

Séance du 22 mars 2021

Séminaire interne « Dogmatisme et discernement »

## Examen clinique : approche physique ou numérique ?

Étienne CUÉNANT

Société d'Histoire de la Médecine  
Académie des Sciences et Lettres de Montpellier

Pour retrouver les autres conférences de ce séminaire : dans la page d'accueil (<https://www.ac-sciences-lettres-montpellier.fr>), cliquer sur "Rechercher un document", et dans la fenêtre qui s'affiche, entrez le mot-clé : SEM2021

---

### MOTS-CLÉS

SEM2021, Examen clinique, diagnostic, score, intelligence artificielle.

### RÉSUMÉ

Cet article analyse la pertinence de l'examen clinique dans l'élaboration du diagnostic à l'heure du numérique.

---

Nota : À cause du confinement sanitaire dû à la Covid 19, cette présentation a été faite en visio-conférence.

### Dogme

Dans la tradition hippocratique, l'examen clinique tient avec l'interrogatoire une place fondamentale, incontestable dans l'établissement du diagnostic. C'est en ce sens qu'ils formaient un dogme. On interrogeait le malade, on enquêtait serait plus juste à dire, puis le médecin avec son œil regardait un trouble de l'équilibre, une lésion cutanée en la décrivant, avec son oreille écoutait les bruits dans son stéthoscope, avec sa main palpait un ventre, mobilisait deux membres autour d'une articulation. Au terme de cet examen venant clore l'observation du malade, il énonçait son hypothèse diagnostique, et l'on reconnaissait les grands cliniciens à la précision de ce qu'ils cherchaient. C'était comme le commissaire Bourrel disant « bon sang mais c'est bien sûr ».

La maladie est une qualité. J'entends qualité au sens que lui donne Descartes de propriété qui vient de *qualis* manière d'être. La qualité s'oppose à la quantité qui vient de *quantum* : ce qui peut être mesuré.

Donc la maladie est une qualité et la méthode de son approche, de son diagnostic est basée sur l'expérience. Que cherchait-on dans l'examen clinique ?

- D'une part, un élément supplémentaire quasi irréfutable (par sa présence ou son absence) que le jargon médical nomme pathognomonique émanant de celui qui a la connaissance et l'expérience. Bien sûr on a toujours dit que le malade vous donnait le diagnostic, encore fallait-il le débusquer.

- D'autre part, déjà une certaine forme de quantification à visée pronostique, on dirait aujourd'hui facteur de gravité. Le ventre examiné était-il souple, sensible, tendu, de bois ? Cette plaie rougeur du pied était-elle sèche, sanieuse, abcédée avec un ganglion à l'aine ?

Pourquoi l'examen clinique était-il si important ? Parce qu'il n'y avait que lui pour essayer de comprendre ce qui se cachait dans le corps. Donc, si je puis dire, il était important par nécessité. Ceci a duré jusqu'à hier. Oui, jusqu'au milieu des années 80, c'est-à-dire il y a à peine 30 - 35 ans, il n'y a à la disposition du clinicien ni échographie, ni scanner, ni IRM (apparue en routine, il y a seulement 20 ans). Depuis les années 2000, les progrès considérables et la vulgarisation de l'imagerie médicale associée à une robotisation des analyses biologiques ont profondément modifié notre approche du malade et il faut constater que l'examen clinique a été un peu relégué, voire déclassé.

Doit-on se plaindre de ce floutage de l'examen clinique ? Médicalement non, humainement, c'est un autre sujet. Médicalement, c'est incomparable. Aucune place pour la nostalgie si l'on s'en tient à l'amélioration globale du diagnostic positif.

Un malade se présente aux urgences avec une très forte douleur dans un côté du dos, on suspecte (c-à-d le médecin ou l'infirmière qui le reçoit) une colique néphrétique. Le scanner basique sans injection, que vous obtenez dans l'heure et dont la réalisation prend moins de cinq minutes, vous dit s'il y a un calcul ou non, vous donne sa nature calcique ou urique et vous signifie le retentissement de ce dernier sur le rein, donc son caractère d'urgence à traiter ou non en fonction de la douleur et/ou du syndrome infectieux que la biologie vous renseigne en deux heures. Oui, c'est extraordinaire par rapport à ce que l'on faisait il y a 30 ans. De même, vous êtes jeune interne, pas encore bien sûr de vous et vous recevez un malade tabagique pour douleur thoracique pas bien spécifique. Vous demandez un scanner thoracique en y associant les marqueurs biologiques de l'embolie pulmonaire et de la lyse myocardique et, là encore, votre diagnostic tombe en moins de deux heures. En dépit des nostalgiques, ce n'était pas mieux avant.

Que s'est-il passé autour des années 2000 ? La maladie était une qualité et la médecine encore un art. À ce tournant, elle devient une donnée à quantifier et le médecin passe de l'artisan au technicien. La technique médicale s'est substituée à l'art de la médecine. Le médecin est devenu un professionnel de santé parmi d'autres. Et nous sommes passés d'un médecin unique demiurge régnant parmi ses malades à un malade unique entouré de ses médecins, ses infirmières, ses administratifs. La santé, dans les pays occidentaux, représente environ 10% du PIB. C'est un marché énorme dans lequel le médecin est désormais en concurrence avec d'autres acteurs pertinents.

Mais pourquoi cette évolution du qualitatif empirico-pragmatique vers un quantitatif rationnel, c'est-à-dire qui peut s'exprimer en ratio ? Parce que le temps des années 50-60, encore rurales, où le médecin allait au chevet du malade, faisait son diagnostic, établissait sa prescription, se lavait les mains et s'en retournait chez lui, est complètement révolu.

La médecine du ratio, du score, s'est imposée, parce qu'il est difficile de comparer des qualités, alors qu'il est, du moins en apparence, plus simple de comparer des quantités.

Tout d'abord qu'est-ce qu'un score ? C'est au sein d'une même pathologie, ou segment de pathologie, une manière d'établir des classes similaires universellement reproductibles permettant de parler de la même chose et donc de comparer des diagnostics, des résultats thérapeutiques, sur des séries établies par des médecins, des équipes souvent très distantes les unes des autres. Le but du score est d'atteindre un langage universel, une sorte de proto langage informatique. On peut alors pratiquer des méta analyses et en tirer des conclusions, si possible des vérités. Celles-ci, on le sait en

médecine, sont de courte durée, mais le passage d'une vérité à une autre se fait par incrémentation. D'où l'importance de toutes ces vérités destinées à devenir rétrospectivement fausses. Signalons, et c'est très important, les scores ont précédé la numérisation qui s'en nourrit aujourd'hui. (Le score de Karnofski, quotidiennement utilisé pour juger de l'état général d'une personne, date de 1941).

Pour vous donner un exemple en oncologie toute tumeur est définie :

- selon des données de l'histologie qui la nomme et lui donne un grade de malignité, un stade évolutif. On appelle cela l'anatomo-pathologie. À l'œil du pathologiste se substitue progressivement des lectures automatisées après numérisation des "images" du microscope ;
- selon des données des scanners ou IRM, et des scintigraphies ;
- selon des données biologiques générales, surtout de marqueurs spécifiques de chaque lésion.

La même méthodologie de classification (selon une nomenclature internationale) réévalue la tumeur pour connaître son évolution ou sa régression sous traitement.

À ces scores techniques rationnels, sont associés d'autres scores plus cliniques qui évaluent la quotidienneté du malade. Ils vont de l'absence de retentissement de la maladie à la pré létalité, alors que d'autres, liés aux pathologies associées, marquent le terrain sur lequel survient la maladie. Si, dans votre suivi, vous découvrez quelque chose à l'examen clinique, il faudra que vous en fassiez la preuve par une donnée reproductible et accessible à tous.

Donc, nous sommes passés d'une appréciation qualitative : interrogatoire, examen clinique, à une appréciation quantitative : score, image numérique, robotisation de la biologie. Le dogme n'a pas changé, il a évolué.

Si l'on se projette vers l'avenir, l'intelligence artificielle, qui est l'exploitation de tous ces ratios numérisés, va encore modifier la donne. Les lecteurs automatiques très performants d'imagerie médicale et de biologie médicale, mais aussi, par exemple, d'analyses numérisées de lésions cutanées en dermatologie, vont certainement modifier le profil de certaines disciplines médicales. Enfin, lorsque chaque médecin, avec le Dossier Médical Partagé, fournira à une banque de données imposée, celles de son malade, qui lui indiquera, en retour, diagnostic et conduite à tenir, alors, nous entrerons dans un nouveau monde. Nous n'y sommes pas encore, mais le marché est gigantesque.

## Discernement

L'examen clinique est-il pour autant obsolète ?

- Cliniquement, il lui reste encore des territoires de haute prévalence. Les exemples en sont nombreux et je vous en livre deux :
  - Dans le diagnostic d'un prolapsus chez la femme (plus couramment nommé descente d'organes) : seul l'examen clinique permet d'analyser celui-ci. D'où l'on peut tirer des scores qui dictent la prise en charge réparatrice.
  - Dans l'évaluation d'une insuffisance cardiaque, les cardiologues nous disent que la présence ou non d'œdèmes des membres inférieurs change la donne. Aucune machine ne fait mieux que l'examen clinique pour cette donnée indispensable.
  - Enfin les médecins, ici présents, vous raconteront tous que l'examen clinique leur a fait découvrir des choses inattendues et redresser des diagnostics.

Alors pourquoi l'examen clinique se trouve-t-il déclassé ?

- Par manque de temps : c'est un faux argument, car la paperasserie administrative à l'utilité non démontrée est bien plus chronophage et les médecins s'y soumettent.

- Par manque d'efficacité, c'est déjà plus appréciable, mais comme dit Nietzsche "la nocivité des vertus n'est pas encore démontrée". L'examen ne nuit en rien, c'est un élément de plus, pourquoi s'en priver si après réflexion, il apparaît contributif.
- Par la relation que nous avons au corps, c'est beaucoup plus vraisemblable.
  - D'une part, le corps du malade n'est pas celui de la société rendu parfait par le leurre de la publicité et des médias en général.
  - D'autre part, la disparition de l'enseignement de l'anatomie sur cadavre a modifié l'approche du corps chez les médecins. La vérité est que la plupart des médecins ont peur du corps, et j'irai même jusqu'à dire qu'ils ont peur des malades. Alors, si on peut mettre de la distance avec efficacité, c'est parfait.
- Par la désorganisation de l'altérité. Si vous n'avez pas conscience de l'autre, vous ne pouvez pas avoir celle du malade. Le cours magistral : une heure à écouter un enseignant, sans ordinateur ni portable, participait, pour ceux qui étaient dépourvus de cette notion d'altérité, de la découverte d'un autre qui, en vous transmettant son savoir, vous transmettait aussi sa considération.
- Par l'évolution de la société. De plus en plus de malades ne sont plus prêts à subir un examen clinique invasif au simple prétexte de la routine médicale.
- Pourtant, médico-légalement, le médecin doit à son malade une observation contenant : interrogatoire, examen clinique, examens complémentaires, proposition diagnostique, proposition thérapeutique. Pas d'obligation de résultat, mais de moyens. En cas de litige, les manquements sont à charge.
- Humainement, je le crois toujours indispensable, mais je n'appartiens pas à la génération actuelle qui a appris rationnellement à s'en détacher. C'est bien le moins que l'on doit à son malade, cette sollicitude. Mais la première des sollicitudes n'est pas l'examen clinique mais l'interrogatoire ; il faut insister sur cette notion. Certes, le toucher de l'examen clinique, avec sa réserve de décence, participe à cette relation de confiance, d'altérité singulière, condition dont il faut s'assurer de la nécessité et, de surcroît, pas forcément suffisante. On notera que les malades aussi se sont mis au numérique. La tendance est à accorder autant de confiance aux informations grappillées sur internet qu'à l'expérience du médecin.

Pour faire court, je dirais que si l'intelligence artificielle et la robotique peuvent tout guérir, nous aurons toujours à soigner. Mais nous devons faire très attention à ne pas nous délester de nos responsabilités humaines en les confiant à un tiers numérique, car il s'en suivrait une forme de paresse qui phagocyterait nos compétences.

Pour que nous puissions durer dans la forme de reconnaissance actuelle, il faut que nous soyons les garants de premier plan de l'intérêt du malade, non pas pour nous gausser d'une image vertueuse, mais parce que le malade est notre Esculape – en terme plus trivial notre fonds de commerce. Notre plaidoyer, notre vigilance, notre métier commencent et s'arrêtent avec lui, et c'est déjà beaucoup. Si nous le protégeons en tenant compte bien évidemment des contraintes économiques, on nous le rendra bien.

Pour finir une question de demi science-fiction. On a déjà vu le remplacement possible du radio diagnosticien, du biologiste, dans l'aide à la prise de décision du médecin. Ajoutons que la robotique, dans un avenir assez proche, pourra piloter certaines interventions chirurgicales. Que devient le médecin dans tout cela ? Quelqu'un qui garde la maîtrise de son malade, et paye un abonnement à une plateforme de soft-ware pour se perfectionner dans son quotidien, ou un simple assistant de procédure pour les Gafa ? Les revenus des médecins ne sont pas en hausse mais oscillant entre 20 et 50% de leurs chiffres d'affaires, ils sont très convoités !