

Les stages

- Savoir
- Savoir faire
- Savoir être

Le nouveau carnet de stages hospitaliers

- outil d'évaluation formative pour permettre à l'étudiant de rencontrer une série d'objectifs au cours de l'ensemble des stages
- *n'est pas conçu comme un outil d'évaluation certificative dont la cote de stage est dérivée.*

Trois catégories d'items

1. les problèmes cliniques
2. les maladies
3. les procédures (geste, technique, traitements)

Chaque item est évalué

0 : non (encore) enseigné théoriquement

1 : connaissance théorique

2 : démonstration passive en clinique

3 : malade examiné porteur du problème clinique
ou de la maladie ou procédure pratiquée sans
atteindre un degré de maîtrise

4 : diagnostic du problème clinique ou de la
maladie ou procédure pratiquée avec maîtrise

Objectif minimal

à atteindre impérativement en fin de graduat :

- 2 : démonstration passive en clinique
- 3 : malade examiné porteur du problème clinique ou de la maladie ou procédure pratiquée sans atteindre un degré de maîtrise
- 4 : diagnostic du problème clinique ou de la maladie ou procédure pratiquée avec maîtrise
- F : objectif facultatif

Le carnet de stage

- Problèmes cliniques - Maladies - Procédures	Objectif minimal à atteindre en fin de graduat	Niveau de pré-stage de l'année	Stage 1	Stage 2	Stage 3	Stage 4	Stage 5	Niveau post-stage de l'année
<u>Problèmes cliniques</u>								
Adénopathie cervicale	4							
Adénopathies périphériques	4							
Allergie cutanée	4							
Altération brutale de la vision	3							
Aménorrhée	3							
Amnésie	3							
Anasarque	4							
Anorexie/boulimie	3							
Anxiété/angoisse	3							
Aphasie	4							
Céphalée	4							
Chutes	4							
Constipation	4							
Courbe de croissance chez l'enfant : troubles	3							

Références pour le stage

- www.oncorea.com
- www.pneumocancero.com
- Marie Christine Renaud : Sémiologie & observation médicale. Guide pratique. Medi'strophe, Vincennes, 2006.
- Loïc Guillevin : Sémiologie médicale. Médecine-Sciences. Flammarion. 2006.

L'examen clinique

Structure générale

4 parties :

- Anamnèse (interrogatoire)
- Examen physique
- Conclusions (diagnostic différentiel)
- Prescription (examens complémentaires & traitement)

La rencontre avec le malade

Une confiance rencontre une conscience

Respect du secret

L'attitude du malade

Fort variable

- Contact facile : acceptation état de dépendance (mais risque d'attitude exigeante)
- Contact difficile : révolte
- Influence des contacts antérieurs avec le monde médical
- Peur de la maladie et de la douleur (déli!)
- Revendications : droits des malades

Attente du malade :

- Contrôle des symptômes
- Diagnostic et éventuelle guérison

L'attitude de l'étudiant

- Ne pas faire preuve d'humilité (s'excuser sans cesse....)
- Ne pas faire preuve de hauteur
- Ne pas se faire passer pour « le médecin »
- Être naturel, attentif, patient; savoir écouter; sans familiarité, ni distance excessives

Privilèges et limites de l'étudiant

- Droit d'interroger et d'examiner complètement le patient
- Prendre connaissance de tous les documents du dossier
- Interroger le médecin et ses collaborateurs
- Éviter de répéter les examens gênants
- Aucune prescription (examens, traitements) sans en référer au médecin

Les qualités du bon médecin

- Pas de stéréotype : il faut garder la liberté de conserver sa personnalité
- Quelques règles :
 - être humain
 - être patient
 - être observateur et **avoir en permanence l'esprit d'un enquêteur**
 - avoir de bonnes connaissances médicales
 - être conscient des limites de sa compétence
 - s'imposer la rédaction d'un dossier médical (avec toujours une conclusion même si provisoire)
 - privilégier l'examen clinique (*les examens complémentaires ne sont que complémentaires !*)

La démarche de l'examen clinique

Triple but :

- Diagnostic : identifier la maladie
- Pronostic : évaluer exactement la situation du malade dans le cadre de sa maladie
- Thérapeutique : guérir, soulager

Étapes de la démarche diagnostique

- Identifier les symptômes (manifestations subjectives) et les signes (manifestations objectives)
 - Attention à l'interprétation personnelle du malade
- Les interpréter :
 - Localisation : région, organe, système
 - En termes fonctionnels (mécanisme)
- Poser le diagnostic
 - Classer la maladie : ne pas confondre « symptôme » et « diagnostic »
 - Reconnaissance immédiate, approche hypothéticodéductive (éléments pivots), algorithmes, abord probabiliste, méthode inductive
- Rechercher une étiologie
 - pas toujours connue : syndrome, essentiel, idiopathique ...
- Évaluer la situation personnelle du patient en tenant compte du contexte médical, psychologique et social (approche globale)

L'interrogatoire

Les étapes de l'interrogatoire

- motif consultation/admission
- affection actuelle
 - affection de base
 - problème actuel
- antécédents personnels
- antécédents familiaux
- genre de vie (passé professionnel et social)
- interrogatoire systématique

Règle de base

L'interrogatoire se fait en deux fois au moins :

- Spontanément par le patient
- Reprise avec un ordre logique par le médecin

Prendre des notes

(signe d'attention, souvent bien interprété par le patient)

L'affection actuelle

- Laisser d'abord le malade s'exprimer spontanément avec ses propres mots
- Pour chaque symptôme : faire préciser
 - localisation
 - qualité (par comparaison)
 - intensité
 - chronologie (et par rapport aux autres symptômes)
 - circonstances d'apparition
 - facteurs modulants (aggravation ou correction)
 - associations de symptômes
 - conséquences éventuelles
- Formuler des questions simples, claires, neutres

Les antécédents personnels, y compris comorbidités

Avec la **chronologie** :

- Maladies d'enfance (jeune)
- Affections médicales de l'âge adulte
- Interventions chirurgicales
- Passé psychiatrique (dont dépression)
- Traumatismes
- Passé obstétrical
- Allergies et réactions aux médicaments
- Traitement à domicile

Le « genre de vie »

- Occupation(s) professionnelle(s)
- Capacité de travail, invalidité
- Voyages
- Passe-temps
- Alcool
- Tabac & autres drogues
- Vie sexuelle
- Événements marquants de la vie (mariage, divorce, chômage ...)

Antécédents familiaux

- Parents
- Frères et sœurs
- Enfants
- Épouse
- Autres

En pensant à maladies héréditaires ou transmissibles

L'interrogatoire systématique

- sert à **contrôler l'entièreté de l'interrogatoire** et à identifier d'éventuels problèmes indépendants de l'affection actuelle ou des antécédents
- à réaliser **en fin d'anamnèse**: passe en revue chacun des grands systèmes (sensoriel, digestif, respiratoire,...) et permet de compléter l'histoire du patient sur des aspects qui auraient été omis et de mettre en évidence des problèmes apparemment sans lien avec l'affection actuelle et les maladies connues
- dans la **rédaction**: les aspects en rapport avec l'affection actuelle et les maladies connues doivent être "injectés" dans les sections correspondantes tandis que les points apparemment sans rapport sont décrits sous la rubrique "interrogatoire systématique "

1. Dermatologie : éruption, prurit, eczéma, urticaire, furonculose, tumeur cutanée, purpura.
2. Ganglions : suppuration.
3. Système ostéo-articulaire : rhumatismes, douleurs, goutte, colonne, impotence, déformations, atrophie musculaire.
4. Système hématopoiétique: anémie, saignements, bleus, gingivite, transfusions, groupe.
5. Système endocrinien : diabète, goitre, thyroïde.
6. Yeux : acuité, douleurs, scotomes, diplopie, conjonctivite, glaucome.

7. O.R.L. : épistaxis, rhinite, rhume des foins, sinusite, pharyngites, angines, surdité, bourdonnements, vertiges, raucité
8. Seins : douleurs, masses, écoulements, gynécomastie.
9. Système respiratoire : dyspnée, toux, expectorations, douleurs thoraciques, hémoptysie, tuberculose, bronchite, asthme, pleurésie, pneumonie.
10. Système cardiovasculaire : palpitations, orthopnée, angor, RAA, souffle, oedèmes, claudication intermittente, troubles trophiques, varices, phlébite, hypertension.

11. Systeme digestif : anorexie, dysphagie, nausées, vomissements, ulcère gastroduodéal, hématemèse, douleurs épigastriques, ballonnement, douleurs abdominales, méléna, hémorroïdes, constipation, diarrhée, selles, hernie, éventration, ictère, hépatite.
12. Systeme urinaire : dysurie, hématurie, urines, pollakiurie, rétention, incontinence, nycturie, lithiase, douleurs lombaires, cystalgie, albuminurie.
13. Systeme génital : mal. vénériennes, règles, leucorrhée, métrorragies, algies pelviennes.

14. Systeme nerveux : syncope, céphalées, paresthésies, convulsions, épilepsie, crampes, force, trouble de l'équilibre, tremblements, mémoire.
15. Psychiatrie : anxiété, dépression, fatigue, irritabilité, insomnie, troubles sexuels, épisodes confusionnels.
16. Symptômes généraux : fatigue, perte de poids, transpirations, frilosité

L'interrogatoire de l'entourage (hétéroanamnèse)

- Absolument nécessaire dans certaines circonstances (patient inconscient, convulsions ...)
- Discrétion indispensable
- Respect du secret médical

Les problèmes que l'étudiant peut rencontrer

- Le patient veut obtenir des renseignements sur le diagnostic et le pronostic de sa maladie
- Il veut consulter son dossier médical
- Le malade aborde le problème de l'euthanasie
- Le malade ne répond pas une question et garde un silence prolongé
- Le malade se met à pleurer
- Le malade manifeste de l'hostilité ou de l'agressivité
- Le patient a de nombreuses petites exigences

- Le patient manifeste de la méfiance et des tendances paranoïdes
- Le patient dissimule ou minimise ses symptômes
- Le malade pose à l'étudiant des questions personnelles
- Le malade adopte une attitude qui témoigne de son souhait de voir le médecin sortir du cadre des relations professionnelles
- Le malade veut faire des cadeaux ou donner de l'argent

Circonstances susceptibles de changer le cours de l'anamnèse

- Urgences thérapeutiques (choc, détresse respiratoire, infarctus myocardique ...)
- Troubles mentaux (attention et mémoire)
- Troubles psychiatriques (dépression, intention suicidaire)
- Surdité
- Le patient ne parle pas français
- Le patient a désigné un r f rent

L'examen physique général

Procéder par régions

Permet souvent de compléter l'anamnèse

Remarques préalables

- Rassurer le malade
- Parler pendant l'examen (le silence est angoissant)
- La pièce ne doit pas être froide
- Expliquer si l'examen nécessite un relâchement complet
- Respecter la pudeur du patient
- Si nécessaire, aider le malade à se déshabiller/rhabiller

Instruments nécessaires

- Stéthoscope
- Tensiomètre
- Montre/chronomètre
- Lampe de poche
- Marteau à réflexes
- Mètre ruban
- Diapason
- *Ophthalmoscope/otoscope*

Température, poids, taille

1. Aspect général

cyanosé, anémique, ictérique, déshydraté,
eutrophique/obésité/cachectique ,
respiration (eupnéique), orientation (temps
& espace).

2. Téguments et phanères

3. Tête

bouffissure de la face, télangiectasies

yeux : L M N A; conjonctives; F.O.

oreilles, points sinusaux, raucité, nez

amygdales, gencives, pharynx

sensibilité faciale, asymétrie faciale, force
masséters, réflexe du voile du palais.

4. Cou

thyroïde

adénopathies : sous-maxillaires, cervicales

carotides, jugulaires

nuque, colonne cervicale

5. Thorax

Aspect général

Seins

Ganglions : axillaires, sus-claviculaires

Poumons : percussion, auscultation , FR

Coeur : volume, auscultation , TA, RC et FC

6. Abdomen

aspect

palpation : Murphy ; foie ; rate ; ascite
percussion, auscultation (péristaltisme)

organes génitaux , TV , TR

7. Loges rénales

PCL

8. Régions inguinales

ganglions

hernie

pouls fémoraux

9. Membres supérieurs (D et G)

déformations

articulations épaules, coudes, poignets, mains

artères

tonus force musculaire sensibilité

réflexes bicipitaux, tricipitaux, stylo-radiaux

10. Membres inférieurs (D et G)

OMI (godet)

déformations

articulations hanches, genoux, chevilles, pieds

artères poplitées, pédieuses, tibiales postérieures

varices

tonus force musculaire, sensibilité

réflexes rotuliens, achilléens; signe de Babinski

faire marcher

11. Colonne

Inspection : lordose, scoliose

percussion

mobilisation

Lassègue

12. Divers

Examens cliniques spécialisés

- Neurologique
- Gynécologique
- Ostéo-articulaire
- Psychiatrique
- Pédiatrique
- Obstétrical

La rédaction de l'observation

Se rédige après la réalisation de l'examen
clinique

Structure de l'examen clinique

ANAMNESE

- motif consultation/admission
- affection ou problème actuel
- affection de base
- antécédents personnels
- antécédents familiaux
- genre de vie
- interrogatoire systématique

EXAMEN PHYSIQUE

- par région

CONCLUSIONS

- diagnostic différentiel et propositions diagnostiques

PRESCRIPTIONS

- examens complémentaires
- traitement

Quelques principes pour la forme

Rédaction claire, lisible, évitant les abréviations et le jargon, agréable à lire, **axée sur l'essentiel sans se perdre dans les détails.**

Quelques conseils pour le fond

- La partie la plus importante sera la **description du problème actuel** qui devra être rapportée de façon chronologique et circonstancielle, en mentionnant notamment les éventuels examens et traitements réalisés et leurs effets.
- Les différentes sections de l'interrogatoire et de l'examen physique seront rapportées **sans digression excessive**.
- La rédaction devra **mettre en évidence les divers points positifs** de l'anamnèse et de l'examen physique qui devront être expliqués dans les conclusions par des propositions diagnostiques avec prescription d'examens complémentaires pour établir ou exclure les hypothèses faites et du traitement à administrer.

Le diagnostic

Base du raisonnement

= un examen clinique de base complet

Différentes méthodes sont
possibles

Reconnaissance des formes (*pattern recognition, gestalt*)

- Processus par lequel, dans la **grande majorité** des cas, nous identifions tout de suite le diagnostic.
- Les observations de notre examen clinique sont **instantanément reconnues** comme appartenant à un tableau de maladie que nous avons appris dans le passé et que nous pouvons identifier immédiatement sans devoir tenir un raisonnement mental.
- Ne peut s'appliquer que pour des **cas simples**, typiques et nécessite d'avoir une **bonne culture médicale**.

Méthode inductive

- Abord du diagnostic par **exploration exhaustive des données**: typique du médecin *novice* qui procède à de très nombreux examens complémentaires pour éliminer de très nombreux diagnostics, y compris tous ceux qui sont extrêmement peu probables
- **à éviter en première intention** : méthode fastidieuse, longue, coûteuse et non sans danger en raison des effets secondaires de certaines interventions diagnostiques et du risque lié aux décisions prises suite à l'obtention de faux positifs parmi les très nombreux tests effectués.

Algorithmes

- **diagnostic par ramification** : algorithmes qui proposent, à chaque étape chronologique, de prendre une décision en fonction de la présence ou non d'un symptôme ou d'un signe ou de la positivité ou non d'un ou plusieurs tests données et en faveur d'options présentées dans un éventail.
- **en pratique rarement disponibles** : pour être efficace et sûr, l'arbre décisionnel doit envisager dans sa stratégie diagnostique de façon exhaustive l'ensemble des diagnostics possibles avec des tests fiables qui permettent de les confirmer ou de les infirmer.

Approche hypothéticodéductive

- De son examen, le médecin repère un ou quelques symptômes, signes ou autres informations particulièrement pertinents (« **éléments pivots** »).
- Il formule ensuite, pour tenter de les expliquer, plusieurs **hypothèses diagnostiques** et va examiner d'une part si une ou plusieurs de ces hypothèses expliquent l'ensemble des observations réalisées chez le patient et d'autre part si les observations attendues pour une hypothèse donnée se rencontrent chez le malade en question. Il faudra y intégrer le raisonnement probabiliste, notamment lorsque plusieurs hypothèses s'avèrent plausibles.
- La **confrontation des deux processus** permet de réfuter plusieurs hypothèses et d'aboutir à un diagnostic expliquant le tableau clinique, qu'il conviendra éventuellement de confirmer par un test précis et univoque.

La méthode pour les situations complexes

- Le clinicien expérimenté ira droit au but en choisissant (et en identifiant lors de son examen !) les **meilleurs éléments pivots** et en émettant d'emblée les meilleures hypothèses diagnostiques.
- L'art du diagnostic se reflète dans cette approche **déductive** par le choix judicieux d'un nombre restreint d'hypothèses pertinentes.
- C'est l'abord le plus approprié à la majorité des **situations cliniques complexes**.

En pratique, le diagnostic se fait en plusieurs étapes

Les deux bases indispensables : l'examen
clinique bien fait et la culture (connaissances)
médicale.

*On ne diagnostique que les maladies que l'on
connaît.*

1ère étape : examen clinique

- Examen clinique + éventuellement quelques examens complémentaires (« usuels » : biologie, RX thorax, ECG)
- Recenser les symptômes et signes positifs

2ème étape : un diagnostic évident ressort

À confirmer éventuellement par un test et de toute façon par l'évolution naturelle ou sous traitement

3ème étape : plusieurs diagnostics de première intention possibles

- Obtenus par **approche hypothético-déductive** parmi
 - Maladies fréquentes (bonne suspicion)
 - Maladies rares (très haute suspicion)
- Confirmer ou infirmer les hypothèses les plus probables :
 - Par un (des) examen(s) complémentaire(s), une approche bayésienne, une épreuve thérapeutique, le suivi
 - En commençant par les diagnostics les plus importants
 - Soit en terme de probabilité *a priori*
 - Soit en terme de conséquences pour le pronostic
 - Soit en raison de l'intégration d'un faisceau d'arguments cliniques

4ème étape : diagnostics de deuxième intention

Si les diagnostics proposés en première intention ne sont pas confirmés :

- Rechercher par **approche hypothético-déductive**
 - Présentations atypiques des maladies fréquentes
 - Maladies rares
- Examens complémentaires à faire en intégrant les probabilités *a priori* des affections et la gravité de maladies à ne pas manquer

5ème étape : en l'absence d'hypothèse diagnostique satisfaisante

- Soit on s'accorde une période d'observation (en évaluer le risque)
- Soit recherche par des tests *ad hoc* parmi des listes de causes possibles des signes et symptômes observés (**approche exhaustive**)

Un exemple

Homme de 43 ans, sidéen, admis pour un abdomen aigu

- Problème actuel :
 - douleur abdominale diffuse mais accentuée dans la région épigastrique, avec vomissements bilieux et impossibilité de s'alimenter. Arrêt des matières mais beaucoup de gaz.
 - Ganglions cervicaux gauches apparus il y a 2 mois et légèrement douloureux.
 - Transpirations à prédominance nocturne

Anamnèse (suite)

- Antécédents :
 - Il y a 26 ans : sérologie positive pour HIV. Depuis SIDA traité avec arrêt spontané du traitement il y a 4 ans.
 - Il y a 3 ans : diagnostic d'hépatite C
- Mode de vie :
 - Ancien drogué (toxicomanie à l'héroïne), sans travail
 - Tabagisme : 1 paquet de cigarette par jour jusqu'à l'an dernier
 - Sous méthadone et antidépresseur

Examen physique

- Sclérotiques ictériques
- 2 adénopathies cervicales gauches de grosse taille, mobiles, non douloureuses à la palpation
- Abdomen : contracturé, diffusément sensible à la palpation, importante hépatosplénomégalie (surtout notée à la percussion)

Les éléments pivots

- Obstruction digestive partielle (tableau d'abdomen aigu)
- Ictère
- Adénopathies cervicales
- Hépatosplénomégalie
- SIDA

Hypothèses diagnostiques

En première intention

- Lymphome malin

En deuxième intention

- Autre tumeur : sarcome de Kaposi
- Infection : tuberculose

Diagnostic le plus probable

Seul un lymphome malin de haut grade explique l'entièreté du tableau clinique :

- Adénopathies cervicales
- Hépatosplénomégalie
- Ictère par infiltration parenchymateuse (DD: hépatite C, hémolyse sur splénomégalie)
- Sudations nocturnes

Ce diagnostic entre parfaitement dans les complications du SIDA.

Test proposé pour confirmer le diagnostic

- Biopsie ganglionnaire
- Résultat : lymphome non hodgkinien B diffus à grandes cellules