

L'observation médicale

Collège National des Enseignants de Médecine Interne

Pr. Luc Mouthon, Pr. Thomas Hanslik

2013

Table des matières

Préambule.....	3
1. Préliminaires.....	3
2. Interrogatoire.....	4
2.1. Modalités.....	4
2.2. Motif de consultation.....	5
2.3. Plan de l'interrogatoire.....	5
3. Examen physique.....	8
4. Examens complémentaires.....	9
5. Conclure l'observation médicale.....	9
6. Testez vos connaissances.....	10
7. Plan de l'observation médicale.....	10

Objectifs spécifiques

- Savoir se préparer avant de rencontrer le patient.
- Comprendre ce qu'est une observation médicale.
- Savoir construire l'observation.
- Savoir mener un interrogatoire.
- Comprendre le déroulement d'un examen clinique.
- Comprendre comment se formule une conclusion.

Préambule

L'observation médicale est un outil de travail, rédigé par le médecin. Elle est utile pour la construction du diagnostic, l'élaboration de la prise en charge du patient et la transmission de l'information.

La construction de l'observation se fait en plusieurs étapes, développées plus loin :

- Recueil des données d'identification du patient.
- Interrogatoire.
- Examen clinique (ou physique).
- Synthèse des résultats d'examens complémentaires éventuellement disponibles.
- Rédaction d'une conclusion, étape indispensable pour la construction du raisonnement diagnostique.

1. Préliminaires

Soyez présentable : propre et souriant !

Lavez-vous les mains, avant et après l'examen (et n'hésitez pas à le faire devant le patient, il se dira qu'en effet vous êtes un médecin soucieux de l'hygiène !)

Préparez vos instruments : on préfère toujours l'artisan bien équipé à celui qui vous demande si vous avez une perceuse à lui prêter !

Ayez à portée de main le matériel suivant :

- Stylo, papier.
- Stéthoscope, lampe, marteau, abaisse-langue.
- Montre (avec une trotteuse, c'est plus comode pour mesurer la fréquence cardiaque ou respiratoire).
- Dans le service : gants, diapason, doigtier, vaseline, tensiomètre, mètre ruban.

Lors du premier contact, **présentez-vous**, tel que vous êtes, étudiants en médecine !

Attention aux attitudes inadaptées, trop dominante (le malade se sentira terrifié), ou trop rapprochée (vous risquez d'alimenter un délire érotomane !)

Prenez dès le début l'habitude d'**écrire l'observation au chevet du patient**. Installez-vous confortablement, vous en avez pour plus d'une heure !

Vérifiez toujours l'identification de votre patient (sans cela, vous risquez de rater votre sortie du vendredi soir, quand vous recevrez à 18h un résultat d'examen sanguin catastrophique, vous imposant de contacter en urgence un patient dont vous aurez omis de noter le numéro de téléphone !)

Si vous étiez à la place du malade, dans quelle position préféreriez-vous être pour parler à votre médecin ?



Durant l'examen clinique, soyez à l'aise, économisez vos vertèbres ! (et faites attention au risque de chute pour votre patient haut perché !)



2. Interrogatoire

L'interrogatoire représente **LA** base essentielle du diagnostic. Il demande au médecin du temps et de la disponibilité.

"Ecoutez le malade, il va donner le diagnostic"
Sir William Osler (1849-1919)

Aucun examen complémentaire ne peut dispenser le médecin du temps qu'il doit prendre pour interroger un patient.

Un interrogatoire bien mené est indispensable à l'établissement d'une relation de confiance avec le patient.

Objectifs de l'interrogatoire

- Recueillir les informations nécessaires au diagnostic :
 - motif de la consultation,
 - contexte (antécédent, mode de vie)
 - histoire de la maladie.
- Contribuer à l'interprétation de l'examen clinique et des examens complémentaires.
- Contribuer à la qualité de la relation médecin-malade !
 - Pour le malade : il préférera le médecin qui a pris le temps de l'écouter et de l'interroger. Un entretien attentif peut même parfois avoir une réelle vertu thérapeutique.
 - Pour le médecin : la qualité de la relation établie grâce à un bon interrogatoire participera à votre épanouissement professionnel ! (rien de pire qu'un médecin blasé qui s'ennui !!)

2.1. Modalités

L'interrogatoire doit être réalisé avec **respect**, **patience** mais aussi avec **fermeté**.

Utiliser un **discours très simple** de manière à être sûr que le patient répond en connaissance de cause (demander par exemple à un patient s'il a eu la jaunisse lorsqu'il ne comprend pas le mot hépatite).

Le médecin doit savoir **écouter, laisser parler, relancer, revenir sur certains points** pour les préciser, prendre en compte le **langage non verbal**.

Le malade peut, consciemment ou le plus souvent inconsciemment, brouiller les cartes, oublier un épisode du passé, interpréter les choses de manière erronée. **Il ne faut prendre en compte que les faits**, et donc s'attacher à les faire décrire par le patient

L'abord des sujets « *sensibles* » (sexualité, intoxication, troubles psychiatriques, clandestinité...) doit se faire avec tact et respect, mais de manière directe, avec un discours explicite et sans jugement. Il peut être remis à la fin de l'examen

Un bon interrogatoire ne laisse pas de place à l'interprétation ("*la malade a dit que..., j'en ai conclu que...*"), il ne recherche que des faits ("*voilà exactement ce qui est arrivé*") !

Attention !

Le patient n'est pas médecin, il ne sait pas ce qui est important à dire et ce qui l'est moins.

Donc vous ne pourrez pas dire « *le patient ne me l'a pas dit* ». Il faudra dire « *j'ai oublié de lui demander* »... !

Soyez le médecin que vous souhaiteriez avoir devant vous !

- Écoutant, attentif au malade.
- Compréhensif des inquiétudes et appréhensions du malade.
- Facilitant : "*Ah oui*", "*Et alors*", hochements de tête.
- Restituant régulièrement ce qui a été compris de l'interrogatoire (pour montrer au patient que vous avez bien saisi les choses !).
- Réconfortant, faisant preuve d'empathie (il ne s'agit pas de pleurer avec le patient, mais de lui montrer que "*je suis avec vous dans l'épreuve que vous traversez*").

2.2. Motif de consultation

Etablir quel est le motif de consultation est une étape cruciale !

- Il s'agit de déterminer ce qui gêne le patient, ce qu'il souhaite que le médecin solutionne (que pourrait faire un garagiste de votre voiture, si vous ne lui expliquez pas le motif de votre venue ?!).
- C'est donc une plainte, un symptôme.
- Ce n'est jamais un diagnostic (même pas une suspicion de diagnostic) !!!

Attention !

La confusion entre **motif** de consultation et **diagnostic** est source d'erreur médicale !

Par exemple, le motif d'une hospitalisation ne peut être celui d'une « *pneumopathie* ». Le patient « *consulte pour une toux et de la fièvre* », et c'est au terme de la démarche médicale que l'on conclura à une pneumopathie, une péricardite ou une embolie pulmonaire !

2.3. Plan de l'interrogatoire

Renseignements d'ordre administratif

- Date (et identification de la personne ayant rédigé l'observation).

- Nom, prénom, sexe du patient.
- Pays et ville de naissance.
- Adresse et numéro de téléphone.
- Noms et coordonnées du médecin traitant et des divers médecins spécialistes prenant en charge le patient.

Antécédents

Il ne faut pas se contenter de demander au patient s'il a eu des maladies particulières, mais l'interroger en détail sur son passé. Il faut s'attacher à rechercher les événements facilement oubliés par le patient.

→ *Antécédents chirurgicaux et traumatismes*

- Rechercher les **interventions chirurgicales banales** : amygdales, végétations adénoïdes, appendicite.
- **Fractures** : sans oublier les traumatismes crâniens, les accidents de la voie publique...
- A la suite de ces interventions, rechercher des **complications** : nécessité de transfusion sanguine, phlébite, embolie pulmonaire, infection.

→ *Antécédents médicaux*

- **Enumérer successivement au patient les noms de maladies fréquentes** qu'il peut omettre de signaler: diabète, hypertension artérielle, asthme, phlébite, ulcère gastro-duodéal, tuberculose, psoriasis (en traduisant ces termes en langage accessible pour le patient).
- **Hospitalisations passées** : motif, date, lieu.
- **Maladie sexuellement transmissible**: si oui en préciser la nature, le type, le traitement et la durée de ce dernier.
- **Antécédent de dépression ou d'un autre trouble psychiatrique** : si oui, rechercher si le malade a été hospitalisé, s'il y eu une tentative de suicide.
- **Surcharge pondérale** : si oui, demander quel a été le poids le plus élevé au cours de la vie du patient, le poids habituel.
- **Surveillance médicale en médecine du travail** : anomalies constatées (tension artérielle, sucre ou albumine dans les urines, électrocardiogramme).
- **Contexte d'une maladie génétique, métabolique ou de l'évolution à l'âge adulte d'une maladie pédiatrique** : demander le carnet de santé retraçant l'enfance et l'adolescence.

→ *Chez la femme: antécédents gynécologiques*

- Date et éventuelles anomalies des premières règles.
- Régularité des cycles, durée et abondance des règles.
- Contraception orale ou autres modes de contraception.
- Nombre de grossesses, intervalle entre les grossesses.
- Interruptions volontaires de grossesse (mener l'interrogatoire avec tact et discrétion).
- Fausses couches spontanées: si oui en préciser le terme et les circonstances.
- Pendant la grossesse, rechercher la survenue d'éventuelles anomalies: hypertension artérielle, albuminurie, cystite, pyélonéphrite.
- L'accouchement a-t-il eu lieu à terme, par voie basse ou a-t-il nécessité une césarienne, une épisiotomie et une réfection périnéale.
- Déterminer le poids du nouveau-né à la naissance et la notion d'éventuels incidents.
- Après la grossesse, y a-t-il eu des complications: phlébite, embolie pulmonaire, varices des membres inférieurs, abcès du sein.

→ *Antécédents allergiques*

- **Terrain atopique** : antécédents d'asthme, d'eczéma ou de rhinite allergique.
- **Accidents allergiques passés** : s'il existe un antécédent d'accident allergique vrai (pénicilline, produit de contraste iodé, aspirine), il doit être inscrit sur la couverture de l'observation médicale et sur la pancarte du malade, de manière à en informer tout prescripteur potentiel.

→ **Antécédents familiaux**

- Parents, frères et sœurs, enfants: maladies qu'ils ont présentées, âge et cause de leur décès le cas échéant.

Traitements suivis

- Absorption de médicaments : demander au patient ses ordonnances, ne pas oublier de l'interroger sur les médicaments achetés sans ordonnance
- Vaccinations à jour ?

Habitus et mode de vie

L'histoire de la maladie ne suffit pas, il faut aussi l'histoire du malade !

- Profession : exposition toxique, stress, chômage.
- Toxicomanie, alcoolisme, tabagisme (si le patient dit ne pas fumer, bien vérifier qu'il n'a pas arrêté récemment).
- Séjour en zone tropicale.
- Présence d'animaux au domicile.
- Orientation sexuelle.
- Habitudes alimentaires particulières (sans sel, végétarien...).
- Logement: hygiène, promiscuité, avec ou sans ascenseur.
- Prise en charge sociale, revenus.
- Si le malade n'est pas né en France: lieu de naissance, année d'arrivée en France, date du dernier voyage au pays.
- Animal de compagnie.

Histoire de la maladie

Le recueil de l'histoire de la maladie décrit le motif de consultation (problème qui a amené le malade à demander un avis médical).

Si le patient n'est pas en mesure de raconter son histoire, il faut contacter son entourage pour obtenir les informations (famille, voisins, médecin traitant, etc...).

Attention !

Il n'y a pas de bonne médecine sans une histoire claire de la maladie.

Préciser les symptômes selon 7 critères :

Localisation des troubles.

1. Début : quand, occupation du patient lors de la survenue des troubles, installation brutale ou progressive.
2. Qualité des troubles.
3. Rythme, durée des manifestations.
4. Intensité, retentissement sur le quotidien.
5. Facteurs qui aggravent et soulagent.
6. Manifestations associées.

3. Examen physique

Signes généraux

- Mesurer
 - Taille.
 - Poids.
 - Température.
 - Fréquence respiratoire.
- Avant de commencer l'examen physique appareil par appareil (avant de toucher le patient), il est indispensable de prendre le temps d'observer le patient.

*"Ne touchez pas le malade, notez d'abord ce que vous voyez ;
développez votre sens de l'observation."
Sir William Osler (1849-1919).*

- Pâleur.
- Ictère.
- Cyanose.
- Marbrures.
- Sueurs.
- Etat de vigilance.
- Attitude : prostration, tristesse, agitation...
- Etat d'hygiène.
- Degré d'autonomie : patient capable de se lever et de marcher seul ?
- Dysphonie, bruits respiratoires.
- Odeurs.

Revue des systèmes

- Examen cardiovasculaire.
- Examen pulmonaire.
- Examen de l'abdomen.
- Examen neurologique.
- Examen ostéoarticulaire.
- Examen uronéphrologique.
- Examen gynécologique, seins.
- Examen cutanéomuqueux et des phanères.
- Examen des aires ganglionnaires.
- Examen endocrinologique, aire thyroïdienne.
- Examen ophtalmologique.
- Examen otorhinolaryngé et stomatologique.
- Mental.

En cas de pathologie aigue d'organe, on commence par l'examen de cette région. Dans les autres cas, l'examen peut être mené de façon systématique, appareil par appareil, ou de façon topographique (de la tête aux pieds).

Pour chaque système, l'examen physique se fait selon la même séquence :

- Inspection.
- Palpation.
- Percussion.
- Auscultation.

Un examen clinique par le Pr. Didier Sicard

Ce film n'est qu'une proposition de conduite d'un examen clinique, en aucune façon un modèle définitif. Son avantage est de montrer comment un examen clinique à peu près complet est possible en une quinzaine de minutes.

http://www.canal-u.tv/video/universite_bordeaux_segalen_dcam/embed.1/un_examen_clinique.3422

Attention !

Avant de quitter le patient, êtes-vous certain de pouvoir répondre aux questions suivantes :

- **Le patient est-il capable de marcher ?**

Prenez toujours le soin de vérifier comment se mobilise le patient, ne vous contentez pas d'examiner uniquement un malade allongé !

- **Les fonctions supérieures de ce sujet âgé sont-elles intactes ?**

Des patients dont les fonctions supérieures sont altérées peuvent avoir conservé des automatismes de discussion et "*donner le change*" !

- **Le patient voit et entend ?**

Certains patients aveugles ou sourds de longue date se sont remarquablement adaptés à leur handicap, tellement bien que leur médecin ne s'en était pas rendu compte au premier abord !

- **Le patient avale ?**

Dans un contexte de troubles neurologiques, n'oubliez pas de tester les capacités de déglutition du patient. Faites-lui boire une gorgée d'eau et vérifiez l'absence de fausse route. Il vaut mieux que ce soit avec une gorgée d'eau qu'avec le repas du soir !

4. Examens complémentaires

Comme pour l'examen clinique, il existe une véritable sémiologie des examens biologiques, instrumentaux ou d'imagerie auxquels les techniques modernes nous donnent accès.

Cette sémiologie est décrite dans les différents modules de e-semio.

Attention !

L'utilisation de la technologie ne doit avoir pour unique but que d'améliorer les données cliniques et en aucun cas de les remplacer.

Les examens complémentaires ne doivent donc être prescrits qu'en fonction des données recueillies après un interrogatoire fouillé et un examen clinique solide.

5. Conclure l'observation médicale

La conclusion débute par une **phrase qui synthétise le problème**, à partir des données recueillies à l'interrogatoire, l'examen physique et l'analyse des examens complémentaires.

Cette phrase de synthèse, très difficile à composer pour le débutant, limite le risque d'erreur médicale et est indispensable pour proposer une **stratégie de prise en charge** cohérente, c'est-à-dire :

- Lister les problèmes et établir les priorités.
- Prescrire les examens complémentaires utiles.
- Mettre en place les traitements.
- Organiser le suivi.
- Prendre en compte les dimensions psycho-sociale et de santé publique.

6. Testez vos connaissances

Consigne : lisez les cas clinique suivants et réfléchissez un peu. Formulez votre réponse avant de vérifier celle qui vous est proposée.

[Testez vos connaissances](#)

7. Plan de l'observation médicale

[Version imprimable du plan](#)

- Date, identification de la personne ayant rédigé l'observation.
- Mode d'arrivée à l'hôpital, adressé par qui, coordonnées du patient et du médecin traitant.
- **Motif d'hospitalisation** (un ou plusieurs symptômes).
- **Antécédents**
 - Personnels :
 - Chirurgicaux.
 - Médicaux.
 - Allergiques.
 - Gynéco-obstétricaux (sans oublier la date des dernières règles !).
 - Familiaux (premier degré).
 - Traitements habituels ou occasionnels.
- **Mode de vie**
 - Contexte socioprofessionnel.
 - Contexte familial, marital, vie affective.
 - Eventuelles intoxications.
 - Voyages, animaux de compagnie.
- **Histoire de la maladie**
 - Localisation des troubles.
 - Début :
 - Quand (date, heure) ?
 - Occupation lors de la survenue des troubles.
 - Mode d'installation, facteur déclenchant.
 - Rythme, durée.
 - Qualité des troubles.
 - Intensité, sévérité, retentissement sur le quotidien.
 - Facteurs qui aggravent et soulagent.
 - Manifestations associées.

- **Examen clinique**

- Poids et signes vitaux.
- Apparence générale.
- Recherche des signes physiques (inspection, palpation, percussion, auscultation) :
 - Cardio-vasculaire.
 - Pleuro-pulmonaire.
 - Abdomen.
 - Neurologique.
 - Locomoteur.
 - Uro-génital.
 - Seins.
 - Aires ganglionnaires.
 - Cutanéomuqueux.
 - Tête et cou.
- Nez, bouche, gorge, oreilles, yeux
- Thyroïde
- Examen pelvien

- **Conclusion**

- Synthétiser le problème en une courte phrase.
- Liste des hypothèses diagnostiques par ordre de vraisemblance.
- Ebaucher une stratégie de prise en charge.