais les problèmes de douleurs chroniques sont une mosaïque de phénomènes intriqués qui s'entrelacent les uns les autres et dont on ne peut tirer simplement une ficelle en pensant que tout le reste est inopportun ou inutile.

Plusieurs médecins, pressés par le temps ou pour d'autres raisons, semblent avoir oublié certains principes de base dans l'examen physique d'un patient qui passe non seulement par l'examen complet des sphères supposément atteintes, mais aussi par la mise en contexte de la personne.

Dans le premier chapitre - « Introduction » - de son texte de référence, voici ce qu'en dit Russell N. DeJong¹.

“We are not interested, however, in studying the nervous system alone nor primarily in disease, but in studying the person whose nervous system is diseased. We must insist that more important than the precise diagnosis of the case is its formulation in terms of the relationship of the individual to his disease and the relationship of the patient to his associates and his environment. If we bear this in mind, we can most effectively aid our patient, treat his illnesses, restore him to health, reestablish his personal equilibrium, and aid him to regain his place in the social group.”

“More errors result from the omission of a part of the examination than from the misinterpretation of findings. (...) On occasion, slight clues may be obtained merely by watching the patient dress or undress himself, tie his shoe laces, look about the room, or walk into examining room.”

“ A skilfully taken history, with a careful analysis and interpretation of the chief complaints and of the course of the illness, will very frequently indicate the probable diagnosis (...) In many

¹ Russell DeJong: “The Neurological examination”, 4e édition, 1979, pages 3 et suivantes.

instances, the physician can learn more from what the patient says, and how he says it than from any other avenue of inquiry.”

Nonobstant les conclusions d'une expertise, nonobstant les affirmations fréquemment entendues de la part de médecins traitants à l'effet qu'ils connaissent leur patient mieux que quiconque et que cela semble les absoudre d'effectuer un examen complet, rigoureux, objectif, la force probante d'une expertise reposera sur la qualité de l'examen du clinicien qui aura su non seulement examiner le patient dans son ensemble, mais aussi mettre les trouvailles en contexte et tirer des conclusions raisonnables.

Ne pas voir l'ensemble d'un patient, fut-il expertisé, expose à des erreurs thérapeutiques et à des recommandations qui ne sont pas dans l'intérêt du patient tout au moins à moyen et long terme. Ne considérer le patient que comme une lésion isolée, le médicaliser dans une vision tunnel de son état ne peut conduire qu'à des résultats partiels et le plus souvent très insatisfaisants, pour lui comme pour son environnement familial.

ÉPILOGUE DU

*Dr Jacques Gagnon, psychiatre
membre de la SMEQ et
président du Comité du Bulletin*

Ces deux articles concernant les réactions et les attentes des examinés sont intéressants à plus d'un point de vue. Il est paradoxal que les gens s'offusquent d'avoir à se déshabiller alors que la pudeur est moins une vertu que par le passé. Les examens incomplets sont malheureusement trop fréquents, remplacés par l'imagerie ou le renvoi aux rapports des autres. Si la médecine est appliquée à une trop grande vitesse et à la chaîne, l'expertise doit continuer à s'appuyer sur les valeurs sûres: questionnaire complet, examen extensif, explications suffisantes et rapport élaboré.



Vient de paraître...

Par les docteurs Michel Lacerte, physiatre, Pierre Forcier, neurochirurgien et Michael Hall, chirurgien orthopédiste, et auteur de la première édition, vient de paraître la seconde édition du livre *Independent Medical Examination for Insurance and Legal Reports*. Butterworths LexisNexis Canada Inc. 2004. ISBN 0-433-44193-3. Les huit chapitres s'intitulent : The Basics, Health Claim Statement and Functioning and Disability Revisited, IME (Independent Medical Examination) Administrative Process, A Brief Overview of Bias, Documentation Review, History Taking, Observation and Physical Examination, Data Analysis and Conclusion. Trois annexes complètent le livre : The Medico-Legal Report, 2002, de la Medico-Legal Society of Toronto, un guide à l'usage des interprètes impliqués dans le domaine médico-légal et une liste de vérification (check-list) destinée à évaluer une IME.

Au prix de 75 \$ + taxes.

Le livre peut être obtenu par :

Téléphone : 1-800-668-6481

Télécopieur : 1-800-461-3275

Courriel : orders@lexisnexis.ca

Online : www.lexisnexis.ca

Pierre Forcier, MD
Neurochirurgien



Très chers membres,

Les membres de l'Exécutif de la SMEQ et les membres du Comité de rédaction du Bulletin se joignent à moi pour vous offrir nos meilleurs vœux de joie, bonheur et prospérité pour l'année 2005.

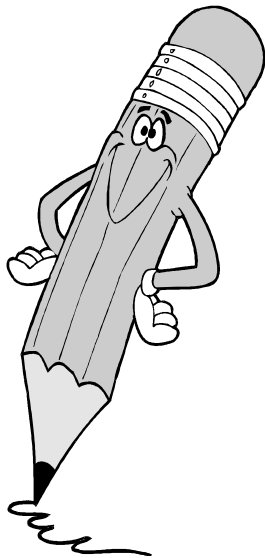
Georges L'Espérance, président

RAPPEL

À ceux qui n'ont pas encore payé leur cotisation 2005, s.v.p. le faire rapidement.

Espace pour placer le logo de la SAAQ

S.V.P. NOTER



Calendrier 2005

Assemblée générale

Vendredi – 18 mars

Réunions scientifiques

Jeudi - 12 mai

Jeudi - 15 septembre

Colloque annuel

Vendredi - 2 décembre



COURS EN MÉDECINE D'ASSURANCE ET D'EXPERTISE

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Docteur François Sestier, responsable du cours : (514) 343-7606

NOUVEAU Site REMANIÉ : www.mae.umontreal.ca

Les textes publiés dans ce Bulletin ne reflètent pas nécessairement l'opinion de la Société des médecins experts du Québec.

Le Comité de rédaction vous invite à lui soumettre vos commentaires et textes pouvant intéresser la Société.

COMITÉ DE RÉDACTION

Dr Jacques Gagnon, président - Dr Pierre Legendre-
et Mme Mariette Cloutier

2, Complexe Desjardins, Tour de l'Est, porte 3000
Montréal (Québec) H5B 1G8

Bibliothèque Nationale du Québec
Bibliothèque Nationale du Canada
ISSN 0835-4723

Téléphone (514) 350-5149
Télécopieur (514) 350-5066
Courriel smeg@fmsq.org