

Chapitre 1

L'approche clinique du patient – De la plainte à la décision

Philippe ARLET

PLAN

I. L'observation du patient – Définitions – Sémantique	10
II. L'entretien – « L'interrogatoire »	10
II.1. La prise de contact, le début	10
II.2. La technique générale de l'interrogatoire	11
II.3. Déroulement chronologique de la consultation : l'interrogatoire personnalisé	12
II.4. Déroulement chronologique : les renseignements utiles à tout dossier médical	14
III. L'examen physique	16
III.1. Technique générale	16
III.2. Les choses importantes à connaître	16
IV. Appréciation globale du patient au fil de l'examen	17
IV.1. Présentation	17
IV.2. L'expression verbale	17
IV.3. La demande	17
IV.4. La personnalité	18
V. Le raisonnement et la décision en médecine	18
V.1. Le raisonnement clinique	19
V.2. Le diagnostic	20
V.3. La décision en médecine	20
V.4. Les éléments influençant la décision en médecine	21
V.5. La décision partagée	21
Questions de l'ECN concernées par ce chapitre	21

I. L'observation du patient – Définitions – Sémantique

L'observation du patient se fait en des **lieux variés** essentiellement dans le cabinet du médecin (consultation, au domicile du patient (visite à domicile, c'est souvent le généraliste qui les pratique), ou dans une chambre de clinique ou d'hôpital ; à l'hôpital on parle aussi de visite (le matin) et de « contre-visite » (l'après-midi)). Dans tous ces lieux, la démarche est similaire. Cependant, en fonction du lieu, le patient est plus ou moins « à l'aise », le médecin également. Les lieux où se déroulent la rencontre médecin-patient jouent donc un rôle dans le déroulement de cette rencontre et dans la manière dont s'installe la relation médecin-patient.

L'outil du médecin praticien pour faire l'observation du patient est **l'examen clinique**. L'examen clinique comporte **l'interrogatoire** ou **l'entretien**, et l'examen physique. La manière dont s'établit la relation médecin-patient influence fortement la qualité des informations recueillies. Il s'agit des **signes fonctionnels** et des signes généraux. Ces signes que le patient va exprimer, rapporter, préciser sont très importants car ils amènent plus de la moitié des informations utiles pour le diagnostic, c'est-à-dire pour comprendre le problème médical posé par le patient.

L'examen physique qui permet de rassembler des signes physiques est pratiqué par le médecin avec ses yeux, ses oreilles, ses mains et quelques instruments simples : stéthoscope, marteau à réflexes, lampe électrique... On divise artificiellement l'examen clinique en 4 parties : **l'inspection**, la **palpation**, la **percussion** et **l'auscultation**.

- **L'inspection** : consiste à regarder et observer la région du corps que l'on veut explorer.
- **La palpation** : consiste à recueillir avec nos mains des renseignements tactiles sur une région du corps, un organe, ou une partie d'un organe.
- **La percussion** : consiste à analyser le bruit que donne la percussion d'une partie du corps à l'aide des doigts ; on peut percuter de manière immédiate avec les 3 doigts de la main « en crochet », ce qui peut être douloureux pour le malade, et l'on utilise donc le plus souvent la percussion « médiate », c'est-à-dire par l'intermédiaire de l'autre main que l'on accole à plat sur la partie à explorer et dont on percute les doigts avec le majeur de l'autre main replié en crochet.
- **L'auscultation** enfin : consiste à écouter certains bruits normalement ou anormalement présents lorsqu'on colle l'oreille contre la paroi du corps. Actuellement, on se sert d'un stéthoscope pour l'auscultation, ce qui la rend plus pratique.

En résumé, au cours de l'entretien avec le patient, le médecin recueille des signes fonctionnels et des signes généraux ; au cours de l'examen physique, il recueille les signes physiques. L'examen clinique et les signes cliniques correspondent globalement à l'ensemble de ces signes fonctionnels, généraux et physiques.

II. L'entretien – « L'interrogatoire »

II.1. La prise de contact, le début

Les premières secondes et les premières minutes de la consultation sont fondamentales. C'est dans ces moments-là que se noue la relation médecin-patient. Il s'agit d'une relation particulière qui intègre une notion de confiance indispensable au bon déroulement et à un acte clinique efficace et de qualité : dans ces premières minutes, la **communication non verbale** occupe une place prépondérante. En effet dans toute relation interpersonnelle, il y a une communication verbale (par les mots) qui ne représente que 20 à 30 % de la communication entre 2 personnes.

La gestuelle, la mimique, l'intonation, la position des personnes l'une par rapport à l'autre, le regard sont des éléments très importants qui influencent les messages qui se transmettent d'un sujet à un autre. Autant dire que lors d'une première consultation ou d'une première visite, il faut faire très attention à ces premiers instants, c'est pour cela aussi que le médecin doit avoir une présentation simple, correspondant à son statut social, être propre, souriant, accueillant, affable et à l'écoute du patient. Le ton de voix doit être posé, l'élocution et l'articulation des mots doivent être claires. Toute présentation inadéquate du médecin, tout mot déplacé, tout regard non adapté dans les premiers moments de l'entretien peuvent détériorer gravement le début de la relation médecin-patient. Même si le début s'est mal passé, il est important de s'en apercevoir pour essayer de « rattraper la situation » ou en tout cas en tenir compte pour l'interprétation des résultats de l'interrogatoire.

Il faut donc dans ces premiers instants être poli, se présenter, dire bonjour, se mettre à bonne distance (pas trop près, pas trop loin), regarder le patient et se concentrer sur lui, sur ce qu'il va dire, c'est la meilleure façon d'amener la confiance dans la relation : il faut que le patient s'aperçoive rapidement que le médecin porte tout son intérêt à son cas, s'intéresse à lui.

II.2. La technique générale de l'interrogatoire

II.2.1. L'écoute

Au cours de l'entretien, le médecin utilisera alternativement les 3 parties techniques de l'interrogatoire. Au début il faut favoriser l'écoute : « Pourquoi venez vous me voir ? » Le malade s'exprime, le médecin va enregistrer le motif de la consultation, va analyser le mode d'expression du patient, son faciès, son émotivité apparente. Le patient parle, décrit son problème, donne des signes généraux et des signes fonctionnels qu'il ressent, il raconte « son histoire ». La durée de l'écoute sera variable en fonction de chaque patient. Certains patients décrivent très bien « leur maladie », avec précision, détails, sans s'embarquer dans des discours plus ou moins en rapport avec leur problème médical. Dans ces cas-là, on les écoute et cela va presque suffire. Dans d'autres cas il faudra rapidement passer à l'interrogatoire « dirigiste » car le malade a du mal à exprimer ses symptômes et il faut alors l'aider en recentrant le questionnement.

II.2.2. L'interrogatoire dirigé

Il s'agit là pour le médecin de poser des questions précises au patient pour lui permettre d'exprimer clairement et précisément ses symptômes. Le médecin doit toujours rechercher le « où ? quand ? comment ? ». Si l'on prend l'exemple d'une douleur, il faut savoir où le patient se trouvait et ce qu'il faisait au moment où elle a commencé, il faut savoir où le patient ressent sa douleur, sur quelle partie du corps, il faut savoir quand elle a commencé, comment elle a commencé : pour une douleur qui a débuté brutalement, on doit, en aidant la mémoire du patient, pouvoir retrouver le jour, l'heure, où elle a commencé, les circonstances au cours desquelles elle s'est produite... Il s'agit là d'une partie technique où le médecin explore précisément les faits rapportés par le patient, et essaie d'en recueillir toutes les composantes. Le médecin se sert pour cela de ses connaissances en matière de sémiologie et de pathologies pour poser les bonnes questions.

II.2.3. Le feed-back

Dans la relation interpersonnelle, dans l'entretien, le médecin doit s'assurer régulièrement que le patient comprend les questions qu'on lui pose. Pour cela il faut

régulièrement demander au patient ce qu'il a compris du discours du médecin, comment il envisage sa maladie, ce qu'il en pense. Il ne faut pas hésiter à poser plusieurs fois une question importante en la reformulant, en l'exprimant différemment pour être sûr que le patient l'a bien comprise.

II.2.4. L'adaptation

Au cours de l'entretien, le médecin va essayer de s'adapter aux caractéristiques de son patient. Si le patient paraît inquiet, timide, tendu, il faut trouver les mots et un comportement pour le détendre, le mettre à l'aise. Il faut toujours utiliser des mots simples, compréhensibles par toute personne, ne pas employer les termes médicaux. Il faut éviter, bien sûr, d'influencer les réponses du patient. Il est mauvais pour un médecin d'avoir trop rapidement un diagnostic en tête car cela peut l'amener à poser des questions trop dirigées, et à influencer les réponses. Ceci est une cause d'erreurs de diagnostic.

II.3. Déroulement chronologique de la consultation : l'interrogatoire personnalisé

En médecine praticienne (médecine générale, par exemple), il est habituel de commencer par l'interrogatoire puis de passer à l'examen physique. En général au bout d'un moment d'entretien, on demande au patient de se déshabiller pour faire l'examen physique. La consultation se termine ensuite, alors que le patient est rhabillé et qu'on continue à discuter avec lui. Certains spécialistes ne font que l'interrogatoire (psychiatre). En fait, il faut savoir que les 2 parties de l'examen clinique sont intriquées. L'entretien se poursuit pendant tout le temps de la consultation. De même en début de consultation qui, en principe, est réservé à l'interrogatoire en fait, le regard, la poignée de main, la démarche, la mimique, l'aspect général sont des éléments d'examen physique qui peuvent apporter des choses importantes pour le diagnostic. En fait le déroulement doit procéder de la manière suivante, avec un ordre qui correspond aux priorités concernant la connaissance du patient :

II.3.1. Le contexte personnel

On doit demander au patient d'emblée qui il est : nom, prénom, âge, profession, lieu de vie (adresse), situation familiale, couverture sociale (sécurité sociale, mutuelle...). Ces questions permettent de rentrer en contact avec la personne et de connaître rapidement les choses les plus essentielles qui le concernent.

II.3.2. Le contexte pathologique

De plus en plus souvent les patients ont un contexte pathologique, c'est-à-dire qu'ils sont porteurs d'une maladie chronique, et souvent ils prennent des médicaments. C'est d'ailleurs en posant cette question sur les médicaments que l'on sait rapidement s'il y a un contexte pathologique. Il faut savoir alors le nom et les coordonnées de tous les médecins, généralistes et spécialistes, qui se sont occupés de ce patient.

Lorsqu'on présente un patient à un autre médecin il faut donc toujours donner ces deux premiers éléments pour décrire le patient. Exemple : « M. Durand est un homme de 50 ans, obèse, marié, sans enfant, instituteur résidant au village de Lèguevin à 25 km de Toulouse ; il est suivi et traité depuis 1 an par le Dr Dupont, généraliste, pour un diabète non insulino-dépendant. »

Après ces deux premières parties, on aborde le vif du sujet.

II.3.3. Motif de la consultation

« Pourquoi venez vous me voir ? » Il s'agit a priori de quelque chose de précis que le patient doit donner facilement. Parfois le motif est donné par le médecin quand il y a une succession d'interventions médicales. Exemple : M. Durand consulte le Dr Dupont pour une douleur thoracique (motif n° 1). Le Dr Dupont l'adresse aux urgences de l'hôpital pour suspicion d'infarctus du myocarde (motif n° 2). Le service des urgences l'adresse au service de médecine interne pour douleur thoracique atypique non coronarienne (motif n° 3). Il est toujours très important de savoir le « pourquoi » : pourquoi êtes vous allé voir votre médecin ? Pourquoi votre médecin vous a envoyé aux urgences ? Le malade ne le sait pas toujours. Il faut alors téléphoner au médecin qui a envoyé le patient à l'hôpital pour le lui demander. Pourquoi les urgences vous ont hospitalisé en médecine interne ? Là aussi il faut parfois téléphoner au médecin des urgences pour le savoir. Enfin, parfois, le motif initial de la consultation n'est pas forcément le motif véritable, le patient n'osant pas toujours déclarer un signe qui l'inquiète ou qui fait partie de son intimité. Exemple : « Docteur, je suis devenu impuissant. » Les problèmes de sexualité sont souvent non avoués en début de consultation.

Il faut savoir aussi que le motif n'est pas toujours médical et parfois il s'agit d'une demande, par exemple d'avantages sociaux, de certificats médicaux...

II.3.4. Histoire de la maladie – Anamnèse

C'est dans cette partie de l'entretien que l'on va essayer de retrouver l'historique des signes dont se plaint le patient. C'est là que l'on doit toujours être guidé par le « où ? quand ? comment ? ». Il faut bien préciser le début, et cela n'est pas toujours facile. Parfois on est obligé de décrire plusieurs épisodes symptomatiques successifs sans savoir exactement s'il s'agit de la même problématique, et où se situe véritablement le début des signes de la maladie en cause. Ensuite il faut décrire minutieusement l'évolution de ces signes fonctionnels et généraux. Il faut relever les interventions médicales, connaître les avis des médecins qui sont déjà intervenus, les résultats des examens déjà effectués, les traitements pris et leurs effets...

Le recueil de l'anamnèse est la partie la plus difficile mais la plus rentable de l'examen clinique. Le médecin doit réussir à mettre en ordre, à trier dans tout ce que dit le patient pour en faire une histoire claire à partager avec d'autres médecins. Parfois le patient attache beaucoup d'importance à des faits conjoncturels qui ne sont pas vraiment des faits pathologiques. Par contre, il peut oublier un signe qu'il a ressenti mais auquel il n'a pas attaché d'importance, qu'il a oublié, ou qu'il a lui-même attribué à autre chose et donc il n'en parle pas. Il ne faut pas oublier que la maladie, son histoire, ses signes appartiennent au patient. Or ce patient qui y est confronté, en fonction de sa culture, de sa personnalité, va rapidement se faire son « idée », sa représentation de sa maladie et cela pourra modifier la manière dont il va livrer les symptômes au cours de l'interrogatoire. Il faut faire la part des choses pour ne pas fausser la vérité des faits cliniques.

La reconstitution de l'anamnèse nécessite parfois que l'on interroge l'entourage ou les médecins qui sont déjà intervenus auparavant en leur **téléphonant** ; en effet le patient peut être confus, comateux, aphasique, sourd-muet, ou tout simplement étranger et ne parlant pas français.

Il faut que les patients et les médecins restent persuadés de la valeur fondamentale et incontournable de l'interrogatoire. À l'époque où le scanner, la génétique, l'IRM peuvent faire des diagnostics brillants, ceci ne peut se faire correctement que s'il y a eu auparavant un interrogatoire précis qui peut guider les examens paracliniques.

Le recueil de l'anamnèse permet de mettre en ordre des signes fonctionnels et généraux.

II.3.5. Parmi les signes fonctionnels

La **douleur** est probablement le signe le plus fréquent. Pour prendre cet exemple, il faut systématiquement interroger le patient pour connaître le siège exact, localisé ou étendu, l'intensité, le type (brûlure, cuisson, tension, déchirure, compression...), l'irradiation, la durée, les modalités d'évolution en fonction des traitements (du repos, de l'immobilisation, de certains médicaments...). Quant à l'intensité, on peut la mesurer par ce que l'on appelle l'échelle visuelle analogique. Cette mesure est surtout utile pour évaluer l'efficacité du traitement antalgique.

La plupart des signes fonctionnels portent un nom qui commence par le préfixe « **dys** » (étymologie grecque : difficulté à...). Par exemple la dyspnée (difficulté à respirer), la dysphagie (difficulté à avaler), la dysurie (difficulté à uriner).

Les signes fonctionnels sont tout à fait subjectifs et c'est, bien sûr, le patient qui les ressent et qui les décrit. Certains signes peuvent avoir des éléments « objectifs », le médecin peut constater par exemple la toux, la diarrhée, les vomissements, alors que, par exemple, la nausée reste un signe fonctionnel tout à fait subjectif.

Les signes fonctionnels sont nombreux et peuvent orienter plus ou moins vers une pathologie et un organe. Certains signes fonctionnels sont fréquents et moins évocateurs d'emblée, par exemple, le **malaise**, sensation désagréable qui donne l'impression au sujet qu'il va perdre connaissance ; le **vertige**, sensation de rotation des objets, ou de tangage, ou d'instabilité...

Il faut différencier le signe fonctionnel du handicap fonctionnel qui est quelque chose de plus complexe. Le **handicap fonctionnel** est un trouble de la vie de relation. Un trouble de la marche, une difficulté à la marche correspondent à un handicap fonctionnel. Le patient consulte parfois avec cette plainte. Le médecin devra l'évaluer et surtout en apprécier les composantes qui sont en fait une sommation de signes fonctionnels : un handicap de marche peut être dû à une douleur de pied, à une douleur de hanche, à une fatigue musculaire, à une instabilité...

II.3.6. En reconstituant l'anamnèse on peut également retrouver des signes généraux

Ils sont au nombre de 4 : **asthénie, anorexie, amaigrissement, fièvre.**

Ils seront étudiés dans le chapitre suivant. Lorsque les 3 premiers signes généraux sont présents on parle d'**altération de l'état général**. On rajoute « fébrile » lorsqu'il y a de la fièvre (altération fébrile de l'état général).

II.4. Déroulement chronologique : les renseignements utiles à tout dossier médical

II.4.1. Les antécédents personnels

Il faut demander au patient quels ont été ses principaux problèmes médicaux depuis sa naissance, s'il y a eu des maladies authentifiées, des traumatismes, des hospitalisations, des interventions chirurgicales...

Pour les femmes, il est important de connaître les antécédents obstétricaux, le nombre et le déroulement des **grossesses**, les accouchements, les fausses couches... Chaque antécédent important doit être étudié par l'interrogatoire de la même manière que par l'anamnèse. Il faut parfois se procurer des renseignements en demandant au patient de montrer les éléments de son dossier médical pour avoir des informations plus précises sur ces antécédents.

Il ne faut pas hésiter, là non plus, à entrer en contact téléphonique avec le médecin traitant, avec la famille pour préciser les éléments que ne pourrait pas fournir le patient lui-même.

II.4.2. Les antécédents familiaux

Il est important de connaître des éléments concernant les pathologies éventuelles des parents, frères, sœurs... en particulier pour préciser certains risques en rapport avec la **génétique**. Les pathologies cardiovasculaires et cancéreuses en particulier ont des caractéristiques héréditaires. Il est donc important de savoir s'il y a eu, par exemple, des décès brutaux par infarctus du myocarde ou accident cérébral dans la famille, ou encore des cancers du sein ou du côlon. Le diabète fait partie aussi des grands facteurs de morbidité qui ont une composante génétique.

II.4.3. L'hygiène de vie

Il est important de s'enquérir chez un patient de certaines notions qui pourront expliquer en partie ou en totalité un état pathologique.

- **Hygiène corporelle** : ceci concerne bien sûr ce que l'on entend dans le langage courant (toilette), mais surtout les habitudes d'exercice physique, de pratique sportive ou au contraire de sédentarité. Le maintien d'un exercice physique quotidien permet un entretien de la musculature qui, lorsqu'il fait défaut, peut expliquer bon nombre de symptômes, en particulier dans le domaine de la pathologie de l'appareil locomoteur.
- **Hygiène nutritionnelle** : ce chapitre est également important. Il faut par l'interrogatoire apprécier le bon équilibre de l'alimentation, à la fois sur le plan quantitatif (régimes hypocaloriques ou hypercaloriques) et aussi qualitatif (régime trop riche en graisses animales, ou en protéines, ou en sel, ou carencé en certaines vitamines).
- **Risques d'intoxication** : il faut dépister aussi par l'interrogatoire l'intoxication possible par :
 - **l'alcool** : l'ingestion quotidienne de plus de 80 g/jour d'alcool (1 l de vin, 2 l de bière, ou encore ¼ de l de whisky) définit l'alcoolisme chronique, qui est une cause de bon nombre de maladies,
 - **le tabac** : il faut noter la quantité quotidienne exacte et l'ancienneté de l'intoxication, qui permettent d'évaluer l'augmentation du risque en particulier pour certains cancers et pour les maladies vasculaires,
 - les autres drogues : l'exposition éventuelle à des produits toxiques dans la pratique d'une profession exposée (industrie chimique, laboratoires, mines),
 - les habitudes sexuelles enfin, dont on sait qu'elles peuvent dans certains cas soumettre à un risque accru de maladies (maladies sexuellement transmissibles).

L'interrogatoire portant sur l'alcool, sur l'utilisation de drogues illicites doit être fait avec tact et expérience. Il faut que la relation de confiance soit bien établie. En effet, l'alcoolique chronique « avoue » avec difficulté ses habitudes, il a tendance à en diminuer fortement l'importance. Il faut discuter avec lui, analyser le déroulement de l'une de ses journées, comptabiliser avec lui le nombre de verres, pour arriver à une idée précise de la quantité. Pour ce qui est des drogues, cela peut être encore plus difficile du fait du caractère illicite. Il faut expliquer au patient que le secret médical permet au médecin de garder ces informations pour lui et qu'il ne court pas de risque de délation.

II.4.4. Déroulement chronologique : les interrogations particulières

Au fil de l'entretien, le médecin élabore des hypothèses diagnostiques et va être amené à poser des questions très précises qui ont rapport avec l'hypothèse formulée. Par exemple en cas de pneumopathie aiguë, de fièvre, on va demander au patient s'il a des animaux à son domicile, s'il a été en contact avec une personne atteinte d'une maladie fébrile ou contagieuse. De même lorsqu'on évoque une maladie tropicale, on demandera au patient s'il a voyagé, s'il a vécu dans les pays tropicaux...

L'interrogatoire peut être même de type « policier », lorsqu'on suspecte en particulier certaines maladies toxiques, saturnisme, intoxication par l'oxyde de carbone, intoxication arsenicale... On est obligé parfois de poser des questions sur l'habitat, les habitudes alimentaires, la vaisselle utilisée...

III. L'examen physique

III.1. Technique générale

En fonction du lieu de l'examen, et des caractéristiques du patient, cela peut être différent. En consultation, le sujet est debout et habillé. Il faut commencer par le faire déshabiller, puis on peut l'examiner debout, et ensuite allongé.

À l'hôpital le patient est volontiers déjà déshabillé et allongé dans son lit. On commencera alors à l'examiner allongé, mais il ne faudra pas omettre de le lever. En effet, certaines parties de l'examen sont plus faciles et mieux faites debout qu'allongé et inversement.

Le déshabillage du patient doit être suffisant. Il faut lui demander de se mettre en sous-vêtements. Ainsi le patient ne sera pas trop gêné. Le médecin non plus, car il doit avoir un patient suffisamment déshabillé, pour ne pas être gêné au cours de son examen. Il faut expliquer au patient l'importance d'être déshabillé pour que l'examen physique soit de bonne qualité.

L'examen doit être d'abord **dirigé** puis général. On s'intéresse d'abord au problème posé par le patient. S'il a mal au pied on commencera par examiner son pied. L'examen dirigé sera le plus approfondi possible. Par la suite l'examen général devra être fait pour ne pas ignorer des choses importantes. Cet examen général sera plus ou moins complet en fonction de la complexité du problème posé par le patient. Cela peut durer 3 ou 30 minutes en fonction de chaque cas.

III.2. Les choses importantes à connaître

L'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation sont utilisées de manière variable en fonction de la région du corps que l'on examine. Par exemple si l'auscultation est importante pour le thorax, elle est inutile pour l'appareil ostéoarticulaire.

Il est important de **regarder marcher** le patient, de voir s'il est capable de se mettre accroupi et de se relever sans les mains. Chez un patient que l'on découvre couché, il est important de le **lever** ne serait-ce pour savoir s'il tient debout.

Le thorax s'examine au mieux debout. Le médecin peut ainsi tourner autour du patient en ayant son thorax à un bon niveau. De plus, le poumon respire beaucoup plus amplement chez un sujet debout que chez un sujet assis ou allongé. Certains souffles cardiaques s'entendent mieux chez le sujet debout (souffle diastolique de l'insuffisance aortique). La tension artérielle doit se prendre aux deux bras chez le sujet couché et debout.