

# Vue d'ensemble de l'interrogatoire et de l'examen physique

Ce chapitre présente l'itinéraire qui mène à l'expertise clinique dans deux domaines cruciaux : l'anamnèse et l'examen physique.

Pour les adultes, l'anamnèse exhaustive comprend les *Données d'identification* et la *Source de l'anamnèse*, le(s) *Motif(s) de consultation*, la *Maladie actuelle*, les *Antécédents personnels*, les *Antécédents familiaux*, les *Antécédents psychosociaux* et la *Revue des appareils*. Les nouveaux patients, au cabinet ou à l'hôpital, justifient une *anamnèse exhaustive* ; cependant, dans nombre de cas, une *entrevue ciblée* ou *orientée vers les problèmes*, plus souple, est suffisante. Les composantes de l'anamnèse exhaustive structurent l'histoire du patient et le format de votre compte rendu d'observation (CRO), mais l'ordre indiqué p. 4-9 ne doit pas dicter la séquence de l'entrevue. En règle générale, l'entretien sera plus fluide et suivra les directions et les indications du patient, comme cela est décrit au chapitre 3.

## L'interrogatoire et l'examen physique : complet ou limité ?

Évaluation complète	Évaluation limitée
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Convient aux nouveaux patients au cabinet médical ou à l'hôpital</li> <li>■ Donne une connaissance fondamentale et personnalisée du patient</li> <li>■ Renforce la relation clinicien-patient</li> <li>■ Permet de reconnaître ou d'éliminer les causes physiques des inquiétudes du patient</li> <li>■ Développe les principales compétences nécessaires à l'examen physique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Convient aux patients déjà connus, notamment dans les consultations systématiques ou d'urgence</li> <li>■ Aborde des inquiétudes et des symptômes précis</li> <li>■ Évalue les appareils en rapport avec les problèmes du patient</li> </ul>

Distinguez bien les données subjectives des données objectives.

Données subjectives	Données objectives
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ce que le patient vous dit</li> <li>■ L'anamnèse, du motif de consultation (la principale plainte) à la revue des appareils</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ce que vous détectez pendant l'examen</li> <li>■ Toutes les constatations de l'examen physique</li> </ul>

### COMPOSANTES DE L'ANAMNÈSE DE L'ADULTE

#### Données d'identification

- ✓ *Données d'identification*, telles que l'âge, le sexe, la profession, le statut marital.
- ✓ *Source de l'anamnèse* : habituellement le patient, éventuellement un membre de la famille, un ami, une lettre d'accompagnement ou le dossier médical.

(suite)

- ✓ Si c'est indiqué, précisez *qui vous a adressé le patient*, pour la correspondance médicale.

#### **Fiabilité**

- ✓ Dépend de la mémoire, de la confiance et de l'humeur du patient.

#### **Motif(s) de consultation**

- ✓ Le ou les symptôme(s) ou inquiétude(s) qui amènent le patient à consulter.

#### **Maladie actuelle**

- ✓ Développe le *Motif de consultation*, décrit l'évolution de chaque symptôme, et en donne les sept attributs (voir p. 4).
- ✓ Précise les pensées et les sentiments du patient sur sa maladie.
- ✓ Précise les éléments positifs et les éléments négatifs pertinents, d'après les parties appropriées de la *Revue des appareils* (voir p. 6-9).
- ✓ Peut inclure les *traitements*, les *allergies*, la *consommation de tabac et d'alcool*, qui sont souvent intéressants pour la maladie actuelle.

#### **Antécédents médicaux personnels**

- ✓ Énumère les maladies infantiles.
- ✓ Énumère les maladies de l'âge adulte, avec leurs dates, dans au moins quatre rubriques : médicales, chirurgicales, gynéco-obstétricales, et psychiatriques.
- ✓ Inclut les mesures de *Protection de la santé*, telles que les vaccinations, les tests de dépistage, les problèmes de mode de vie et la sécurité à la maison.

#### **Antécédents familiaux**

- ✓ Précise ou schématise l'âge et l'état de santé, ou l'âge et la cause de décès des frères et sœurs, des parents et des grands-parents.
- ✓ Documente la présence ou l'absence de maladies particulières dans la famille, telles que l'hypertension artérielle, la maladie coronarienne, etc.

#### **Antécédents psychosociaux**

- ✓ Décrivent le niveau d'études, la famille dont le patient est issu, la vie à la maison, les centres d'intérêt personnels et le mode de vie.

#### **Revue des appareils**

- ✓ Documente la présence ou l'absence de symptômes fréquents en relation avec tous les grands appareils de l'organisme.

## ANAMNÈSE EXHAUSTIVE DE L'ADULTE

Quand vous établissez l'anamnèse d'un adulte, n'oubliez pas les points suivants : date et heure de l'interrogatoire, données d'identification, à savoir l'âge, le sexe, le statut marital et la profession, et la fiabilité, qui traduit la qualité de l'information livrée par le patient.

### → Motif(s) de consultation

**Citez les propres mots du patient.** « J'ai mal à l'estomac et je ne me sens pas bien du tout » ; ou « je suis venu pour mon examen de contrôle habituel ».

### → Maladie actuelle

Cette partie est le compte rendu chronologique, clair et complet des problèmes qui amènent le patient à consulter. Elle comprend le début du problème, ses circonstances d'apparition, ses manifestations et les traitements éventuels.

Chaque grand symptôme doit être bien caractérisé, en décrivant les sept attributs énumérés ci-dessous et les éléments *positifs* et *négatifs* tirés des parties appropriées de la « Revue des appareils » :

- localisation ;
- qualité ;
- quantité ou intensité ;
- chronologie, à savoir début, durée et fréquence ;
- circonstances de survenue ;
- facteurs d'aggravation ou d'amélioration ;
- manifestations associées.

De plus, notez tous les *médicaments*, avec le nom, la posologie, la voie d'administration et le nombre de prises, les *allergies*, y compris les *réactions aux médicaments*, la consommation de *tabac*, d'*alcool* et de *drogue*.

## → Antécédents médicaux personnels

Colligez les *maladies infantiles*, puis les *maladies de l'âge adulte* dans quatre rubriques :

- *médicales* (par exemple : diabète, hypertension artérielle, hépatites, asthme, VIH), avec leurs dates de début, ainsi que les hospitalisations, avec leurs dates, le nombre et le sexe des partenaires sexuels, les pratiques sexuelles à risque ;
- *chirurgicales* (nature des opérations, indications et dates) ;
- *gynéco-obstétricales* (antécédents obstétricaux, règles, contrôle des naissances, et fonction sexuelle) ;
- *psychiatriques* (les troubles, avec leur chronologie, les diagnostics, les hospitalisations, et les traitements).

Parlez aussi de la *protection de la santé*, à savoir les *vaccinations*, telles que celles contre le tétanos, la coqueluche, la diphtérie, la polio, la rougeole, la rubéole, les oreillons, la grippe, la varicelle, l'hépatite B, l'*Haemophilus influenzae* de type b et les pneumocoques ; les *tests de dépistage*, tels que les tests tuberculiques, les frottis cervicaux, les mammographies, la recherche de sang occulte dans les selles, les dosages de la cholestérolémie, avec la date et le résultat du dernier test.

## → Antécédents familiaux

Précisez ou notez sur un schéma l'âge et l'état de santé, ou la cause du décès de tous les proches parents, à savoir les grands-parents, les parents, les frères et sœurs, les enfants et les petits-enfants. Notez si les affections suivantes sont *présentes* ou *absentes* dans la famille :

hypertension artérielle, maladie coronarienne, hypercholestérolémie, accident vasculaire cérébral (AVC), diabète, maladie thyroïdienne ou rénale, cancer (précisez le type), rhumatisme, tuberculose, asthme ou maladie pulmonaire, céphalées, convulsions, maladie mentale, suicide, alcoolisme ou toxicomanie, et allergies, de même que les symptômes rapportés par le patient.

## → Antécédents psychosociaux

Ils comprennent la profession et le niveau d'études ; la vie à la maison et les autres situations importantes ; les sources de stress, récentes et à long terme ; les expériences de vie importantes, telles que le service militaire ; les loisirs ; la religion et les croyances ; les activités de la vie quotidienne (AVQ). Ils comprennent également les habitudes du mode de vie telles que l'*exercice physique* et le *régime alimentaire*, les *mesures de sécurité* et les *pratiques de médecine douce*.

## → Revue des appareils

Ces questions progressent « de la tête aux pieds ». Commencez par une question assez générale. Cela vous permet de passer à des questions plus précises portant sur les appareils suspects. Par exemple : « Qu'en est-il de vos oreilles et de votre audition ? » ; « Qu'en est-il de vos poumons et de votre respiration ? » ; « Avez-vous des troubles cardiaques ? » ; « Comment se passe votre digestion ? ». Les questions de la *Revue des appareils* peuvent révéler des problèmes que le patient n'a pas signalés. *Rappelez-vous que, dans vos notes, vous devrez placer les grands événements de la santé dans la Maladie actuelle ou les Antécédents médicaux personnels.*

Certains cliniciens effectuent la *Revue des appareils* au cours de l'examen physique. Si le patient a peu de symptômes, cette façon de faire peut être efficace. S'il a beaucoup de symptômes, le déroulement de l'anamnèse et de l'examen physique peut devenir décousu.

**État général.** Poids habituel, variation de poids récente, vêtements devenus trop étroits ou trop larges ; faiblesse, fatigue, fièvre.

**Peau.** Éruptions, grosseurs, ulcérations, démangeaisons, sécheresse, modifications des ongles ou des poils, changements de taille ou de couleur des grains de beauté.

**Tête, Yeux, Oreilles, Nez, Gorge (TYONG).** *Tête* : céphalées, traumatisme crânien, étourdissements, impression de tête vide. *Yeux* : vision, verres ou lentilles de contact, dernier examen, douleur, rougeur, larmolement excessif, vision double ou floue, taches, mouches volantes, éclairs lumineux, glaucome, cataractes. *Oreilles* : audition, bourdonnements d'oreille, vertiges, otalgies, infection, écoulement. En cas de surdité, utilisation ou non d'une prothèse auditive. *Nez et sinus* : rhumes fréquents, nez bouché, écoulement ou démangeaisons, rhume des foins, épistaxis, sinusite. *Gorge (ou bouche et pharynx)* :  tat des dents et des gencives, saignement des gencives ; éventuellement, appareils dentaires et leur adaptation ; dernier examen dentaire ; ulcération linguale ; bouche sèche ; angines fréquentes ; voix rauque.

**Cou.** Grosseurs, « ganglions » (adénopathie), goitre, douleur, raideur.

**Seins.** Grosseurs, douleur ou g ne, écoulement par le mamelon, auto-examens des seins.

**Appareil respiratoire.** Toux, expectoration (couleur, volume), hémoptysie, dyspnée, sifflements (*wheezing*), pleurésie, dernière radiographie du thorax. Vous pouvez rajouter l'asthme, la bronchite, l'emphysème, la pneumonie et la tuberculose.

**Appareil cardiovasculaire.** Troubles cardiaques, hypertension artérielle, rhumatisme articulaire aigu, souffles cardiaques, douleur ou g ne thoracique, palpitations, dyspnée, orthopnée, dyspnée paroxystique nocturne, œdème, anciens électrocardiogrammes (ECG) ou résultats d'autres examens cardiaques.

**Tube digestif.** Troubles de la déglutition, pyrosis, appétit, nausées, transit intestinal, couleur et volume des selles, modifications des exonérations, rectorragie ou selles noires ou goudron, hémorroïdes, constipation, diarrhée. Douleur abdominale, intolérance alimentaire, éructations et flatulences. Jaunisse (ictère), troubles hépatiques ou biliaires, hépatites.

**Appareil urinaire.** Mictions fréquentes (pollakiurie), polyurie, nycturie, mictions impérieuses, brûlure ou douleur à la miction, hématurie, infections, calculs rénaux, incontinence ; chez les hommes, diminution du calibre ou de la force du jet urinaire, miction retardée ou goutte à goutte.

**Appareil génital. Homme :** hernies, écoulement ou ulcérations du pénis, douleur ou masses testiculaires, antécédents de maladies sexuellement transmises (MST) avec leurs traitements, auto-examens des testicules. Habitudes, intérêt, fonction, satisfaction sexuels, méthodes contraceptives, utilisation de préservatifs, problèmes. Risque d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). **Femme :** âge aux premières règles ; régularité, fréquence et durée des règles ; abondance du saignement, saignement entre les règles ou après un rapport, dernières règles ; dysménorrhée, tension prémenstruelle ; âge de la ménopause, symptômes de la ménopause, saignement postménopausique. Chez les patientes nées avant 1971, exposition au diéthylstilbestrol (DES) pris par la mère pendant la grossesse. Pertes, démangeaisons, ulcérations, grosseurs vaginales, MST et leurs traitements. Nombre de grossesses, nombre et voie des accouchements, nombre d'avortements (spontanés ou provoqués), complications gravidiques ; méthodes contraceptives. Préférences, intérêt, fonction, satisfaction et problèmes sexuels (y compris la dyspareunie). Risque d'infection à VIH.

**Système vasculaire périphérique.** Claudication intermittente ; crampes des membres inférieurs ; varices ; antécédents de thrombose veineuse ; gonflement des mollets, membres inférieurs ou pieds ; changements de coloration des extrémités des doigts ou des orteils par temps froid ; gonflement avec rougeur et douleur.



**Appareil locomoteur.** Douleurs musculaires ou articulaires, raideur, rhumatisme, goutte, dorsalgie. Le cas échéant, décrivez la localisation des articulations ou des muscles atteints, tout gonflement, rougeur, douleur spontanée ou provoquée, raideur, faiblesse ou limitation des mouvements ou de l'activité ; précisez la chronologie des symptômes (par exemple, le matin ou le soir), leur durée et tout antécédent de traumatisme. Douleur du cou ou des lombes. Douleur articulaire avec des signes généraux tels que fièvre, frissons, éruptions, anorexie, perte de poids ou faiblesse.

**Psychisme.** Nervosité, tension, humeur, y compris la dépression, troubles de la mémoire, tentatives de suicide, si c'est approprié.

**Systeme nerveux.** Modifications de l'humeur, de l'attention ou du langage ; troubles de l'orientation, de la mémoire, de la compréhension intuitive (*insight*) ou du jugement ; céphalées, étourdissements, vertiges ; évanouissements, trous de mémoire, convulsions, faiblesse, paralysie, engourdissements ou perte de sensibilité, fourmillements ou picotements, tremblements ou autres mouvements involontaires ; convulsions.

**Systeme hématopoiétique.** Anémie, saignement ou ecchymoses faciles, transfusions, réactions transfusionnelles.

**Glandes endocrines.** Affection de la thyroïde, intolérance au chaud ou au froid, transpiration excessive, soif ou faim excessives, polyurie, changement de taille de gants ou de chaussures.

## EXAMEN PHYSIQUE : APPROCHE ET VUE D'ENSEMBLE

Effectuez un *examen physique complet* chez la plupart des nouveaux patients et des patients admis à l'hôpital. Pour les *évaluations ciblées ou orientées vers les problèmes*, les plaintes du patient vous indiqueront les parties à examiner.

- *La clé d'un examen physique précis et complet est l'adoption d'une séquence d'examen systématique. Avec des efforts et de la pratique, vous acquerez votre propre séquence d'examen systématique. Ce livre préconise d'examiner le patient en se plaçant à sa droite.*
- Appliquez les techniques de l'inspection, de la palpation, de l'auscultation et de la percussion pour examiner toutes les parties du corps, et simultanément soyez réceptif au patient considéré dans sa totalité.
- *Réduisez au minimum le nombre de fois où vous demandez au patient de passer d'une position à une autre, de couché à assis ou de debout à couché sur le dos.*
- Pour avoir une vue d'ensemble de l'examen physique, étudiez la séquence qui suit. Notez que d'un clinicien à l'autre, l'ordre peut changer, notamment pour l'appareil locomoteur et le système nerveux.

### → Début de l'examen : la préparation

Adoptez les étapes suivantes pour préparer l'examen physique.

#### Préparation à l'examen physique









- Réfléchissez à la façon d'aborder le patient.
- Arrangez l'éclairage et l'environnement.
- Installez le patient confortablement.
- Déterminez le champ de l'examen.
- Choisissez la séquence d'examen.
- Respectez la bonne position pour l'examen (à droite du patient) et la préférence manuelle.

Réfléchissez à votre approche, votre comportement professionnel, et à la façon de mettre le patient à l'aise et de le détendre. *Lavez-vous les mains devant le patient avant de commencer.*

## EXAMEN PHYSIQUE : RÉSUMÉ DE LA SÉQUENCE PROPOSÉE

- |  |   |
|--|---|
| <p>☿ ✓ Vue d'ensemble</p> <p>✓ Constantes vitales</p> <p>✓ Peau : torse supérieur, devant et derrière</p> <p>✓ Tête et cou, y compris la thyroïde et les ganglions lymphatiques</p> <p>✓ <i>Optionnel</i> : système nerveux (état mental, nerfs crâniens, force, masse et tonus des muscles des membres supérieurs, fonction cérébelleuse)</p> <p>✓ Thorax et poumons</p> <p>✓ Seins</p> <p>✓ Appareil locomoteur, si c'est indiqué : membres supérieurs</p> | <p>☿/☿ ✓ Appareil locomoteur, si c'est indiqué</p> <p>✓ <i>Optionnel</i> : peau, devant et derrière</p> <p>✓ <i>Optionnel</i> : système nerveux, y compris la démarche</p> <p>✓ <i>Optionnel</i> : appareil locomoteur, en entier</p>   |
| <p>☿ ✓ Appareil cardiovasculaire, y compris PVJ, pouls et souffles carotidiens, maximum du choc précordial, etc.</p>   | <p>♀ ✓ Femmes : examen gynécologique et rectal</p>  |
| <p>♂ ✓ Appareil cardiovasculaire, pour rechercher un B3 et un souffle de rétrécissement mitral</p> <p>✓ Système nerveux : force, masse et tonus des muscles des membres, réflexes, signe de Babinski</p>   | <p>♂ ✓ Hommes : prostate et toucher rectal</p> <p>☿ ✓ Appareil cardiovasculaire, pour rechercher un souffle d'insuffisance aortique</p> <p>☿ ✓ <i>Optionnel</i> : thorax et poumons, en avant</p> <p>✓ Seins et aisselles</p> <p>✓ Abdomen</p> <p>✓ Système vasculaire périphérique ; <i>optionnel</i> : peau de la partie basse du torse et des membres inférieurs</p> |

**Signification des symboles des positions du patient**

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
|    | ✓ Assis  |    | ✓ Couché sur le dos, les hanches en flexion, abduction et rotation externe et les genoux en flexion (position gynécologique) |
|    | ✓ Couché sur le dos, avec la tête du lit relevée à 30 degrés |      | ✓ <i>Idem</i> , partiellement tourné sur le côté gauche  |
|  | ✓ Debout   |  | ✓ Couché sur le côté gauche (décubitus latéral gauche)   |
|   |  |  | ✓ Assis, penché en avant   |
|   |  |  | ✓ Couché sur le dos, à plat (décubitus dorsal)   |

Chaque symbole reste valable jusqu'à l'apparition du suivant. Deux symboles séparés par une barre oblique indiquent que les deux positions sont utilisables.

**Réfléchissez à la façon d'aborder le patient.** Présentez-vous en tant qu'étudiant. Essayez d'apparaître calme, organisé et compétent, même si ce n'est pas tout à fait ce que vous ressentez. Si vous oubliez de faire une partie de l'examen, ce qui arrive, surtout au début, examinez tout simplement la zone en dehors de l'ordre habituel, mais en douceur.

**Arrangez l'éclairage et l'environnement.** Réglez le lit à une hauteur convenable (n'oubliez pas de l'abaisser après !). Demandez au patient de se rapprocher de vous si cela facilite votre examen.

Un bon éclairage et un environnement silencieux sont importants. L'éclairage *tangentiel* est optimal pour des structures telles que le poulx veineux jugulaire, la thyroïde, et le choc de la pointe du cœur

(choc apexien). Il fait ressortir les contours, les reliefs et les creux, ce qui bouge et ce qui est immobile.

**Installez le patient confortablement.** Montrez-vous soucieux de son intimité et de sa pudeur.

- Fermez les portes et tirez les rideaux avant de commencer.
- Acquérez l'art d'arranger la blouse du patient et de disposer les draps en fonction des zones à examiner (voir les chapitres suivants). *Le but est de ne découvrir qu'une zone du corps à la fois.*
- Tout au long de l'examen, tenez le patient informé, par exemple quand vous vérifiez les pouls fémoraux. Essayez aussi de jauger jusqu'à quel point le patient veut savoir.
- Assurez-vous que les instructions que vous donnez au patient à chaque étape de l'examen sont claires et polies.
- Observez la mimique du patient et éventuellement demandez-lui : « Ça va ? » en avançant dans l'examen.

Quand vous avez terminé, faites part au patient de vos impressions générales et de ce qui l'attend. Abaissez le lit pour éviter le risque de chutes et relevez les barrières du lit si besoin est. Au moment de partir, nettoyez vos instruments, jetez le matériel à usage unique, et lavez-vous les mains.

**Déterminez le champ de l'examen. Complet ou limité ?** Décidez si vous allez faire un examen *complet* ou *limité*.

**Choisissez la séquence d'examen.** L'ordre de l'examen doit :


- procurer le meilleur confort possible au patient ;
- lui éviter les changements de position inutiles ;
- et améliorer l'efficacité du praticien.

En général, allez de la tête aux pieds. En tant qu'étudiant un de vos principaux objectifs est d'élaborer votre propre séquence d'examen. Voyez la séquence d'examen proposée ci-dessus.

**Respectez la bonne position pour l'examen et la préférence manuelle.** Placez-vous à la droite du patient : l'estimation de la pression veineuse jugulaire droite est plus fiable, la main qui palpe repose plus confortablement sur le choc apexien, le rein droit est plus souvent palpable que le gauche, et les tables d'examen sont fréquemment positionnées de façon à permettre un abord avec la main droite. Sur un *patient en décubitus dorsal*, vous pouvez examiner la tête, le cou, et le thorax antérieur. Puis faites tourner le patient sur les deux côtés pour ausculter les poumons, examiner le dos, et inspecter la peau. Remettez le patient sur le dos et finissez l'examen sur le patient à nouveau en décubitus dorsal.

## → Examen physique complet de l'adulte

**Examen général.** Menez cet examen tout au long de la consultation médicale. Observez l'état général, la taille, la morphologie, et le développement sexuel. Notez l'attitude, l'activité motrice et la démarche ; l'habillement, la toilette et l'hygiène personnelle ; et les odeurs éventuelles du corps et de l'haleine. Observez la mimique et notez la façon d'être, l'affect, et les réactions aux personnes et aux choses de l'environnement. Écoutez la façon de parler du patient et notez son état d'éveil et son niveau de conscience.

 **Constantes vitales.** Demandez au patient de s'asseoir au bord du lit ou de la table d'examen, sauf si cette position est contre-indiquée. Tenez-vous en face de lui et passez d'un côté ou de l'autre si c'est nécessaire. Mesurez la pression artérielle (PA). Comptez le pouls et la fréquence respiratoire. Si c'est indiqué, mesurez la température corporelle.

**Peau.** Observez le visage. Identifiez les lésions éventuelles, en précisant leur localisation, leur répartition, leur disposition, leur

type et leur couleur. Inspectez et palpez les cheveux et les ongles. Étudiez les mains du patient. Continuez à évaluer la peau pendant que vous examinez d'autres régions du corps.

**TYONG.** Faites l'obscurité dans la pièce pour favoriser la dilatation des pupilles et la visibilité des fonds d'yeux. **Tête** : examinez les cheveux, le cuir chevelu, le crâne et la face. **Yeux** : vérifiez l'acuité visuelle et explorez les champs visuels. Notez la position et l'alignement des yeux. Observez les paupières. Inspectez la sclérotique et la conjonctive des deux yeux. Sous un éclairage oblique, inspectez les cornées, les iris et les cristallins. Comparez les pupilles et testez leur réponse à la lumière (réflexe photomoteur). Évaluez la motricité oculaire extrinsèque. Avec un ophtalmoscope, examinez les fonds d'yeux. **Oreilles** : inspectez les pavillons, les conduits auditifs externes, et les tympanes. Vérifiez l'acuité auditive. Si celle-ci est diminuée, vérifiez la latéralisation (épreuve de Weber) et comparez la transmission aérienne et osseuse (épreuve de Rinne). **Nez et sinus** : examinez le nez ; avec une lampe et un spéculum nasal, inspectez la muqueuse nasale, la cloison et les cornets. Palpez les sinus frontaux et maxillaires, à la recherche d'une douleur. **Gorge (ou bouche et pharynx)** : inspectez les lèvres, la muqueuse buccale, les gencives, les dents, la langue, le palais, les amygdales et le pharynx. (*Vous pouvez désirer examiner les nerfs crâniens à ce moment de l'examen.*)

**Cou.** Passez derrière le patient assis pour percevoir la thyroïde et examiner le dos, le thorax postérieur et les poumons. Inspectez et palpez les ganglions lymphatiques cervicaux. Notez les masses éventuelles et les pulsations inhabituelles dans le cou. Recherchez une déviation de la trachée. Observez le bruit et le travail respiratoires du patient. Inspectez et palpez la glande thyroïde.

**Dos.** Inspectez et palpez le rachis et les muscles.

**Thorax postérieur et poumons.** Inspectez et palpez le rachis et les muscles de la partie *supérieure* du dos. Inspectez, palpez et percutez le thorax. Identifiez le niveau de la matité diaphragmatique de chaque côté. Écoutez les bruits respiratoires, identifiez

tout bruit surajouté (ou adventice) et, si c'est indiqué, écoutez la transmission de la voix (voir p. 171).

**Seins, aisselles et ganglions épitrochléens.** Le patient est toujours assis. Remettez-vous en face de lui. *Femmes* : inspectez les seins, les membres supérieurs de la patiente étant relâchés puis relevés, puis ses mains prenant appui sur ses hanches. *Hommes et femmes* : inspectez les aisselles, à la recherche de ganglions axillaires ; recherchez des ganglions épitrochléens.

*Note sur l'appareil locomoteur* : à présent, vous avez fait les premières observations sur l'appareil locomoteur, à savoir les mains, la partie supérieure du dos et, chez les femmes, l'amplitude des mouvements des épaules. Servez-vous de ces observations et de celles que vous ferez ultérieurement pour décider si un examen complet de l'appareil locomoteur est justifié : *le patient étant toujours assis, examinez ses mains, bras, épaules, cou et articulations temporomandibulaires. Inspectez et palpez les articulations et l'amplitude de leurs mouvements. (Vous pouvez décider d'examiner la force, le tonus et la masse des muscles et les réflexes des membres supérieurs à ce moment ou décider d'attendre.)*

Palpez les seins en continuant votre inspection.

— **Thorax antérieur et poumons.** Le patient doit être en décubitus dorsal. Demandez-lui de se coucher. Placez-vous *du côté droit* du lit du patient. Inspectez, palpez et percutez le thorax. Écoutez les bruits respiratoires et les bruits surajoutés et, si c'est indiqué, la transmission de la voix.

— **Appareil cardiovasculaire.** Surélevez la tête du lit d'environ 30°, en la réglant de façon à voir les pulsations des veines jugulaires. Observez les pulsations veineuses jugulaires et mesurez la pression veineuse jugulaire par rapport à l'angle sternal. Inspectez et palpez les pouls carotidiens. Écoutez les souffles carotidiens.



○—/○— Demandez au patient de se tourner un peu vers le côté gauche, tandis que vous auscultez la pointe du cœur. Puis faites-le repasser en décubitus dorsal tandis que vous auscultez le reste du cœur. Demandez au patient de s'asseoir, de se pencher en avant et d'expirer pendant que vous recherchez un souffle d'insuffisance aortique. Inspectez et palpez l'aire précordiale. Notez la localisation, le diamètre, l'amplitude et la durée du choc de la pointe. Auscultez la pointe du cœur et la partie inférieure du bord gauche du sternum avec le pavillon du stéthoscope. Auscultez tous les foyers cardiaques avec la membrane du stéthoscope. Écoutez B1 et B2 et un dédoublement physiologique de B2. Recherchez des bruits et des souffles cardiaques pathologiques.

○—/○— **Systeme vasculaire périphérique.** Sur le patient en décubitus dorsal, palpez les pouls fémoraux, et si c'est indiqué, les pouls poplités. Palpez les ganglions inguinaux. Inspectez les membres inférieurs à la recherche d'œdèmes, colorations anormales ou ulcérations. Recherchez un signe du godet (pour l'œdème). Sur le patient debout, recherchez des varices, par l'inspection.

○— **Abdomen.** Abaissez la tête du lit à l'horizontale. Le patient doit être en décubitus dorsal. Inspectez, auscultez et percutez l'abdomen. Palpez-le légèrement puis profondément. Évaluez le foie et la rate par la percussion puis par la palpation. Essayez de percevoir les reins ; palpez l'aorte et ses battements. Si vous suspectez une infection urinaire, percutez en arrière, sur les angles costovertébraux.

○—/○— **Membres inférieurs.** Examinez les membres inférieurs, avec leurs trois systèmes sur le patient toujours couché. Chaque système sera aussi évalué sur le patient debout.

○—/○— **Systeme nerveux.** Le patient est assis ou couché sur le dos. L'examen du système nerveux peut aussi être fractionné en examen des membres supérieurs (alors que le patient est encore assis) et en examen des membres inférieurs (alors que le patient est couché), après l'examen du système nerveux périphérique.

- **État mental** : si c'est indiqué et que cela n'a pas été fait pendant l'entretien, évaluez l'orientation, l'humeur, le processus de pensée, le contenu de la pensée, les perceptions anormales, la compréhension intuitive (*insight*) et le jugement, la mémoire et l'attention, les connaissances et le vocabulaire, les capacités de calcul, la pensée abstraite et la capacité de construction.
- **Nerfs crâniens** : si ce n'est pas déjà fait, vérifiez l'odorat, les fonds d'yeux, la force des muscles masséters et temporaux, les réflexes cornéens, la mimique, le réflexe nauséeux, la force des trapèzes et des sternocléidomastoïdiens, et la protrusion de la langue.
- **Système moteur** : force, tonus et masse des principaux groupes musculaires. *Fonction cérébelleuse* : mouvements alternants rapides (MAR), mouvements d'un point à un autre, tels que doigt au nez (D → N) ou talon à la crête tibiale (T → CT) ; démarche. Observez la démarche du patient et son aptitude à marcher en posant un pied juste devant l'autre, sur la pointe des pieds, et sur les talons, à sautiller sur place et faire des genuflexions. Faites une épreuve de Romberg ; recherchez une dérive en pronation.
- **Système sensitif** : douleur, température, toucher léger, vibrations et discrimination. Comparez le côté droit avec le côté gauche et l'extrémité avec la racine des membres.
- **Réflexes** : à savoir les réflexes ostéotendineux bicipitaux, tricipitaux, stylo-radiaux, rotuliens et achilléens, et le réflexe cutané plantaire (voir p. 384-386).

**Examens supplémentaires.** L'examen *rectal* et l'examen *général* sont souvent effectués à la fin de l'examen physique. Le patient doit être installé comme indiqué.

*Organes génitaux de l'homme et hernies.* Examinez le pénis et le contenu des bourses. Recherchez des hernies.

↻ *Examen rectal chez l'homme.* Le patient est **couché sur le côté gauche** pour l'examen du rectum. Inspectez la région sacrococcygienne et le périnée. Palpez le canal anal, le rectum et la prostate. (Si le patient ne peut pas se tenir debout, examinez les organes génitaux avant de faire le toucher rectal.)

∞ *Examen gynécologique et rectal chez la femme.* La patiente est installée en **position gynécologique**. Asseyez-vous pendant l'examen au spéculum, puis mettez-vous debout pour le toucher vaginal. Examinez les organes génitaux externes, le vagin et le col utérin. Faites des frottis cervicaux. Palpez l'utérus et les annexes. Faites un examen rectovaginal.

## → Précautions standard et universelles

Les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) ont émis plusieurs recommandations pour protéger les patients et les examinateurs contre la propagation des maladies infectieuses. Il est fortement conseillé à tous les cliniciens qui examinent des patients d'étudier ces précautions sur les sites Web des CDC, et de les respecter. Les avis sur les précautions standard et contre les *Staphylococcus aureus* résistants à la méthicilline (SARM) et sur les précautions universelles sont brièvement résumés ci-dessous.

- *Précautions standard et contre les SARM.* Les précautions standard sont fondées sur le principe que le sang, les liquides corporels, les sécrétions, les excréments excepté la sueur, la peau lésée, et les muqueuses peuvent contenir des agents infectieux transmissibles. Ces mesures s'appliquent dans toutes les circonstances. Elles comprennent : l'hygiène des mains, quand utiliser des gants, des blouses, des masques faciaux et des protections oculaires, l'hygiène respiratoire et « l'étiquette de la toux », les critères d'isolement des patients, les précautions concernant le matériel, les jouets, les surfaces solides, et la manipulation du linge, et les pratiques sûres d'injection avec des aiguilles.

*Lavez-vous toujours les mains avant d'examiner et après avoir examiné un patient.* Cela démontrera votre souci de la bonne santé du patient et votre vigilance concernant une composante essentielle de la sécurité du patient. Des savons antimicrobiens qui sèchent rapidement sont souvent placés à proximité. *Changez de blouse blanche fréquemment* puisque les bas de manches peuvent devenir humides et souillés.

- *Précautions universelles.* Les précautions universelles sont un ensemble de mesures conçues pour prévenir la propagation du VIH, du virus de l'hépatite B (VHB), et d'autres agents pathogènes véhiculés par le sang, quand on effectue des gestes d'urgence ou des soins médicaux. Les liquides suivants sont considérés comme potentiellement infectants : le sang et les autres liquides corporels contenant du sang visible à l'œil nu, le sperme, et les sécrétions vaginales ; les liquides céphalorachidien, synovial, pleural, péritonéal, péricardique et amniotique. Les barrières de protection comprennent les gants, les blouses, les tabliers, les masques et les protections oculaires. Tous les professionnels de santé doivent *respecter les importantes précautions concernant la sûreté des injections et la prévention des blessures par des aiguilles, bistouris, et autres instruments et appareils acérés.* Déclarez immédiatement à votre service de médecine du travail tout accident de ce type.

# Raisonnement clinique, évaluation et enregistrement de vos constatations

## ÉVALUATION ET PROJET : LE PROCESSUS DU RAISONNEMENT CLINIQUE

Comme l'évaluation se déroule dans l'esprit du clinicien, le processus du raisonnement clinique semble souvent inaccessible au débutant. En tant qu'étudiant actif, demandez à vos enseignants et aux cliniciens de donner plus de détails sur les points importants de leur raisonnement et de leur prise de décision cliniques.

Avec l'expérience, votre réflexion commencera dès le début de la rencontre du patient, non à la fin. Sont énumérés ci-dessous les principes qui sous-tendent le processus du raisonnement clinique et certaines étapes explicites pour mieux guider votre pensée.

### IDENTIFIER LES PROBLÈMES ET POSER LES DIAGNOSTICS : LES ÉTAPES DU RAISONNEMENT CLINIQUE

- ✓ **Identifiez les constatations anormales.** Dressez la liste des *symptômes* et des *signes* que vous constatez au cours de l'examen clinique, ainsi que des résultats des examens de laboratoire disponibles.
- ✓ **Localisez ces constatations anatomiquement.** Par exemple, le symptôme « gorge irritée » et le signe « pharynx inflammatoire, rouge » localisent clairement le problème au pharynx.

(suite)

Certains symptômes et signes ne peuvent être localisés, comme la fatigue et la fièvre, mais ils sont utiles dans les étapes suivantes.

- ✓ **Interprétez les constatations en termes de processus probable.** Il y a de nombreux processus *anatomopathologiques*, à savoir congénitaux, inflammatoires ou infectieux, immunitaires, néoplasiques, métaboliques, nutritionnels, dégénératifs, vasculaires, traumatiques ou toxiques. D'autres problèmes sont *physiopathologiques*, traduisant la perturbation de fonctions biologiques, comme l'insuffisance cardiaque congestive, ou encore *psychopathologiques*, comme une céphalée exprimant un processus de somatisation.
- ✓ **Faites des hypothèses sur la nature des problèmes du patient.** Faites appel à vos connaissances, votre expérience et vos lectures sur les types d'anomalies et de maladies. En consultant la littérature, vous vous engagez dans l'objectif durable de *la prise de décision fondée sur les faits*. Les étapes suivantes vous aideront :
  1. Sélectionnez les constatations les plus importantes et les plus précises pour étayer votre hypothèse.
  2. Confrontez vos constatations à toutes les affections connues de vous, qui peuvent les produire.
  3. Éliminez les diagnostics possibles qui n'expliquent pas toutes les constatations.
  4. Comparez les différentes possibilités et retenez le diagnostic le plus vraisemblable.
  5. Accordez une attention particulière aux affections qui mettent en jeu le pronostic vital mais qui peuvent être traitées. Une règle pratique consiste à *toujours inclure le « scénario du pire »* dans votre liste de diagnostics différentiels et à vous assurer que vous pouvez l'éliminer d'après vos constatations et l'évaluation du patient.
- ✓ **Testez vos hypothèses.** Vous pouvez avoir besoin d'un complément d'anamnèse, de techniques d'examen supplémentaires ou d'examens de laboratoire ou d'imagerie pour confirmer ou infirmer votre hypothèse diagnostique ou pour retenir l'un des deux ou trois diagnostics les plus vraisemblables.
- ✓ **Posez un diagnostic provisoire.** Faites-le au plus haut niveau de clarté et de certitude autorisé par les données. Vous pouvez être limité à un symptôme, tel que « céphalée de tension, de cause inconnue ». D'autres fois, vous pouvez définir explicitement le problème en termes de structure, processus et cause, comme « méningite

(suite)

bactérienne à pneumocoques ». En passant en revue systématiquement la *Protection de la santé*, vous pouvez mettre au jour plusieurs problèmes de santé importants : vaccinations, tests de dépistage (par exemple, mammographies, examens de la prostate), instructions concernant la nutrition et les auto-examens des seins et des testicules, recommandations portant sur l'exercice physique ou l'utilisation de ceintures de sécurité, et réactions aux événements importants de la vie.

- ✓ **Élaborez un projet acceptable pour le patient.** Concevez et écrivez un *Projet* pour chaque problème du patient, allant des examens complémentaires pour confirmer ou approfondir un diagnostic et des consultations spécialisées aux ajouts, suppressions ou modifications thérapeutiques et à l'organisation d'une rencontre avec la famille.

## LE CAS DE MME N.

À présent, étudiez le cas de Mme N. Analysez les constatations faites, appliquez votre raisonnement clinique, et analysez l'évaluation et le projet.

### HISTOIRE DE LA MALADIE

11 h, le 30 août 2008

Mme N. est une femme agréable de 54 ans, veuve, vendeuse, habitant à Paris.

Correspondant : aucun.

Source et fiabilité : elle-même ; semble fiable.

**Motif de consultation :** « Mes maux de tête. »

**Maladie actuelle :** depuis environ 3 mois, Mme N. est de plus en plus gênée par des céphalées frontales. Celles-ci sont habituellement bifrontales, pulsatiles, d'intensité légère à modérée. Elle a dû manquer son travail à plusieurs reprises à cause des nausées et des vomissements associés. À présent, les céphalées surviennent en moyenne une fois par semaine, en rapport habituellement avec un stress et durent 4 à 6 heures. Elles

(suite)

sont soulagées par le sommeil et l'application d'une serviette humide sur le front mais presque pas par l'aspirine. Pas de troubles visuels, de déficits sensorimoteurs ni de paresthésies associées.

Des « maux de tête » avec nausées et vomissements sont apparus à 15 ans, se sont répétés jusqu'à 25 ans, puis se sont espacés et finalement ont presque disparu.

Mme N. rapporte une tension accrue au travail, du fait d'un nouveau patron exigeant ; elle a aussi des soucis au sujet de sa fille (voir « Antécédents psychosociaux »). Elle pense que les maux de tête pourraient être les mêmes qu'autrefois, mais souhaite en être sûre, parce que sa mère est morte après une « attaque cérébrale ». Elle s'inquiète du retentissement sur son travail et de son irritabilité vis-à-vis de sa famille. Elle prend trois repas par jour et boit trois tasses de café par jour et du Coca-Cola au coucher.

*Médicaments.* Aspirine, 1 ou 2 comprimés toutes les 4 à 6 heures si nécessaire. Dans le passé, diurétique pour des œdèmes des chevilles (pas de prise récente).

*Allergies.\** Éruption due à l'ampicilline.

*Tabac.* Environ 1 paquet de cigarettes par jour depuis l'âge de 18 ans (soit 36 paquets-années).

*Alcool/drogue.* Du vin, rarement. Pas de drogues illégales.

### Antécédents médicaux personnels

*Maladies de l'enfance.* Rougeole, varicelle. Pas de scarlatine ni de rhumatisme articulaire aigu.

*Maladies de l'âge adulte. Médicales :* pyélonéphrite en 1998, avec fièvre et douleur du flanc droit, traitée par ampicilline. Éruption généralisée avec prurit quelques jours plus tard. Radiographies rénales dites normales. Pas de récurrence de l'infection. *Chirurgicales :* amygdalectomie à 6 ans, appendicectomie à 13 ans. Suture d'une plaie, en 2001, après avoir marché sur des morceaux de verre. *Gyn.-obst. :* G3-P3, avec des accouchements par voie basse, normaux. Trois enfants vivants. Régulée à 12 ans. Dernières règles il y a 6 mois. Peu d'intérêt pour le sexe ; pas de relations sexuelles actuellement. Pas de risque d'infection à VIH. *Psychiatriques :* aucune.

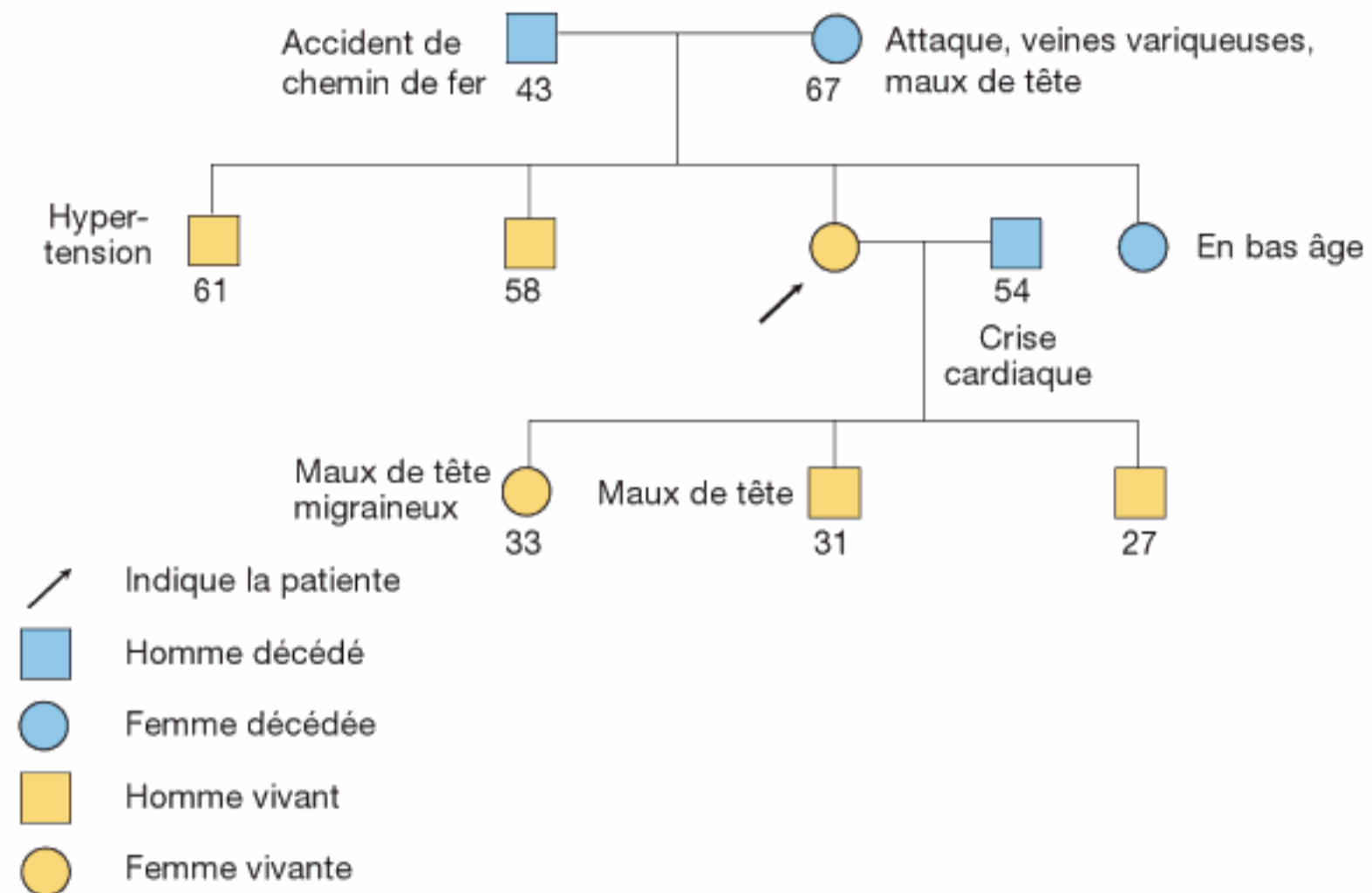
*Protection de la santé. Vaccinations :* vaccin antipolio oral (année ?), 2 injections antitétaniques en 1991 et rappel l'année suivante ; vaccin antigrippal en 2000 (pas de réaction). *Dépistages :* derniers frottis cervicaux en 2004, « normaux ». Pas de mammographie à ce jour.

\* Mettre un astérisque devant les points importants, ou les souligner.

(suite)



### Antécédents familiaux



### Ou

Père mort à 43 ans, dans un accident de chemin de fer. Mère morte à 67 ans, d'un accident vasculaire cérébral ; a souffert de varices et de maux de tête.

Un frère de 61 ans, hypertendu, bien portant par ailleurs. Un frère de 58 ans, apparemment en bonne santé, sauf une légère arthrose. Une sœur morte en bas âge, de cause inconnue.

Mari décédé à 54 ans, d'une crise cardiaque.

Une fille de 33 ans, « migraineuse », bien portante sinon. Un fils de 31 ans, souffrant de céphalées. Un fils de 27 ans, en bonne santé.

Pas d'antécédents familiaux de diabète, tuberculose, maladies cardiaques ou rénales, cancers, anémie, épilepsie ou maladie mentale.

**Antécédents psychosociaux :** est née et a grandi à Provinceville ; a fait des études secondaires, s'est mariée à 19 ans. A travaillé comme vendeuse pendant 2 ans, puis a déménagé avec son mari à Paris ; a eu 3 enfants. Mme N. a recommencé à travailler il y a 15 ans pour des raisons financières. Enfants tous mariés. Il y a 4 ans, M. N. est mort subitement d'une crise cardiaque, sans laisser beaucoup d'économies. A déménagé dans un petit appartement pour être plus près de sa fille Hélène.

(suite)

Le mari d'Hélène est alcoolique. L'appartement de Mme N. sert de refuge à Hélène et ses deux jeunes enfants, Kevin, 6 ans, et Linda, 3 ans. Mme N. se sent responsable d'eux, elle est tendue et nerveuse, mais nie être déprimée. A quelques bons amis mais n'aime pas les ennuyer avec ses soucis familiaux. « Je préfère garder ça pour moi. Je n'aime pas les commérages. » Pas de soutien de la religion ou d'une organisation.

Habituellement levée à 7 heures, travaille de 9 h à 17 h 30, dîne seule.

*Exercice physique et régime alimentaire* : fait peu d'exercice. A une alimentation riche en glucides.

*Mesures de sécurité* : met sa ceinture de sécurité et utilise des écrans solaires. Médicaments gardés dans une armoire à pharmacie non fermée à clé. Produits domestiques dans un meuble non fermé à clé, sous l'évier. Le fusil de chasse de M. N., avec une boîte de cartouches, est dans un placard, à l'étage supérieur.

### Revue des appareils

**État général.** \*A pris environ 5 kg en 4 ans.

**Peau.** Pas d'éruption ni d'autres modifications.

**Tête, yeux, oreilles, nez et gorge (TYONG).** Voir « Maladie actuelle ». Pas d'antécédent de traumatisme crânien. *Yeux* : lunettes pour lire depuis 5 ans ; dernier examen il y a 1 an ; pas d'autres symptômes. *Oreilles* : entend bien ; pas de bourdonnements, de vertiges, d'infections. *Nez, sinus* : rhumes modérés occasionnels, pas de rhume des foins ou de troubles des sinus. *Gorge (bouche et pharynx)* : \* saignement des gencives récemment, dernière visite chez le dentiste il y a 2 ans ; aphtes occasionnels.

**Cou.** Pas de grosseurs, de goitre, de douleur. Pas d'adénopathies.

**Seins.** Pas de nodules, de douleur, d'écoulement. Examine ses seins elle-même de temps à autre.

**Appareil respiratoire.** Pas de toux, de sifflements, d'essoufflement. Dernière radiographie thoracique en 1986 à l'hôpital Saint-Joseph, normale.

**Appareil cardiovasculaire.** Pas de maladie cardiaque ni d'hypertension connues ; dernière mesure de la PA en 2003. Pas de dyspnée, d'orthopnée, de douleurs thoraciques, de palpitations. N'a jamais eu d'électrocardiogramme (ECG).

**Tube digestif.** Bon appétit, pas de nausées, de vomissements, d'indigestion ; va à la selle une fois par jour environ, mais \*a parfois des selles dures tous les 2-3 jours, en particulier quand elle est tendue ; pas de diarrhée, ni de saignements. Pas de douleur, de jaunisse, de troubles vésiculaires ou hépatiques.

(suite)

**Appareil urinaire.** Pas de pollakiurie, pas de dysurie, pas d'hématurie, pas de douleur du flanc récente ; une miction nocturne abondante. \*Perd parfois un peu d'urine quand elle tousse fort.

**Appareil génital.** Pas d'infection vaginale ni pelvienne. Pas de dyspareunie.

**Système vasculaire périphérique.** Varices des membres inférieurs apparues lors de la première grossesse. Depuis 10 ans, chevilles gonflées après une station debout prolongée ; porte des collants élastiques ; a pris un diurétique il y a 5 mois, sans grand effet ; pas d'antécédents de phlébite ou de douleur dans les jambes.

**Appareil locomoteur.** Douleurs lombaires modérées, souvent après une longue journée de travail ; pas d'irradiation dans les jambes ; a pratiqué des exercices pour le dos, mais pas en ce moment ; pas d'autres douleurs articulaires.

**Psychisme.** Pas d'antécédent de dépression ou de traitement pour des troubles psychiatriques. Voir aussi la « Maladie actuelle » et les « Antécédents psychosociaux ».

**Système nerveux.** Pas de pertes de connaissance, de convulsions, de déficit sensitif ou moteur. Bonne mémoire.

**Sang.** En dehors de saignements des gencives, pas de saignements faciles, pas d'anémie.

**Glandes endocrines.** Pas de troubles thyroïdiens connus, d'intolérance thermique. Transpiration moyenne. Pas de symptômes ou d'antécédents de diabète.

### Examen physique

Mme N. est une petite femme boulotte, d'âge moyen, qui est alerte et répond rapidement aux questions. Elle est un peu tendue et a les mains froides et moites, ses cheveux sont bien coiffés et ses vêtements propres. Elle a un bon teint et reste couchée à plat sans être gênée.

**Constantes vitales.** Taille (sans chaussures) : 1,57 m. Poids (habillée) : 65 kg. IMC : 26. PA : 16,4/9,8 cmHg au bras droit, couchée ; 16,0/9,6 au bras gauche, couchée ; 15,2/8,8 au bras droit, debout, avec un grand brassard. Fréquence cardiaque (FC) : 88/min, régulière. Fréquence respiratoire (FR) : 18/min. Température (buccale) : 37 °C.

**Peau.** Paumes fraîches et moites, mais coloration normale. Angiomes tubéreux disséminés sur la partie supérieure du tronc. Pas d'hippocratisme digital ni de cyanose unguéale.

(suite)

**Tête, yeux, oreilles, nez, gorge (TYONG).** *Tête* : cheveux de texture moyenne. Cuir chevelu et crâne normaux. *Yeux* : acuité 7/10 des deux côtés. Champs visuels complets par confrontation. Conjonctives roses. Sclérotiques blanches. Pupilles rondes, régulières, égales, réagissant à la lumière, passant de 4 à 2 mm. Mouvements des globes oculaires normaux. Papilles à bords nets, sans hémorragies ni exsudats. Pas de rétrécissement artériolaire ni de signe du croisement. *Oreilles* : tympan droit partiellement masqué par du cérumen. Tympan gauche visible, normal. Bonne acuité (à la voix chuchotée). Test de Weber normal. CA > CO. *Nez* : muqueuse rose, cloison médiane. Pas de sensibilité des sinus. *Bouche* : muqueuse rose. Plusieurs papilles interdentaires rouges et un peu gonflées. Dents en bon état. Langue médiane avec petite (3 × 4 mm) ulcération blanche, peu profonde, sur une base érythémateuse, située sur la face inférieure, près de la pointe, légèrement douloureuse, mais non indurée. Pas d'amygdales. Pharynx propre.

**Cou.** Cou souple. Trachée sur la ligne médiane. Isthme thyroïdien à peine palpable, lobes non perçus.

**Ganglions.** Petits (< 1 cm), mous, non douloureux, mobiles, amygdaliens et cervicaux postérieurs, bilatéraux. Pas de ganglions axillaires ni épithrochléens. Plusieurs petits ganglions inguinaux bilatéraux, mous et indolores.

**Thorax et poumons.** Thorax symétrique. Bonne ampliation. Poumons sonores. Murmure vésiculaire audible, sans bruits surajoutés. Course diaphragmatique de 4 cm de chaque côté.

**Cardiovasculaire.** Pression veineuse jugulaire à 1 cm au-dessus de l'angle du sternum, avec la tête du lit relevée à 30°. Pouls carotidiens normaux et symétriques. Choc de la pointe du cœur à peine palpable dans le 5<sup>e</sup> espace intercostal gauche, à 8 cm de la ligne médiane. B1 et B2 bien frappés. Pas de B3 ni de B4. Souffle mésosystolique, 2/6, de tonalité moyenne, entendu au foyer aortique, n'irradie pas dans le cou. Diastole libre.

**Seins.** Pendulaires, symétriques. Pas de nodules ni d'écoulement par les mamelons.

**Abdomen.** Proéminent. Cicatrice de bonne qualité dans le quadrant inférieur droit. Bruits intestinaux audibles. Pas de douleur ni de masses. Foie haut de 7 cm sur la ligne médioclaviculaire droite ; bord inférieur mousse, palpable à 1 cm en dessous du rebord costal droit. Rate et reins non palpables. Pas de sensibilité de l'angle costovertebral.

(suite)

**Organes génitaux.** Vulve normale. Petite cystocèle quand la patiente pousse. Muqueuse vaginale rose. Col de multipare, rose, sans écoulement. Utérus antérieur, médian, lisse, pas augmenté de volume. Annexes difficiles à percevoir du fait de l'obésité et d'une mauvaise relaxation. Pas de douleur provoquée du col et des annexes. Frottis cervicaux prélevés. Cloison rectovaginale intacte.

**Rectal.** Ampoule rectale sans tumeur. Selles marron ; recherche de sang occulte négative.

**Membres inférieurs.** Chauds et pas œdématisés. Mollets souples, indolores.

**Vaisseaux périphériques.** Discrets œdèmes des chevilles. Petites varices des veines saphènes des deux membres inférieurs. Pas de pigmentation ni d'ulcères de stase. Pouls (2+ = bien perçus ou normaux).

	Radial	Fémoral	Poplité	Pédieux	Tibial postérieur
Droit	2+	2+	2+	2+	2+
Gauche	2+	2+	2+	Absent	2+

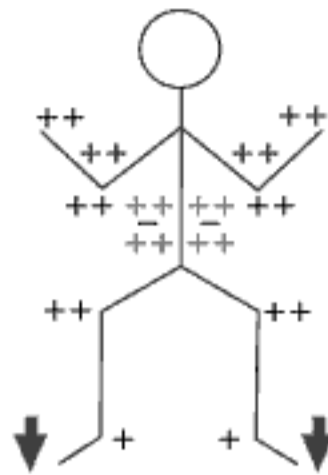
**Appareil locomoteur.** Pas de déformations articulaires. Amplitude normale des mouvements des mains, poignets, coudes, épaules, rachis, hanches, genoux, chevilles.

**Système nerveux.** *État mental* : tendue mais alerte et coopérative. Pensée cohérente. Bien orientée. *Nerfs crâniens* : II à XII intacts. *Motricité* : tonus et masses musculaires normaux. Force 5/5 partout. *Cervelet* : mouvements alternants rapides et d'un point à un autre conservés. Démarche normale. *Sensibilité* : à la piqure, au toucher léger, de position, vibratoire et stéréognostique, normale. Signe de Romberg négatif. *Réflexes* :

	Bicipital	Tricipital	Supinateur	Rotulien	Achilléen	Cutané plantaire
Droit	2+	2+	2+	2+	1+	↓
Gauche	2+	2+	2+	2+/2+	1+	↓

(suite)

Ou



### Résultats d'examens de laboratoire

Aucun actuellement. Voir le projet.

## ÉVALUATION ET PROJET

1. **Migraines.** Femme de 54 ans qui a, depuis l'enfance, des céphalées pulsatiles avec souvent des nausées et des vomissements. Ces céphalées sont liées au stress, soulagées par le sommeil et les compresses froides. Pas d'œdème papillaire, pas de déficit moteur ni sensitif à l'examen neurologique. Le diagnostic différentiel comprend les céphalées de tension, également associées au stress, mais il n'y a pas de soulagement par le massage et la douleur est pulsatile plutôt que sourde. Pas de fièvre, de raideur méningée ou d'autres signes évoquant une méningite, et les récurrences sur plusieurs années sont contre une hémorragie sous-arachnoïdienne (souvent décrite comme « la pire céphalée de ma vie »).

### Projet

- ✓ Discuter migraine *versus* céphalées de tension.
- ✓ Discuter le *biofeedback* et la gestion du stress.
- ✓ Conseiller à la patiente d'éviter la caféine sous forme de café, Coca-Cola et autres boissons gazeuses.
- ✓ Prescrire des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) en cas de crise.
- ✓ À la prochaine consultation, instaurer un traitement prophylactique si la patiente fait plus de trois crises par mois.

(suite)

- 2. Hypertension artérielle.** Il y a une hypertension systolique avec un grand brassard. Peut être liée à l'obésité et aussi à l'anxiété de la première consultation. Pas de signes de retentissement sur la rétine ou le cœur.

**Projet**

- ✓ Discuter des valeurs normales de la pression artérielle.
- ✓ Recontrôler la PA dans 1 mois, avec un grand brassard.
- ✓ Faire un bilan biologique et une analyse d'urines.
- ✓ Proposer une perte de poids et un programme d'exercices physiques (voir le point n° 4).
- ✓ Diminuer l'ingestion de sel.

- 3. Cystocèle avec incontinence d'effort épisodique.** Cystocèle à l'examen pelvien, vraisemblablement due à un relâchement de la vessie. La patiente est en cours de ménopause. Incontinence à la toux, évoquant une anomalie du col vésical. Pas de dysurie, de fièvre, de douleur du flanc. Pas de prise de médicaments favorisants. En général, pertes de petit volume, pas goutte à goutte.

**Projet**

- ✓ Expliquer la cause de l'incontinence d'effort.
- ✓ Faire une analyse d'urines.
- ✓ Préconiser les exercices de Kegel.
- ✓ À la prochaine consultation, prescrire une crème aux œstrogènes s'il n'y a pas d'amélioration.

- 4. Surcharge pondérale.** La patiente pèse 65 kg pour une taille de 1,57 m. IMC = 26.

**Projet**

- ✓ Étudier le régime alimentaire, demander à la patiente de noter ses ingesta sur un agenda.
- ✓ Explorer la motivation pour perdre du poids, fixer le poids à perdre d'ici la prochaine consultation.
- ✓ Programmer une consultation avec une diététicienne.
- ✓ Discuter un programme d'exercices physiques, notamment une marche quotidienne de 30 minutes.

*(suite)*

5. **Stress familial.** Beau-fils alcoolique ; fille et petits-enfants qui se réfugient chez elle, d'où des relations familiales tendues. La patiente a aussi des difficultés financières. Stress conjoncturel. Pas de signes en faveur d'une dépression actuellement.

**Projet**

- ✓ Explorer les idées de la patiente sur des stratégies de gestion du stress.
- ✓ Rechercher des aides comme l'Association des Alcooliques anonymes pour sa fille, et un conseil financier pour elle.
- ✓ Dépister une dépression.

6. **Épisodes de lombalgies.** En général en rapport avec une station debout prolongée. Pas d'antécédent de traumatisme ni d'accident automobile. La douleur n'irradie pas ; pas de douleur provoquée, pas de déficit moteur ou sensitif à l'examen. Doute sur la compression d'une racine nerveuse ou d'un disque, une bursite trochantérienne ou une sacro-iléite.

**Projet**

- ✓ Exposer les effets favorables de la perte de poids et des exercices pour renforcer les muscles lombaires.

7. **Tabagisme.** 1 paquet de cigarettes par jour depuis 36 ans.

**Projet**

- ✓ Faire un *peak flow* au cabinet médical, ou une spirométrie.
- ✓ Demander vigoureusement d'arrêter de fumer.
- ✓ Proposer d'adresser à une consultation de désintoxication.
- ✓ Proposer des patchs de nicotine, qui renforcent l'abstinence.

8. **Varices des membres inférieurs.** Ne s'en plaint pas actuellement.

9. **Antécédent de pyélonéphrite droite** en 1998.

10. **Allergie à l'ampicilline.** A eu une éruption mais pas d'autre réaction.

11. **Protection de la santé.** Dernier frottis cervical en 2004 ; n'a jamais eu de mammographie.

**Projet**

- ✓ Apprendre à la patiente à s'examiner les seins. Prescrire une mammographie.

(suite)



- ✓ Prévoir un frottis cervical à la prochaine consultation.
- ✓ Donner 3 cartes pour la recherche de sang dans les selles ; à la prochaine consultation, discuter une coloscopie de dépistage.
- ✓ Suggérer des soins dentaires pour la gingivite.
- ✓ Conseiller à la patiente de mettre sous clé les médicaments et les produits de nettoyage caustiques, si possible en hauteur.

## APPROCHE DES DIFFICULTÉS INHÉRENTES AUX DONNÉES CLINIQUES

Comme le montre le cas de Mme N., l'organisation des données du patient soulève plusieurs difficultés. Les directives suivantes vous aideront à affronter ces difficultés.

- **Regrouper les données en un *versus* plusieurs problèmes.** L'*âge* du patient peut vous aider. Les gens jeunes ont plus probablement une seule maladie et les gens âgés plusieurs. La *chronologie* des symptômes est souvent utile. Par exemple, une pharyngite 6 semaines auparavant est probablement sans rapport avec la fièvre, les frissons, la douleur thoracique de type pleural et la toux qui amènent à consulter aujourd'hui.

Si les symptômes et les signes ne concernent qu'un appareil, ils peuvent être expliqués par une seule maladie. Des problèmes concernant des appareils différents, apparemment non liés, exigent souvent plus d'une explication. À nouveau, il est nécessaire de connaître les schémas des maladies.

Certaines affections sont *multisystémiques*. Pour expliquer la toux, l'hémoptysie et l'amaigrissement d'un plombier de 60 ans qui a fumé des cigarettes pendant 40 ans, vous placerez probablement dès à présent le cancer du poumon au premier rang des causes possibles.

- **Passer au crible un grand nombre de données.** Essayez de *constituer des groupes distincts de constatations et de les analyser l'un après l'autre*. Vous pouvez aussi *poser une série de questions clés* qui orienteront votre réflexion dans une direction. Par exemple, vous pouvez demander ce qui provoque et soulage la douleur thoracique du patient. Si la réponse est l'effort et le repos, vous pouvez vous concentrer sur les appareils cardiovasculaire et locomoteur et laisser de côté le tube digestif.
- **Évaluer la qualité des données.** Afin d'éviter des erreurs dans l'interprétation de l'information clinique, acquérez les habitudes des cliniciens expérimentés, résumées ci-dessous.

### ASTUCES POUR ASSURER LA QUALITÉ DE L'ÉVALUATION DU PATIENT

- ✓ Posez des questions ouvertes et écoutez attentivement et patiemment l'histoire du patient.
- ✓ Adoptez une séquence systématique et complète pour l'interrogatoire et l'examen physique.
- ✓ Ayez l'esprit réceptif au patient, à son histoire et à vos constatations physiques.
- ✓ Envisagez toujours la « pire éventualité » dans la liste des explications possibles du problème du patient et assurez-vous de pouvoir l'éliminer à coup sûr.
- ✓ Analysez toute erreur de recueil ou d'interprétation des données.
- ✓ Consultez des collègues et relisez la littérature médicale pertinente pour éclaircir les incertitudes.
- ✓ Appliquez les principes de l'analyse des données à l'information et à l'exploration du patient.

- **Améliorer votre évaluation des données cliniques et des examens de laboratoire.** Appliquez les principes clés du choix et de l'utilisation des données et des tests : *fiabilité, validité, sensibilité, spécificité* et *valeur prédictive*. Apprenez à appliquer ces principes à vos données et aux examens que vous prescrivez.

- **Disposer les données cliniques.** Pour utiliser ces principes, il est important de disposer les données dans un tableau à  $2 \times 2$  entrées, présenté p. 37. L'utilisation d'un tel tableau assurera la précision de vos calculs de sensibilité, spécificité et valeur prédictive.

## PRINCIPES DE SÉLECTION ET D'UTILISATION D'UN TEST

**Fiabilité :** la reproductibilité d'une mesure. Elle indique jusqu'à quel point des mesures répétées d'un même phénomène relativement stable donnent les mêmes résultats, ce qu'on appelle aussi la **précision**. La fiabilité peut être appréciée chez un ou plusieurs observateurs.

*Exemple.* Si, à plusieurs reprises, un clinicien trouve la même hauteur de matité du foie à la percussion chez le même patient, on dit que la *fiabilité intra-observateur* est bonne. En revanche, si plusieurs observateurs trouvent des hauteurs de matité hépatique très différentes chez le même patient, on dit que la *fiabilité interobservateurs* est mauvaise.

**Validité :** la fidélité avec laquelle une mesure reflète la vraie valeur d'un objet. Elle indique jusqu'à quel point une observation donnée concorde avec la « réalité des choses » ou la meilleure mesure possible de la réalité.

*Exemple.* La mesure de la pression artérielle avec un sphygmomètre à mercure est moins valable que l'enregistrement intra-artériel.

**Sensibilité :** identifie la proportion de sujets ayant un test « positif » au sein du groupe connu pour avoir la maladie ou l'affection ; c'est la proportion des sujets qui sont des *vrais positifs* sur le nombre total de ceux qui ont vraiment la maladie. Quand l'observation ou le test est négatif chez des sujets qui ont vraiment la maladie, on dit que le résultat est un *faux négatif*. *Les bons tests et les bonnes observations ont une sensibilité supérieure à 90 % ; ils aident à exclure une maladie parce qu'ils donnent peu de faux négatifs. Ils sont très utiles pour le dépistage.*

*Exemple.* La sensibilité du signe de Homans dans le diagnostic de thrombose veineuse profonde (TVP) du mollet est de 50 %. Autrement dit, dans un groupe de patients ayant une TVP démontrée par phlébographie, un bien meilleur test, seulement 50 % ont un signe de Homans positif, ce qui fait que l'absence de ce signe n'est pas utile puisque 50 % des patients peuvent avoir une TVP.

(suite)

**Spécificité** : identifie la proportion de sujets ayant un test « négatif » au sein du groupe connu pour *ne pas* avoir la maladie ou l'affection ; c'est la proportion des sujets qui sont des *vrais négatifs* sur le nombre total de ceux qui sont indemnes de la maladie. Quand l'observation ou le test est positif chez des sujets qui n'ont pas la maladie, on dit que le résultat est un *faux positif*. *Les bons tests et les bonnes observations ont une spécificité supérieure à 90 % et aident à retenir une maladie, parce que le test est rarement positif en l'absence de la maladie, c'est-à-dire que les faux positifs sont rares.*

*Exemple.* La spécificité de l'amylasémie chez les patients suspects de pancréatite aiguë est de 70 %. Autrement dit, sur 100 patients sans pancréatite, 70 ont une amylasémie normale et 30 une amylasémie faussement élevée.

**Valeur prédictive** : indique dans quelle mesure un symptôme, un signe ou le résultat d'un test donné – qu'il soit positif ou négatif – prédit la présence ou l'absence d'une maladie. La *valeur prédictive positive (VPP)* est la probabilité de maladie chez un patient ayant un test positif (anormal), ou encore la proportion de « vrais positifs » au sein de la totalité de la population testée positive. La *valeur prédictive négative (VPN)* est la probabilité de ne pas avoir la maladie quand le test est négatif (normal), ou encore la proportion de « vrais négatifs » au sein de la totalité de la population testée négative.

*Exemples.* Dans un groupe de femmes ayant des nodules mammaires palpables dans un programme de dépistage du cancer, la proportion de celles qui ont un cancer du sein confirmé constitue la *VPP* des nodules du sein palpables pour le diagnostic de cancer du sein. Dans un groupe de femmes n'ayant pas de nodules dans le même programme, la proportion de celles qui n'ont pas de cancer du sein est la *VPN* de l'absence de nodules du sein.

*Sensibilité, spécificité et valeurs prédictives* sont illustrées dans le tableau à  $2 \times 2$  entrées ci-dessous par l'exemple de 200 personnes, dont la moitié a la maladie dont il est question. Dans cet exemple, la prévalence de la maladie de 50 % est beaucoup plus élevée que dans la plupart des situations cliniques. Étant donné que la *VPP* augmente avec la prévalence, sa valeur calculée est inhabituellement élevée.

(suite)

		Maladie		
		Présente	Absente	
Observation	+	95 Observations vraiment positives a	10 Observations faussement positives b	105 Total des observations positives
	-	5 c Observations faussement négatives	d 90 Observations vraiment négatives	95 Total des observations négatives
		100 Total des individus atteints par la maladie	100 Total des individus indemnes de la maladie	200 Total des individus

$$\text{Sensibilité} = \frac{a}{a+c} = \frac{95}{95+5} \times 100 = 95 \%$$

$$\text{Spécificité} = \frac{d}{b+d} = \frac{90}{90+10} \times 100 = 90 \%$$

$$\text{Valeur prédictive positive} = \frac{a}{a+b} = \frac{95}{95+10} \times 100 = 90,5 \%$$

$$\text{Valeur prédictive négative} = \frac{d}{c+d} = \frac{90}{90+5} \times 100 = 94,7 \%$$

## ORGANISATION DU COMPTE RENDU DU PATIENT

Un compte rendu d'observation (CRO) bien organisé et clair est l'un des principaux instruments de soins de votre patient. Pensez à l'*ordre* et à la *lisibilité* du CRO et à la *quantité de détails* nécessaire. Utilisez la *check-list* suivante pour vérifier que votre CRO est clair, informatif et facile à suivre.

## CHECK-LIST POUR LE CRO DU PATIENT

### L'ordre est-il clair ?

L'ordre est impératif. Assurez-vous que les futurs lecteurs, y compris vous, pourront trouver facilement des renseignements précis. Par exemple, mettez les items *subjectifs* de l'anamnèse dans l'anamnèse ; ne les laissez pas s'égarer dans l'examen physique. Avez-vous :

- ✓ fait ressortir les titres ?
- ✓ mis l'accent sur votre organisation avec des alinéas et des espaces blancs ?
- ✓ disposé la *Maladie actuelle* dans l'ordre chronologique, en commençant par l'épisode actuel, puis en complétant avec l'information de fond pertinente ?

### Les données colligées contribuent-elles directement à l'évaluation ?

Énoncez les arguments – positifs et négatifs – pour chaque problème ou diagnostic que vous identifiez.

### Les signes négatifs pertinents sont-ils décrits avec précision ?

Souvent des parties de l'anamnèse ou de l'histoire suggèrent une anomalie réelle ou potentielle.

*Exemples.* Chez un patient qui a des ecchymoses importantes, notez les signes négatifs pertinents, tels que l'absence de notion de traumatisme ou de violences, d'affections hémorragiques familiales, de traitements ou de carences qui pourraient en entraîner.

Chez un patient dépressif mais pas suicidaire, notez les deux points ; en revanche, s'il s'agit d'une « saute d'humeur » passagère, un commentaire sur le suicide est superflu.

### Y a-t-il des « survols » ou des omissions de données importantes ?

*Rappelez-vous que les données qui ne sont pas inscrites sont des données perdues.* Même si vous vous rappelez très bien certains détails aujourd'hui, vous les aurez probablement oubliés dans quelques mois. Une phrase comme « examen neurologique négatif », même écrite de votre main, vous fera peut-être douter dans quelques mois d'avoir examiné la sensibilité.

(suite)

### **Y a-t-il trop de détails ?**

Évitez d'enfourer un renseignement important dans une masse de détails, où il ne pourra être découvert que par un lecteur très persévérant. *Omettez la plupart des constatations négatives*, à moins qu'elles n'aient un rapport direct avec les plaintes du patient ou des diagnostics à exclure. *Au lieu d'énumérer toutes les anomalies que vous n'observez pas, concentrez-vous sur les quelques signes négatifs importants*, tels que « pas de souffle cardiaque », et essayez de décrire les structures de façon concise et positive.

*Exemples.* « Col utérin rose et lisse » indique que vous n'avez pas vu de rougeur, d'ulcération, de nodules, de masses, de kystes ni d'autres lésions suspectes, mais cette description est plus courte et beaucoup plus lisible.

Vous pouvez passer sous silence certaines structures même si vous les avez examinées, comme des sourcils et des cils normaux.

### **Utilisez-vous des mots et des phrases courts à bon escient ?**

#### **Y a-t-il une répétition inutile de données ?**

Omettez les mots superflus, tels que ceux entre parenthèses dans les exemples ci-dessous. Vous gagnerez un temps et un espace précieux.

*Exemples.* « Le col est (de couleur) rose ». « Les poumons sont sonores (à la percussion) ». « Le foie est sensible (à la palpation) ». « Présence de cérumen dans les deux oreilles (droite et gauche) ». « Souffle systolique éjectionnel 2/6 (audible) ». « Thorax symétrique (des deux côtés) ».

Omettez les phrases d'introduction répétitives du type : « Le patient déclare qu'il n'a pas de... », parce que le lecteur suppose que le patient est la source de l'anamnèse, sauf indication contraire.

Utilisez des mots courts à la place de mots plus longs, plus recherchés, quand ils signifient la même chose, comme « vus » pour « visualisés », ou « entendu » pour « audible à l'auscultation ».

*Décrivez ce que vous avez observé, pas ce que vous avez fait.* « Papilles optiques vues » est moins instructif que « papilles à bords nets », même si c'est la première fois que vous les apercevez !

### **Le style est-il « télégraphique » ? Y a-t-il trop d'abréviations ?**

Les CRO sont des documents scientifiques et légaux, aussi ils doivent être clairs et compréhensibles. Si l'utilisation de mots et de phrases brefs à la place de phrases entières est admise, les abréviations et les symboles ne doivent être utilisés que s'ils sont compris de tous.

(suite)

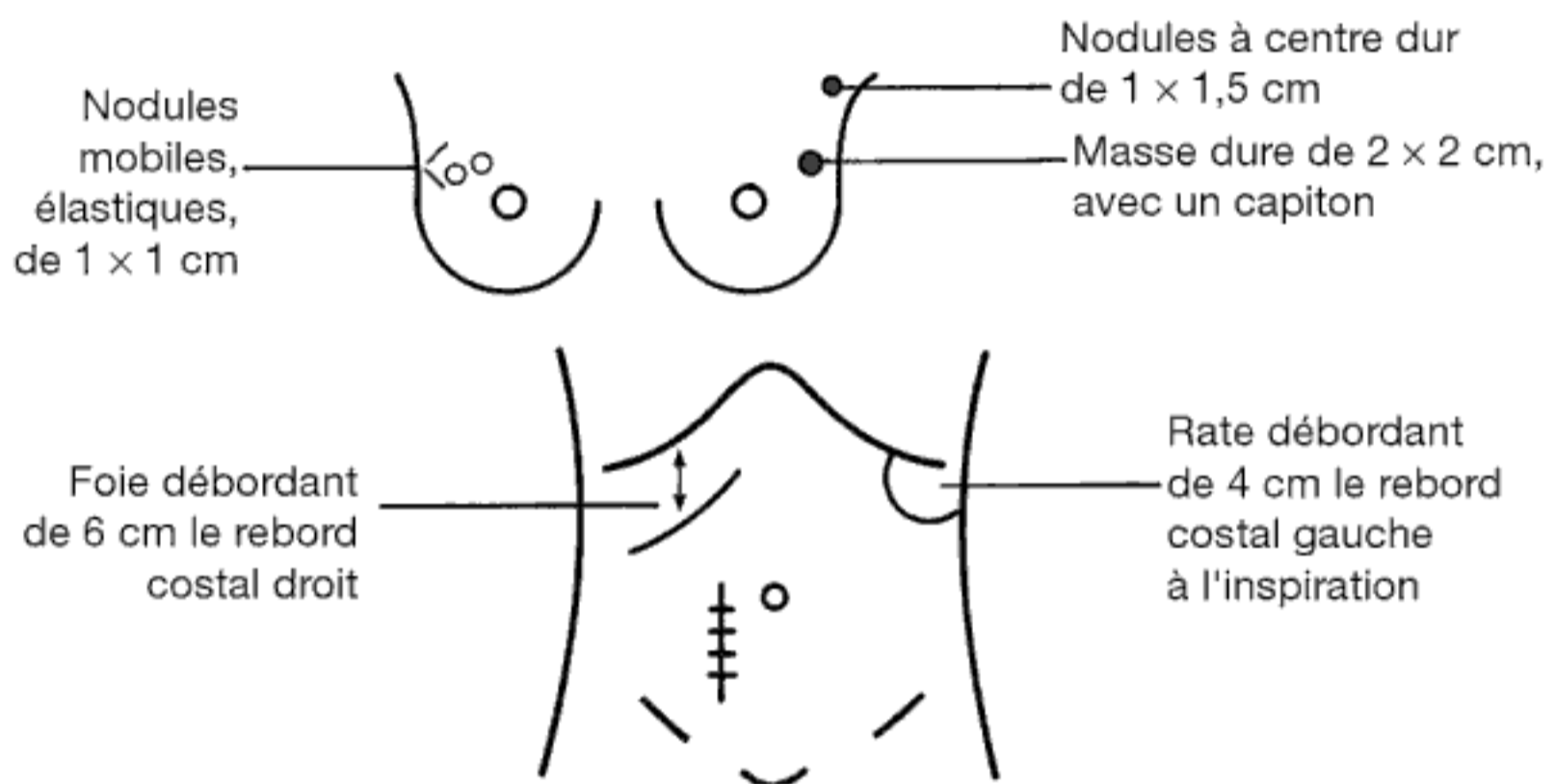
De même un style trop élégant est moins attrayant qu'un résumé concis.

Assurez-vous que votre compte rendu est lisible, sinon tout ce que vous y avez consigné sera sans valeur pour vos lecteurs.

**Y a-t-il des schémas et des mesures précises quand c'est approprié ?**

Les schémas contribuent grandement à la clarté du CRO.

*Exemples.* Étudiez les exemples ci-dessous :



Pour que les évaluations et les comparaisons futures soient précises, faites des mesures en centimètres, pas en fruits ou en légumes.

*Exemple.* « Ganglion de 1 x 1 cm » au lieu de « ganglion de la taille d'un petit pois » ou « masse de 2 x 2 cm dans le lobe gauche de la prostate » au lieu de « masse prostatique de la taille d'une noisette ».

**Le ton des notes est-il neutre et professionnel ?**

Il est important d'être objectif. Les commentaires hostiles, moralisateurs ou désapprobateurs n'ont pas leur place dans le CRO du patient. N'employez jamais des mots, une typographie ou une ponctuation incendiaires.

*Exemple.* Des commentaires comme « patient IVRE et À NOUVEAU EN RETARD ! » ne sont pas professionnels et donnent un mauvais exemple aux personnes qui lisent le dossier. Ils sont aussi indéfendables dans un cadre légal.



Une fois l'évaluation terminée et le CRO rédigé, vous trouverez utile de dresser la *Liste des problèmes*, qui résume les problèmes du patient, sur la couverture du dossier du cabinet ou de l'hôpital. Voici un exemple de *Liste des problèmes* pour Mme N.

Exemple de liste des problèmes		
Date de saisie	N° du problème	Problème
30/08/2008	1	Migraines
	2	Hypertension artérielle
	3	Cystocèle, avec incontinence d'effort épisodique
	4	Surcharge pondérale
	5	Stress familial
	6	Lombalgie
	7	Tabagisme
	8	Varices
	9	Antécédent de pyélonéphrite droite
	10	Allergie à l'ampicilline
	11	Protection de la santé



## Entrevue et antécédents

L'interrogatoire est une conversation avec un objectif. À la différence de la conversation sociale où vous pouvez exprimer librement vos besoins et vos intérêts, ce qui n'engage que vous-même, l'entrevue clinicien-patient a pour principal objectif le bien-être du patient. L'interrogatoire du patient a un triple but : établir une relation de confiance et de soutien, recueillir des renseignements et donner une information.

Le processus de l'entrevue diffère notablement du plan des antécédents présenté au chapitre 1. Tous les deux sont fondamentaux pour travailler avec les patients, mais ils servent des objectifs différents.

- Le **plan des antécédents** est un cadre pour organiser les renseignements sur le patient dans une forme écrite ou orale à l'intention des autres soignants.
- L'**entrevue** qui fournit en vérité ces renseignements est plus fluide. Elle nécessite la connaissance des données à recueillir, la capacité à obtenir une information précise et détaillée, et des qualités d'échange qui vous permettront de réagir aux sentiments du patient et **d'obtenir son anamnèse, avec ses propres mots.**

Pour les nouveaux patients au cabinet, à l'hôpital ou dans un établissement de long séjour, vous devrez établir une *anamnèse exhaustive*, décrite pour les adultes au chapitre 1. Pour les patients qui consultent pour un motif précis, comme une douleur à la miction, un interrogatoire plus limité, adapté au problème particulier, peut être indiqué ; il est parfois appelé *anamnèse ciblée* ou *orientée vers le problème*.

## SE PRÉPARER : L'APPROCHE DE L'ENTREVUE

L'interrogatoire des patients pour obtenir leurs antécédents médicaux demande une planification.

- **Prenez le temps de réfléchir.** En tant que cliniciens, nous rencontrons des personnes très diverses, chacune étant unique. Comme nous apportons nos propres valeurs, suppositions et préjugés à chaque rencontre, nous devons regarder en nous-mêmes pour éclaircir de quelle façon nos attentes et nos réactions peuvent retentir sur notre écoute et notre comportement. *La réflexion sur nous-mêmes nous donne une plus grande lucidité dans notre travail avec les patients ; c'est l'un des aspects les plus gratifiants des soins au patient.*
- **Revoyez votre comportement clinique et votre présentation.** Consciemment ou non, vous envoyez des messages par vos paroles et par votre comportement. L'attitude, les gestes, le contact oculaire et le ton de la voix peuvent exprimer l'intérêt, l'attention, l'approbation ou la compréhension. Le clinicien expérimenté paraît calme et pas pressé, même lorsque son temps est limité. Les réactions qui trahissent la désapprobation, la gêne, l'impatience ou l'ennui bloquent la communication. Les patients sont rassurés par un aspect propre et soigné, une tenue classique et un badge nominatif.
- **Revoyez la fiche.** Avant de voir le patient, revoyez sa fiche ou son dossier médical. Ils fournissent souvent des renseignements précieux sur les diagnostics et traitements antérieurs ; mais les données peuvent être incomplètes, voire discordantes avec les dires du patient : soyez donc ouvert à de nouvelles approches ou idées.
- **Aménagez l'environnement.** Pensez toujours à l'intimité du patient. Tirez les rideaux du lit, s'il y en a. Proposez d'aller dans une chambre vacante, à l'écart des oreilles indiscrètes.
- **Fixez des objectifs à l'entrevue.** Clarifiez vos objectifs pour l'entrevue. Le clinicien doit mettre en balance les objectifs du

soignant et les objectifs du patient. Sa tâche consiste à concilier les différents impératifs.

- **Prenez des notes.** Notez des phrases courtes, des dates précises ou des mots au lieu d'essayer de rédiger le CRO définitif. Maintenez un bon contact oculaire et, chaque fois que le patient parle de sujets sensibles ou troublants, posez votre stylo.

## CONNAISSANCE DU PATIENT : LA SÉQUENCE DE L'ENTREVUE

En général, une entrevue passe par plusieurs stades. *Tout au long de cette séquence, vous devez toujours, en tant que clinicien, rester à l'écoute des sentiments du patient, faciliter leur expression, réagir à leur contenu et valider leur signification.* Que l'entrevue soit exhaustive ou ciblée, tenez compte des sentiments et de l'affect du patient.

- **Saluez le patient et établissez la relation.** *Saluez le patient* en l'appelant par son nom et présentez-vous, en donnant votre nom. Si possible, serrez-lui la main. Si c'est un premier contact, expliquez votre rôle, y compris votre statut d'étudiant et votre implication dans les soins du patient. Il est toujours préférable de s'adresser au patient en l'appelant par son nom (par exemple, M. Dupont, Mme Martinez). **Évitez les prénoms**, sauf autorisation expresse du patient.

S'il y a des visiteurs dans la pièce, *préservez la confidentialité.* Laissez le **patient** décider si les visiteurs ou des membres de la famille peuvent rester dans la pièce et demandez son autorisation avant de mener l'interrogatoire devant eux.

*Préoccupez-vous du confort du patient.* Demandez-lui comment il se sent et si vous arrivez à un moment opportun. Recherchez des signes d'inconfort, tels que de fréquents changements de position ou des mimiques de douleur ou d'anxiété. Arranger le lit peut améliorer le confort du patient.

Envisagez la meilleure façon d'*aménager la pièce*. Choisissez une distance facilitant la conversation et le contact oculaire. Essayez de vous asseoir à hauteur des yeux du patient. Écartez les obstacles matériels qui s'interposent entre vous et lui, tels qu'un bureau ou une table de chevet.

Accordez toute votre attention au patient. Évitez de baisser les yeux pour prendre des notes ou consulter la fiche et prenez le temps de deviser un peu pour le mettre à l'aise.

- **Établissez un ordre du jour.** Il est important d'identifier vos interrogations et celles du patient dès le début de la rencontre. Souvent vous aurez besoin de centrer l'entrevue en demandant au patient quel est son problème le plus pressant. Par exemple : « Avez-vous des problèmes particuliers ? Quel problème vous préoccupe le plus aujourd'hui ? » Certains patients n'ont pas de plainte ou de problème précis. Ici encore il est important de commencer par l'anamnèse du patient.

- **Commencez l'interrogatoire.** Pour sonder l'inquiétude du patient, commencez par des **questions ouvertes**, qui donnent toute liberté pour répondre : « Dites m'en plus sur... » Évitez les questions qui n'appellent qu'une réponse par « oui » ou par « non », limitée et peu informative. *Écoutez le patient répondre sans l'interrompre.*

Entraînez-vous à *suivre les directions du patient*. Utilisez des signaux verbaux et non verbaux qui poussent les patients à raconter spontanément leur histoire. Utilisez des *incitations à continuer*, notamment en consultation, telles que des acquiescements de la tête et des expressions comme « Oui, oui », « Continuez », et « Je vois ».

- **Identifiez les manifestations émotionnelles du patient et réagissez.** Les patients manifestent leurs inquiétudes de façon variée, directement ou non, verbalement ou non, sous forme d'idées ou d'émotions. Reconnaître et réagir à ces manifestations aide à établir une relation, augmente la compréhension de la maladie et accroît la satisfaction du patient. Une taxonomie des manifestations révélant le point de vue du patient sur la maladie figure dans l'encadré ci-après.

## MANIFESTATIONS RÉVÉLANT LE POINT DE VUE DU PATIENT SUR LA MALADIE

- ✓ Déclaration(s) directe(s) du patient sur les explications, les émotions, les espoirs, et les effets de la maladie.
- ✓ Expression d'opinions sur la maladie.
- ✓ Tentatives d'explication ou de compréhension des symptômes.
- ✓ Manifestations dans le discours (par exemple, répétitions, pauses prolongées pour réfléchir).
- ✓ Partage d'une histoire personnelle.
- ✓ Comportements traduisant des inquiétudes cachées, l'insatisfaction ou des besoins non satisfaits, comme des réticences à accepter des recommandations, la demande d'un second avis, ou un deuxième rendez-vous rapproché.

Source : Lang F, Floyd MR, Beine KL. Clues to patients' explanations and concerns about their illnesses : a call for active listening. Arch Fam Med 2000 ; 9 (3) : 222-7.

- **Développez et clarifiez l'anamnèse du patient.** Tous les symptômes, dont la douleur, ont des attributs qui doivent être précisés, y compris le contexte, les associations et la chronologie. Il est très important de bien comprendre leurs caractéristiques essentielles. *Précisez toujours les sept attributs de chaque symptôme.*

## LES SEPT ATTRIBUTS D'UN SYMPTÔME

1. **Son siège.** Où est-il situé ? A-t-il des irradiations ?
2. **Sa qualité.** À quoi ressemble-t-il ?
3. **Son intensité ou sa sévérité.** À quel point cela fait-il mal (pour la douleur, demandez de coter sur une échelle de 1 à 10) ?
4. **Sa chronologie.** Quand commence-t-il ? Quelle est sa durée ? À quelle fréquence revient-il ?

(suite)

5. **Les circonstances dans lesquelles il survient.** À savoir les facteurs environnementaux, les activités personnelles, les réactions émotionnelles, ou d'autres circonstances ayant pu contribuer à la maladie.
6. **Les facteurs de rémission ou d'aggravation.** Y a-t-il quelque chose qui le soulage ou l'aggrave ?
7. **Les manifestations associées.** Avez-vous remarqué quelque chose d'autre qui l'accompagne ?

*Utilisez un langage compréhensible et approprié au patient. Un langage technique embrouille le patient et bloque la communication. Autant que possible, employez les propres mots du patient, tout en clarifiant leur signification.*

Apprenez à faciliter le récit du patient en utilisant différents types de questions et les techniques d'une bonne entrevue indiquées p. 50 à 53. Vous devrez souvent *utiliser des questions ciblées* (voir p. 50-51) pour obtenir des renseignements précis que le patient n'a pas encore livrés. *En général, l'interrogatoire du patient passe d'une question ouverte à une question ciblée, puis continue par une autre question ouverte.*

*Déterminer la séquence et l'évolution dans le temps des symptômes du patient est important. Vous devez encourager un récit suivant l'ordre chronologique en posant des questions telles que « Et après ? » ou « Qu'est-il arrivé ensuite ? ».*

- **Formulez et testez des hypothèses diagnostiques.** En écoutant les inquiétudes du patient, vous commencerez à *formuler des hypothèses* sur le processus pathologique qui pourrait être en cause. L'identification des attributs des symptômes du patient et la recherche de détails précis sont fondamentaux pour reconnaître les types de maladie et différencier une maladie d'une autre.



- **Obtenez une compréhension partagée du problème.** La *distinction maladie/mal* vous permettra de comprendre la différence entre votre point de vue et celui du patient. Dans ce paradigme, la *maladie* est l'explication que le *clinicien* donne aux symptômes. C'est sa façon d'organiser ce qu'il a appris du patient en un tableau cohérent qui conduit au diagnostic clinique et au projet thérapeutique. Le *mal* est la façon dont le *patient* éprouve les symptômes. *L'interrogatoire doit faire la synthèse de ces deux visions de la réalité.*

Pour savoir comment les patients perçoivent leur mal, il faut poser des questions centrées sur le patient dans les quatre domaines énumérés ci-dessous. C'est un point crucial pour la satisfaction du patient, l'efficacité de ses soins et son suivi.

#### EXPLORATION DU POINT DE VUE DU PATIENT

- ✓ Les sentiments du patient sur le problème, c'est-à-dire ses peurs et ses inquiétudes.
- ✓ Les idées du patient sur la nature et la cause du problème.
- ✓ Le retentissement du problème sur la vie du patient.
- ✓ Les attentes du patient concernant la maladie, le médecin ou les soins, qui dépendent souvent d'expériences personnelles ou familiales antérieures.

- **Mettez au point un projet.** Connaître la maladie et concevoir le mal vous donnent, ainsi qu'au patient, les bases de la planification d'une future évaluation (examen physique, examens de laboratoire, consultations, etc.).
- **Prévoyez le suivi et terminez l'entretien.** Assurez-vous que le patient a bien compris les projets que vous avez établis ensemble. Vous pouvez dire : « Nous devons terminer maintenant. Avez-vous des questions sur ce dont nous avons discuté ? » Revoyez l'évaluation à venir, les traitements et le suivi. Donnez la possibilité au patient de poser d'ultimes questions.

## CONSTRUCTION D'UNE RELATION THÉRAPEUTIQUE : LES TECHNIQUES D'UN BON INTERROGATOIRE

Un bon interrogatoire requiert l'utilisation de techniques particulières, qui s'apprennent. Pratiquez ces techniques et faites-vous observer ou enregistrer pour vérifier vos progrès.

**Écoute attentive.** Il faut écouter très attentivement ce que le patient communique, en étant conscient de son état émotionnel et en utilisant des moyens verbaux et non verbaux pour l'encourager à poursuivre et à s'épancher.

**Questionnaire orienté.** Apprenez à adapter votre interrogatoire aux signaux verbaux et non verbaux émis par le patient.

### QUESTIONNAIRE ORIENTÉ : LES OPTIONS POUR CLARIFIER L'ANAMNÈSE DU PATIENT

- ✓ Aller de questions ouvertes à des questions ciblées.
- ✓ Utiliser un questionnement qui suscite une réponse graduée.
- ✓ Poser les questions l'une après l'autre.
- ✓ Poser des questions à choix multiples.
- ✓ Éclaircir ce que le patient veut dire.
- ✓ Inciter à continuer.
- ✓ Faire l'écho.

*Allez du général au particulier. Les questions ciblées ne doivent pas être des questions fermées, qui appellent des réponses par « oui » ou « non ». Ne dites pas : « Est-ce que vos selles ressemblent à du goudron ? », mais « S'il vous plaît, décrivez vos selles ».*

Posez des questions qui suscitent des *réponses graduées* plutôt qu'une seule réponse. « Quelle est l'activité physique qui vous essouffle ? » est préférable à « Êtes-vous essoufflé en montant un escalier ? ». *Ne posez qu'une question à la fois*. Dites : « Avez-vous eu l'une des affections suivantes ? » Marquez une pause et établissez un contact oculaire en énumérant les affections.

Parfois des patients semblent incapables de décrire des symptômes. Posez-leur des *questions à choix multiples*.

Aux patients qui utilisent des mots ambigus, *demandez des éclaircissements*. Par exemple : « Dites-moi ce que vous entendez exactement par “la grippe” ».

L'attitude, les gestes et les mots encouragent le patient à en dire plus, sans imposer un thème. Hochez la tête ou restez silencieux. Penchez-vous en avant, maintenez un contact oculaire et utilisez des **incitations à continuer**, telles que « Mmm-mm », « Continuez » et « Je vous écoute ».

En répétant et en **faisant écho** aux mots du patient, vous encouragez celui-ci à livrer des détails factuels et ses sentiments.

**Communication non verbale.** Votre réceptivité aux messages non verbaux du patient vous permet de le « déchiffrer » plus efficacement et de lui envoyer vos propres messages. Faites très attention au contact oculaire, à la mimique, à l'attitude, à la position et aux mouvements de la tête, tels que la dénégation ou l'acquiescement, à la distance entre les personnes, à la position des membres, qui peuvent être croisés, neutres ou ouverts. Un contact physique, comme poser votre main sur le bras du patient, peut manifester votre empathie ou aider le patient à mieux contrôler ses sentiments. Vous pouvez aussi imiter le *paralanguage* du patient, les qualités de son discours, telles que le rythme, le ton et le volume, afin d'accroître la relation. Tenez compte des variations culturelles dans l'utilisation et la signification des comportements non verbaux.

**Réactions d'empathie.** Les patients peuvent exprimer – avec ou sans mots – des sentiments dont ils n'ont pas pris conscience. *Pour manifester de l'empathie à votre patient, vous devez d'abord identifier ses sentiments.* Renseignez-vous sur ces sentiments, au lieu de supposer ce que le patient ressent.

Réagissez avec compréhension et tolérance. Les réactions peuvent être aussi simples que : « Je comprends », « Cela est bouleversant » ou « Vous semblez triste ». L'empathie peut aussi être non verbale, par exemple offrir un mouchoir à un patient qui pleure.

**Validation.** Une importante façon de faire pour que le patient se sente accepté consiste à lui fournir un soutien verbal légitimant ou validant son vécu émotionnel.

**Réconfort.** Évitez de rassurer prématurément ou faussement le patient. Ce genre de réconfort peut empêcher des révélations ultérieures, surtout si le patient a l'impression que montrer son anxiété est une faiblesse. *La première étape d'un réconfort efficace consiste à identifier et accepter les sentiments du patient, sans chercher à le rassurer à ce moment-là.*

**Partenariat.** Exprimez votre désir de travailler de façon suivie avec les patients. Dites bien aux patients que, quelle que soit l'évolution de leur maladie, vous vous engagez, en tant que leur médecin, dans un partenariat durable. Même dans votre position d'étudiant, un tel soutien peut faire une grande différence.

**Résumé.** Une brève récapitulation permet au patient de savoir que vous l'avez écouté attentivement. Elle clarifie aussi ce que vous savez et ce que vous ne savez pas. Résumer vous permet d'organiser votre raisonnement clinique et de faire connaître votre pensée au patient, ce qui améliore la coopération.

**Transitions.** Indiquez au patient quand l'entretien change de direction. Le patient aura le sentiment d'une plus grande maîtrise.

**Responsabilisation du patient.** La relation clinicien-patient est intrinsèquement inégale. Les patients ont de nombreuses raisons de se sentir vulnérables : douleur, inquiétude, impression d'être submergés par le système de santé, manque de familiarité avec le processus d'évaluation clinique. Les différences de sexe, d'ethnie, de race ou de classe peuvent aussi créer des écarts de puissance. En fin de compte, les patients doivent être responsabilisés pour se prendre en charge et se sentir en confiance, afin de suivre vos conseils. Revoyez les principes ci-dessous.

### PRINCIPES POUR RESPONSABILISER LE PATIENT

- ✓ Enquêrez-vous du point de vue du patient.
- ✓ Exprimez votre intérêt pour la personne, pas seulement pour son problème.
- ✓ Suivez ce que le patient a en tête.
- ✓ Mettez au jour la charge émotionnelle.
- ✓ Partagez l'information avec le patient (par exemple : transitions).
- ✓ Rendez votre raisonnement clinique transparent pour le patient.
- ✓ Révélez les limites de vos connaissances.

## ADAPTATION DE L'ENTREVUE À DES CAS PARTICULIERS

*Rappelez-vous qu'il importe toujours d'écouter le patient et de clarifier son programme.*

**Le patient silencieux.** Le silence peut avoir plusieurs significations et buts. Recherchez attentivement des signaux non verbaux, tels que la difficulté à contrôler ses émotions. Il peut être nécessaire d'infléchir votre interrogatoire vers des symptômes de dépression ou de commencer un examen de l'état mental. Le silence peut être

la réaction du patient à votre façon de l'interroger. Posez-vous trop de questions directes ? Avez-vous choqué le patient ?

**Le patient déroutant.** Certains patients présentent une *poly-symptomatologie* ou un trouble de somatisation. Concentrez-vous sur la signification ou la fonction du symptôme et orientez l'entrevue vers une évaluation psychosociale. D'autres fois vous pouvez être perplexe, frustré ou dérouté. L'anamnèse est vague, difficile à saisir, des patients décrivent leurs symptômes en des termes bizarres. Essayez d'en apprendre plus sur ces symptômes inhabituels. Recherchez un délire chez les malades aigus ou intoxiqués ou une démence chez les vieillards. Si vous suspectez un trouble psychiatrique ou neurologique, passez à l'examen de l'état mental, en vous centrant sur le niveau de conscience, l'orientation et la mémoire.

**Le patient incapable.** Certains patients ne peuvent raconter leur histoire à cause d'un délire, d'une démence ou d'une autre affection. D'autres sont incapables de relater certaines parties de leur histoire. Dans ces cas, déterminez si le patient est *capable de prendre des décisions*, c'est-à-dire s'il a la capacité de comprendre l'information sur sa santé, faire des choix médicaux fondés en raison et sur un ensemble de valeurs, et exprimer ses préférences thérapeutiques. De nombreux patients ayant des troubles psychiatriques ou cognitifs restent encore capables de prendre des décisions.

Concernant les patients « **capables** », obtenez leur consentement avant de discuter de leur santé avec d'autres personnes. Respectez la confidentialité et précisez ce dont vous pouvez parler avec des tiers. Votre connaissance du patient peut être très étendue ; malgré cela d'autres personnes peuvent vous fournir des renseignements importants et surprenants. Envisagez de scinder l'entrevue en deux parties, l'une avec le patient, l'autre avec le patient et un second informateur. Aux États-Unis, le *Health Insurance Portability and Accountability Act*, voté par le Congrès en 1996, fixe les règles de

communication de l'information sur le patient entre organismes et professionnels de santé ([www.hhs.gov/ocr/hipaa/](http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/)).

Concernant les patients « **incapables** », contactez le tuteur légal ou une « *personne de confiance* » pour vous aider dans l'interrogatoire. Vérifiez si le patient a un *mandataire en matière de soins médicaux*. Sinon, dans de nombreux cas, un époux ou un membre de la famille peut représenter le patient.

**Le patient bavard.** Avec un patient prolix ou décousu, plusieurs techniques sont utiles. Pendant les 5 à 10 premières minutes, écoutez attentivement. Est-ce que le patient semble minutieux de façon obsessionnelle, ou anxieux de façon injustifiée ? A-t-il une fuite des idées ou un processus de pensée désorganisé ? Essayez de vous fixer sur ce qui semble le plus important pour le patient : « Vous avez exprimé plusieurs inquiétudes. Concentrons-nous d'abord sur la douleur de la hanche. À quoi ressemble-t-elle ? »

**Le patient qui pleure.** Habituellement les pleurs ont une vertu thérapeutique, de même que la tranquille acceptation de la détresse du patient. Faites une remarque qui facilite ou qui soutient comme : « Cela vous fait du bien de vous laisser aller. »

**Le patient coléreux ou perturbateur.** De nombreux patients ont des raisons d'être en colère : ils sont malades, ils ont perdu un être cher, ils ne maîtrisent plus leur vie et ils se sentent assez impuissants. Ils peuvent diriger leur colère sur vous. *Acceptez les sentiments de colère des patients et laissez-les exprimer de telles émotions sans vous mettre en colère à votre tour.* Validez ces sentiments sans être d'accord avec leurs raisons : « Je comprends votre frustration d'avoir longtemps attendu et d'avoir dû répondre plusieurs fois aux mêmes questions. » Certains patients en colère peuvent devenir agressifs et perturbateurs. Avant de les aborder, avertissez la sécurité. Il importe de rester calme, d'apparaître tolérant et d'éviter de les défier. Adoptez une attitude détendue et pas menaçante. Une fois le contact établi, proposez-leur gentiment d'aller dans un autre endroit.

**Le patient qui ne parle pas la langue du pays.** L'interprète idéal est une personne objective, neutre, qui connaît bien les deux langues et les deux cultures. Évitez de choisir des parents ou des amis comme interprètes : la confidentialité pourrait être violée. Au début du travail avec l'interprète, *rendez vos questions claires, courtes et simples*. Adressez-vous directement au patient. Les questionnaires écrits bilingues sont précieux.

### RECOMMANDATIONS POUR TRAVAILLER AVEC UN INTERPRÈTE

- ✓ Choisissez un interprète professionnel de préférence à un employé de l'hôpital, un bénévole ou un parent. Utilisez l'interprète comme personne-ressource pour l'information culturelle.
- ✓ Indiquez à l'interprète les différentes composantes de l'entrevue que vous voulez aborder et rappelez-lui de traduire tout ce que le patient dit.
- ✓ Arrangez la pièce de façon à avoir un contact oculaire et des échanges non verbaux avec le patient.
- ✓ Asseyez l'interprète à côté de vous (ou même derrière vous) et laissez-le établir un contact avec le patient.
- ✓ Adressez-vous directement au patient. Soulignez vos questions par des comportements non verbaux.
- ✓ Faites des phrases courtes et simples. Concentrez-vous sur les concepts les plus importants de la communication.
- ✓ Vérifiez votre compréhension mutuelle en demandant au patient de répéter ce qu'il ou elle a entendu.
- ✓ Soyez patient. L'entrevue prendra plus de temps et, néanmoins, fournira moins de renseignements.

**Le patient illettré.** Évaluez l'aptitude à lire. Certains patients peuvent essayer de cacher leur illettrisme. Demandez au patient de lire les prescriptions que vous avez écrites. Tendez-lui tout simplement un texte « à l'envers » pour voir s'il le remet dans le bon sens, ce qui règle la question.



**Le patient malentendant.** Découvrez la technique de communication préférée du patient. Des patients peuvent utiliser le « langage des signes », un langage qui a sa propre syntaxe, ou d'autres combinaisons de signes et de paroles. Déterminez si le patient se situe dans la culture des sourds. Des questions et des réponses par écrit peuvent être la meilleure solution. Si les patients ont *un déficit auditif partiel* ou arrivent à *lire sur les lèvres*, mettez-vous directement en face d'eux, dans un bon éclairage. Si le patient a un *déficit auditif unilatéral*, asseyez-vous du côté de la « bonne oreille ». Si le patient a une *prothèse auditive*, vérifiez qu'elle fonctionne. Éliminez les bruits de fond, comme la télévision.

**Le patient malvoyant.** Serrez-lui la main pour établir le contact et expliquez-lui qui vous êtes et pourquoi vous êtes là. Si la pièce n'est pas familière, orientez le patient dans l'environnement.

**Le patient dont l'intelligence est limitée.** Les patients qui ont une intelligence modérément limitée peuvent en général fournir une histoire convenable. Précisez le niveau scolaire du patient et son degré d'autonomie. Jusqu'à quelle classe est-il allé à l'école ? S'il n'a pas achevé sa scolarité, pourquoi ? Évaluez les calculs simples, le vocabulaire, la mémoire et la pensée abstraite. Pour les patients qui ont un retard mental sévère, vous devrez établir l'anamnèse avec la famille ou les personnes qui s'occupent d'eux. Évitez le « parler bébé » et le comportement condescendant. Les antécédents sexuels sont également importants mais souvent passés sous silence.

**Le patient qui a des problèmes personnels.** Des patients peuvent solliciter votre avis au sujet de problèmes personnels extra-médicaux. En général, il vaut mieux les laisser s'épancher que d'essayer de leur apporter une réponse.

## SUJETS DÉLICATS NÉCESSITANT DES APPROCHES SPÉCIFIQUES

**Sexualité.** Vous pouvez poser des questions sur la fonction et les pratiques sexuelles à différents moments de l'interrogatoire du patient. Une ou deux phrases d'introduction sont souvent utiles : « À présent, j'aimerais vous poser quelques questions sur votre santé et vos pratiques sexuelles », ou « J'interroge systématiquement tous mes patients sur leur fonction sexuelle ».

- « Quand avez-vous eu un contact physique intime avec quelqu'un pour la dernière fois ? Avez-vous eu un rapport sexuel au cours de ce contact ? »
- « Avez-vous des rapports sexuels avec des hommes, des femmes ou les deux ? » L'hétéro, l'homo et la bisexualité ont des implications importantes pour la santé.
- « Combien de partenaires sexuels avez-vous eu au cours des 6 derniers mois ? Au cours des 5 dernières années ? En tout ? »
- Étant donné qu'il peut n'y avoir aucun facteur de risque explicite, il est important de demander à tous les patients : « Avez-vous des inquiétudes au sujet de l'infection à VIH ou du SIDA ? » Posez aussi des questions sur l'utilisation systématique de préservatifs.

**Antécédents psychiatriques.** Les conceptions de la maladie mentale varient beaucoup d'une culture à l'autre ; d'où des différences marquées dans son acceptation et les attitudes vis-à-vis d'elle. Posez d'abord des questions ouvertes : « Vous est-il arrivé d'avoir des troubles émotionnels ou mentaux ? » Puis passez à des questions plus précises : « Avez-vous déjà consulté un conseiller ou un psychothérapeute ? », « Un membre de votre famille a-t-il été hospitalisé pour des troubles mentaux ? ».

Soyez réceptifs aux notions de changements d'humeur et aux symptômes tels que fatigue, crises de larmes, modifications de l'appétit ou du poids, insomnie et plaintes somatiques vagues. Voici deux questions de dépistage : « Au cours des 2 semaines écoulées, vous êtes-vous senti déprimé ou désespéré ? », et « Au cours des 2 semaines écoulées, avez-vous pris peu de plaisir ou d'intérêt à vos activités ? » Recherchez des pensées de suicide : « Avez-vous songé à vous faire mal ou à mettre fin à vos jours ? » Évaluez-en la gravité.

Nombre de patients schizophrènes ou psychotiques peuvent vivre au sein de la communauté et vous entretenir de leurs diagnostics, symptômes, hospitalisations et traitements. Explorez leurs symptômes et appréciez le retentissement sur leur humeur et leurs activités quotidiennes.

**Alcool et drogues illégales.** Les cliniciens doivent poser systématiquement des questions sur la consommation actuelle et passée d'alcool et de drogues, les types d'utilisation et les antécédents familiaux. « Qu'aimez-vous boire ? », ou « Parlez-moi de votre consommation d'alcool ? » sont de bonnes questions d'introduction, qui empêchent une réponse facile par oui ou non. Le questionnaire de dépistage le plus utilisé est le questionnaire CAGE. Deux réponses positives ou plus aux questions CAGE suggèrent un alcoolisme.

### LE QUESTIONNAIRE CAGE

- ✓ Vous est-il arrivé de ressentir le besoin de diminuer votre consommation d'alcool ?
- ✓ Êtes-vous contrarié par les critiques sur votre consommation d'alcool ?
- ✓ Avez-vous eu des sentiments de culpabilité vis-à-vis de l'alcool ?
- ✓ Vous est-il arrivé de boire un verre d'alcool en vous levant le matin, pour vous calmer les nerfs ou surmonter une « gueule de bois » ?

D'après Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire : validation of a new alcoholism screening instrument. Am J Psychiatry 1974 ; 131 : 1121-3.

Recherchez aussi des trous de mémoire (perte de la mémoire de ce qui s'est passé pendant l'ivresse), des convulsions, accidents ou blessures sous l'emprise de l'alcool, des licenciements, conflits conjugaux et délits. Posez des questions sur l'alcool au volant ou dans le travail posté.

Les questions sur les drogues sont similaires. « Quelle quantité de cannabis consommez-vous ? De cocaïne ? D'héroïne ? D'amphétamines ? » (Posez ces questions pour chaque drogue séparément.) « Qu'en est-il des médicaments délivrés sur ordonnance comme les somnifères ? Les pilules amaigrissantes ? Les antalgiques ? » Utilisez le questionnaire CAGE en l'adaptant aux toxicomanies. Pour les adolescents, il peut être utile de se renseigner d'abord sur les produits consommés par les amis ou d'autres membres de la famille : « De nos jours, beaucoup de jeunes prennent des drogues. Qu'en est-il dans votre école ? Et vos amis ? »

**Violence familiale.** Beaucoup d'autorités préconisent le dépistage systématique de la violence conjugale chez les femmes. Commencez par des questions générales « banalisées » : « Étant donné la fréquence des violences faites aux femmes, je pose systématiquement des questions à ce sujet. Vous est-il arrivé d'avoir peur ou de vous sentir en danger dans votre couple ? » Pensez à des sévices physiques dans les circonstances suivantes :

- si des lésions sont inexplicables, ne correspondent pas à l'histoire du patient, sont cachées par le patient ou provoquent sa gêne ;
- si le patient a tardé à se faire traiter pour un traumatisme ;
- s'il existe des antécédents de lésions ou d'« accidents » à répétition ;
- si le patient ou l'un de ses proches a des antécédents d'alcoolisme ou de toxicomanie ;
- si le partenaire essaie de mener l'entrevue, ne veut pas quitter la pièce ou semble trop anxieux ou trop bienveillant.

**La mort et le patient en fin de vie.** Surmontez vos propres sentiments grâce à des lectures et des discussions. Kubler-Ross a décrit cinq stades dans la réaction d'une personne à un deuil ou à l'annonce d'une mort imminente : le refus et l'isolement, la colère, le marchandage, la dépression ou la tristesse, et l'acceptation ou la résignation. Ces stades peuvent se succéder ou se recouper en diverses combinaisons.

Les patients en fin de vie veulent rarement parler tout le temps de leur maladie ; ils ne souhaitent pas non plus se confier à toutes les personnes qu'ils rencontrent. Donnez-leur l'occasion de parler et écoutez-les attentivement, mais soutenez-les s'ils préfèrent s'en tenir à une conversation sociale.

Comprendre les désirs du patient sur le traitement en fin de vie est une responsabilité clinique importante. Même si les discussions sur la mort et la fin de vie sont difficiles, vous devez apprendre à poser des questions précises. Interrogez le patient sur le *DNR status* (*Do Not Resuscitate* : en français, « ne pas réanimer »). Découvrez le cadre de référence du patient : « Qu'avez-vous ressenti à l'occasion de la mort d'un ami proche ou d'un parent ? », « Que savez-vous sur la réanimation cardiorespiratoire ? ». Dites bien au patient que le soulagement de la douleur et la prise en compte de ses autres besoins spirituels et physiques seront des priorités.

Incitez tous les adultes, mais surtout les sujets âgés et les malades chroniques, à désigner *une personne de confiance ou un mandataire en matière de santé*, qui pourra intervenir à leur place dans les situations mettant en jeu le pronostic vital.

**Aspects sociétaux et éthiques : l'humilité culturelle.** Étant donné que vous soignerez des groupes de patients de plus en plus nombreux et divers, vous devez comprendre comment la culture forge non seulement les croyances des patients, mais aussi les nôtres. La *culture* est un système d'idées, règles et significations partagées, qui influence notre façon de voir le monde, de le ressentir affectivement et de nous comporter avec les gens. Le terme de

culture est plus large que celui d'*ethnie*. L'influence de la culture ne se limite pas aux minorités ; elle concerne chacun d'entre nous.

Les cliniciens sont de plus en plus incités à s'imprégner d'*humilité culturelle*, un « processus exigeant de l'humilité, où les individus se livrent continuellement à une réflexion sur eux-mêmes et à une autocritique en tant qu'apprentis permanents et praticiens réfléchis ». C'est un processus qui comprend « un difficile travail d'analyse des croyances et des valeurs des patients et des soignants afin de pointer les discordances et les synergies qui influent sur le devenir des patients ». Il amène le clinicien « à mettre en lumière les déséquilibres de pouvoir qui existent dans la dynamique de la communication entre le patient et le médecin » et à établir, dans le respect mutuel, un partenariat avec les patients et les communautés. Les trois points ci-dessous vous seront utiles.

- **Conscience de soi.** En tant que cliniciens, nous avons la tâche de prendre conscience de nos propres valeurs et préjugés. Les *valeurs* sont les étalons que nous utilisons pour mesurer nos opinions et nos comportements et ceux des autres. Les *préjugés* sont des attitudes ou des sentiments que nous lions à la perception de différences ; par exemple, le rapport au temps d'un individu, qui peut être un phénomène culturellement déterminé. Êtes-vous toujours à l'heure – une valeur positive dans la culture occidentale ? Ou avez-vous tendance à être un peu en retard ? Que ressentez-vous à l'égard des gens qui ont des habitudes opposées aux vôtres ? Réfléchissez au rôle de l'apparence physique. Vous trouvez-vous mince, moyen ou fort ? Que pensez-vous des gens qui ont des poids différents ?
- **Communication renforcée et connaissance du patient.** Gardez une attitude ouverte, respectueuse et interrogatrice : « Qu'attendez-vous de cette consultation ? » Si vous avez réussi à établir une relation de confiance avec eux, les patients seront désireux de vous instruire. Soyez prêt à admettre votre ignorance ou vos préjugés : « J'ai malencontreusement fait des suppositions erronées sur vous. Je m'en excuse. Voudriez-vous m'en dire plus sur vous et vos projets ? ».

Instruisez-vous sur les cultures différentes : faites quelques lectures ; allez voir des films tournés dans d'autres pays ; renseignez-vous sur les demandes de soins différentes.

- **Partenariat de collaboration.** Une communication fondée sur la confiance, le respect et une volonté de réexaminer les suppositions facilite l'expression par les patients d'inquiétudes qui vont à l'encontre de la culture dominante. En tant que clinicien, vous devez écouter et valider ces sentiments et ne pas laisser vos propres sentiments vous empêcher d'explorer des zones pénibles. Vous devez aussi pouvoir réexaminer vos croyances.

**Sexualité dans les relations clinicien-patient.** L'intensité émotionnelle et physique de la relation clinicien-patient peut faire naître des sentiments sexuels. Si l'on se rend compte de tels sentiments, on les acceptera comme une réaction humaine normale mais on fera attention, qu'une fois découverts, ils ne retentissent pas sur le comportement. Nier ces sentiments serait une réaction inadaptée. *Toute* relation sexuelle ou sentimentale avec des patients est *contraire à l'éthique* ; maintenez vos relations avec le patient dans des limites professionnelles et cherchez de l'aide si vous en ressentez le besoin.

**Considérations éthiques.** Voici les principes fondamentaux :

- **Non-malfaisance** ou *primum non nocere*, c'est-à-dire d'abord ne pas nuire.
- **Bienfaisance.** Le clinicien doit « faire du bien » au patient. Ses actions doivent être motivées par l'intérêt supérieur du patient.
- **Autonomie**, par laquelle le patient a le droit de décider ce qui est le mieux pour lui.
- **Confidentialité**, ce qui veut dire que nous sommes tenus de ne rien dire aux autres de ce que nous apprenons de nos patients.

Les principes de Tavistock guident le comportement en matière de soins des individus et des institutions.

## LES PRINCIPES DE TAVISTOCK

- ✓ *Droits* : tous les gens ont droit à la santé et à des soins médicaux.
- ✓ *Équilibre* : l'individu est au centre des soins, mais la santé de la population est aussi notre souci.
- ✓ *Exhaustivité* : en plus de traiter la maladie, nous devons soulager la souffrance, réduire le handicap, prévenir la maladie et promouvoir la santé.
- ✓ *Coopération* : la réussite des soins est conditionnée par notre coopération avec les patients, les autres soignants et les autres intervenants.
- ✓ *Amélioration* : l'amélioration des soins de santé est une responsabilité importante et permanente.
- ✓ *Sécurité* : ne pas nuire.
- ✓ *Ouverture* : les soins de santé exigent ouverture, honnêteté et fiabilité.



# Début de l'examen physique : examen général, signes vitaux et douleur

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

### Symptômes banals ou inquiétants

- Variations du poids.
- Fatigue et faiblesse.
- Fièvre, frissons, sueurs nocturnes.
- Douleur.

**Variations du poids.** De bonnes questions d'introduction sont : « Tous les combien vérifiez-vous votre poids ? », et « Comment est-il par rapport à l'année dernière ? »

- Une *prise de poids* survient quand l'apport calorique dépasse la dépense calorique pendant un certain temps. Elle peut aussi refléter l'accumulation de liquides dans le corps.
- Une *perte de poids* (ou amaigrissement) peut avoir plusieurs causes : diminution des ingesta alimentaires, dysphagie, vomissements et insuffisance des apports alimentaires, malabsorption de nutriments, augmentation des besoins métaboliques, et perte de nutriments *via* les urines, les selles ou la peau lésée. Recherchez des signes de malnutrition.

**Fatigue et faiblesse.** La *fatigue* est un symptôme non spécifique qui a de nombreuses causes. Posez des questions ouvertes pour explorer les attributs de la fatigue du patient et l'inciter à décrire complètement ce qu'il éprouve.

La *faiblesse* est différente de la fatigue. Elle indique une perte de force musculaire démontrable et sera discutée plus loin, avec les autres symptômes neurologiques.

**Fièvre, frissons et sueurs nocturnes.** Recherchez de la fièvre si le patient a une maladie aiguë ou chronique. Demandez au patient s'il a mesuré sa température avec un thermomètre. Faites la distinction entre une *sensation de froid*, subjective, et de *grands frissons*, au cours desquels le corps tremble et les dents claquent. Les *sueurs nocturnes* font craindre une tuberculose ou un cancer.

Centrez vos questions sur la chronologie du mal et les symptômes associés. Familiarisez-vous avec les tableaux des maladies infectieuses qui peuvent atteindre votre patient. Interrogez celui-ci sur ses voyages, des contacts avec des personnes malades ou d'autres expositions inhabituelles. Posez aussi des questions sur les médicaments pris, parce qu'ils peuvent provoquer de la fièvre. À l'inverse, l'ingestion récente d'aspirine, de paracétamol, de corticoïdes ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) peut masquer la fièvre.

**Douleur.** Environ 70 millions d'Américains se plaignent de douleurs permanentes ou intermittentes, souvent sous-estimées. Adoptez l'approche exhaustive présentée p. 77-80.

## PROMOTION DE LA SANTÉ ET CONSEILS

### Sujets importants pour la promotion de la santé et les conseils

- Poids optimal, nutrition, et régime alimentaire.
- Exercice physique.

**Poids optimal, nutrition et régime alimentaire.** Moins de la moitié des adultes américains ont un poids correct (IMC  $\geq 19$  mais  $\leq 25$ ). L'obésité a augmenté dans toutes les catégories de la population. Plus de 50 % des diabétiques de type 2 et environ 20 % des sujets hypertendus ou hypercholestérolémiques sont trop gros ou obèses. L'augmentation de l'obésité chez les enfants va de pair avec celle du diabète infantile.

Les recommandations alimentaires dépendent de l'appréciation de la motivation et de la disposition du patient à perdre du poids et des facteurs de risque individuels. Les *Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults* donnent les directives générales suivantes :

- une perte de poids de 10 % en 6 mois ou une restriction de 300 à 500 kcal/jour pour les gens dont l'IMC est entre 27 et 35 ;
- un objectif de perte de poids de 250 à 500 g/semaine, parce qu'une perte de poids plus rapide ne donne pas de meilleurs résultats à 1 an.

**Exercice physique.** Il est recommandé d'avoir une demi-heure d'activité modérée, comme une marche de 3 km en 30 minutes, ou son équivalent, la plupart des jours de la semaine. Les patients peuvent augmenter leur activité physique par des moyens aussi simples que se garer plus loin que leur place réservée au travail ou emprunter l'escalier au lieu de l'ascenseur.

## TECHNIQUES D'EXAMEN

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

### EXAMEN GÉNÉRAL

**État de santé apparent**

Malade de façon aiguë ou chronique ; frêle, robuste, vigoureux

**Niveau de conscience.** Le patient est-il conscient, éveillé, réactif à vous et à autrui ?

**Signes de détresse**

Détresse cardiorespiratoire

Douleur

Anxiété ou dépression

**Coloration et lésions évidentes de la peau.** Voir chapitre 6, « Peau et annexes », pour des détails.

**Habillement, toilette et hygiène personnelle**

- Le patient porte-t-il des bijoux inhabituels ? Où ? A-t-il des piercings ?
- Notez sa chevelure, ses ongles, et l'utilisation de cosmétiques.

**Mimique.** Observez le contact oculaire. Est-il naturel ? Soutenu et sans cillements ? Rapidement détourné ? Absent ?

Sinon, évaluez rapidement son niveau de conscience (voir p. 390)

Se tenant la poitrine, pâle, en sueur ; respiration pénible, sifflements, toux

Grimaçant, transpirant, protégeant une zone douloureuse

Visage anxieux, mouvements nerveux, paumes froides et moites ; affect pauvre, visage inexpressif, contact oculaire médiocre ; ralentissement psychomoteur

Pâleur, cyanose, jaunisse, éruptions, ecchymoses

Regard fixe de l'hyperthyroïdie, affect pauvre ou triste de la dépression. Un contact diminué peut être culturel ou suggérer l'anxiété, la peur, ou la tristesse

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

**Odeurs du corps ou de l'haleine.**

Les odeurs peuvent être des arguments diagnostiques importants.

Haleine de l'alcool, de l'acétone, de l'urémie, de l'insuffisance hépatique. Odeur fruitée du diabète. (Ne supposez jamais qu'une haleine alcoolisée suffit à expliquer des troubles mentaux ou neurologiques)

**Posture, démarche et activité motrice**

Préférence pour la position assise dans l'insuffisance ventriculaire gauche, et pour la position penchée en avant avec les bras croisés dans la maladie pulmonaire chronique obstructive (MPCO)

**TAILLE ET POIDS**

---

**Taille.** Mesurez la taille du patient sans chaussures. Notez sa carrure : athlétique ou normale, grande ou petite. Observez les proportions du corps.

**Poids.** Le patient est-il amaigri ? Replet ? S'il est obèse, la graisse a-t-elle une répartition centrale ou diffuse ? Pesez le patient sans ses chaussures.

Calculez l'*indice de masse corporelle (IMC)*, qui intègre des mesures estimées de la graisse corporelle plus précises que le poids seul.

Plus de 50 % des adultes américains sont en surpoids (IMC > 25), presque 25 % sont obèses (IMC > 30). Ces excès de poids sont des facteurs de risque avérés de diabète, maladie cardiaque, accident vasculaire cérébral (AVC), hypertension artérielle, arthrose, syndrome des apnées du sommeil et certains types de cancer

## Méthodes de calcul de l'indice de masse corporelle (IMC)

Unité de mesure	Méthode de calcul
Poids en <i>livres (pounds)</i> , et taille en <i>pouces (inches)</i>	1. Table d'IMC (voir p. 71) 2. $\frac{\left( \frac{\text{Poids (livres)} \times 700^*}{\text{Taille (pouces)}} \right)}{\text{Taille (pouces)}}$
Poids en <i>kilogrammes</i> , et taille en <i>mètres carrés</i>	3. $\frac{\text{Poids (kg)}}{\text{Taille (m}^2\text{)}}$
Pour les deux types d'unités	4. Calculateur d'IMC du site : <a href="http://www.nhlbisupport.com/bmi/bmicalc.htm">www.nhlbisupport.com/bmi/bmicalc.htm</a>

\* Plusieurs organismes utilisent 704,5 mais la différence d'IMC est négligeable.  
Conversions : 2,2 livres = 1 kg ; 1,0 pouce = 2,54 cm ; 100 cm = 1 mètre.

Source : National Institutes of Health and National Heart, Lung and Blood Institute. Body Mass Index Calculator. Accessible sur : <http://www.nhlbisupport.com/bmi/bmicalc.htm> (visité le 12/12/2007).

- Si l'IMC tombe *au-dessus de 25*, faites une enquête alimentaire rétrospective sur 24 heures et comparez les ingesta des différents groupes d'aliments et le nombre de portions par jour avec les recommandations actuelles. Ou choisissez un outil de dépistage et donnez des conseils appropriés ou adressez à un diététicien ou un nutritionniste
- Si l'IMC tombe *en dessous de 17*, pensez à la possibilité d'une anorexie mentale, d'une boulimie ou d'autres affections (voir tableau 4-1, p. 82-83).

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

- Si l'IMC est  $\geq 35$ , mesurez le *tour de taille* juste au-dessus des hanches. Le patient peut avoir une adiposité si sa taille mesure plus de 88 cm pour une femme ou plus de 100 cm pour un homme

Table de l'indice de masse corporelle

Taille (en pouces)	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
	Poids (en livres)																
									Surpoids					Obésité			
58	91	96	100	105	110	115	119	124	129	134	138	143	148	153	158	162	167
59	94	99	104	109	114	119	124	128	133	138	143	148	153	158	163	168	173
60	97	102	107	112	118	123	128	133	138	143	148	153	158	163	168	174	179
61	100	105	111	116	122	127	132	137	143	148	153	158	164	169	174	180	185
62	104	109	115	120	126	131	136	142	147	153	158	164	169	175	180	185	191
63	107	113	118	124	130	135	141	145	152	158	163	169	174	180	185	191	197
64	110	116	122	128	134	140	145	151	157	163	169	174	180	185	192	197	204
65	114	120	126	132	138	144	150	156	162	168	174	180	186	192	198	204	210
66	118	124	130	136	142	148	155	161	167	173	179	186	192	198	204	210	216
67	121	127	134	140	146	153	159	166	172	178	185	191	198	204	211	217	223
68	125	131	138	144	151	158	164	171	177	184	190	197	203	210	216	223	230
69	128	135	142	149	155	162	169	176	182	189	196	203	209	216	223	230	236
70	132	139	146	153	160	167	174	181	188	189	196	203	209	216	223	230	236
71	136	143	150	157	165	172	179	186	193	200	208	215	222	229	236	243	250
72	140	147	154	162	169	177	184	191	199	206	213	221	228	235	242	250	258
73	144	151	159	166	174	182	189	197	204	212	219	227	235	242	250	257	265
74	148	155	163	171	179	186	194	202	210	218	225	233	241	249	256	264	272
75	152	160	168	176	184	192	200	208	216	224	232	240	248	256	264	272	279
76	156	164	172	180	189	197	205	213	221	230	238	246	254	263	271	279	287

Source : Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults, National Institutes of Health and National Heart, Lung and Blood Institute. Juin 1998.

## CONSTANTES VITALES : PRESSION ARTÉRIELLE, FRÉQUENCE CARDIAQUE, FRÉQUENCE RESPIRATOIRE ET TEMPÉRATURE

**Pression artérielle (PA).** Pour mesurer la PA avec précision, choisissez un brassard de taille appropriée et respectez une technique minutieuse.

### CHOIX D'UN BRASSARD À TENSION CORRECT

- ✓ La largeur (petite dimension) de la chambre gonflable du brassard doit faire environ 40 % de la circonférence du bras (environ 12 à 14 cm chez un adulte moyen).
- ✓ La longueur (grande dimension) de la chambre gonflable doit faire environ 80 % de la circonférence du bras (presque le tour du bras).

### PRÉPARATION À LA PRISE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE

- ✓ Demandez au patient d'éviter de fumer et de boire des boissons caféinées dans les 30 minutes précédant la prise de la PA, et de rester au repos pendant au moins 5 minutes.
- ✓ Vérifiez que la pièce est calme et agréablement chauffée.
- ✓ Assurez-vous que le bras choisi est *dénudé*. Il ne doit pas y avoir de fistule artérioveineuse de dialyse, pas de cicatrice de dénudation de l'artère brachiale (ou humérale), ni de lymphoedème (qui se voit après un curage ganglionnaire de l'aisselle ou une radiothérapie).
- ✓ Palpez l'artère brachiale pour vérifier que son pouls existe bien.
- ✓ Positionnez le membre supérieur de telle sorte que l'artère brachiale, au pli du coude, soit *au niveau du cœur* – grossièrement au niveau du 4<sup>e</sup> espace intercostal gauche, à sa jonction avec le sternum.
- ✓ Si le patient est assis, faites reposer le membre sur une table, un peu au-dessus de sa taille. S'il est debout, essayez de soutenir son bras à mi-poitrine.



## TECHNIQUES D'EXAMEN

**MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE**

- ✓ Centrez la chambre gonflable sur l'artère brachiale. Le bord inférieur du brassard doit être à environ 2,5 cm au-dessus du pli du coude. Fermez le brassard sans trop serrer le bras. Positionnez le membre du patient de telle sorte que le coude soit un peu fléchi.
- ✓ Pour déterminer jusqu'à quelle pression il faut gonfler le brassard, estimez d'abord la PA systolique par palpation. Quand vous percevez l'artère avec les doigts d'une main, gonflez rapidement le brassard jusqu'à ce que le pouls radial disparaisse. Lisez cette pression sur le manomètre et ajoutez-lui 30 mmHg. Utilisez cette somme comme valeur cible des gonflages ultérieurs, pour éviter l'inconfort dû à des pressions de gonflage trop élevées. Vous éviterez par la même occasion l'erreur due à un éventuel trou auscultatoire – un intervalle silencieux entre les PA systolique et diastolique.
- ✓ Dégonflez rapidement le brassard.
- ✓ À présent, placez le pavillon du stéthoscope légèrement au-dessus de l'artère humérale, en prenant soin de faire une poche d'air avec la totalité de son rebord. Étant donné que les bruits à entendre (les *bruits de Korotkoff*) sont relativement graves, on les entend mieux avec le **pavillon**.
- ✓ Regonflez rapidement le brassard jusqu'à la valeur déterminée, puis dégonflez-le lentement, à raison de 2 à 3 mmHg par seconde. Notez la valeur à laquelle vous entendez les bruits d'au moins deux battements consécutifs. C'est la **PA systolique**.
- ✓ Continuez à abaisser lentement la pression. Le point de disparition des bruits, habituellement quelques mmHg en dessous du point d'assourdissement, donne la meilleure estimation de la **PA diastolique**.
- ✓ Lisez les valeurs de la PA systolique et de la PA diastolique à 2 mmHg près. Attendez 2 minutes ou plus et recommencez. Faites la moyenne des valeurs. Si les deux premières valeurs diffèrent de plus de 5 mmHg, faites des mesures supplémentaires.
- ✓ Prenez la PA aux deux bras au moins une fois.
- ✓ Si le patient reçoit un traitement antihypertenseur ou a des antécédents d'évanouissements, d'étourdissements posturaux ou si une hypovolémie est possible, prenez la PA en décubitus dorsal et en position debout (sauf contre-indication). Une chute de la PA systolique de 20 mmHg ou plus, surtout si elle est symptomatique, indique une hypotension orthostatique (ou posturale).

En 2003, le *Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (JNC) a distingué quatre niveaux de PA systolique et de PA diastolique.

**Classification de la PA du JNC VII pour les adultes âgés de plus de 18 ans**

Catégorie	PA systolique (mmHg)	PA diastolique (mmHg)
Normale	< 120	< 80
Préhypertension	120-139	80-89
Hypertension		
Stade 1	140-159	90-99
Stade 2	≥ 160	≥ 100

Notez que l'objectif de la pression artérielle est < 130/80 mmHg chez les hypertendus, les diabétiques et les malades rénaux.

TECHNIQUES D'EXAMEN

CONSTATATIONS POSSIBLES

Quand la PA systolique et la PA diastolique appartiennent à des catégories différentes, retenez la catégorie la plus haute. Par exemple, 170/92 mmHg est une hypertension de stade 2 ; 135/95 mmHg une hypertension de stade 1. Dans l'hypertension systolique isolée, la PA systolique est ≥ 140 mmHg et la PA diastolique < 90 mmHg.

**Fréquence cardiaque (FC).** On utilise en général le pouls radial pour compter la FC. Comprimez l'artère radiale avec la pulpe de l'index et du médium jusqu'à ce que vous détectiez une pulsation maximale. Si le rythme est régulier, comptez le pouls pendant 15 secondes et multipliez par 4. S'il est inhabituellement rapide ou lent, comptez-le pendant 60 secondes. S'il est irrégulier, évaluez la FC en auscultant à la pointe du cœur (battements cardiaques).



## TECHNIQUES D'EXAMEN

**Rythme cardiaque (RC).** Palpez le pouls radial. Recontrôlez le RC en auscultant à la pointe du cœur. Le RC est-il régulier ou irrégulier ? S'il est irrégulier, essayez de reconnaître son type : 1. Des battements prématurés surviennent-ils sur un fond régulier ? 2. L'irrégularité est-elle liée à la respiration ? 3. Le RC est-il tout à fait anarchique ?

**Fréquence (FR) et rythme respiratoires.** Observez la *fréquence*, le *rythme*, l'*amplitude* et l'*aisance de la respiration*. Comptez le nombre de respirations sur 1 minute, par l'inspection ou par l'auscultation discrète de la trachée pendant l'examen de la tête et du cou ou du thorax. Normalement les adultes respirent 14 à 20 fois par minute, de façon calme et régulière.

**Température.** La *température buccale* moyenne, habituellement de 37 °C (ou 98,6 °F), fluctue beaucoup du matin à la fin de l'après-midi ou à la soirée. La *température rectale* est *plus élevée* que la température buccale d'environ 0,4 à 0,5 °C (ou 0,7 à 0,9 °F), mais varie aussi.

## CONSTATATIONS POSSIBLES

La palpation d'un RC anarchique indique à coup sûr une *fibrillation auriculaire*. Pour l'identification de tous les autres RC irréguliers, un ECG est indispensable

Voir tableau 4-5, p. 86-87 :  
« Anomalies de la fréquence et du rythme respiratoires »

La *fièvre* ou hyperthermie désigne une élévation de la température corporelle. On parle d'*hyperthermie* majeure pour les températures supérieures à 41 °C (106 °F) et d'*hypothermie* pour les températures anormalement basses, en dessous de 35 °C (95 °F), par voie rectale

En revanche, la *température axillaire est inférieure* à la température buccale d'environ 1 °C, mais il faut attendre 5 à 10 minutes avant de la lire et elle est moins précise que les autres mesures.

*Température buccale* : choisissez un thermomètre de verre ou un thermomètre électronique.

*Thermomètre de verre* : secouez le thermomètre pour abaisser le niveau à 35 °C (ou 96 °F) ou moins, placez-le sous la langue du patient et demandez à celui-ci de serrer les lèvres autour. Attendez 3 à 5 minutes, puis lisez-le ; replacez-le 1 minute et refaites une deuxième lecture. Évitez de le casser !

*Thermomètre électronique* : recouvrez soigneusement la sonde d'une protection à usage unique et placez le thermomètre sous la langue pendant environ 10 secondes.

*Température tympanique* : vérifiez l'absence de cérumen dans le conduit auditif externe. Placez la sonde dans le canal.

Les causes de *fièvre* comprennent l'infection, les traumatismes (intervention chirurgicale, écrasement), les cancers, les affections hématologiques (comme une anémie hémolytique aiguë), les réactions à des médicaments, et les affections immunitaires (comme les collagénoses)

La principale cause d'*hypothermie* est l'exposition au froid

## TECHNIQUES D'EXAMEN

Attendez 2 à 3 secondes l'apparition de l'affichage. Cette technique mesure la température centrale du corps, qui est en général plus élevée que la température buccale d'environ 0,8 °C (ou 1,4 °F).

*Température rectale* : demandez au patient de se coucher sur un côté, les hanches fléchies. Choisissez un thermomètre rectal, lubrifiez son extrémité mince et enfoncez-le de 3 à 4 cm dans le canal anal, en direction de l'ombilic. Retirez-le au bout de 3 minutes et lisez. Vous pouvez aussi utiliser un thermomètre électronique après avoir lubrifié la protection de la sonde. Attendez une dizaine de secondes l'apparition de l'affichage digital pour relever la valeur.

## CONSTATATIONS POSSIBLES

Les autres facteurs favorisant sont une mobilité réduite, comme dans la paralysie, une vasoconstriction intercurrente, comme dans le sepsis et l'ivresse, le jeûne, l'hypothyroïdie et l'hypoglycémie. Les sujets âgés sont plus enclins à l'hypothermie et moins à la fièvre

## TECHNIQUES D'EXAMEN

**DOULEUR AIGUË ET CHRONIQUE**

L'expérience de la douleur est complexe et multifactorielle. La douleur a des composantes sensorielles, émotionnelles et cognitives mais peut ne pas avoir de cause organique précise.

La *douleur chronique* est définie de plusieurs façons : une douleur qui n'est pas associée à un cancer ou à une autre affection médicale, et qui dure plus de 3 à 6 mois ; une douleur qui persiste plus de 1 mois après la guérison d'une maladie aiguë ou d'une blessure ; ou encore une douleur récidivant à plusieurs mois ou années de distance. Des douleurs chroniques non cancéreuses affectent 5 à 33 % des patients vus en soins primaires.

Adoptez une approche exhaustive pour comprendre la douleur du patient : écoutez soigneusement la description que le patient fait des caractéristiques de la douleur et de ses facteurs favorisants. Acceptez le récit du patient, qui est, d'après les experts, le meilleur indicateur de sa douleur.

**Localisation.** Demandez au patient de montrer du doigt la douleur, parce que les termes courants ne sont pas assez précis pour la localiser.

**Intensité.** Employez une méthode fiable pour déterminer l'intensité de la douleur.

## TECHNIQUES D'EXAMEN

Trois échelles sont fréquemment utilisées : l'échelle visuelle analogique (EVA), et deux échelles avec des cotations de 1 à 10, l'échelle numérique et l'échelle des visages.

**Signes associés.** Demandez au patient de décrire la douleur et comment elle a commencé. Précisez les sept attributs de la douleur, comme vous le feriez pour tout autre symptôme.

**Traitements essayés, médicaments, maladies liées, et impact sur les activités quotidiennes.** N'oubliez pas de demander quels traitements le patient a essayés, à savoir les médicaments, la kinésithérapie, et les médecines alternatives. Un inventaire complet des médicaments pris vous permet de reconnaître ceux qui présentent des interactions avec les analgésiques et diminuent leur efficacité.

Identifiez toutes les comorbidités, telles que le rhumatisme, le diabète, l'infection à VIH/SIDA, les toxicomanies, la drépanocytose, ou les troubles psychiatriques. Elles peuvent avoir des effets importants sur l'expérience de la douleur du patient.

**Disparités sanitaires.** Ayez conscience des disparités dans le traitement de la douleur et l'accès aux soins, qui vont de l'utilisation moindre des analgésiques chez les Afro-Américains et les Hispaniques dans les services d'urgence à l'utilisation inégale des analgésiques dans le cancer, en postopératoire et dans les lombalgies. Les stéréotypes cliniques, les barrières linguistiques et les préjugés inconscients du clinicien dans la prise de décision contribuent à ces disparités. Analysez de façon critique votre mode de communication, cherchez des renseignements et les meilleurs standards de pratiques, et améliorez vos techniques d'éducation et de responsabilisation du patient.

## CONSIGNER VOS OBSERVATIONS

Notez les valeurs des constantes vitales que vous avez relevées au cours de votre examen. Elles sont préférables à celles relevées plus tôt par d'autres soignants (les abréviations sont communément admises pour la pression artérielle, la fréquence cardiaque et la fréquence respiratoire).



## Consigner l'examen physique : l'examen général et les signes vitaux

« Mme Scott est une femme jeune, apparemment bien portante, soignée, en forme et de bonne humeur. Taille = 1,62 m, poids = 61 kg, PA = 120/80, FC = 72, régulière, FR = 16, température = 37,5 °C. »

### **Ou**

« M. Jean est un homme très âgé, qui paraît pâle et malade. Il est conscient, avec un bon contact oculaire, mais n'arrive pas à prononcer plus de deux à trois mots à la suite, parce qu'il est essoufflé. Il a un tirage intercostal et se tient droit dans le lit. Il est mince, avec une fonte musculaire diffuse. Taille = 1,87 m, poids = 79,5 kg, PA = 160/95, FC = 108, irrégulière, FR = 38, pénible, température = 38,4 °C. »

*(Suggère une poussée de MPCO)*

## AIDES À L'INTERPRÉTATION

TABLEAU 4-1

## Troubles du comportement alimentaire et IMC très bas

## Anorexie mentale

Refus de maintenir un poids normal minimal (ou un IMC au-dessus de 17,5 kg/m<sup>2</sup>)

Peur de paraître gros

Jeûne fréquent mais nié ; manque de lucidité

Souvent amené par des membres de la famille

Peut se présenter comme une maigreur chez l'enfant et l'adolescent, une aménorrhée chez la femme, une perte de la libido ou une impuissance chez l'homme

Associée à des symptômes de dépression tels que humeur déprimée, irritabilité, isolement social, insomnie, libido diminuée

Arguments diagnostiques supplémentaires : vomissements provoqués ou purges, exercice physique excessif, prise d'anorexigènes et/ou de diurétiques

Complications biologiques :

- *modifications neurohormonales* : aménorrhée, perturbations hormonales
- *troubles cardiovasculaires* : bradycardie, hypotension, arythmies, cardiomyopathie

## Boulimie

Excès de table répétés, suivis de vomissements provoqués, de prise de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments, de jeûne ou d'excès d'exercice physique

Souvent avec un poids normal

Excès alimentaires au moins 2 fois par semaine sur une période de 3 mois ; grande quantité de nourriture consommée sur une période brève (≈ 2 heures)

Obsession de l'alimentation : besoins impérieux de manger et compulsions alimentaires ; périodes de suralimentation alternant avec des périodes de jeûne

Hantise de l'excès de poids mais peut être obèse

Deux formes cliniques :

- *avec purges* : épisodes de boulimie avec vomissements provoqués ou utilisation de laxatifs, diurétiques ou lavements
- *sans purges* : épisodes de boulimie avec des activités de compensation telles que le jeûne, l'exercice physique mais pas de purges



TABLEAU 4-1

**Troubles du comportement alimentaire et IMC très bas (*suite*)**

**Anorexie mentale**

- *troubles métaboliques*: hypokaliémie, hypochlorémie, alcalose métabolique, hyperazotémie, œdème

*Autres*: peau sèche, caries dentaires, évacuation gastrique retardée, constipation, anémie, ostéoporose

**Boulimie**

Complications biologiques: voir celles énumérées pour l'anorexie mentale

Source : World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research. Geneva : World Health Organization, 1993 ; American Psychiatric Association. DSM-IV-TR : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Text Revision. Washington, DC : American Psychiatric Association, 2000. Halmi KA : Eating disorders: *In* : Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2000 : 1663-76.

TABLEAU 4-2

**Check-list pour le dépistage nutritionnel**

J'ai une maladie ou une affection qui m'a fait changer la nature et/ou la quantité de la nourriture que je mange	Oui (2 pts) _____
Je fais moins de 2 repas par jour	Oui (3 pts) _____
Je mange peu de fruits ou de légumes, ou de produits laitiers	Oui (2 pts) _____
Je bois 3 verres ou plus de bière, alcool ou vin presque tous les jours	Oui (2 pts) _____
J'ai des problèmes dentaires ou buccaux qui me gênent pour manger	Oui (2 pts) _____
Je n'ai pas toujours assez d'argent pour m'acheter la nourriture dont j'ai besoin	Oui (4 pts) _____
Je mange seul la plupart du temps	Oui (1 pt) _____
Je prends 3 médicaments ou plus – prescrits ou non – par jour	Oui (1 pt) _____
Sans le vouloir, j'ai perdu ou pris 5 kg au cours des 6 derniers mois	Oui (2 pts) _____
Je ne suis pas toujours capable de faire les courses, cuisiner et/ou m'alimenter seul	Oui (2 pts) _____
	<b>TOTAL</b> _____

*Instructions :* cochez « oui » pour chaque condition que vous remplissez et faites le total (score nutritionnel). Pour les scores compris entre 3 et 5 points (risque modéré) et supérieurs ou égaux à 6 (risque élevé), une évaluation plus poussée est nécessaire (surtout chez le sujet âgé).

Source : American Academy of Family Physicians. The Nutrition Screening Initiative. Accessible à : [www.aafp.org/PreBuilt/NSI\\_DETERMINE.pdf](http://www.aafp.org/PreBuilt/NSI_DETERMINE.pdf). Visité le 23/01/2008.

TABLEAU 4-3

## Conseils nutritionnels : les sources de nutriments

Nutriment	Source alimentaire
<b>Calcium</b>	Produits laitiers tels que yaourts, lait, fromages naturels Céréales du petit-déjeuner, jus de fruits supplémentés en calcium Légumes à feuilles vert foncé, tels que choux, navets
<b>Fer</b>	Fruits de mer Viande maigre, escalope de dinde Céréales supplémentées en fer Épinards, petits pois, lentilles Pain entier et enrichi
<b>Acide folique</b>	Haricots secs et petits pois cuits Oranges, jus d'orange Légumes à feuilles vert foncé
<b>Vitamine D</b>	Lait (enrichi) Œufs, beurre, margarine Céréales (enrichies)

Source : d'après Dietary Guidelines Committee. 2000 Report. Nutrition and Your Health: Dietary Guidelines for Americans. Washington, DC : Agricultural Research Service, U.S. Department of Agriculture, 2000.

**TABLEAU 4-4**

**Patients hypertendus : recommandations alimentaires**

**Modifications du régime**

**Source alimentaire**

**Augmenter** les aliments riches en potassium

Pommes de terre et patates douces bouillies, légumes cuits, tels que les épinards  
Bananes (fruits et légumes), fruits secs, jus d'orange

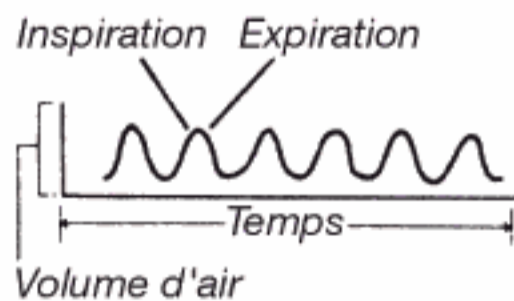
**Diminuer** les aliments riches en sodium

Conserves alimentaires (soupes, thon)  
Bretzels, frites, conserves au vinaigre, olives  
Aliments conditionnés (plats surgelés, ketchup, moutarde)  
Aliments frits  
Sel de table, y compris pour la cuisson

Source : d'après Dietary Guidelines Committee. 2000 Report. Nutrition and Your Health : Dietary Guidelines for Americans. Washington, DC : Agricultural Research Service, U.S. Department of Agriculture.

**TABLEAU 4-5**

**Anomalies de la fréquence et du rythme respiratoires**



**Normal.** Chez l'adulte, 14 à 20 fois par minute ; chez le petit nourrisson, jusqu'à 44 par minute



**Respiration rapide et superficielle (tachypnée).** Nombreuses causes, dont les maladies pulmonaires restrictives, la douleur pleurale et la surélévation du diaphragme



TABLEAU 4-5

**Anomalies de la fréquence et du rythme respiratoires (suite)**



**Respiration rapide et ample (hyperpnée, hyperventilation).** Nombreuses causes, dont l'exercice physique, l'anxiété, l'acidose métabolique, l'atteinte du tronc cérébral. La *respiration de Kussmaul*, due à une acidose métabolique, est ample mais peut être rapide, lente ou normale



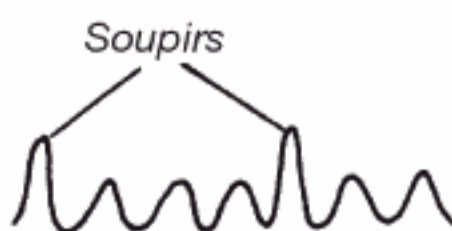
**Respiration lente (bradypnée).** Peut être due à un coma diabétique, une dépression respiratoire d'origine médicamenteuse, une hypertension intracrânienne



**Respiration de Cheyne-Stokes.** Alternance rythmique de périodes d'hyperpnée et d'apnée. Peut être normale pendant le sommeil, chez les petits nourrissons et les personnes âgées ; se voit aussi dans les lésions cérébrales, l'insuffisance cardiaque, l'urémie et la dépression respiratoire d'origine médicamenteuse



**Respiration ataxique (de Biot).** Irrégularité imprévisible de la fréquence et de l'amplitude. Les causes comprennent les lésions cérébrales et la dépression respiratoire



**Respiration suspicieuse.** Respiration entrecoupée de nombreux soupirs. Associée à d'autres symptômes, elle suggère un syndrome d'hyperventilation. Des soupirs épisodiques sont normaux