



Spécificité de l'examen clinique en soins palliatifs : une richesse technique et thérapeutique

Esther Decazes, Élodie Guignard, Bertrand Quentin

► To cite this version:

Esther Decazes, Élodie Guignard, Bertrand Quentin. Spécificité de l'examen clinique en soins palliatifs : une richesse technique et thérapeutique. Médecine Palliative, 2021, 20 (4), pp.213-218. <10.1016/j.medpal.2020.12.004>. <hal-03951662>

HAL Id: hal-03951662

<https://hal.science/hal-03951662v1>

Submitted on 13 Jun 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Spécificité de l'examen clinique en soins palliatifs : une richesse technique et thérapeutique

Specificity of the clinical examination in palliative care: a technical and therapeutic richness

Esther DECAZES ^{a*,1}, Élodie GUIGNARD ^{b,2}, Bertrand QUENTIN ^{c,3}

^a Équipe mobile douleur et soins palliatifs, service de soins de support, centre Henri-Becquerel, 1, rue d'Amiens, 76038 Rouen, France

^b unité d'oncopsychologie, service de soins de support, centre Henri-Becquerel, 1, rue d'Amiens, 76038 Rouen, France

^c Laboratoire interdisciplinaire d'étude du politique Hannah-Arendt (Lipha ; UR 7373), université Gustave-Eiffel, 5, boulevard Descartes, 77420 Champs-sur-Marne, France

*Auteur correspondant ; e-mail : esther.decazes@chb.unicancer.fr ; tél. : 0623188869

¹ médecin, photo

² psychologue

³ Maître de conférences, habilité à diriger des recherches en philosophie

1. Introduction

L'examen clinique est un acte d'ordre médical, effectué de façon presque rituelle par le médecin au décours d'une rencontre avec un patient. Il est classiquement décrit comme comprenant l'interrogatoire du patient, l'inspection, l'auscultation et la palpation. On y retrouve une phase dite passive qui s'effectue sans toucher le malade, et une phase dite active où le médecin touche le malade (cf tableau 1).

Il a longtemps été un pivot central de l'art médical, mais il a perdu progressivement ses lettres de noblesses. Jadis objet de compagnonnage auprès des étudiants, il est aujourd'hui secondaire dans l'apprentissage pratique et se positionne après les sciences fondamentales et l'interprétation des examens complémentaires (par exemple : imagerie, biologie). La médecine à distance, notamment la télémédecine semble acter sa désuétude. En effet, un examen complémentaire ne pourrait-il pas avantageusement remplacer ce corps à corps tout en s'exécutant à distance du patient ? Didier Sicard remarquait déjà ce remplacement de l'examen clinique par les examens complémentaires dans les années 2000(1). L'examen clinique a-t-il une place en soins palliatifs ? Si oui, sous quelle forme et dans quel but ? Nous discuterons la légitimité de l'examen clinique en soins palliatifs, verrons ensuite ses particularités quand il est adapté aux objectifs de cette discipline puis aborderons enfin, avec l'aide de la phénoménologie, sa légitimité en tant que soin.

2. Place de l'examen clinique en médecine palliative

Au XXe et XXIe siècle, l'examen clinique se rabougrit donc. Il serait sans surprise que son destin soit identique en médecine palliative.

Et il est vrai que la médecine palliative a une certaine distance envers l'examen clinique tel qu'il est pratiqué habituellement et proposé dans les manuels. L'examen clinique a habituellement pour rôle d'étayer un diagnostic, ou l'évolution d'une maladie. Or, en

médecine palliative la maladie est la plupart du temps connue et son évolution attendue. Cet examen peut parfois porter atteinte à la pudeur, être pénible voire douloureux pour le malade. Et la préoccupation des soins palliatifs est de limiter l'inconfort du patient et non pas d'en créer. Une certaine méfiance palliative à son encontre paraîtrait fondée, elle se remarque d'ailleurs en clinique.

Dans la plupart des disciplines médicales où l'examen clinique a été appauvri, ce fut en faveur des examens complémentaires. Ces derniers sont souvent contraignants voire douloureux pour le malade. Ils peuvent créer un inconfort et peuvent s'apparenter à de l'acharnement thérapeutique. La médecine palliative, dans son opposition à l'obstination déraisonnable à tendance à limiter voire, à supprimer les examens complémentaires, d'autant plus si le malade est altéré. L'examen clinique, bien que parfois perçu comme pénible et intrusif, le reste nettement moins que des examens complémentaires tels qu'un scanner, une prise de sang ou une ponction lombaire. Un examen clinique correctement mené peut apporter des informations suffisamment riches. A tout prendre, l'examen clinique semble plus adapté à un objectif de confort que les examens complémentaires. Et à ce titre, bien des médecins de soins palliatifs gardent une certaine habitude de l'examen clinique quand leurs collègues d'autres disciplines peuvent appauvrir ce savoir-faire pour se concentrer sur l'interprétation des examens complémentaires.

L'examen clinique et les examens complémentaires sont à but diagnostique. La recherche de diagnostic en soins palliatifs est-elle pertinente ? Cette discipline est souvent décrite comme ne s'occupant pas de la maladie directement, mais plutôt de « ce qu'il y a autour ». Elle se préoccupe notamment bien plus du ressenti du patient et des symptômes subjectifs. Cela nécessite aussi une autre approche clinique que celle de la maladie causale. Ainsi une altération de la respiration ne sera traitée que si elle provoque une « dyspnée », c'est-à-dire une gêne respiratoire ressentie. La saturation en oxygène en elle-même ne sera pas

décisionnelle. Un des objectifs des soins palliatifs est de limiter les symptômes d'inconfort. Son cœur de travail n'est pas le diagnostic de pathologie. Pour autant, des diagnostics y sont nécessaires mais d'un autre ordre : des diagnostics de mécanismes fonctionnels. En fonction des mécanismes qui mènent à l'inconfort, le traitement menant au soulagement, ou au moins à une partie de celui-ci, pourra être différent. Quand un patient présente un symptôme d'inconfort, bien que la maladie causale en soit globalement connue, le mécanisme précis de celui-ci peut être difficile à déterminer uniquement à l'interrogatoire et nécessite d'examiner le malade. Typiquement, une douleur est-elle d'origine osseuse ou musculaire ? Neuropathique ou nociceptive ? Une douleur abdominale vient-elle plutôt d'une occlusion ou d'un globe vésical ? Une gêne respiratoire semble-t-elle être d'origine pulmonaire ou anxieuse ? Ces diagnostics permettront de cibler avec plus de précision le traitement qui soulagera le patient en limitant autant que possible ses effets indésirables.

La médecine palliative a donc besoin de diagnostics, même s'ils ne sont pas du même ordre que ceux de la médecine curative.

L'examen clinique a l'avantage de se faire au lit du malade tout en permettant de poser des diagnostics fonctionnels nécessaires au traitement optimal. Il a, à ce titre, toute sa place en médecine palliative.

3. Modalités de l'examen clinique en soins palliatifs

L'objectif et les diagnostics recherchés en soins palliatifs sont différents de ceux du reste de la médecine. Ces différences s'accompagnent de nuances au sein de l'examen clinique lui-même. Lors de la recherche d'une pathologie hématologique ou oncologique les aires ganglionnaires seront systématiquement palpées, les dermatologues feront le tour de l'intégralité des téguments, l'ophtalmologiste regardera la morphologie de l'œil et de la

paupière, le neurologue effectuera toute une panoplie de tests spécifiques. L'examen de soins palliatifs n'échappe pas à la règle, et il a lui aussi ses spécificités.

Une étude qualitative, effectuée en 2014 par Decazes et Oberkampf, avait permis de dessiner les contours d'un examen clinique spécifique d'entrée en unité en soins palliatifs aussi bien dans ses modalités de réalisation que dans les éléments qui y étaient recherchés. Nous nous y appuyerons au cours de cette partie (2).

Une des premières caractéristiques de cet examen se situe dans ses modalités de réalisation.

Le confort est très important en soins palliatifs. A la hauteur de l'attention portée au confort du malade, des stratégies permettent de limiter l'inconfort induit par l'examen clinique, où d'ailleurs on n'évoquera plus à proprement parler la balance bénéfice/risque (classiquement mise en avant en médecine) mais plutôt la balance confort/inconfort (cf tableau 2).

3.1. Première stratégie : développement de l'examen clinique passif

La première stratégie consiste à développer autant que possible l'interrogatoire et l'examen clinique passif et à limiter en parallèle l'examen clinique actif. Ainsi l'inspection sera l'outil premier du médecin.

On y retrouvera l'observation : comment respire le patient ? A-t-il une asymétrie dans ses mouvements ? A-t-il des mouvements ou des absences inadaptées ? Grimace-t-il à certains moments ? Si oui pour lesquels ?

L'écoute : parvient-il à prononcer correctement ? Est-il toujours cohérent ?

L'utilisation de l'odorat : l'hygiène est-elle satisfaisante ? Une plaie pourrait-elle être infectée ou encore les urines ?

L'examen clinique actif sera, lui, limité autant que possible. Que ce soit dans la palpation, l'auscultation, les manipulations mais également dans les tests cognitifs. Ainsi, certains médecins de soins palliatifs peuvent-ils avoir le sentiment de ne pas examiner les patients alors qu'en réalité ils les examinent avec une finesse que n'égale que leur discrétion à le faire.

L'interrogatoire sera, lui aussi, aux premières loges.

3.2. Deuxième stratégie : opportunisme sémiologique

La deuxième stratégie est de s'appuyer sur un soin obligatoire pour recueillir l'élément sémiologique recherché : attendre la toilette pour l'auscultation dorsale ou le besoin d'aller aux toilettes pour évaluer le risque de chute. En allant plus loin, le médecin pourra même s'appuyer sur l'évaluation de ses collègues paramédicaux pour certaines évaluations fines (troubles de la déglutition, douleur aux mobilisations) qu'ils feront nécessairement au décours d'un soin, d'autant plus que ces équipes sont expertes dans le domaine, comme on peut le voir en unité de soins palliatifs ou au sein d'autres équipes chevronnées. Il peut être amené à déléguer certains éléments, pourtant précieux de ce recueil sémiologique, cette délégation se fondant sur la confiance en l'évaluation de ses collègues.

3.3. Troisième stratégie : l'expression du respect de la pudeur

L'examen clinique est vécu par nombre de médecins comme à risque de créer un sentiment de « réification » du malade (le transformer en chose), de le faire se sentir « un bout de viande », et à ce titre de créer un inconfort d'un type particulier et d'une intensité majeure. Evidemment, ce n'est pas acceptable en soins palliatifs. Au contraire, ils cherchent à ce que le patient retrouve une estime de lui-même et un sentiment de respectabilité. D'autant plus si celui-ci a souffert au cours de son parcours de soin. Ce souci se retrouve dans la troisième stratégie de l'examen clinique : l'expression du respect de la pudeur.

Elle consiste, à travers l'examen clinique, à repositionner le patient comme personne respectable. Ainsi, l'accord du patient est souvent recherché avant de commencer à le toucher. Si le patient le refuse, ce qui est rare, il arrive au médecin de repousser cette partie de l'examen.

Le respect de la pudeur physique est également possible avec des gestes simples : abandonner l'habitude d'ouvrir les draps d'un geste brutal mais préférer débiter par une partie du corps moins intime (les mains, les pieds). Veiller à conserver la majorité du corps couvert, en jouant avec les draps pour ne libérer que la partie du corps examinée. Certains patients chez qui les organes génitaux sont accidentellement découverts, ne semblent parfois pas en tenir compte, peut-être habitués à abandonner ce corps propre au corps médical. Le médecin peut alors avoir l'attention de les recouvrir tout de même (et même peut-être d'autant plus), et signifier par ce geste le regard humanisant qu'il porte sur lui.

Toujours dans ce respect de la pudeur, les familles sont souvent invitées à sortir lors de l'examen du corps, surtout lors d'une première rencontre. A moins que le patient soit rassuré par sa présence. La pudeur physique peut ainsi être mieux respectée. Mais le colloque singulier entre le médecin et le patient peut parfois permettre au patient de s'exprimer sur des éléments plus intimes qu'il ne pourrait livrer en présence de ses proches.

4. Contenu de l'examen clinique de débrouillage

Le contenu de l'examen clinique a pour boussole de débrouiller la plupart des symptômes d'inconfort ou d'en anticiper d'autres. La partie active de cet examen est très limitée. Il s'agit de palper les mollets, le ventre, et d'une auscultation cardiopulmonaire, (parfois uniquement antérieure si le patient est très altéré et ne peut se mouvoir aisément). D'autres éléments, nombreux par ailleurs, peuvent être détectés à l'aide des techniques de décharge de l'examen actif précédemment citées (développement de l'examen passif et

sémiologie opportuniste). Au final, c'est tout un cortège d'éléments sémiologiques qui sont recueillis au cours de cet examen de débrouillages. Ils sont répertoriés dans le tableau 3.

Cet examen, tel que proposé, est un examen de débrouillage. Il permet de chercher les principaux signes d'inconforts présents ou à risque d'apparaître, d'autant plus que le patient n'a pas de plainte spécifique. Si le patient a des plaintes spécifiques, ou en cas de signe d'appel, l'examen peut évidemment s'approfondir.

Cet examen de débrouillage peut varier en fonction des centres et du recrutement des patients. Il peut ainsi être modulé en fonction des pathologies les plus fréquemment rencontrées, du lieu (domicile ou hospitalisation), s'il s'agit d'une unité de soins palliatifs ou d'une équipe mobile, ou encore de la précocité des soins. Cet examen « de base » est peut-être plus adapté à un patient en fin de vie en entrée en unité de soins palliatifs. Lors de soins palliatifs précoces, chez un patient en bon état général, autonome et ambulatoire, l'examen sera peut-être davantage ciblé sur la plainte du patient, que sur le dépistage systématique.

5. Un corps à corps à double objectif

L'examen clinique a un objectif sémiologique et son aménagement permet de respecter au mieux les autres objectifs des soins palliatifs. Mais cet examen peut-il avoir une autre vertu qu'uniquement diagnostique ? D'un côté l'examen clinique semble avoir une place symbolique importante dans la relation médecin-malade, son absence laissant parfois au malade le sentiment de ne pas avoir été considéré dans sa plainte. Mais a contrario il est aussi ressenti comme à risque de réification du patient. Un même médecin peut de lui-même exprimer cette ambivalence (2). L'examen clinique peut-il être simultanément reconnaissance et négation de la personne ?

Un détour philosophique peut aider à appréhender cette complexité.

La phénoménologie évoque classiquement l'existence de deux corps : le corps objectif *Körper*, et le corps vivant, la chair, *Leib*. *Körper*, corps objectif est celui dans lequel se loge la maladie, celui qui est exploré par les examens complémentaires. *Leib*, corps ressenti, est celui qui est vécu par le malade, celui de l'éprouvé, des sensations et des émotions : corps de la douleur, de l'essoufflement et de la peur, mais aussi celui du plaisir, du désir et de la joie. Comme l'a dit Michel Henri à propos de la médecine: « Toutes les connaissances objectives mises en jeu sont traversées par un regard qui voit, sur la radiographie d'une lésion ou d'une tumeur, au-delà du corps objectif donc, ce qui en résulte pour une chair, pour ce soi vivant et souffrant qu'est le malade. » (3). La médecine se situe et s'adresse à la jonction de ces deux corps. Or, la médecine biomédicale, majoritaire à notre époque, s'adresse principalement au corps objectif, le *Körper*. Quand on ne voit que le corps objectif, l'examen clinique que l'on pratique ne s'adresse qu'à lui. C'est là où le corps du malade ne peut-être qu'un « bout de viande », et *réifier* le malade. Mais il peut aussi prendre en considération le corps éprouvé. Le corps est riche d'un mystère qui est propre à la personne, le respect de sa pudeur le rappelle. Mais même la façon de toucher le patient peut en être très différent : le geste du médecin peut être guidé par le discours du patient, la palpation peut même se confondre avec une caresse sur le corps meurtri.

L'examen physique peut être l'occasion d'une négation ou d'une réaffirmation de ce corps éprouvé, chaire vivante. Il est l'opportunité de reconnaissance de l'existence de la personne derrière la maladie et simultanément risque de l'y enfermer. Ce qu'il sera, dépend fondamentalement du regard que porte le médecin quand il touche le malade.

5. L'examen clinique comme soin

Nous irons même plus loin. Nous affirmons que l'examen clinique a la possibilité d'être un soin, d'avoir une vertu thérapeutique.

Les personnes prises en charge en soins palliatifs souffrent d'une maladie qui évolue sans cesse (quoi que plus ou moins vite). Elle altère le corps objectif : bouche des intestins, détruit le cerveau ou les nerfs, ralentit le cœur. Ce corps, jadis presque stable, ne cesse d'être toujours autre. Inconnu, incompréhensible. En parallèle le corps éprouvé change également en permanence. Ce bras qui était si habile ne réagit plus. Cet homme qui aimait pratiquer du sport s'épuise rien qu'à s'asseoir au bord de son lit. Cette position si agréable pour dormir est devenue une torture. Le plaisir de boire du vin rouge a disparu. Le *Leib* est devenu autre aussi.

Et cette altérité est une souffrance en soi. Ces corps sont des inconnus pour le patient. Tout est en désordre. Le malade adresse sa plainte fonctionnelle au médecin, sa souffrance ressentie dans le *Leib*, le seul de ses corps auquel il ait accès de manière directe. Derrière cette plainte, il y a aussi l'incompréhension de ce corps inconnu et étranger.

Le médecin vient alors aider à remettre de l'ordre dans le désordre. Expliquer la cause des douleurs, leur mécanisme. Faire le lien entre le corps éprouvé par le malade et son corps objectif qui s'impose à lui tout en lui échappant. L'examen clinique actif a ici un rôle crucial. C'est le moment où le médecin va toucher le malade à l'endroit même où se déroule ce désordre. Il va avec ses mains atteindre simultanément le corps objectif et le corps éprouvé. C'est pourquoi cet examen est souvent fait en parlant. Le discours du patient témoigne du corps éprouvé quand les mains du médecin cherchent le corps objectif, afin que discours et toucher témoignent de l'existence de ces deux corps simultanés et de leur union dans la personne souffrante.

En ce sens, l'examen du corps souffrant est un soin à part entière et peut apporter un apaisement.

6. Conclusion : l'examen clinique, savoir-faire précieux en médecine palliative

L'examen clinique est d'une grande richesse. En soins palliatifs, il s'adapte aux objectifs de la discipline, notamment le respect de la personne et le confort du malade. Il permet de poser des diagnostics de mécanisme nécessaire au déploiement du traitement optimal. Afin de coller aux objectifs des soins palliatifs, un savoir-faire spécifique s'est développé et se transmet par compagnonnage de médecin confirmé à médecin en formation. Il consiste en plusieurs stratégies spécifiques qui permettent de recueillir avec le moins d'inconfort possible les éléments sémiologiques nécessaires.

Mais plus qu'une recherche diagnostique, l'examen clinique est aussi un soin à part entière qui s'adresse au corps souffrant en remettant en dialogue ce corps lésé dans son objectivité et dans son ressenti.

En cette période où la distance entre les corps, notamment du médecin et du patient, ne cesse de croître, une attention particulière à ce savoir-faire clinique et à ce corps à corps mériterait d'être conservée et transmise aux nouvelles générations. Car il a une richesse qui se retrouve dans le regard des malades.

Lien d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt.

Références

1. Sicard D. La médecine sans le corps: une nouvelle réflexion éthique. Paris, France: Plon, DL 2002; 2002. 280 p.
2. Decazes E, Oberkamp B. Examen clinique d'entrée en unité de soins palliatifs : objectifs, contenu et modalités de réalisation. [Internet]. Présentation orale présenté à: Congrès de la SFAP; 2015 juin; Nantes. Disponible sur: <https://html5.slideonline.eu/event/15SFAP/presentation/559f6864a2d98d0005fd9431/31/4:3/lexamen-clinique-dentre-en-usp-objectifs-contenu-et-modalits-de-ralisation>
3. Henry M. Incarnation: une philosophie de la chair. Paris, France: Éditions du Seuil, DL 2000; 2000. 373 p.

Tableau 1. Structure d'un examen clinique

Structure of the clinical examination

ENTRETIEN			
Prise de contact		Présentations	
		Où en est le patient	
		Personne de confiance, etc.	
		Motif d'hospitalisation	
		Antécédents	
Interrogatoire		Histoire de la maladie	
	Signes subjectifs	Plaintes fonctionnelles	
		Passif	Inspection
EXAMEN CLINIQUE			
Examen physique			Palpation
	Signes objectifs	Actif	Percussion
			Auscultation

Tableau 2. Stratégies pour favoriser le confort de l'examen clinique

Strategies to promote the comfort of clinical examination

Réduction de l'examen clinique actif	<ul style="list-style-type: none">- Développement de l'interrogatoire- Développement de l'inspection- Discrétion
Opportunisme sémiologique	<ul style="list-style-type: none">- Evaluation au décours d'un soin nécessaire- Délégation au personnel paramédical expert, au décours d'un soin
Expression du respect de la pudeur	<ul style="list-style-type: none">- Demande de l'autorisation du patient avant de le toucher- Débuter par les parties moins intimes du corps- Recouvrir le corps qui n'est pas examiné- Proposer de faire sortir les proches

Tableau 3. Eléments recherchés lors de l'examen clinique de débrouillage.

Elements searched for during the clinical examination of screening.

Etat général	Asthénie, appétit, mobilité spontanée, risque de chute, cachexie, sarcopénie
Neurologie	Conscience, confusion/orientation, cohérence (sans questionnaire), paralysie faciale, asymétrie motrice (sans test particulier)
Cardiovasculaire	Marbrures, œdèmes des membres inférieurs et des lombes, signes de phlébite, tachycardie
Pneumologie	Dyspnée, cyanose, frein expiratoire, encombrement, signe de lutte
Urodigestif	Nausée, vomissement, trouble du transit, dysurie, ascite, météorisme abdominal, globe vésica
Cutané	Hématome, Escarre, plaie, ictère
ORL	Etat de la bouche (sécheresse, mycose), troubles de la déglutition
Psychiatrie	Angoisse, troubles du sommeil, dépression
Douleur	Elle est évaluée à chacune des étapes : aussi bien à l'interrogatoire, qu'à la palpation, ou à la mobilisation passive et active (par exemple : change)