

Observation Médicale

Pr Oudrar . S

Service de médecine interne - CHU Mustapha

Pr Bouali . F – Chef de service

**Cours de sémiologie
2024- 2025**

Objectifs

- Comprendre ce qu'est une observation médicale.
- Savoir construire l'observation.
- Savoir se préparer avant de rencontrer le patient.
- 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.

Utile pour la construction du diagnostic, l'élaboration de la prise en charge du patient et la transmission de l'information.

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.

- **Soyez présentable** : propre et souriant !
- **Lavez-vous les mains**, avant et après l'examen (et n'hésitez pas à le faire devant le patient...!)
- **Présentez-vous**, tel que vous êtes, étudiants en médecine !
- **Attention aux attitudes inadaptées**, trop dominante (le malade se sentira terrifié), ou trop rapprochée !
- 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** (numéro de téléphone !)



Pas cool



Cool



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 !

- **Discours très simple:**

(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, revenir sur certains points...**

Le malade peut brouiller les cartes. **Il ne faut prendre en compte que les faits.**

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

- **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.
- 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*").

Motif de consultation: Etape cruciale !

- Il s'agit de déterminer ce qui gêne le patient, ce qu'il souhaite que le médecin solutionne.
- 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 !

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

rechercher les événements facilement oubliés par le patient.

→ *Antécédents chirurgicaux et traumatismes*

· 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.

· **Antécédent de dépression ou d'un autre trouble psychiatrique**

· **Surcharge pondérale** : demander quel a été le poids le plus élevé au cours de la vie du patient, le poids habituel.

· **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.
- 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

Traitements suivis

- Ne pas oublier de l'interroger sur les médicaments achetés sans ordonnance
- Vaccinations à jour ?

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.
- Habitudes alimentaires particulières (sans sel, végétarien...).
- Logement: hygiène, promiscuité, avec ou sans ascenseur.
- Prise en charge sociale, revenu

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 les critères :

- Localisation des troubles.
- Début : quand, installation brutale ou progressive.
- Qualité des troubles.
- Rythme, durée des manifestations.
- Intensité, retentissement sur le quotidien.
- Facteurs qui aggravent et soulagent.
- Manifestations associées.

Examen physique

Signes généraux

- Taille, Poids, Température, Fréquence respiratoire.
- Avant de commencer l'examen physique appareil par appareil, il est indispensable de prendre le temps d'observer le patient.
- Pâleur, Ictère, Cyanose, 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.

Revue des systèmes

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

- 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.

Attention !

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

- **Le patient est-il capable de marcher ?**
- **Les fonctions supérieures de ce sujet âgé sont-elles intactes ?**
- **Le patient voit et entend ?**
- **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 !

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.

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 et un examen clinique solides.

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.

Plan de l'observation médicale

- 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, vie affective.
- Eventuelles intoxications.
- Voyages, animaux de compagnie.

● **Histoire de la maladie**

- 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.

