

# **Examen clinique et sémiologie - Macleod**

**Interrogatoire et examen clinique –  
Sémiologie par appareil – Situations  
particulières**

## ***Chez le même éditeur***

### *Autres ouvrages :*

**Examen clinique et sémiologie : l'essentiel**, par N. Talley et S. O'Connor. 2017, 400 pages.

**Sémiologie clinique**, par J. Bariéty. 2017, 520 pages, 8<sup>e</sup> édition.

**Examen clinique de l'appareil locomoteur**, par J. Cleland. Traduit par M. Pillu 2018, 3<sup>e</sup> édition, 656 pages.

**Maîtriser l'examen clinique en ostéopathie**, par P. Gadet. 2018, 216 pages.

**Examen clinique des membres et du rachis**, par S. Hoppenfeld. 2016, 2<sup>e</sup> édition, 320 pages.

**Guide de l'examen clinique et du diagnostic en dermatologie**, D. Lipsker. 2016, 304 pages.

**L'examen neurologique facile**, par G. Fuller. Traduit par C. Masson 2015, 2<sup>e</sup> édition, 264 pages.

**Gray's Atlas d'anatomie humaine**, par R. L. Drake, A. W. Vogl, A. V. W. Mitchell, R. M. Tibbitts, P. E. Richardson.

Traduit par F. Duparc. 2017, 648 pages.

# Examen clinique et sémiologie

Traduit de la 14<sup>e</sup> édition originale

Coordonné par

**J Alastair Innes**

BSc PhD FRCP(Ed)

Consultant Physician Respiratory Unit,  
Western General Hospital, Edinburgh ;  
Honorary Reader in Respiratory Medicine,  
University of Edinburgh, Royaume-Uni

**Anna R Dover**

PhD FRCP(Ed)

Consultant in Diabetes, Endocrinology and General  
Medicine, Edinburgh Centre for Endocrinology and Diabetes,  
Royal Infirmary of Edinburgh ; Honorary Clinical Senior  
Lecturer, University of Edinburgh, Royaume-Uni

**Karen Fairhurst**

PhD FRCGP

General Practitioner, Mackenzie Medical Centre, Edinburgh ;  
Clinical Senior Lecturer, Centre for Population Health  
Sciences, University of Edinburgh, Royaume-Uni

*Traduit de la 14<sup>e</sup> édition originale par :*

**Matthieu Ponsoye**

Praticien, service de Médecine interne,  
Hôpital Foch de Suresnes

Illustrations par Robert Britton et Ethan Danielson

Masson

Elsevier Masson

# ELSEVIER

Elsevier Masson SAS, 65, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex, France

Macleod's Clinical Examination. 14th Edition

© 2018 Elsevier Ltd. All rights reserved.

First edition 1964, Second edition 1967, Third edition 1973, Fourth edition 1976, Fifth edition 1979, Sixth edition 1983, Seventh edition 1986, Eighth edition 1990, Ninth edition 1995, Tenth edition 2000, Eleventh edition 2005, Twelfth edition 2009, Thirteenth edition 2013, Fourteenth edition 2018.

ISBN : 978-0-7020-6993-2

This translation of *Macleod's Clinical Examination. 14<sup>th</sup> Edition*, by J Alastair Innes, Anna R Dover and Karen Fairhurst, was undertaken by Elsevier Masson SAS and is published by arrangement with Elsevier Ltd.

Cette traduction de *Macleod's Examen clinique et sémiologie 14<sup>ème</sup> édition*, de J Alastair Innes, Anna R Dover et Karen Fairhurst, a été réalisée par Elsevier Masson SAS et est publiée avec l'accord d'Elsevier Ltd.

*Macleod's Examen clinique et sémiologie*, de J Alastair Innes, Anna R Dover et Karen Fairhurst. © 2019, Elsevier Masson SAS.

ISBN : 978-2-294-75853-9

e-ISBN : 978-2-294-75936-9

Tous droits réservés.

La traduction a été réalisée par Elsevier Masson SAS sous sa seule responsabilité.

Les praticiens et chercheurs doivent toujours se baser sur leur propre expérience et connaissances pour évaluer et utiliser toute information, méthodes, composés ou expériences décrits ici. Du fait de l'avancement rapide des sciences médicales, en particulier, une vérification indépendante des diagnostics et dosages des médicaments doit être effectuée. Dans toute la mesure permise par la loi, Elsevier, les auteurs, collaborateurs ou autres contributeurs déclinent toute responsabilité pour ce qui concerne la traduction ou pour tout préjudice et/ou dommages aux personnes ou aux biens, que cela résulte de la responsabilité du fait des produits, d'une négligence ou autre, ou de l'utilisation ou de l'application de toutes les méthodes, les produits, les instructions ou les idées contenus dans la présente publication.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.



## John Macleod (1915–2006)

John Macleod a été nommé médecin consultant au Western General Hospital, à Édimbourg, en 1950. Il portait un intérêt majeur à la rhumatologie et à l'enseignement de la médecine. Les étudiants en médecine qui ont assisté à ses séances d'enseignement clinique se souviennent de lui comme d'un enseignant inspirant, ayant la capacité de présenter des problèmes complexes avec une grande clarté. Il était invariablement courtois envers ses patients et ses étudiants. Il avait un talent hors du commun pour impliquer tous les étudiants à parts égales dans les discussions cliniques et privilégier le compliment plutôt que la critique. Il accordait une grande attention à la valeur du recueil de l'anamnèse et, à partir de celle-ci, attendait des étudiants qu'ils identifient les aspects particuliers de l'examen physique qui permettraient de préciser les hypothèses diagnostiques.

Ses collègues du Western General Hospital ont été heureux de contribuer, à sa demande, à la rédaction d'un manuel d'enseignement de l'examen clinique. Ce livre a été publié pour la première fois en 1964, et John Macleod en a coordonné les sept premières éditions. Avec sa modestie caractéristique, il fut très gêné lorsque la huitième édition fut rebaptisée *Macleod's Clinical Examination*. Toutefois, ce geste demeure une faible reconnaissance pour son immense contribution à l'enseignement de la médecine.

Il possédait une qualité essentielle pour un coordinateur d'ouvrages à succès : la capacité d'agencer, dans un style et un format homogènes, différentes contributions hétéroclites sans pour autant offenser les auteurs ; chacun acceptait son autorité. Il évitait d'être dogmatique ou condescendant. Il était généreux en transmettant aux autres ses compétences éditoriales, qui ont été reconnues lorsqu'il a été invité à coordonner le *Davidson's Principles and Practice of Medicine*.

# Préface

Malgré la richesse des outils diagnostiques disponibles pour le médecin moderne, l'acquisition d'informations, par une interaction directe avec le patient au travers de l'anamnèse et de l'examen physique, reste le principe fondamental de l'art du médecin. Ces compétences ancestrales permettent souvent aux cliniciens de poser un diagnostic clair sans avoir recours à des explorations coûteuses et potentiellement dangereuses.

Ce livre vise à aider le clinicien à développer les compétences cliniques nécessaires pour obtenir une anamnèse claire et les compétences pratiques indispensables à la détection des signes cliniques de maladie. Lorsque cela est possible, l'origine physiologique des signes cliniques est expliquée afin de faciliter la compréhension. La notion de formulation d'hypothèses diagnostiques à partir des informations obtenues est introduite, et les explorations logiques de première intention sont expliquées pour chaque système. Le *Macleod's Examen clinique et sémiologie* est conçu pour être utilisé conjointement avec des textes plus détaillés sur la physiopathologie, les diagnostics différentiels et la médecine clinique, illustrant spécifiquement comment l'anamnèse et l'examen physique peuvent éclairer le processus diagnostique.

Dans cette édition, les contenus ont été restructurés et le texte entièrement mis à jour par une équipe mixte d'auteurs anciens et nouveaux, dans le but de créer un texte accessible et facile à utiliser, adapté à l'exercice de la médecine du XXI<sup>e</sup> siècle.

La première partie aborde les principes généraux d'une bonne interaction avec le patient, depuis les bases du recueil de l'anamnèse et de la réalisation d'un examen physique

jusqu'à l'utilisation de tableaux cliniques pour identifier certains diagnostics. La deuxième partie traite des symptômes et des signes dans des systèmes spécifiques et la troisième partie illustre l'application de ces compétences à des situations cliniques particulières. Le dernier chapitre s'intéresse à l'utilisation de ces compétences dans la pratique quotidienne.

Une anamnèse et un examen physique réalisés avec compétence permettent au médecin de détecter la maladie et de prédire son pronostic. Ils sont essentiels au principe fondamental consistant à placer le patient et ses préoccupations au cœur du processus de soins, mais permettent aussi d'éviter les effets délétères induits par des explorations inutiles ou injustifiées.

Nous espérons que si les jeunes cliniciens sont encouragés à adopter et adapter ces compétences, ils seront non seulement au service de leurs patients en tant que diagnosticiens, mais contribueront eux aussi à développer des techniques d'examen clinique ainsi qu'une meilleure compréhension de leurs mécanismes et de leurs utilisations diagnostiques.

La 14<sup>e</sup> édition du *Macleod's Examen clinique et sémiologie* contient un ensemble de vidéos d'accompagnement disponibles en ligne sur le *Student Consult* electronic library<sup>1</sup>. Ce livre est étroitement lié au *Davidson's Principles and Practice of Medicine* et sera mieux apprécié par une lecture conjointe des deux textes.

JAI, ARD, KF  
Édimbourg, 2018

---

<sup>1</sup> Pour la version française, les vidéos sont disponibles à l'adresse suivante : [www.em-consulte.com/e-complement/475853](http://www.em-consulte.com/e-complement/475853)

# Avant-propos à l'édition française

En 60 ans et quatorze éditions, le *Macleods clinical examination* est devenu, dans les pays anglo-saxons, le manuel de référence pour l'enseignement et l'apprentissage de la sémiologie médicale. Son auteur, John Macleod, passionné tant par la médecine que par l'enseignement, a souhaité créer un ouvrage destiné aux étudiants visant à transmettre l'essence même de la médecine : l'art d'interroger et d'examiner un patient. Les éditions successives ont permis à son œuvre d'évoluer au rythme de la médecine et de bénéficier de remarques et relectures, y compris de la part d'étudiants.

Il ne suffit pas d'apprendre encore faut-il comprendre. Ce manuel accompagne de manière pragmatique l'étudiant tout au long de son processus d'apprentissage de la sémiologie pour chaque système par le biais de supports variés qui conviendront au plus grand nombre. Cet ouvrage ne se contente pas de proposer une liste successive des signes à rechercher en fonction de chaque atteinte, il en explique également l'origine physiopathologique et les interprétations que l'on peut en faire. Ces explications sont illustrées par des schémas, des tableaux mais également par des vidéos qui permettent une visualisation pratique des méthodes d'interrogatoire et d'examen physique.

Les pratiques médicales anglo-saxonnes et françaises sont extrêmement proches cependant il peut exister des différences dans l'approche qui relèvent souvent plus de la tradition que de la pertinence clinique. Si certaines notions pourraient paraître surprenantes au lecteur francophone, elles contribuent néan-

moins à enrichir sa « culture » médicale. Les notions qui diffèrent trop de la « culture » médicale francophone font l'objet d'annotations relatives aux pratiques habituelles en France. Toutefois la très grande majorité des éléments décrits dans ce livre est commune aux pratiques médicales anglo-saxonnes et françaises.

Culturellement, les études en France et tout particulièrement en médecine, valorisent l'étendue des connaissances. Cette importance du « savoir-faire » qui fait de nous de bons « techniciens » peut parfois se faire au détriment du « savoir-être » qui fait de nous des médecins. La culture anglo-saxonne place ce « savoir-être » beaucoup plus en avant au cours des études. Ainsi, le comportement et l'attitude de chaque étudiant sont spécifiquement évalués au cours de son apprentissage. Ce manuel en est l'illustration. Certaines formules ou répétitions pourront paraître saugrenues à l'étudiant français (« Saluez le patient », « lavez-vous les mains », « remerciez le patient », « demandez au patient l'autorisation de... ») pourtant il ne paraît pas inutile de rappeler que nous pratiquons un métier où « l'humain » est primordial et qu'à chaque instant le « savoir-être » est au moins aussi important que le « savoir-faire ». Prenant conscience de nos lacunes, notre système d'enseignement médical est actuellement en cours d'évolution avec la disparition annoncée des iECN pour des contrôles continus où le « savoir-être » prendra une place plus importante. Ainsi, bénéficiant de son origine anglo-saxonne le *Macleod's* paraît adapté aux nouveaux enjeux susceptibles d'intéresser les étudiants français.

# Remerciements

Les coordinateurs souhaiteraient saluer l'immense contribution de Graham Douglas, Fiona Nicol et Colin Robertson, qui ont dirigé les trois éditions précédentes du *Macleod's Examen clinique et sémiologie*. Ensemble, ils ont réagencé le format de ce manuel et leurs efforts ont été récompensés par une hausse significative des ventes et de sa notoriété internationale.

Les coordinateurs aimeraient manifester leur gratitude à tous les contributeurs des précédentes éditions, sans qui cette nouvelle édition n'aurait pas été possible. En particulier, nous sommes redevables aux anciens auteurs qui ont renoncé à participer à cette nouvelle édition, que sont : Elaine Anderson, John Bevan, Andrew Bradbury, Nicki Colledge, Allan Cumming, Graham Devereux, Jamie Douglas, Rebecca Ford, David Gawkrödger, Neil Grubb, James Huntley, John Iredale, Robert Laing, Andrew Longmate, Alastair MacGilchrist, Dilip Nathwani, Jane Norman, John Olson, Paul O'Neill, Stephen Payne, Laura Robertson, David Snadden, James C Spratt, Kum-Ying Tham, Steve Turner et Janet Wilson.

Nous sommes particulièrement reconnaissants envers les étudiants en médecine qui ont entrepris des relectures détaillées du livre et nous ont donné de nombreuses suggestions dans le cadre de la mise en œuvre de cette dernière édition. Nous pensons avoir énuméré tous ceux qui y ont contribué, et nous vous prions de nous excuser si des noms ont été malencontreusement omis : Layla Raad Abd Al-Majeed, Ali Adel Ne'ma Abdullah, Aanchal Agarwal, Hend Almazroa, Alhan Alqinai, Amjed Alyasseen, Chidatma Arampady, Christian Børde Arkteg, Maha Arnaout, Rashmi Arora, Daniel Ashrafi, Herry Asnawi, Hemant Atri, Ahmed Ayyad, Kainath N Azad, Sadaf Azam, Arghya Bandhu, Jamie Barclay, Prithiv Siddarth Saravana Bavan, Rajarshi Bera, Craig Betton, Apoorva Bhagat, Prachi Bhageria, Geethanjali Bhas, Navin Bhatt, Shahzadi Nisar Bhutto, Abhishek Ghosh Biswas, Tamoghna Biswas, Debbie Bolton, Claude Borg, Daniel Buxton, Anup Chalise, Amitesh Kumar Chatterjee, Subhankar Chatterjee, Farhan Ashraf Chaudhary, Aalia Chaudhry, Jessalynn Chia, Bhaswati Chowdhury, Robin Chowdhury, Marshall Colin, Michael Collins, Margaret Cooper, Barbara Corke, Andrea Culmer, Gowtham Varma Dantuluri, Abhishek Das, Sonali Das, Aziz Dauti, Mark Davies, Adam Denton, Muinul Islam Dewan, Greg Dickman, Hengameh Ahmad Dokhtjavaherian, Amy Edwards, Muhammad Eimaduddin, Laith Al Ejeilat, Divya G Eluru, Emmanuel Ernest, El Bushra El Fadil, Fathima Ashfa Mohamed Faleel, Malcolm Falzon, Emma Farrington, Noor Fazal, Sultana Ferdous, Matthew Formosa, Brian Forsyth, David Fotheringham, Bhargav Gajula, Dariimaa Ganbat, Lauren Gault, Michaela Goodson, Mounika Gopalam, Ciaran Grafton-Clarke, Anthony Gunawan, Aditya Gupta, Digvijay Gupta, Kshitij Gupta, Sonakshi Gupta,

Md. Habibullah, Kareem Haloub, Akar Jamal Hamasalih, James Harper, Bruce Harper-McDonald, Jon Harvey, Alexandra Hawker, Raja K Haynes, Emma Hendry, Malik Hina, Bianca Honnekeri, Justina Igwe, Chisom Ikeji, Sushrut Ingawale, Mohammad Yousuf ul Islam, Sneha Jain, Maria Javed, Ravin Jegathnathan, Helge Leander B Jensen, Li Jie, Ali Al Joboory, Asia Joseph, Christopher Teow Kang Jun, Janpreet Kainth, Ayush Karmacharya, JS Karthik, Aneesh Karwande, Adhishesh Kaul, Alper Kaymak, Ali Kenawi, Abdullah Al Arefin Khadem, Haania Khan, Muhammad Hassan Khan, Sehrish Khan, Shrayash Khare, Laith Khweir, Ankit Kumar, Vinay Kumar, Ibrahim Lafi, Armeen Lakhani, Christopher Lee, David Lee, Benjamin Leeves, Soo Ting Joyce Lim, Chun Hin Lo, Lai Hing Loi, Chathura Mihiran Maddumabandara, Joana Sousa Magalhães, Aditya Mahajan, Mahabubul Islam Majumder, Aaditya Mallik, Mithilesh Chandra Malviya, Santosh Banadahally Manjegowda, Jill Marshall, Balanuj Mazumdar, Alan David McCrorie, Paras Mehmood, Kartik Mittal, Mahmood Kazi Mohammed, Amber Moorcroft, Jayne Murphy, Sana Mustafa, Arvi Nahar, Akshay Prakash Narad, Shehzina Nawal, Namia Nazir, Viswanathan Neelakantan, Albero Nieto, Angelina Choong Kin Ning, Faizul Nordin, Mairead O'Donoghue, Joey O'Halloran, Amit Kumar Ojha, Ifeolu James Oyedele, Anik Pal, Vedit Panchal, Asha Pandu, Bishal Panthi, Jacob Parker, Ujjawal Paudel, Tanmoy Kumar Paul, Kate Perry, Daniel Pizaru, David Potter, Dipesh Poudel, Arijalu Syaram Putra, Janine Qasim, Muhammad Qaunayn Qays, Mohammad Qudah, Jacqueline Quinn, Varun MS Venkat Raghavan, Md. Rahmatullah, Ankit Raj, Jerin Joseph Raju, Prasanna A Ramana, Ashwini Dhanraj Rangari, Anurag Ramesh Rathi, Anam Raza, Rakesh Reddy, Sudip Regmi, Amgad Riad, Patel Riya, Emily Robins, Grace Robinson, Muhammad'Azam Paku Rozi, Cosmin Rusneac, Ahmed Sabra, Anupama Sahu, Mohammad Saleh, Manjiri Saoji, Saumyadip Sarkar, Rakesh Kumar Shah, Basil Al Shammaa, Sazzad Sharhiar, Anmol Sharma, Homdutt Sharma, Shivani Sharma, Shobhit Sharma, Johannes Iikuyu Shilongo, Dhan Bahadur Shrestha, Pratima Shrestha, Anurag Singh, Kareshma Kaur Ranjit Singh, Nishansh Singh, Aparna Sinha, Liam Skoda, Ethan-Dean Smith, Prithviraj Solanki, Meenakshi Sonnilal, Soundarya Soundararajan, Morshedul Islam Sowrav, Kayleigh Spellar, Siddharth Srinivasan, Pradeep Srivastava, Anthony Starr, Michael Suryadisatra, Louisa Sutton, Komal Ashok Tapadiya, Areeba Tariq, Imran Tariq, Jia Chyi Tay, Javaria Tehzeeb, Daniel Theron, Michele Tosi, Pagavathbharathi Sri Balaji Vidyapeeth, Amarjit Singh Vij, Cathrine Vincent, Ghassan Wadi, Amirah Abdul Wahab, James Warrington, Luke Watson, Federico Ivan Weckesser, Ben Williamson, Kevin Winston, Ky Phyu Wint, Harsh Yadav, Saroj Kumar Yadav, Amelia Yong, Awais Zaka et Nuzhat Zehra.

# Comment tirer le meilleur parti de ce livre

Le but de ce livre est de montrer et d'expliquer comment :

- interagir avec un patient en tant que médecin ;
- recueillir l'anamnèse d'un patient ;
- examiner un patient ;
- formuler vos constatations en proposant des hypothèses diagnostiques ;
- classer celles-ci par ordre de probabilité ;
- utiliser des explorations pour confirmer ou infirmer votre hypothèse diagnostique.

Pour commencer, lorsque vous aborderez une partie, nous vous suggérons de la parcourir rapidement, en regardant les en-têtes et la façon dont celle-ci est organisée. Cela vous aidera à avoir sa structure à l'esprit.

Apprenez à lire rapidement. Cela est une aide précieuse en médecine et dans la vie en général. La dernière leçon de lecture qui vous a été dispensée remonte probablement à l'école primaire. La plupart des gens peuvent améliorer considérablement leur vitesse de lecture et augmenter leur compréhension en utilisant et en pratiquant des techniques simples.

Essayez de cartographier mentalement les détails pour vous aider à mémoriser et conserver les informations au fur et à mesure que vous progressez dans le chapitre. Chacun des chapitres de systèmes est présenté dans le même ordre :

- Introduction : anatomie et physiologie.
- Anamnèse : symptômes fréquents, quelles questions poser et quelles suites leurs donner.
- Examen physique : quoi et comment examiner.
- Explorations : comment sélectionner les examens de première intention les plus pertinents et informatifs, et en quoi ceux-ci clarifient le diagnostic.
- Exemples d'examen clinique objectif structuré (ECOS) : quelques scénarios cliniques courts pour illustrer le type de situations auxquelles l'étudiant peut être confronté lors d'une évaluation de ce système (les ECOS sont une méthode d'évaluation classique des compétences

complexes, des savoir-faire et savoir-être, par des mises en situations cliniques avec présence de patients simulés, et pratiqués en particulier dans les pays anglo-saxons).

- Séquence d'examen intégré : une liste structurée des étapes à suivre lors de l'examen d'un système, prévue comme une aide de révision rapide.

Revenez à ce livre pour vous remémorer les techniques si vous n'avez pas été confronté à une thématique pendant un certain temps. Il est surprenant de constater à quel point votre technique se détériore rapidement si vous ne la pratiquez pas régulièrement. Pratiquez chaque fois qu'une opportunité se présente afin de devenir compétent dans les techniques d'examen et d'acquérir une vision complète de l'amplitude des normalités.

Demandez régulièrement à un médecin sénior de vérifier votre technique d'examen ; il n'y a pas de substitut à cela et à la pratique régulière. Écoutez aussi ce que les patients disent – pas seulement sur eux-mêmes, mais aussi sur d'autres professionnels de santé – et apprenez de ces commentaires. Piochez-y ce que vous voudrez imiter ou éviter.

Enfin, profitez de vos compétences. Après tout, vous êtes en train d'apprendre à comprendre, diagnostiquer et aider les gens. Pour la plupart d'entre nous, c'est la raison pour laquelle nous sommes devenus médecins.

## 1. Étapes de l'examen

Tout au long du livre, il vous est proposé les grandes lignes de techniques que vous devriez suivre lors de l'examen d'un patient. Celles-ci sont identifiées par une rubrique en rouge intitulée « Étapes de l'examen ». La liste à puce fournit l'ordre exact dans lequel vous devriez entreprendre l'examen. Pour vous aider à comprendre comment exécuter ces techniques, de nombreuses séquences d'examen ont été filmées et sont marquées d'une tête de flèche.

# Vidéos : compétences cliniques

Des vidéos d'examen clinique, conçues sur mesure pour ce manuel, sont incluses avec votre achat. Elles sont filmées avec des médecins qualifiés, associées à des conseils pratiques de l'équipe d'auteurs, et narrées par l'ancien coordinateur, le Pr Colin Robertson. Ces vidéos vous offrent l'opportunité de voir des professionnels expérimentés effectuer plusieurs des examens de routine décrits dans le livre. Ces vidéos devraient constituer un pont important entre l'apprentissage théorique via des manuels scolaires et l'enseignement pratique au lit du patient, en vous aidant à mémoriser les étapes essentielles de l'examen requises pour chaque système majeur tout en montrant la technique clinique appropriée. Les vidéos seront à votre disposition pour que vous puissiez les consulter à plusieurs reprises au fur et à mesure que vos compétences cliniques se développeront et se révéleront précieuses lorsque vous vous préparerez à vos évaluations cliniques de type ECOS.

Chaque examen de routine est associé à un récit explicatif détaillé, mais, pour un bénéfice optimal, il est conseillé de visionner ces vidéos en parallèle de votre travail sur le livre. Voir sur la page 2 de couverture comment y accéder.

## A. Points clés des examens : galeries de photographies

De nombreuses séquences d'examen sont incluses dans des galeries de photographies illustrant avec des légendes les étapes clés de l'examen de routine. Celles-ci serviront de rappel utile des principaux points de chaque séquence. Voir sur la page 2 de couverture comment y accéder.

## B. Contenu des vidéos

- Examen du système cardiovasculaire



- Examen de la pression artérielle



- Examen du système respiratoire



- Examen du système gastro-intestinal



- Examen des nerfs optique (II), oculomoteur (III), trochléaire (IV) et abducens (VI)



- Examen du nerf trijumeau (V)



- Examen du nerf facial (VII)



- Examen du nerf cochléovestibulaire (VIII)



- Examen des nerfs glossopharyngien (IX), vague (X), accessoire (XI) et hypoglosse (XII)



- Examen du système moteur des membres supérieurs



- Examen du système sensitif des membres supérieurs



- Examen du système moteur des membres inférieurs



- Examen de sensibilité des membres inférieurs



- Examen du système moteur et sensitif des mains



- Examen de la parole



- Examen de l'irritation méningée



- Examen de l'oreille



- Examen rapide de l'appareil locomoteur



- Examen du rachis cervical



- Examen du rachis thoracique et lombaire



- Examen de l'épaule



- Examen des mains



- Examen de la hanche



- Examen du genou



- Examen de la thyroïde



### ***Son et narration***

Pr Colin Robertson  
Dr Nick Morley

### ***Examineurs***

Dr Amy Robb  
Dr Ben Waterson

### ***Patients***

Abby Cooke  
Omar Ali



## **C. Équipe de production des vidéos**

### ***Directeur et éditeur***

Dr Iain Hennessey

### ***Producteur***

Dr Alan G Japp

# Collaborateurs

**Anthony Bateman MD MRCP FRCA FFICM**

Consultant in Critical Care and Long Term Ventilation, Critical Care NHS Lothian, Edinburgh, Royaume-Uni

**Shyamanga Borooah MRCP(UK) MRCS(Ed)  
FRCOphth PhD**

Fulbright Fight for Sight Scholar, Shiley Eye Institute, University of California, San Diego, États-Unis

**Kirsty Boyd PhD FRCP**

Consultant in Palliative Medicine, Royal Infirmary of Edinburgh; Honorary Clinical Senior Lecturer, Primary Palliative Care Research Group, University of Edinburgh, Royaume-Uni

**Ivan Brenkel FRCS(Ed)**

Consultant Orthopaedic Surgeon, Orthopaedics, NHS Fife, Kirkcaldy, Royaume-Uni

**Gareth Clegg PhD MRCP FRCEM**

Senior Clinical Lecturer, University of Edinburgh; Honorary Consultant in Emergency Medicine, Royal Infirmary of Edinburgh, Royaume-Uni

**Steve Cunningham PhD**

Consultant and Honorary Professor in Paediatric Respiratory Medicine, Royal Hospital for Sick Children, Edinburgh, Royaume-Uni

**Richard Davenport DM FRCP(Ed)**

Consultant Neurologist, Western General Hospital and Royal Infirmary of Edinburgh; Honorary Senior Lecturer, University of Edinburgh, Royaume-Uni

**Neeraj Dhaun PhD**

Senior Lecturer and Honorary Consultant Nephrologist, University of Edinburgh, Royaume-Uni

**Anna R. Dover PhD FRCP(Ed)**

Consultant in Diabetes, Endocrinology and General Medicine, Edinburgh Centre for Endocrinology and Diabetes, Royal Infirmary of Edinburgh; Honorary Clinical Senior Lecturer, University of Edinburgh, Royaume-Uni

**Colin Duncan MD FRCOG**

Professor of Reproductive Medicine and Science, University of Edinburgh. Honorary Consultant Gynaecologist, Royal Infirmary of Edinburgh, Edinburgh, Royaume-Uni

**Kirsty Dundas DCH FRCOG**

Consultant Obstetrician, Royal Infirmary of Edinburgh; Honorary Senior Lecturer and Associate Senior Tutor, University of Edinburgh, Royaume-Uni

**Andrew Elder FRCP(Ed) FRCPSG FRCP FACP FICP(Hon)**

Consultant in Acute Medicine for the Elderly, Western General Hospital, Edinburgh; Honorary Professor, University of Edinburgh, Royaume-Uni

**Karen Fairhurst PhD FRCGP**

General Practitioner, Mackenzie Medical Centre, Edinburgh Clinical Senior Lecturer, Centre for Population Health Sciences, University of Edinburgh, Royaume-Uni

**Jane Gibson MD FRCP(Ed) FSCP(Hon)**

Consultant Rheumatologist, Fife Rheumatic Diseases Unit, NHS Fife, Kirkcaldy, Fife; Honorary Senior Lecturer, University of St Andrews, Royaume-Uni

**Iain Hathorn DOHNS PGCMC FRCS(Ed) (ORL-HNS)**

Consultant ENT Surgeon, NHS Lothian, Edinburgh, UK; Honorary Clinical Senior Lecturer, University of Edinburgh, Royaume-Uni

**Iain Hennessey FRCS MMIS**

Clinical Director of Innovation, Consultant Paediatric and Neonatal Surgeon, Alder Hey Children's Hospital, Liverpool, Royaume-Uni

**J. Alastair Innes BSc PhD FRCP(Ed)**

Consultant Physician, Respiratory Unit, Western General Hospital, Edinburgh; Honorary Reader in Respiratory Medicine, University of Edinburgh, Royaume-Uni

**Alan G. Japp PhD MRCP**

Consultant Cardiologist, Royal Infirmary of Edinburgh; Honorary Senior Lecturer, University of Edinburgh, Royaume-Uni

**David Kluth PhD FRCP**

Reader in Nephrology, University of Edinburgh, Royaume-Uni

**Alexander Laird PhD FRCS(Ed) (Urol)**

Consultant Urological Surgeon, Western General Hospital, Edinburgh, Royaume-Uni

**Elizabeth MacDonald FRCP(Ed) DMCC**

Consultant Physician in Medicine of the Elderly, Western General Hospital, Edinburgh, Royaume-Uni

**Hadi Manji MA MD FRCP**

Consultant Neurologist and Honorary Senior Lecturer,  
National Hospital for Neurology and Neurosurgery, London,  
Royaume-Uni

**Nicholas L. Mills PhD FRCP(Ed) FESC**

Chair of Cardiology and British Heart Foundation Senior  
Clinical Research Fellow, University of Edinburgh; Consultant  
Cardiologist, Royal Infirmary of Edinburgh, Royaume-Uni

**Nick Morley MRCS(Ed) FRCR FEBNM**

Consultant Radiologist, University Hospital of Wales, Cardiff,  
Royaume-Uni

**Rowan Parks MD FRCSI FRCS(Ed)**

Professor of Surgical Sciences, Clinical Surgery, University of  
Edinburgh; Honorary Consultant Hepatobiliary and Pancreatic  
Surgeon, Royal Infirmary of Edinburgh, Royaume-Uni

**Ross Paterson FRCA DICM FFICM**

Consultant in Critical Care, Western General Hospital,  
Edinburgh, Royaume-Uni

**John Plevris DM PhD FRCP(Ed) FEBGH**

Professor and Consultant in Gastroenterology, Royal Infirmary  
of Edinburgh, University of Edinburgh, Royaume-Uni

**Stephen Potts FRCPsych FRCP(Ed)**

Consultant in Transplant Psychiatry, Royal Infirmary of  
Edinburgh; Honorary Senior Clinical Lecturer, University of  
Edinburgh, Royaume-Uni

**Colin Robertson FRCP(Ed) FRCS(Ed) FSAScot**

Honorary Professor of Accident and Emergency Medicine,  
University of Edinburgh, Royaume-Uni

**Jennifer Robson PhD FRCS**

Clinical Lecturer in Surgery, University of Edinburgh,  
Royaume-Uni

**Janet Skinner FRCS MMedEd FCEM**

Director of Clinical Skills, University of Edinburgh; Emergency  
Medicine Consultant, Royal Infirmary of Edinburgh, Royaume-Uni

**Ben Stenson FRCPCH FRCP(Ed)**

Professor of Neonatology, Royal Infirmary of Edinburgh;  
Honorary Professor of Neonatology, University of Edinburgh,  
Royaume-Uni

**Michael J. Tidman MD FRCP(Ed) FRCP (Lond)**

Consultant Dermatologist, Royal Infirmary of Edinburgh,  
Royaume-Uni

**James Tiernan MSc(Clin Ed) MRCP(UK)**

Consultant Respiratory Physician, Royal Infirmary of Edinburgh;  
Honorary Senior Clinical Lecturer, University of Edinburgh,  
Royaume-Uni

**Naing Latt Tint FRCOphth PhD**

Consultant Ophthalmic Surgeon, Ophthalmology, Princess  
Alexandra Eye Pavilion, Edinburgh, Royaume-Uni

**Oliver Young FRCS(Ed)**

Clinical Director, Edinburgh Breast Unit, Western General  
Hospital, Edinburgh, Royaume-Uni

**Nicola Zammitt FRCP(Ed)**

Consultant in Diabetes, Endocrinology and General Medicine,  
Edinburgh Centre for Endocrinology and Diabetes, Royal  
Infirmary of Edinburgh; Honorary Clinical Senior Lecturer,  
University of Edinburgh, Royaume-Uni

# Abréviations

AAA	anévrisme de l'aorte abdominale	IRM	imagerie par résonance magnétique
ACTH	hormone adrénocorticotrope	IST	infections sexuellement transmissibles
AINS	anti-inflammatoires non stéroïdiens	IVAS	infection des voies aériennes supérieures
AIT	accident ischémique transitoire	IVU	infection des voies urinaires
anti-CCP	antipeptide cyclique citrulliné	LCA	ligament croisé antérieur
AVC	accident vasculaire cérébral	LCP	ligament croisé postérieur
AVQ	activités de la vie quotidienne	LCR	liquide céphalorachidien
BPCO	bronchopneumopathie chronique obstructive	LES	lupus érythémateux systémique
BU	bandelette urinaire	MAP	maladie artérielle périphérique
CA	conduction aérienne	MCP	articulation métacarpophalangienne
CO	conduction osseuse	MMSE	<i>Mini-Mental State Examination</i>
CRP	<i>C-reactive protein</i> (protéine C réactive)	MoCA	<i>Montreal Cognitive Assessment</i>
DCH	dysplasie congénitale de la hanche	NASH	<i>non-alcoholic steatohepatitis</i> (stéatose hépatique non alcoolique)
DCI	dénomination commune internationale	NTA	nécrose tubulaire aiguë
DE	dysfonction érectile	NYHA	New York Heart Association
DFG	débit de fixation glomérulaire	PA	pression artérielle
DPAR	déficit pupillaire afférent relatif	PCR	<i>polymerase chain reaction</i> (réaction en chaîne par polymérase)
ECBU	examen cyto bactériologique des urines	PKRAD	polykystose rénale autosomique dominante
ECG	électrocardiogramme	PSA	<i>prostate-specific antigen</i>
EEG	électroencéphalogramme	PVJ	pression veineuse jugulaire
EMG	électromyogramme	RCR	réanimation cardiorespiratoire
HLA	<i>human leucocyte antigen</i> (antigène leucocytaire humain)	SMI	symptômes médicalement inexplicables
HPV	<i>human papillomavirus</i>	SNC	système nerveux central
HU	hauteur utérine	SNP	système nerveux périphérique
Ig	immunoglobuline	SOPK	syndrome des ovaires polykystiques
IMC	indice de masse corporelle	SRIS	syndrome de réponse inflammatoire systémique
IPD	articulation interphalangienne distale	TDM	tomodensitométrie
IPP	articulation interphalangienne proximale	TVP	thrombose veineuse profonde
IPS	index de pression systolique	VIH	virus de l'immunodéficience humaine
IRA	insuffisance rénale aiguë	VPPB	vertige paroxystique positionnel bénin
IRC	insuffisance rénale chronique		



Karen Fairhurst  
Anna R. Dover  
J. Alastair Innes

# 1

# Aborder la consultation avec un patient

## 1. La consultation 4

- A. Le motif de consultation 4
- B. L'environnement clinique 4
- C. Débuter la consultation 5
- D. Recueillir des informations 5
- E. Obtenir des informations sensibles et tierces personnes 5
- F. Gérer les préoccupations du patient 5
- G. Montrer de l'empathie 6
- H. Montrer une sensibilité à la culture du patient 6
- I. Aborder le problème 6
- J. Conclure la consultation 6

## 2. Les alternatives à une consultation en « face à face » 6

### 3. Les responsabilités professionnelles 6

- A. Confidentialité et consentement 7
- B. Médias sociaux 7

### 4. Les responsabilités individuelles 8

## 1. La consultation

La consultation entre un patient et son médecin est au cœur de la plupart des disciplines médicales. Dans sa forme la plus simple, c'est le moyen par lequel un individu malade, ou qui se croit malade, demande l'avis d'un médecin de confiance. Traditionnellement, et encore le plus souvent de nos jours, cet entretien se déroule en face à face. De plus en plus fréquemment, il est amené à se dérouler à distance, que ce soit par un avis téléphonique ou par l'utilisation de nouvelles technologies. Ce chapitre décrit les principes généraux qui sous-tendent les interactions avec un patient dans un environnement clinique.

### A. Le motif de consultation

La majorité des individus présentant des symptômes de maladie ne consultent pas un professionnel. Pour la minorité qui cherche effectivement de l'aide, la décision de consulter est habituellement fondée sur la conjonction de facteurs physiques, psychiques et sociaux (encadré 1.1). Cette recherche sera fortement influencée par la perception de la gravité des symptômes et l'expérience de maladies sévères par le patient. La gravité perçue d'un symptôme peut être anticipée par le patient du fait de son intensité, de l'habitude du patient à vivre avec, de sa durée et de sa fréquence. Au-delà, les patients essaient de comprendre leurs symptômes dans le contexte de leur vie. Ils observent et évaluent ces symptômes en se fondant sur leur propre expérience et les informations recueillies à partir de sources diverses comme la famille, les amis, les médias écrits et audiovisuels et, évidemment, internet. Un patient qui consulte pour un symptôme est nettement plus enclin à croire ou s'inquiéter que ce symptôme est le signe d'une maladie sévère voire fatale qu'un patient ne consultant pas pour le même motif. Par exemple, un antécédent familial de mort subite d'origine cardiaque est susceptible d'affecter le jugement d'un patient ressentant une douleur thoracique. Les patients prennent aussi en compte le coût relatif (financier ou autre, tels les inconvénients) et les avantages attendus de la consultation d'un médecin. L'espérance d'un bénéfice, par exemple en termes de soulagement d'un symptôme ou de légitimation d'une absence au travail, est un puissant prédicteur de consultation. Il peut également exister des moments où les priorités de la vie sont plus importantes que les symptômes ou la maladie, ce qui dissuade ou retarde la consultation. Il est important de prendre en considération le moment choisi pour la consultation : pourquoi le patient s'est-il présenté à ce moment ? Parfois, ce ne sont pas les symptômes en eux-mêmes qui provoquent la consultation, mais un facteur déclenchant autre qui les pousse à chercher de l'aide (encadré 1.2).

Une série de facteurs culturels peuvent également influencer la façon dont un patient peut chercher de l'aide. Le stoïcisme, l'autonomie, la culpabilité, la réticence à accepter une détresse psychologique, une gêne à avouer certains modes de vie comme une addiction sont des exemples de facteurs spé-

#### Encadré 1.1 Facteurs déterminant le patient à consulter un médecin

- Perception d'une sensibilité ou d'une vulnérabilité à la maladie
- Perception d'une sévérité des symptômes
- Perception d'un coût de la consultation
- Perception d'un bénéfice de la consultation

#### Encadré 1.2 Facteurs déclenchant de la consultation

- Crise interpersonnelle
- Interférence avec les relations sociales ou personnelles
- À la demande ou sous la pression de la famille ou des amis
- Interférence avec le travail ou l'activité physique
- Atteindre la limite de la tolérance d'un symptôme

cifiques à chaque individu conduisant à limiter la propension à consulter. Ces différents éléments peuvent varier d'un patient à l'autre, mais également chez un même patient en fonction des circonstances. Ils différeront également en fonction du sexe, de l'éducation, du niveau social et de l'origine ethnique.

### B. L'environnement clinique

Vous devez prendre toutes les mesures raisonnables pour que la consultation se déroule dans un espace calme et privé. La disposition de la salle de consultation est importante et les meubles seront placés pour que le patient soit à l'aise (fig. 1.1A) en évitant le face à face, derrière son bureau, et l'incursion d'écrans d'ordinateur entre le patient et le médecin (fig. 1.1B). Les téléphones mobiles peuvent aussi être intrusifs en cas d'utilisation peu judicieuse.

Pour le patient hospitalisé, l'environnement est en lui-même déstabilisant ; pourtant, le respect de la dignité et de l'intimité reste essentiel. Un espace personnel peut être préservé par des rideaux autour du lit, mais ceux-ci fournissent peu d'intimité



A



B

**Fig. 1.1 Disposition des sièges.** **A** Dans cette disposition accueillante de sièges, le médecin s'assoit à côté du patient, à un certain angle. **B** Les obstacles à la communication sont établis par un arrangement en opposition/confrontation. Le bureau agit comme une barrière, et le médecin est distrait en regardant un écran d'ordinateur qui n'est pas facilement visible par le patient.

pour les conversations personnelles. Si votre patient est mobile, essayez d'utiliser une pièce adjacente ou un box de consultation. Si vous n'avez pas d'autres alternatives que de parler au lit du patient, faites-lui savoir que vous comprenez le manque d'intimité liée à cette conversation et qu'il peut se permettre de ne pas répondre à certaines questions qui pourraient être embarrassantes.

### C. Débuter la consultation

Dès le début de l'entretien, il est important de commencer à établir un lien avec le patient. Ce lien aide le patient à se détendre et à s'engager dans un dialogue utile. Cela implique d'accueillir le patient et de se présenter en décrivant clairement votre rôle. Une bonne entrée en matière pour toute consultation serait : « Bonjour, je suis le docteur... ». Vous devez porter un badge avec votre nom inscrit lisiblement. Un sourire amical contribue à mettre votre patient à l'aise. Votre tenue est importante. Votre style vestimentaire et votre comportement ne devraient jamais rendre vos patients mal à l'aise ou les distraire. Un style élégant et simple est approprié. Les chemises doivent être à manches courtes ou à manches longues remontées au-dessus des coudes, particulièrement en prévision de l'examen clinique ou de la réalisation de certains gestes. Évitez le port de bijoux afin de permettre un lavage efficace des mains et de réduire le risque de transmission d'infections (voir fig. 3.1). Attachez les cheveux longs en arrière. Vous devez vous assurer que le patient est confortablement installé et globalement à son aise.

La façon de vous adresser à votre patient doit être adaptée à son âge, son vécu et son milieu socioculturel. Certaines personnes âgées préfèrent ne pas être appelées par leur prénom et il est préférable de demander au patient comment il préfère être nommé. Débutez en demandant au patient le motif de sa venue et les problèmes ou questions qu'il souhaite aborder. Commencez en lui posant une question ouverte, ce qui l'encouragera à s'exprimer. Par exemple : « Comment puis-je vous aider ? » ou « Qu'est-ce qui vous a amené à venir me voir aujourd'hui ? ».

### D. Recueillir des informations

L'étape suivante de la consultation est de comprendre la cause de la maladie, c'est-à-dire d'obtenir un diagnostic. Pour ce faire, vous devez déterminer si le patient souffre ou non d'une maladie ou d'une affection identifiable, ce qui nécessite une étude plus approfondie du patient par le recueil d'une anamnèse, la réalisation d'un examen physique et d'explorations, le cas échéant. Les chapitres 2 et 3 vous aideront à vous guider dans la construction de l'interrogatoire et de l'examen physique ; des guides détaillés sur l'anamnèse et l'examen physique spécifiques à chaque organe sont proposés dans les parties 2 et 3.

La peur de l'inconnu et la crainte d'une maladie sévère concernent beaucoup de patients se présentant en consultation. Les réactions face à cela varient considérablement, mais peuvent clairement interférer avec une description claire de l'histoire de la maladie. Un langage clair est essentiel à chaque entretien. L'utilisation d'un jargon médical est rarement appropriée, car le risque est important que le médecin et le patient aient une compréhension différente des mêmes mots. Cela s'applique aussi à des mots du langage courant pouvant s'interpréter différemment (« indigestion » ou « vertiges »). Ces termes doivent toujours être définis précisément au cours de la discussion.

Une écoute active est une des clés stratégiques de toute consultation car elle encourage le patient à expliquer son histoire. Les médecins qui exploiteront chaque pause du patient en posant une nouvelle question spécifique passeront à côté de réflexions profondes et très informatives ou d'autres questions hésitantes mais qui révèlent en fait les préoccupations intérieures du patient. Au contraire, encouragez-le à libérer sa parole par des commentaires intéressés ou de petits bruits comme : « Dites m'en un peu plus » ou « hum hum ». Montrez-leur que vous avez compris le sens de ce qu'ils ont exprimé en revenant sur certaines réflexions et en leur résumant ce que vous pensez avoir compris de leur histoire.

La communication non verbale est également importante. Cherchez des indices non verbaux indiquant le niveau d'anxiété du patient ou son état d'esprit global. Des modifications d'attitude ou de postures durant la consultation peuvent être des indices de difficultés qu'il ne peut pas exprimer verbalement. Si le langage corporel devient « fermé » – par exemple, si les patients croisent les bras et les jambes, se détournent ou évitent le contact visuel –, cela peut indiquer un malaise.

### E. Obtenir des informations sensibles et tierces personnes

La confidentialité est votre priorité absolue. Demandez l'autorisation de votre patient si vous avez besoin d'obtenir des informations de quelqu'un d'autre – généralement un parent, mais parfois un ami ou un soignant. S'il ne peut pas communiquer, vous aurez peut-être à contacter sa famille ou un autre soignant afin de comprendre son histoire. Une tierce personne peut aussi être amenée à vous contacter à son insu. Essayez de déterminer qui elle est, son lien avec le patient et si celui-ci sait que cette personne est en train d'échanger avec vous. Vous devez expliquer à cette personne que vous êtes à son écoute mais qu'en aucun cas vous ne pourrez lui divulguer d'informations cliniques sans l'accord explicite du patient. Cette personne abordera parfois des questions extrêmement sensibles telles que des troubles psychologiques, des abus sexuels ou des addictions à l'alcool ou aux drogues. Ces informations seront ensuite abordées prudemment avec votre patient afin de les confirmer.

### F. Gérer les préoccupations du patient

Le patient n'est pas simplement l'« expression corporelle » d'une maladie, mais un individu unique expérimentant un état de faiblesse vécu de façon personnelle. Établir un diagnostic suffit rarement à permettre une compréhension complète des problèmes inhérents à chaque patient. Ainsi, à chaque consultation, vous devez chercher à comprendre clairement le ressenti personnel du patient sur sa maladie. Cela implique d'explorer les idées et les sentiments que le patient porte sur sa maladie, le retentissement sur son quotidien et son fonctionnement ainsi que ses attentes quant au traitement et à son avenir.

Les patients peuvent également être si inquiets de la sévérité de l'atteinte qu'ils préfèrent occulter leurs préoccupations. Un patient craignant un diagnostic de cancer pourrait montrer, comme seul signe de sa fébrilité durant l'interrogatoire, une attitude assise les doigts croisés, en espérant intérieurement que le cancer ne sera pas évoqué. Inversement, ne présumez pas que le diagnostic est systématiquement la préoccupation principale du patient. Les inquiétudes liées à une inaptitude au travail ou à s'occuper d'un proche dépendant sont également des éléments de stress.

Les idées, les préoccupations et les attentes du patient concernant son état de santé sont aussi en rapport avec des croyances personnelles ainsi qu'avec l'image sociale et culturelle renvoyée par son état de santé. Ces croyances peuvent influencer quels symptômes les patients choisissent de présenter au médecin et le moment où les présenter. Dans certains cas, le discours est fortement influencé par un savoir antérieur sur la santé et les maladies venu des médias ou d'internet. En effet, bien souvent, les patients seront allés chercher les explications de leurs symptômes sur internet (ou toute autre source d'information) avant de consulter le médecin, et y retourneront probablement pour un deuxième avis une fois la consultation finie. Il est donc important d'établir les connaissances précises que le patient possède déjà sur ses problèmes. Cela vous permet, ainsi qu'au patient, de progresser vers une compréhension mutuelle de la maladie.

### G. Montrer de l'empathie

Se montrer empathique est un moyen puissant de construire une relation avec un patient. L'empathie est la capacité d'identifier et de comprendre le ressenti du patient, ses pensées et ses sentiments afin de voir le monde tel qu'il le voit. Être empathique implique d'être capable de le faire comprendre au patient en prononçant certaines phrases du type : « Je peux comprendre que vous devez vous sentir très inquiet de ce que cela pourrait signifier ». L'empathie diffère de la sympathie, qui se manifesterait chez le médecin par des sentiments de compassion ou de tristesse en rapport avec les épreuves vécues par le patient.

### H. Montrer une sensibilité à la culture du patient

Des patients d'autres cultures peuvent avoir des règles sociales qui diffèrent concernant le contact visuel, le toucher et l'intimité. Dans certaines cultures, il est normal de maintenir un contact visuel prolongé. Dans la plupart des autres cultures mondiales, cela peut être considéré comme une attitude grossière ou conflictuelle. Serrer la main à quelqu'un du sexe opposé est strictement interdit dans certaines cultures. La mort peut être abordée très différemment selon les attentes de la famille vis-à-vis du médecin, les informations à partager, les personnes avec qui les partager et les rites funéraires qui suivront. Évaluez et respectez les différences de cultures et de croyances de votre patient. En cas de doute, demandez-lui. Il comprendra que vous êtes attentif et sensible à ses préoccupations.

### I. Aborder le problème

Communiquer au patient votre compréhension du problème est crucial. Il est essentiel, en particulier en cas d'annonce grave, de s'assurer de la confidentialité des informations données. Demandez au patient s'il souhaite être accompagné par un proche, un partenaire, ou proposez la présence d'une infirmière. Évaluez le niveau de compréhension actuel du patient sur son problème et essayez de comprendre les informations supplémentaires qu'il aurait aimé avoir. Les informations doivent être transmises avec parcimonie et de façon adaptée aux besoins de chaque patient. Essayez de détecter et d'anticiper les idées, préoccupations et attentes du patient. Vérifiez son niveau de compréhension sur son problème, répétez ce que vous avez déjà formulé et encouragez-le à poser des questions. Après toutes ces étapes, planifiez avec lui sa prise en charge. Plusieurs

options thérapeutiques sont parfois à envisager et à discuter en fonction de leurs balances bénéfique/risque, des incertitudes et des précautions à envisager.

## J. Conclure la consultation

Conclure une consultation consiste généralement à résumer les points importants abordés durant celle-ci. Cela permet au patient de mieux retenir ce qui a été évoqué et contribue à une meilleure compliance aux traitements. Il peut encore avoir quelques questions à vous poser. Vérifiez que vous êtes bien en accord sur la suite du projet thérapeutique et convenez de la prochaine date de suivi.

## 2. Les alternatives à une consultation en « face à face »

L'utilisation du téléphone comme méthode alternative à la consultation en face à face est devenue une pratique acceptée dans certains domaines de certains systèmes de soins de santé, comme la médecine générale. Toutefois, les études suggèrent que, en comparaison à une consultation « en face à face », les consultations téléphoniques sont plus courtes, couvrent moins de problèmes, et limitent le recueil d'informations, l'administration de conseils et la création d'un lien. Malgré tout, elles peuvent être très bénéfiques dans le cas de problèmes simples. Au cours d'une consultation téléphonique, l'absence d'indices visuels liés au langage corporel ou à l'attitude augmente les chances d'incompréhensions. Le téléphone ne permettant pas d'évaluer les réactions ou d'apporter une aide immédiate adaptée, il ne doit pas être utilisé pour les annonces graves ou délicates. En cas d'utilisation du téléphone, votre écoute doit être encore plus active et nécessite de vérifier régulièrement votre niveau de compréhension mutuelle.

De même, les moyens de communications asynchrones, comme les courriels ou les applications internet, sont de plus en plus utilisés par les médecins. Ils ne sont pas, pour le moment, considérés comme des alternatives viables à une consultation en face à face ou comme une méthode sûre de transmission d'informations confidentielles.

Malgré les limites de ces nouveaux moyens de communications, la télémédecine (utilisant les télécommunications ou d'autres technologies informatives) peut parfois être le seul moyen d'accès aux soins pour les patients isolés ou vivant dans des régions reculées. Son utilisation présente également l'avantage de faciliter la collecte et la transmission de données médicales.

## 3. Les responsabilités professionnelles

La consultation prend place dans un contexte très spécifique configuré par le système de santé au sein duquel elle se tient, les cadres légaux, éthiques et professionnels auxquels nous sommes liés et la société dans son ensemble.

Dès votre première journée d'étudiant, vous avez des obligations professionnelles qui vous sont imposées par le public, la loi et vos collègues, et qui se poursuivent tout au long de votre vie professionnelle. Les patients doivent vous faire confiance pour vous confier leur santé et leur vie. Ils attendent de vous que votre pratique corresponde aux normes attendues (encadré 1.3). Vos compétences techniques et intellectuelles seront évaluées, mais leur

**Encadré 1.3 Les devoirs d'un médecin****Savoir, compétences et performances**

- Faire du soin de votre patient votre première préoccupation
- Assurer une pratique et des soins de bon niveau :
  - conserver votre savoir-faire et vos compétences à jour
  - reconnaître et travailler dans les limites de ses compétences

**Sécurité et qualité**

- Prendre des décisions rapides si vous pensez que la sécurité, la dignité ou le confort est en jeu
- Protéger et agir pour la santé du patient et du public

**Communication, collaboration et travail en équipe**

- Traiter le patient en tant qu'individu en respectant sa dignité :
  - traiter le patient avec politesse et considération
  - respecter le droit du patient à la confidentialité
- Travailler en partenariat avec le patient :
  - écouter et répondre à ses attentes et ses préférences
  - donner au patient les informations qu'il souhaite ou nécessite de façon intelligible pour lui
  - respecter le droit du patient à décider avec vous des traitements et des soins
  - encourager le patient à améliorer ou préserver sa santé
- Travailler en collaboration avec ses collègues dans le meilleur intérêt du patient

**Maintenir la confiance**

- Agir avec honnêteté, ouverture et intégrité
- Ne jamais faire preuve de discrimination injustifiée vis-à-vis de votre patient ou de vos collègues
- Ne jamais abuser de la confiance de votre patient ou du public envers notre profession

*Avec l'aimable autorisation du General Medical Council (Royaume-Uni).*

jugement portera également en grande partie sur votre aptitude à montrer de l'empathie, de la compassion et de la gentillesse.

Fondamentalement, les patients veulent des médecins :

- bien informés ;
- respectant les personnes, en bonne santé ou malades, indépendamment de qui elles sont ;
- soutenant les patients et leurs proches en tout lieu et à tout moment nécessaire ;
- posant des questions courtoises, laissant le patient s'exprimer et attentifs à leurs réponses ;
- favorisant la prévention autant que le traitement des maladies ;
- donnant des conseils impartiaux et évaluant attentivement chaque situation ;
- utilisant la preuve comme un outil et non comme un facteur décisif de décision ;
- laissant chaque personne participer activement à toute décision relative à son état de santé ;
- acceptant humblement la mort comme une part importante de chaque vie et aidant chacun à faire les meilleurs choix possibles quand la fin est proche ;
- travaillant en collaboration avec chaque membre d'une équipe soignante ;
- agissant comme des défenseurs de leurs patients, des conseillers pour les autres professionnels de santé, prêts à apprendre de chacun quels que soient leur âge, leur rôle ou leur statut.

Un moyen de concilier ces attentes malgré votre inexpérience et vos compétences encore incomplètes est de vous placer dans la position du patient et/ou de ses proches.

Essayez d'imaginer comment vous aimeriez être pris en charge dans le cas de votre patient, en prenant en compte que vous êtes différents et que vos choix pourraient ne pas être les mêmes. La plupart des cliniciens auront une approche et une attention différentes une fois qu'ils auront vécu eux-mêmes une situation en tant que patient ou parent d'un patient. Les médecins, les infirmières ou tout autre personne impliquée dans les soins peuvent avoir une action très importante sur le vécu par le patient de sa maladie et son sentiment de dignité. Quand vous prenez en charge un patient, soyez toujours attentifs aux éléments suivants :

- A : attitude – Comment me sentirais-je dans la situation du patient ?
- B : bonne conduite – Traitez toujours votre patient avec gentillesse et respect.
- C : compassion – Prenez en compte l'histoire personnelle accompagnant chaque maladie.
- D : dialogue – Écoutez et répondez au patient.

**A. Confidentialité et consentement**

En tant qu'étudiant et professionnel de santé, vous aurez accès à des informations privées et intimes concernant les patients et leurs familles. Ces informations sont confidentielles, y compris après le décès du patient. Il s'agit d'une règle générale, bien que son application légale varie d'un pays à l'autre. Il peut exister des exceptions à cette règle, en particulier quand son respect serait susceptible de menacer le patient ou toute autre personne d'un risque mortel ou de dommages sévères, ou lorsque sa rupture pourrait permettre de prévenir, détecter ou poursuivre un crime grave<sup>1</sup>. Si vous vous trouvez dans cette situation, contactez immédiatement le sénior en charge du patient et informez-le de la situation.

Obtenez toujours l'autorisation du patient avant d'entreprendre des examens, un traitement ou de l'impliquer dans l'enseignement ou la recherche.

**B. Médias sociaux**

Grâce aux médias sociaux, nous sommes en mesure de créer et de partager des informations sur internet. En tant que tels, les médias sociaux ont le potentiel d'être des outils précieux pour communiquer avec les patients, notamment en facilitant l'accès à l'information sur la santé et les services, et en fournissant un soutien inestimable aux patients. Cependant, cela peut potentiellement exposer les médecins, en particulier lorsque la limite entre vie privée et professionnelle devient floue. Les obligations du médecin ne disparaissent pas lorsque celui-ci s'exprime sur un réseau social plutôt qu'en face à face ou sur un média plus conventionnel. En effet, l'utilisation de ces nouveaux médias crée de nouvelles situations auxquelles il faut appliquer les principes habituellement établis. Si un patient était amené à vous contacter à propos d'un problème de santé ou toute autre question professionnelle par le biais d'un de vos profils privés, vous devez lui indiquer que vous ne pouvez mélanger vos relations personnelles et professionnelles et, si nécessaire, orientez-le vers votre profil professionnel.

<sup>1</sup> En France, il existe des règles précises autorisant la rupture du secret professionnel dans certaines situations. (NdT)

## 4. Les responsabilités individuelles

Vous devez avoir conscience que vous êtes dans une situation professionnelle dont vous ne devez pas abuser. Cessez toute relation inappropriée avec un patient et évitez de procurer des soins médicaux aux personnes avec lesquelles vous avez une relation personnelle.

Enfin, souvenez-vous que, pour être en mesure de prendre soin de vos patients, vous devez commencer par prendre soin

de vous. Si vous pensez que votre état de santé présente un risque de contagiosité pour le patient, ou si votre capacité de jugement ou de performance pourrait être altérée par une maladie ou des traitements, vous devez consulter votre propre médecin généraliste. De telles situations pourraient survenir au cours de maladies sévères ou contagieuses, de troubles psychiatriques importants ou d'addiction à l'alcool ou aux drogues.

J. Alastair Innes  
Karen Fairhurst  
Anna R. Dover

# 2

## Aspects généraux de l'interrogatoire d'un patient

### 1. L'importance d'une anamnèse claire 10

#### 2. Collecter des informations 10

- A. Débuter le recueil de l'anamnèse 10
- B. Anamnèse des symptômes actuels 11
- C. Antécédents 13
- D. Traitements habituels 14
- E. Antécédents familiaux 14
- F. Mode de vie 15
- G. Recherches systématiques 17
- H. Conclure l'entretien 18

### 3. Situations difficiles 18

- A. Patients ayant des difficultés de communication 18
- B. Patients ayant des troubles cognitifs 18
- C. Situations délicates 18
- D. Patients émotifs ou en colère 18

## 1. L'importance d'une anamnèse claire

Le recueil de l'anamnèse dans le but de comprendre l'expérience de la maladie ressentie par le patient est au centre de la pratique de toutes les branches de la médecine. Ce processus requiert patience, attention et compréhension afin d'accéder aux informations clés qui permettront de mener aux bons diagnostics et traitements.

Dans une situation idéale, un patient calme et intelligible vous décrira clairement la séquence et la nature des symptômes dans leur ordre d'apparition, en comprenant et répondant à toute question supplémentaire nécessaire à une clarification. Dans la réalité, une multitude de facteurs viendront compliquer cet entretien et entraver la bonne transmission de l'information. Ce chapitre est un guide destiné à faciliter le recueil d'une anamnèse claire et intelligible de la maladie. Les éléments concernant certains symptômes ou certaines présentations spécifiques seront traités dans les chapitres dédiés.

## 2. Collecter des informations

### A. Débuter le recueil de l'anamnèse

#### Préparation

Commencez par lire les comptes-rendus concernant votre patient, s'ils sont disponibles, ainsi que tout courrier qui vous est adressé.

#### Consacrez un temps adéquat à la consultation

La durée de la consultation varie. Au Royaume-Uni, le temps moyen de consultation en médecine générale est de 12 minutes<sup>1</sup>. Ce temps est généralement suffisant, sous réserve que le médecin connaisse le patient, sa famille et le contexte social. À l'hôpital, un temps de 10 minutes est en général alloué à un patient revenant en ambulatoire après une hospitalisation, bien que ce délai puisse s'avérer délicat à tenir pour un confrère non familier avec le cas présenté par le patient. Pour les consultations nouvelles ou complexes, on peut envisager un temps de 30 minutes ou plus. Le temps passé avec les patients à apprendre et pratiquer un interrogatoire est extrêmement précieux pour l'étudiant. Cependant, les patients apprécient d'être avertis, au préalable, du temps dont l'étudiant aura besoin.

#### Début de votre consultation

Présentez-vous, ainsi que toute personne vous accompagnant, et serrez la main du patient si cela est approprié. Confirmez son nom et demandez-lui comment il préfère être appelé. Si vous êtes étudiant, avertissez-le; les patients sont généralement enclins à vous aider. Prenez en note tous les éléments que vous pourriez facilement oublier, par exemple la pression artérielle ou les arbres généalogiques, mais veillez à ce que cette prise de notes n'interfère pas avec la consultation.

<sup>1</sup> En France, le temps moyen de consultation en médecine générale est de 16 minutes. (NdT)

### Utilisation de différents types de questions

Débutez en posant au patient des questions ouvertes du type : « Comment puis-je vous aider? », ou « Qu'est-ce qui vous a amené à venir me voir aujourd'hui? ». Écoutez activement ses réponses et incitez-le à poursuivre en lui montrant votre intérêt par des commentaires encourageants du type : « Dites m'en un peu plus ». Donnez toujours l'impression que vous avez tout le temps nécessaire. Laissez-le raconter son histoire avec ses propres mots, idéalement sans interruption. Vous devrez parfois intervenir afin de le guider ou revenir à la description de certains symptômes, car les patients anxieux auront tendance à se concentrer sur le lien entre différents événements ou sur la réaction et les opinions des uns et des autres quant à l'épisode plutôt qu'à leur ressenti. En évitant les répétitions superflues, il vous sera parfois utile de lui répéter ce que vous pensez avoir compris, puis de lui demander si votre interprétation est correcte (reflet).

La façon dont vous posez une question est importante :

- les questions ouvertes sont des invitations à s'exprimer n'attendant pas de réponse particulière; par exemple : « Quelle a été la première chose que vous avez remarquée quand vous êtes tombé(e) malade? » ou « Pouvez-vous m'en dire un peu plus à ce sujet? »;
- les questions fermées recherchent des informations spécifiques et sont utilisées à des fins de clarification; par exemple : « Avez-vous toussé aujourd'hui? » ou « Avez-vous remarqué des traces de sang dans vos selles? ».

Ces types de questions ont toutes les deux leur place. Généralement, le clinicien passe progressivement des questions ouvertes aux questions fermées au fur et à mesure de la consultation.

L'histoire suivante illustre la complémentarité de ces questions pour accéder à une anamnèse claire.

#### **Quand avez-vous commencé à vous sentir mal et qu'avez-vous ressenti? (Question ouverte)**

*Eh bien, j'ai eu une sensation bizarre dans la poitrine ces derniers mois. Cela a empiré et est réellement devenu insupportable ce matin. Mon mari a appelé le 15. Le SAMU est arrivé et le médecin m'a expliqué que je faisais un infarctus. J'étais très inquiète.*

#### **Quand vous dites « une sensation bizarre », pouvez-vous me dire ce que vous avez ressenti? (Question ouverte, retournant aux symptômes en s'éloignant des descriptions d'événements ou d'opinions)**

*Eh bien, c'était ici, dans ma poitrine. C'était comme une sensation de serrement, comme si quelque chose de lourd appuyait sur ma poitrine.*

#### **Avez-vous ressenti la même chose quelque part ailleurs? (Ouverte mais à visée de clarification)**

*Peut-être un peu plus haut dans le cou.*

#### **Que faisiez-vous quand c'est arrivé? (Clarification de l'événement déclencheur)**

*J'étais assise dans la cuisine en train de finir mon petit déjeuner.*

#### **Combien de temps a duré cette sensation d'oppression? (Question fermée)**

*Environ une heure.*

#### **Si je résume, ce matin vous avez eu une sensation d'oppression dans votre poitrine, ayant duré environ une heure, et vous avez également ressenti cette oppression au niveau du cou? (Reflet)**

*Oui, c'est ça.*

**Avez-vous ressenti d'autres choses au même moment ? (Question ouverte, ne pas négliger d'autres symptômes secondaires)**

*Je me sentais mal et en sueurs.*

**Montrer de l'empathie en prenant l'anamnèse**

Être empathique vous aide à améliorer la relation que vous entretenez avec votre patient et contribue à améliorer son état de santé (voir chap. 1, «Montrer de l'empathie»). Essayez de voir le problème de son point de vue et faites-lui comprendre que c'est bien le cas.

Imaginez une jeune professeure ayant récemment subi une chirurgie faciale défigurante afin d'enlever une tumeur bénigne de la mâchoire supérieure. La blessure a cicatrisé mais il persiste un ptosis et un gonflement du visage. Elle revient au travail. Imaginez comment vous vous sentiriez dans cette situation. Exprimez de l'empathie au travers de questions qui montrent que vous vous sentez concerné par l'expérience de votre patiente.

**Cela fait 3 semaines que vous avez été opérée, comment récupérez-vous ?**

*Je vais bien, mais je dois toujours me mettre des gouttes dans les yeux.*

**Vous n'êtes pas trop gênée par le gonflement sous l'œil ?**

*Cela empire dans la journée. Parfois, l'après-midi, je ne vois pas très bien.*

**Et comment cela se passe-t-il au travail ?**

*C'est dur. Vous savez, avec les enfants et tout... C'est un peu délicat.*

**J' imagine que ce doit être assez gênant et inconfortable. Comment faites-vous face ? Y a-t-il d'autres moments où cela est difficile pour vous, peut-être à d'autres moments de la journée ou sur le plan social ?**

## B. Anamnèse des symptômes actuels

En utilisant ces outils de questionnement et une approche empathique, vous êtes maintenant prêt à avancer vers le cœur de l'anamnèse.

Demandez au patient de réfléchir au début des symptômes, de décrire ce qu'il a ressenti et comment cela a évolué. Débutez par des questions ouvertes pour lui permettre de parler de ses symptômes et ramenez-le poliment au sujet s'il commence à s'égarer sur des événements, des réactions ou les opinions des uns et des autres. Pendant qu'il parle, relevez les deux ou trois symptômes principaux qu'il décrit (tels que la douleur, la toux, les frissons); ils constitueront la base de l'anamnèse. Il peut être utile de relever quelques mots clés, puis d'y revenir ultérieurement pour des clarifications à l'aide de questions fermées.

Les cliniciens expérimentés arrivent au diagnostic en reconnaissant un cortège de symptômes. L'expérience vous permettra progressivement d'affiner vos questions en fonction du type de symptômes présentés; vous vous guiderez en imaginant la liste des diagnostics possibles (diagnostics différentiels). Précisez tous les termes utilisés par le patient du type catarrhe, épilepsie, évanouissement. Des termes courants peuvent avoir une signification différente pour le patient et le médecin (encadré 2.1). Chaque réponse augmente ou diminue la probabilité d'un diagnostic particulier et en exclut d'autres.

Dans l'exemple suivant, le patient est un homme fumeur de 65 ans. Son âge et son statut de fumeur augmentent la probabilité d'un diagnostic lié au tabac. Une toux évoluant depuis 2 mois augmente le risque de cancer du poumon et de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Une douleur thoracique n'exclut pas la BPCO puisqu'il a pu présenter un claquage musculaire en toussant, mais elle peut aussi évoquer une douleur pleurale d'origine infectieuse ou thrombo-embolique. À son tour, une infection pourrait être liée à une obstruction

### Encadré 2.1 Exemples de termes utilisés par les patients nécessitant d'être précisés

Terme utilisé par le patient	Problèmes sous-jacents habituels	Éléments de différenciation utiles
Allergie	Allergie vraie (médiée par les immunoglobulines E) Intolérance alimentaire ou aux médicaments, souvent associée à des nausées ou d'autres troubles gastro-intestinaux	Rash visible ou œdème, installation rapide Symptômes gastro-intestinaux au premier plan
Indigestion	Reflux gastro-œsophagien avec œsophagite Douleur abdominale liée à : – ulcère gastroduodénal – gastrite – cholécystite – pancréatite	Brûlures rétrosternales, goût acide Localisation et nature de l'inconfort : – épigastrique, augmenté à jeun – épigastrique, vomissement – hypocondre droit, sensibilité – épigastrique, douleur sévère
Rhumatisme	Arthralgie Myalgies Blocage lié à une fracture ostéoarticulaire ancienne	Rougeur ou gonflement articulaire Douleur musculaire Déformation
Rhume	Expectorations purulentes bronchitiques Écoulement nasosinusal Obstruction nasale	Toux, crachats verdâtres ou jaunâtres Écoulement nasal vert ou jaune Trouble olfactif, antécédent de traumatisme ou de polypes nasaux
Crise	Syncope d'origine cardiaque Épilepsie Mouvements anormaux involontaires	Pâleur objectivée durant la syncope Mouvements tonico-cloniques objectivés Absence de perte de conscience
Vertiges	Labyrinthite  Hypotension orthostatique  Accident vasculaire cérébral	Nystagmus, sensation que la pièce tourne autour, absence de déficit neurologique autre Antécédents de palpitations, maladies cardiaques ou lien avec le changement de position Début brutal, autres déficits neurologiques associés

bronchique due à un cancer pulmonaire. Une hémoptysie depuis plus de 2 mois augmente considérablement le risque cancéreux. Si le patient présente également une perte de poids, la valeur prédictive positive de toutes ces réponses est très élevée pour le cancer du poumon. L'ensemble de ces éléments guidera votre examen et vos explorations.

**Quelle a été la première chose que vous avez remarqué lorsque vous êtes tombé malade ? (Question ouverte)**

*J'avais cette toux dont je n'arrivais pas à me débarrasser. Cela a commencé après une grippe que j'ai eue il y a 2 mois. J'ai pensé que ça allait s'améliorer, mais ce n'est pas le cas et ça me rend fou.*

**Pouvez-vous m'en dire plus à propos de cette toux ? (Question ouverte)**

*Eh bien, c'est permanent. Je tousse, je tousse puis j'évacue de gros crachats. Cela me réveille la nuit, du coup je me sens mal le lendemain. Parfois, j'ai mal dans la poitrine à force d'avoir toussé.*

**Vous avez déjà noté dans son histoire «toux», «crachats» et «douleur thoracique» comme points fondamentaux de l'anamnèse. Poursuivez avec des questions clés qui clarifieront chacun de ces points.**

**Toux : Toussez-vous pour essayer d'évacuer quelque chose de votre poitrine ou cela survient-il sans prévenir ? (Question fermée, clarification)**

*Oh, je ne peux pas l'arrêter, même quand je dors ça me dérange.*

**Avez-vous l'impression que la toux part de la gorge ou de la poitrine ? Pouvez-vous me montrer d'où elle vous semble venir ?**

*C'est comme un chatouillement ici (il montre le haut du sternum).*

**Crachats : De quelle couleur sont vos crachats ? (Question fermée, focalisée sur un symptôme)**

*Clairs.*

**Avez-vous déjà craché du sang ? (Question fermée)**

*Oui, parfois.*

**Quand est-ce arrivé pour la première fois et combien de fois cela s'est-il reproduit ? (Question fermée)**

*Oh, quasiment tous les jours. Je l'ai remarqué il y a un mois.*

**Était-ce abondant ? (Question fermée, clarification d'un symptôme)**

*Juste des traces.*

**Était-ce du sang pur ou était-ce mélangé à des crachats jaunâtres ou verdâtres ?**

*Juste des traces de sang dans des crachats clairs.*

**Douleur thoracique : Pouvez-vous me parler de cette douleur thoracique ? (Question ouverte)**

*Eh bien, c'est sur le côté (en le montrant du doigt) quand je tousse.*

**La douleur apparaît-elle à d'autres moments ? (Ouverte, clarification d'un symptôme)**

*Quand je prends des inspirations profondes. C'est vraiment très douloureux quand je tousse ou que j'éternue.*

La douleur est un symptôme très important commun à de nombreux domaines de la médecine. Un schéma général décrivant en détail les caractéristiques de la douleur est proposé dans l'**encadré 2.2**.

Après avoir clarifié les symptômes actuels, recherchez les éléments cliniques associés. Utilisez pour cela votre impression initiale sur les pathologies les plus probables (cancer pulmonaire ou infection respiratoire chronique) et posez des questions directes pertinentes :

**Vous sentez-vous parfois essoufflé du fait de votre toux ?**

*Un peu.*

**Combien de kilos avez-vous perdu ? (Confirmerait l'existence d'une pathologie grave)**

*J'ai perdu environ 6 kg depuis le début.*

Les questions nécessaires, une fois arrivé à ce point, varieront en fonction du système étudié. Un résumé des principales questions introductives utiles pour chaque système est proposé dans l'**encadré 2.3**. Apprenez à penser, au fur et à mesure que vous écoutez, aux grandes catégories de pathologies qu'il faut

## Encadré 2.2 Caractéristiques de la douleur

### Localisation

- Douleur somatique, souvent bien localisée (entorse de cheville)
- Douleur viscérale, plus diffuse (angine de poitrine)

### Début

- Vitesse d'installation et circonstances associées

### Type

- Décrivez-la plutôt par des adjectifs comme aiguë/latente, brûlante/piquante, profonde/en coup de couteau, broyante/tiraillement ; préférez les termes utilisés par le patient au lieu de les lui suggérer

### Irradiations

- À travers une extension locale
- En lien avec une atteinte neuropathique à distance comme une douleur diaphragmatique et du sommet de l'épaule via le nerf phrénique (C3, C4)

### Symptômes associés

- Aura visuelle accompagnant une migraine
- Paresthésies des membres inférieurs associées à une lombalgie suggérant une radiculalgie

### Rythme (durée, évolution, schéma)

- Constante depuis le début
- Épisodique ou continue :
  - si épisodique, durée et fréquence des attaques
  - si continue, décrivez tout changement d'intensité

### Facteurs aggravants et améliorants

- Circonstances aggravant ou améliorant la douleur, par exemple l'alimentation
- Activités ou postures spécifiques ainsi que toutes les mesures d'évitement entreprises pour prévenir le déclenchement
- Effets des activités ou postures spécifiques, incluant les effets médicamenteux et des médecines alternatives

### Sévérité

- Difficile à évaluer du fait de sa subjectivité
- Il est parfois utile de la comparer à une douleur plus habituelle comme un mal de dent
- Variabilité diurne ou nocturne, durant la semaine ou le mois comme les menstruations

**Encadré 2.3 Questions à poser sur des symptômes communs**

Système	Question
Cardiovasculaire	Avez-vous déjà présenté une douleur thoracique ? Vous réveillez-vous parfois en pleine nuit avec une sensation d'essoufflement ? Avez-vous déjà senti votre cœur battre rapidement ou très fort ?
Respiratoire	Êtes-vous parfois essoufflé(e) ? Toussez-vous par moments ? Dans ce cas, cette toux est-elle productive ? De quelle couleur sont vos crachats ? Avez-vous déjà craché du sang lors d'un épisode de toux ?
Gastro-intestinal	Êtes-vous gêné(e) par des troubles digestifs ou des brûlures d'estomac ? Avez-vous remarqué des modifications de votre transit abdominal ? Avez-vous déjà noté la présence de traces de sang dans vos selles ?
Urogénital	Avez-vous déjà ressenti une douleur ou des difficultés à uriner ? Vous levez-vous la nuit pour uriner ? Si oui, combien de fois par nuit ? Avez-vous des pertes urinaires en fin de miction ? Vos règles sont-elles régulières ?
Musculosquelettique	Avez-vous une douleur, une raideur ou des gonflements articulaires ? Avez-vous des difficultés à marcher ou à vous habiller ?
Endocrinien	Avez-vous récemment constaté des sensations inhabituelles de chaud ou de froid ? Avez-vous une sensation de soif ou buvez-vous plus que d'habitude ?
Neurologique	Avez-vous déjà présenté une crise d'épilepsie, une perte de connaissance ou des trous de mémoire ? Avez-vous noté des fourmillements, une faiblesse, une maladresse dans vos bras ou dans vos jambes ?

dra évoquer et aux liens que vous pourriez établir avec l'histoire racontée. Essayez, en particulier, de rattacher vos hypothèses à la présentation initiale et au mode de progression des symptômes (encadré 2.4).

Afin de compléter l'anamnèse, réalisez une évaluation initiale du retentissement de la pathologie sur la vie de votre patient. Par exemple, une dyspnée pour des efforts intenses peut empêcher un maçon de travailler, mais aura un retentissement moindre pour un retraité sédentaire. « Pouvez-vous me dire la distance que vous étiez capable de parcourir à pied auparavant ? » est une question qui peut vous aider à évaluer son niveau habituel de fonctionnement ; et « Comment cela a-t-il évolué depuis que vous êtes moins bien ? » peut vous révéler l'impact de la maladie. Demandez-lui s'il a l'habitude de pratiquer un sport et s'il a dû modifier ses activités à cause de sa pathologie.

**C. Antécédents**

Les antécédents médicaux du patient peuvent avoir un lien avec sa plainte actuelle ; par exemple des épisodes antérieurs de migraine chez un patient se plaignant de céphalée ; une hématomatose et de multiples petites ecchymoses chez un patient suspecté d'alcoolisme chronique. Ils vous révéleront peut-être certaines pathologies sous-jacentes ou des facteurs de risque, comme un diabète chez un patient présentant une artérite des membres inférieurs, ou une coqueluche chez un patient avec une dilatation des bronches.

La demande d'avis qui vous est adressée et les précédents comptes-rendus contiennent souvent des informations utiles, mais le patient reste généralement la meilleure source d'informations. Les questions suivantes vous permettront d'obtenir les informations clés chez la plupart des patients :

- Quels problèmes de santé vous ont déjà amené à consulter par le passé ?
- Avez-vous déjà été à l'hôpital ou eu un suivi médical auparavant ?
- Avez-vous déjà été opéré(e) ?
- Prenez-vous des traitements régulièrement ?

**Encadré 2.4 Présentation typique des symptômes en lien avec la cause d'une maladie**

Cause de maladie	Début des symptômes	Évolution des symptômes	Symptômes associés/présentation des symptômes
Infection	En général en quelques heures, inopiné	En général relativement rapide, en quelques heures ou jours	Fièvre, frissons, symptôme localisateur comme une douleur pleurale ou une toux
Inflammation	Peut être aigu	Fluctuations, semaines à mois	Peut être plurifocal, souvent avec une sensibilité localisée
Métabolique	Très variable	Heures, jours, mois	Sévérité progressivement croissante sans rémission
Tumeur maligne	Progressif, insidieux	Progression constante, semaines ou mois	Perte de poids, fatigue
Toxique	Brusque	Rapide	Symptômes initiaux menaçants, souvent associés à des vomissements
Traumatique	Brusque	Varie peu	Diagnostic généralement évident
Vasculaire	Soudain	Progression par étape avec épisodes aigus	Développement rapide de signes physiques associés
Dégénérative	Progressif	Mois à années	Aggravation progressive avec des périodes de détérioration accrue

## D. Traitements habituels

Cet aspect vient naturellement à la suite des questions sur les antécédents. Commencez par vérifier sur toutes vos sources d'informations écrites (courriers, comptes-rendus) la liste des médicaments du patient. Il peut être utile de la comparer à celle que le patient est capable de vous retranscrire par lui-même. Cet exercice peut être rendu difficile par l'utilisation par le patient de noms commerciaux, la description du nombre de comprimés, de leur couleur, etc., qui doivent toujours être traduits dans votre compte-rendu sous la dénomination commune internationale (DCI) avec la posologie exacte. Demandez-lui tous les traitements qui lui sont prescrits ainsi que les autres types de traitements en incluant ceux délivrés sans ordonnance, les remèdes à base de plantes, l'homéopathie ainsi que les compléments vitaminiques et minéraux. N'oubliez pas les inhalateurs et les médicaments topiques car les patients présumeront souvent que vous ne demandiez que les traitements per os. Notez tous les noms, les posologies et les durées de traitement ainsi que les effets secondaires significatifs ressentis dans un format clair (encadré 2.5). Chez les patients recevant des traitements dans le cadre d'une addiction, comme la méthadone, demandez confirmation des doses à son pharmacien et n'oubliez pas de faire suspendre la dispensation en pharmacie durant toute la durée de l'hospitalisation.

## Concordance et observance

La moitié des patients ne prennent pas leur traitement selon la prescription. Les patients qui les prennent selon leur ordonnance sont dits observants. La concordance implique que le patient et son médecin aient négocié et se soient mis d'accord sur la gestion des médicaments, ce qui augmentera les chances (sans garantie) de bonne observance.

Demandez au patient de décrire comment et à quel moment il prend ses traitements. Donnez-lui la possibilité d'admettre qu'il ne prend pas tous les traitements en disant par exemple : « Ce doit être difficile à retenir ».

## Allergies ou réactions aux médicaments

Demandez à votre patient s'il a déjà eu des réactions allergiques à des médicaments ou des vaccins. Précisez clairement ce que le patient entend par allergie, car une intolérance (comme des nausées) est plus fréquente qu'une véritable allergie. Les réactions allergiques sont surestimées par les patients : ainsi, seulement un cas d'éruption cutanée rapportée à la pénicilline sur sept sera confirmé par un test cutané positif. Notez également les autres allergies (alimentaire ou pollen notamment). Notez bien en évidence les allergies réelles dans le dossier clinique, les ordonnances et le dossier informatique. Si le patient a eu dans le passé une réaction allergique sévère ou ayant pu menacer son pronostic vital, avertissez-le qu'il doit porter sur lui une carte informative dans son portefeuille.

## Médicaments sans ordonnance

Demandez à chaque patient s'il lui arrive d'utiliser des médicaments sans ordonnance. Au Royaume-Uni (comme en France [NdT]), environ 30 % de la population adulte a déjà consommé des substances illégales (principalement du cannabis) ou des traitements sans ordonnance. Les questions utiles sont résumées dans l'encadré 2.6.

## E. Antécédents familiaux

Commencez par une question ouverte du type : « Y a-t-il des maladies particulières dans votre famille ? » Poursuivez en fonction des symptômes actuels avec une question du type : « Est-ce qu'un membre de votre famille a déjà présenté des problèmes cardiaques ? ». Les maladies héréditaires monogéniques sont relativement rares en pratique courante. Même lorsqu'elles sont présentes, les maladies autosomiques récessives (comme la mucoviscidose) surviennent généralement chez des patients dont les parents sont des porteurs non affectés en bonne santé. De nombreuses autres pathologies sont associées à des antécédents familiaux du même type mais non dues à une maladie monogénique. Une autre difficulté réside dans la fréquence de certaines pathologies comme l'asthme ou les maladies athéromateuses qui sont si fréquentes dans les pays occidentaux que leur présence chez les membres de la famille peut ne pas influencer grandement le risque pour le patient.

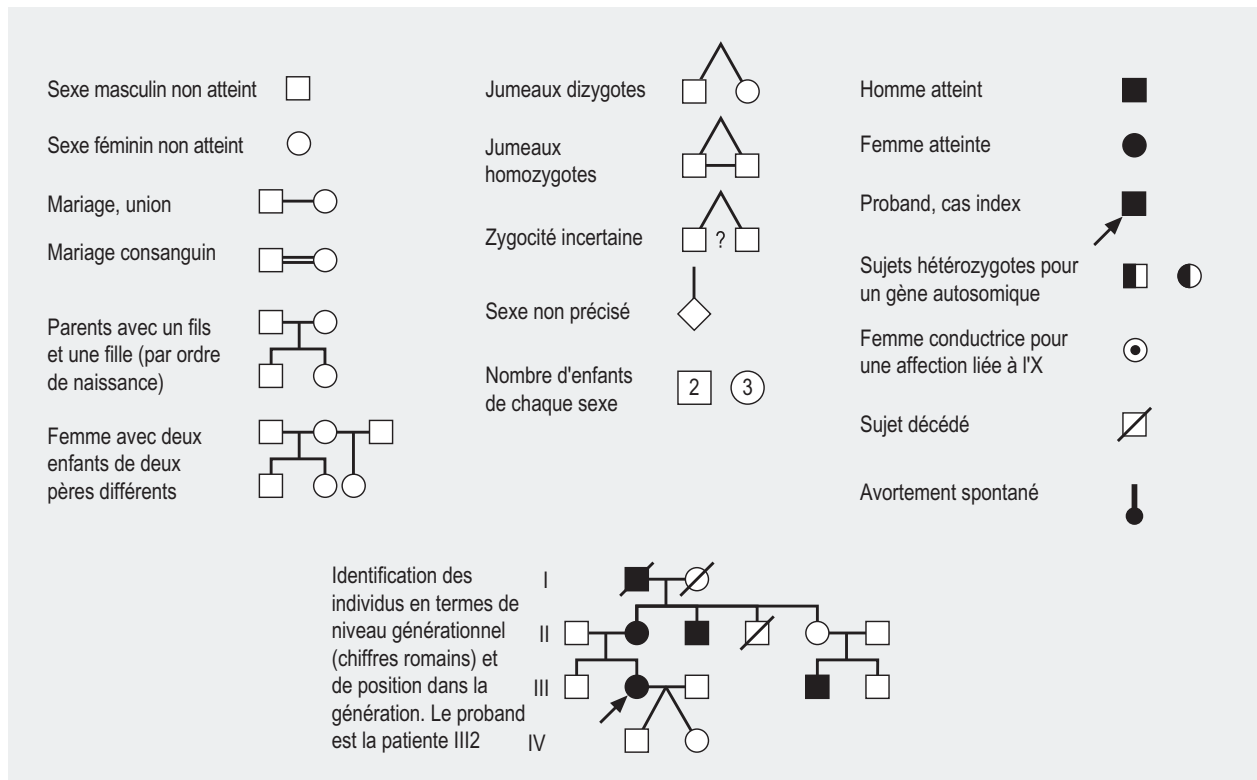
Vérifiez les pathologies des parents au premier degré (parents, fratrie, enfants). Si vous suspectez une maladie génétique comme une hémophilie, construisez un arbre généalogique (fig. 2.1) en notant si des individus ont été adoptés. Renseignez-vous sur la santé des autres personnes vivant dans le même lieu d'habitation ; cela pourrait vous suggérer un risque environnemental.

### Encadré 2.6 Prise de médicaments sans ordonnance ou de substances illicites

- Quels médicaments prenez-vous ?
- À quelle fréquence et quelle quantité ?
- Depuis combien de temps consommez-vous des drogues ?
- Avez-vous déjà essayé d'arrêter ? Si oui, quand et pourquoi avez-vous recommencé ?
- Quels sont vos symptômes quand vous ne pouvez pas en prendre ?
- Vous injectez-vous des substances illicites ? Si oui, comment vous procurez-vous les aiguilles et les seringues ?
- Vous arrive-t-il de partager vos aiguilles, seringues ou tout autre matériel de consommation ?
- Considérez-vous cette consommation de drogue comme un problème ?
- Souhaitez-vous faire des changements dans votre vie ou dans la façon dont vous consommez des drogues ?
- Avez-vous déjà réalisé un dépistage des infections liées à votre consommation de drogue ?

### Encadré 2.5 Exemple d'historique médicamenteux

Médicament	Posologie	Durée	Indication	Effets secondaires/inquiétudes des patients
Aspirine	75 mg par jour	5 ans	Débuté après un infarctus du myocarde	Douleur abdominale
Aténolol	50 mg par jour	5 ans	Débuté après un infarctus du myocarde	Mains froides (observance ?)
Paracétamol + codéine	Jusqu'à 8 gélules par jour	4 semaines	Rachialgies	Constipation
Salbutamol	2 bouffées si besoin	6 mois	Asthme	Palpitation, agitation



**Fig. 2.1** Symboles utilisés pour la construction d'un arbre généalogique et exemples. Le terme « proband » désigne l'homme ou la femme identifié comme étant le cas index, autour duquel est construit l'arbre généalogique.

## F. Mode de vie

Aucune évaluation médicale n'est complète sans avoir déterminé le mode de vie de votre patient. Celui-ci pourrait avoir un lien avec la pathologie, mais aussi influencer la prise en charge ou l'issue de la maladie. Recherchez quelles personnes de l'entourage soutiennent votre patient en lui demandant : « Qui est à la maison avec vous, ou vivez-vous seul ? ». Pour ceux vivant seuls, déterminez qui sont leurs plus proches parents et qui leur rendent visite régulièrement. Vérifiez si votre patient est lui-même en charge d'une personne vulnérable. La maladie pourrait alors avoir des conséquences pour cette tierce personne. Demandez avec tact si le patient est endeuillé, ce qui peut avoir une profonde influence sur sa santé ou son bien-être.

Établissez ensuite le type et les conditions de vie du patient dans son logement ainsi que son caractère adapté ou non aux symptômes actuels. Des patients ayant une arthrose sévère peuvent, par exemple, être en difficulté avec des escaliers. Une prise en charge complète réussie requiert d'aborder toutes ces problématiques.

### Tabagisme

Le tabac augmente, entre autres, les risques de survenue d'une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), de maladies vasculaires et cardiaques, d'ulcère gastroduodéal, de retard de croissance intra-utérin, de dysfonctions érectiles ainsi que de différents cancers.

La plupart des patients admettent que le tabagisme est délétère pour la santé de telle sorte que l'obtention d'une estimation précise de cette consommation requiert un certain tact. Demandez à votre patient s'il a déjà fumé et, dans ce cas, l'âge auquel il a débuté et s'il fume toujours. Les patients sous-estiment souvent leur consommation récente ; il est donc généralement plus utile

### Encadré 2.7 Calcul du nombre de paquet-année

Un « paquet-année » correspond à une consommation de 20 cigarettes par jour (1 paquet) pendant 1 an

$$\frac{\text{Nombre de cigarette par jour} \times \text{nombre d'année de consommation}}{20}$$

Par exemple, un fumeur de 15 cigarettes par jour qui a fumé durant 40 ans aurait fumé :

$$\frac{15 \times 40}{20} = 30 \text{ paquet-année}$$

de demander le nombre moyen de paquets fumés par jour au fil des ans et le type de tabac consommé (cigarettes, cigares, pipe, tabac à mâcher). Convertissez l'ensemble en nombre de « paquet-année » (encadré 2.7) afin d'estimer le risque de cette consommation sur sa santé. Demandez également s'ils n'ont consommé que du tabac ou aussi du cannabis. Ne ratez jamais l'opportunité, durant l'interrogatoire, d'encourager le patient à arrêter sa consommation, en utilisant des arguments positifs, sans jugement, en lui faisant voir le moyen d'améliorer sa santé. Enfin, n'oubliez pas de demander aux non-fumeurs s'ils sont exposés à une intoxication environnementale au tabac (tabagisme passif).

### Alcool

L'alcool est responsable de multiples pathologies comprenant non seulement les cirrhoses hépatiques, les encéphalopathies et les neuropathies périphériques, mais aussi des pancréatites, des cardiomyopathies, des dysfonctions érectiles et des blessures sévères par accident. Demandez toujours au patient s'il boit de l'alcool mais évitez d'apparaître critique, ce qui l'amènerait à sous-estimer sa consommation. En cas de consommation

alcoolique, demandez-lui de décrire la quantité et le type d'alcool (bière, vin, spiritueux) consommés en une semaine. La quantité d'alcool consommée par semaine est mieux estimée en utilisant des unités, 1 unité correspondant à 10 g d'alcool contenu dans un petit verre de vin, un demi de bière (250 ml) ou une mesure standard de spiritueux (25 ml).

### Problèmes d'alcool

La consommation d'alcool est jugée excessive à partir de 14 unités par semaine pour l'homme et la femme. Une alcoolisation aiguë massive (*binge drinking*) est plus délétère qu'une même consommation répartie sur 4 à 5 jours. La plupart des autorités de santé recommandent au moins 2 jours sans boire par semaine.

La dépendance à l'alcool survient lorsque sa consommation devient prioritaire sur d'autres habitudes qui avaient auparavant une plus grande importance. Les signes avant-coureurs à détecter à l'interrogatoire sont résumés dans l'encadré 2.8.

### Activités professionnelles et environnement domestique

Le travail influence profondément la santé. Le chômage est associé à une augmentation de la morbidité et de la mortalité alors que certaines professions sont associées à des maladies particulières (encadré 2.9).

#### Encadré 2.8 Caractéristiques de l'anamnèse évocatrices d'une dépendance à l'alcool

- Envie forte, parfois irrépressible, de consommer de l'alcool
- Inaptitude à contrôler le démarrage ou l'arrêt et la quantité consommée
- Boit de l'alcool le matin
- Tolérance, lorsque des doses croissantes sont nécessaires pour obtenir les effets initialement présents
- Sevrage alcoolique à la diminution ou à l'arrêt, avec tremblements, transpiration, tachycardie, anxiété, insomnie et parfois des états hallucinatoires ou de désorientation (*delirium tremens*) ; état soulagé par la reprise d'alcool
- Néglige ses autres plaisirs ou centres d'intérêt
- Continue de boire malgré des avertissements quant aux dangers des conséquences

Demandez à chaque patient sa profession. Précisez sa fonction au travail, en particulier dans le cas d'expositions à la poussière ou à des produits chimiques. Si le patient travaille au contact de produits nocifs (amiante ou poussière de minerais par exemple), une liste détaillée de ses différents emplois est nécessaire, incluant le nom de l'employeur, la durée et l'importance de l'exposition ainsi que les mesures préventives de protection.

Des symptômes qui s'améliorent durant le week-end ou les vacances suggèrent un lien avec l'activité professionnelle. L'environnement domestique ainsi que les loisirs peuvent aussi avoir un intérêt, comme pour les pneumopathies d'hypermensibilité ou la psittacose chez les individus élevant des oiseaux, ou l'asthme chez les propriétaires de chats ou de rongeurs.

### Voyages

Les voyageurs de retour de séjours à l'étranger présentent fréquemment certaines maladies. Ils sont à risque de pathologies infectieuses inhabituelles ou tropicales. Le vol en lui-même peut favoriser certaines atteintes, comme les thromboses veineuses profondes ou les pathologies de l'oreille moyenne. La période d'incubation peut être indicative sur l'origine possible de multiples affections, mais certaines maladies comme le paludisme ou le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) peuvent se révéler plusieurs années après. Listez les lieux et dates des séjours. Notez, en cas de voyage dans des zones à risque, toutes les vaccinations réalisées et la prise d'une prophylaxie antipaludéenne.

### Exposition sexuelle

Ne réalisez un interrogatoire complet sur les expositions sexuelles que si le contexte ou les symptômes principaux suggèrent que cela est pertinent. Posez vos questions avec tact et objectivité (voir plus loin). Expliquez vos intentions : « Dans le cadre de vos antécédents médicaux, je dois vous interroger sur vos partenaires. Cela vous pose-t-il un problème ? »

#### Encadré 2.9 Exemples de maladies professionnelles

Profession	Facteur d'exposition	Maladie	Se manifeste après
Chantiers navals, ingénieurs marins, plomberie, chauffagiste, menuisiers, démolition	Poussière d'amiante	Plaques pleurales Asbestose Mésothéliome Cancer pulmonaire	Plus de 15 ans après
Tailleurs de pierre	Silice	Silicose	Plusieurs années
Fermier	Spores fongiques sur foin mouillé	Maladie du poumon du fermier (pneumopathie d'hypersensibilité)	Après 4–18 heures
Plongeurs	Remontée trop rapide de plongée profonde	Syndrome de décompression, atteinte du système nerveux central, symptômes cutanés, osseux et articulaires	Immédiat, jusqu'à une semaine
Travailleurs industriels	Produits chimiques, par exemple chrome	Dermatite des mains	Variable
	Bruits excessifs	Perte d'audition	Mois
	Outils vibrants	Ischémie digitale causée par les vibrations	Mois
Boulangier	Poussière de farine	Asthme professionnel	Variable
Travailleurs de la santé	Coupures, piqûres d'aiguilles	Virus de l'immunodéficience humaine, hépatites B et C	Période d'incubation > 3 mois

## G. Recherches systématiques

Recherchez des symptômes qui auraient pu avoir été oubliés au travers d'une enquête systématique. Débutez par : « Y a-t-il autre chose dont vous auriez aimé me parler? »

L'encadré 2.10 liste les symptômes fréquemment rencontrés en fonction des systèmes. Interrogez le patient symptôme par

symptôme paraît inadapté et chronophage. Le contexte et votre jugement vous aideront à sélectionner les éléments à explorer en détail ; par exemple :

- dans un contexte d'antécédent d'infections à répétition, interrogez le patient sur une nycturie, une sensation de soif et une perte de poids qui pourraient indiquer un diabète non contrôlé sous-jacent ;

2

### Encadré 2.10 Recherches systématiques : symptômes cardinaux

#### État général

- Bien-être
- Appétit
- Modification du poids
- Énergie
- Sommeil
- Humeur

#### Système cardiovasculaire

- Douleur thoracique à l'effort (angor)
- Difficultés respiratoires :
  - en décubitus (orthopnée)
  - nocturne (dyspnée paroxystique nocturne)
  - pour des exercices minimes – notez quel type
- Palpitations
- Douleur des membres inférieurs à la marche (claudication)
- Œdème des membres inférieurs

#### Système respiratoire

- Essoufflement (tolérance à l'effort)
- Toux
- Sifflements
- Expectorations (couleurs, quantités)
- Sang dans les expectorations (hémoptysie)
- Douleur thoracique (liée à la toux ou à l'inspiration)

#### Système gastro-intestinal

- Bouche (aphtes, problèmes dentaires)
- Difficultés à avaler (dysphagie – à distinguer de l'odynophagie qui est la douleur à la déglutition)
- Nausées, vomissements
- Vomissement de sang (hématémèse)
- Indigestion
- Douleur d'estomac
- Douleur abdominale
- Modification du transit
- Modification de l'aspect des selles (claires, foncées, couleur goudron, sang frais)

#### Système urogénital

- Difficultés à uriner (dysurie)
- Augmentation de la fréquence des mictions (la nuit, nycturie)
- Sang dans les urines (hématurie)
- Libido
- Incontinence (à l'effort, urgences mictionnelles)
- Partenaires sexuels – rapports non protégés

#### Hommes

- S'il y a lieu :
- Symptômes prostatiques, incluant des difficultés à débiter la miction – rétention :
    - jet ou flux faible
    - gouttes en fin de miction (miction traînante)
  - Écoulement urétral
  - Dysfonction érectile

#### Femmes

- Date des dernières règles
- Calendrier et régularité des règles
- Durée des règles
- Saignement anormal
- Pertes vaginales
- Contraception
- S'il y a lieu :
  - Douleur durant les rapports (dyspareunie)

#### Système nerveux

- Céphalée
- Vertiges (étourdissement)
- Perte de connaissance
- Épilepsie
- Trouble de la sensibilité
- Faiblesse
- Trouble visuel
- Trouble auditif (surdité, acouphènes)
- Troubles de la mémoire et de la concentration

#### Système musculosquelettique

- Douleur articulaire, gonflement, raideur
- Mobilité
- Chutes

#### Système endocrinien

- Intolérance au chaud ou au froid
- Transpiration inhabituelle
- Soif excessive (polydipsie)

#### Autres

- Rash cutané
- Hémorragie ou contusion

- chez un patient avec des palpitations : existe-t-il des symptômes évocateurs d'hyperthyroïdie ou des antécédents familiaux de pathologie thyroïdienne ? Le patient est-il anxieux ou boit-il beaucoup de café ?
- chez un patient dégagant une odeur d'alcool, renseignez-vous sur des symptômes associés comme un engourdissement des pieds lié à une neuropathie alcoolique.

## H. Conclure l'entretien

En utilisant un langage simple, expliquez brièvement à votre patient votre interprétation de son histoire et décrivez les hypothèses les plus probables. Soyez attentif à ses préoccupations et au langage corporel. Demandez-lui s'il a déjà des idées ou des inquiétudes quant au diagnostic, ce qui pourrait permettre de les aborder directement. Donnez toujours au patient une dernière occasion d'exprimer d'autres préoccupations (« Y a-t-il d'autres questions que vous auriez aimé me poser ? »).

Assurez-vous que le patient est impliqué dans toutes les décisions, en lui suggérant les mesures envisageables et en l'encourageant à partager ses réflexions. De cette manière, vous devriez être apte à négocier et convenir d'un programme pour les prochaines explorations et le suivi. Dites-lui que vous communiquerez l'ensemble de ces éléments aux autres professionnels impliqués dans ses soins.

## 3. Situations difficiles

### A. Patients ayant des difficultés de communication

Si votre patient ne parle pas votre langue, essayez d'obtenir la présence d'un interprète. Soyez attentif à bien vous adresser au patient et non à l'interprète.

Si votre patient a des difficultés d'audition ou de langage à type de dysphasie ou dysarthrie, tenez compte des points suivants :

- écrivez les choses s'il peut lire ;
- impliquez quelqu'un ayant l'habitude de communiquer avec lui ;
- chez un patient sourd et apte à communiquer par ce biais, recherchez un interprète en langue des signes.

### B. Patients ayant des troubles cognitifs

Soyez attentif aux signes précoces de démence. Des réponses hésitantes ou incohérentes doivent toujours vous alerter et vous amener à rechercher des troubles de la mémoire. En cas de suspicion, évaluez votre patient par des échelles spécifiques (voir chap. 17). Vous aurez peut-être besoin des proches ou de soignants pour comprendre son histoire.

### C. Situations délicates

Les médecins ont parfois besoin de questionner le patient sur des sujets sensibles ou personnels, ou d'examiner les parties intimes. Si vous vous adressez à un patient susceptible de souffrir de dysfonctionnement sexuel, d'infection sexuellement transmissible ou d'abus sexuel, abordez le sujet avec tact. Expliquez

que vous allez lui poser des questions à ce sujet et assurez-vous de la confidentialité de la conversation. Par exemple :

***Du fait de votre histoire, j'aurais besoin d'aborder avec vous certaines questions assez personnelles. Êtes-vous d'accord ?***

***Puis-je vous demander si vous avez un partenaire sexuel régulier ?***

**Poursuivez avec :**

***Votre partenaire est-il un homme ou une femme ?***

***S'il n'y a pas de partenaire régulier, demandez avec tact combien de partenaires sexuels il (elle) a eu durant la dernière année :***

***Combien de partenaires sexuels avez-vous eu durant la dernière année ?***

***Avez-vous déjà rencontré des problèmes dans vos relations ou votre vie sexuelle dont vous aimeriez me parler ?***

Si vous avez besoin d'examiner les parties intimes, demandez-lui avec tact la permission de le faire et assurez-vous, si possible, de la présence d'une tierce personne dans la pièce<sup>2</sup>. Cela est souvent nécessaire en cas d'examen des seins, du rectum ou du pelvis, mais peut aussi s'appliquer dans certaines circonstances ou face à certaines cultures afin de pouvoir toucher le patient (voir chap. 3, « Préparer l'examen physique »).

### D. Patients émotifs ou en colère

Une personne malade peut se sentir vulnérable et devenir colérique ou frustrée en raison de ce qu'elle ressent ou de ses traitements. Rester calme et rechercher les raisons de cette émotion permet souvent de désamorcer ces situations. Bien que certains comportements puissent être difficiles à accepter, ne répondez jamais avec colère ou irritation et résistez à l'envie de réaliser de petits commentaires sur la prise en charge antérieure du patient. Sachez repérer que votre patient est contrarié, montrez de l'empathie, de la compréhension et demandez-lui pourquoi ; par exemple : « Vous semblez en colère contre quelque chose ? » ; ou « Y a-t-il quelque chose qui vous énerve ? ». Si, malgré tout, sa colère s'accroît, fixez les limites de la discussion, prenez de la distance, et recherchez une aide auprès d'autres membres du personnel de santé autour de vous pour votre propre protection.

Les patients logorrhéiques ou souhaitant s'attaquer à de multiples problèmes à la fois peuvent réagir à : « Je n'ai que peu de temps à vous accorder, pourriez-vous me dire les principales questions que vous souhaiteriez aborder ? » Si le patient a une longue liste de plaintes, suggérez-lui : « Sur les six questions que vous avez soulevé aujourd'hui, je ne peux en traiter que deux. Dites-moi lesquelles vous paraissent les plus importantes et nous nous occuperons du reste plus tard ».

Si votre patient devient trop familier, sachez fixer certaines limites : « Vous savez, il serait inapproprié de discuter de mes problèmes personnels avec vous. Je suis ici pour vous aider, donc concentrons-nous sur votre problème ».

<sup>2</sup> En France, il est rarement demandé, en pratique, la présence d'une tierce personne. Cependant, il peut être judicieux de le faire en cas de difficultés avec le patient ou son entourage. (NdT)

Anna R. Dover  
J. Alastair Innes  
Karen Fairhurst

# 3

## Aspects généraux de l'examen clinique

1. Principes généraux de l'examen clinique 20

2. Préparer l'examen physique 20

3. Étapes pour effectuer un examen physique 21

4. Observations initiales 22

A. Démarche et posture 22

B. Expression faciale et discours 23

5. Mains 23

6. Peau 25

7. Langue 29

8. Odeurs 29

9. Caractéristiques physiques et état nutritionnel 30

A. Poids 30

B. Taille 30

C. État d'hydratation 30

10. Masses et ganglions lymphatiques 32

11. Diagnostics au premier coup d'œil 35

A. Anomalies chromosomiques majeures 35

## 1. Principes généraux de l'examen clinique

L'interrogatoire et l'examen clinique sont artificiellement séparés durant l'enseignement médical afin d'encourager les étudiants à développer une approche structurée de la collecte d'informations. En réalité, l'examen clinique commence au moment où vous apercevez votre patient et un clinicien expérimenté peut remarquer des signes de maladie, tels que des anomalies subtiles du comportement, de la démarche ou de l'apparence, avant même que la consultation ne commence formellement. Le clinicien peut être assimilé à un détective recherchant des indices, et l'examen physique du patient peut alors être considéré en lui-même comme une enquête !

Historiquement, une grande importance était accordée à la valeur de l'observation empirique des patients dans la formulation d'hypothèses diagnostiques. Les avancées technologiques ont conduit à une importance de plus en plus déterminante des examens radiologiques ou biologiques dans l'établissement du diagnostic, parfois même réalisés au lit du patient (appareil d'échographie portatif ou examen sanguin capillaire), ce qui pose la question de l'utilité de l'examen clinique dans la pratique moderne. Néanmoins, l'importance d'effectuer un examen physique méthodique et précis ne doit pas être sous-estimée. Le caractère variable dans le temps de certains signes cliniques et la nécessité de surveiller leur évolution par des examens au lit répétés avec des praticiens différents confirment le caractère crucial d'une approche standardisée et reproductible de l'examen clinique. De plus, l'interprétation des examens complémentaires (par exemple la détection d'un œdème pulmonaire sur une radiographie thoracique dans un contexte d'infarctus du myocarde) est sujette à des variations entre praticiens, tout comme peut l'être l'interprétation des signes cliniques (comme les crépitations à l'auscultation pulmonaire). Par ailleurs, l'utilité de nombreux examens complémentaires dépend fortement de la probabilité diagnostique pré-test (probabilité que la maladie soit présente avant que le test ne soit réalisé; voir [chap. 20](#)), qui dépend des informations recueillies durant l'interrogatoire et l'examen physique. Enfin, il existe de multiples pathologies ou syndromes qui peuvent être diagnostiqués simplement par un tableau clinique caractéristique. Ainsi, grâce à une maîtrise structurée de l'examen clinique, le clinicien augmente la fiabilité et la précision de l'évaluation, ce qui, associé à des examens complémentaires appropriés, mènera à un diagnostic précis.

## 2. Préparer l'examen physique

Il est important de vous préparer, vous et votre patient, pour l'examen physique. En tant que clinicien, vous devez prendre les précautions nécessaires pour assurer à votre patient une pleine attention, dans un environnement préservé du bruit, des distractions et interruptions. Présentez-vous systématiquement au patient, serrez-lui la main (cela peut vous procurer un indice diagnostique; [encadré 3.1](#) et voir plus loin) et demandez-lui la permission de mener la consultation. Assurez-vous que vous avez tout le matériel approprié et fonctionnel ([encadré 3.2](#)) et que vous avez respecté les règles d'hygiène des mains ([fig. 3.1](#)). Comme évoqué au [chapitre 1](#), la confidentialité est essentielle lorsque vous examinez un patient; assurez-vous au minimum que les rideaux soient tirés autour de son lit; préférez autant que possible une pièce séparée pour éviter d'être entendu. Demandez l'autorisation au patient de procéder à l'examen. Proposez-lui la présence d'une tierce personne le cas échéant,

### Encadré 3.1 Informations glanées en serrant la main du patient

Signes cliniques	Diagnostic
Mains froides et moites	Anxiété
Mains froides et sèches	Phénomène de Raynaud
Mains chaudes et moites	Hyperthyroïdie
Mains larges, charnues et moites	Acromégalie
Peau épaisse et sèche	Exposition à l'eau régulière Travailleur manuel Hypothyroïdie
Retard à la relaxation de la main	Dystrophie myotonique
Mains/doigts déformés	Traumatisme Polyarthrite rhumatoïde Maladie de Dupuytren

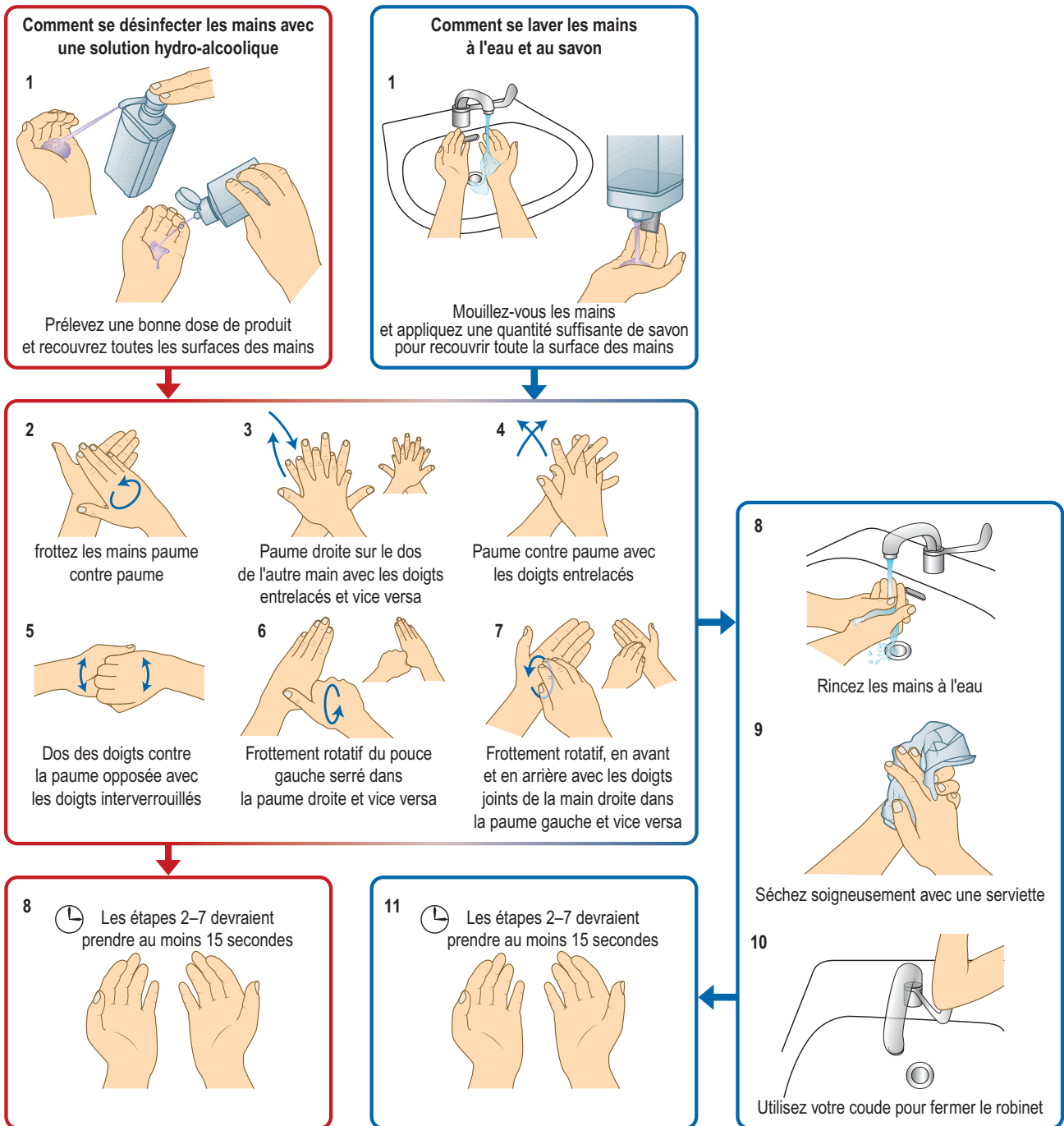
### Encadré 3.2 Équipement nécessaire à un examen complet

- Stéthoscope
- Lampe de poche
- Mètre à ruban
- Ophtalmoscope
- Otoscope
- Tensiomètre (sphygmomanomètre)
- Marteau réflexe
- Diapason
- Coton
- Monofilament
- Abaisse-langue
- Thermomètre
- Verre grossissant
- Balance et toise précises
- Équipement de protection personnel (gants et tablier jetable)
- Installations pour réaliser prélèvements sanguins et urinaires

pour éviter les malentendus et fournir un soutien et des encouragements au patient. Que le médecin et le patient soient ou pas du même sexe, il peut être judicieux de proposer la présence d'une tierce personne avant de procéder à un examen intime (seins, pelvis, rectum). Cette présence est également conseillée si le patient a une personnalité anxieuse ou vulnérable, s'il y a eu d'éventuelles incompréhensions dans le passé, ou si des facteurs culturels ou religieux nécessitent une approche différente de l'examen clinique. Notez dans le dossier la présence et le nom de cette personne. Si le patient décline l'offre, respectez son choix et notez-le dans le dossier. Invitez, avec tact, les proches à quitter la pièce avant de procéder à la consultation, à moins que le patient ne soit très inquiet et ne demande à ce qu'ils restent. Un parent ou un tuteur devra toujours être présent durant l'examen d'un enfant (voir [chap. 15](#)).

La pièce doit toujours être chaude et bien éclairée. Des anomalies subtiles du teint comme un ictère sont plus faciles à détecter avec une lumière naturelle. La hauteur de la table d'examen ou du lit doit être réglable avec, si nécessaire, un marche-pied pour permettre aux patients de monter plus facilement. Un dossier réglable est essentiel, particulièrement pour les patients dyspnéiques qui ne peuvent pas s'allonger à plat. Il est classique d'examiner un patient allongé en se plaçant à sa droite. Assurez-vous que le patient est confortablement installé avant de débiter l'examen.

Demandez avec tact son autorisation pour exposer les zones à examiner de façon adéquate. Couvrez les autres parties du corps avec une couverture ou un drap pour les protéger du froid. Évitez toute exposition inutile ou embarrassante. Un patient appréciera souvent de pouvoir remettre son haut après



**Fig. 3.1** Techniques de lavage des mains. Source : WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care ; [http://www.who.int/gpsc/clean\\_hands\\_protection/en/](http://www.who.int/gpsc/clean_hands_protection/en/) © World Health Organization 2009. Tous droits réservés.

un examen pulmonaire avant de procéder à l'examen abdominal. Restez à tout moment poli envers le patient et soyez vigilant aux aspects de l'examen qui pourraient engendrer de la souffrance ou de l'inconfort. Tenez compte de toute anxiété ou inquiétude signalée par le patient durant la consultation.

### 3. Étapes pour effectuer un examen physique

L'objectif de l'examen physique est de rechercher la présence, ou l'absence, de signes physiques confirmant ou réfutant les hypothèses diagnostiques formulées suite à l'interrogatoire.

L'ampleur de l'examen dépendra des symptômes recherchés et des circonstances de l'entretien. Souvent, durant une consultation ciblée brève (une céphalée chez le médecin généraliste), un seul système (neurologique dans ce cas) sera examiné. Cependant, dans d'autres circonstances, un examen physique détaillé sera nécessaire (voir chap. 20).

Il n'y a pas une façon unique de réaliser un examen physique, mais une approche systématique standardisée permet de s'assurer que rien n'est omis. L'expérience vous permettra de développer votre style et une séquence d'examen personnalisée. Dans l'ensemble, tout examen systématique implique d'observer le patient (par exemple modification de la peau, cicatrices, respiration ou pulsations anormales), de poser les mains sur le patient pour palper (toucher), percuter (en tapant sur le corps) et, enfin,

d'utiliser un stéthoscope, si nécessaire, afin d'écouter l'organe concerné. Cette approche structurée peut être résumée par :

- inspection ;
- palpation ;
- percussion ;
- auscultation.

## 4. Observations initiales

L'examen physique débute au moment où vous voyez le patient. Débutez par une évaluation rapide de son état général. Votre évaluation clinique pourrait avoir à être adaptée devant un patient présentant des signes cliniques de gravité ou mourant. Ainsi, un patient présentant une défaillance grave d'organe pourrait nécessiter d'être réorienté en urgence avant que le diagnostic de fond ne soit trouvé (voir chap. 18). Des systèmes d'alerte précoce (incluant l'évaluation des signes vitaux : pouls, pression artérielle, fréquence respiratoire et saturation en oxygène, température, niveau de conscience et échelle d'évaluation de la douleur) sont utilisés en routine pour évaluer la gravité des patients et aider à déterminer la sévérité et l'urgence de la pathologie (voir chap. 18). Si votre patient est anxieux ou douloureux, la priorité sera de le soulager par un traitement efficace avant une évaluation plus poussée, bien qu'une évaluation simultanée de la cause de la douleur soit clairement importante.

Chez les patients stables ou en bon état général, une évaluation plus classique peut débiter. Observez le patient avant que la consultation ne débute. Comment semble-t-il se porter ? Quelle est son attitude ? Est-il assis confortablement à lire, à téléphoner ou semble-t-il renfermé, anxieux ou confus ?

Observez sa tenue vestimentaire. Est-il habillé de façon appropriée ? Les vêtements donnent des indices sur la personnalité, l'état d'esprit et la situation sociale au même titre que l'état physique. Les patients présentant une perte de poids récente porteront souvent des vêtements trop amples ou lâches. Existe-t-il des signes de négligence de soi (qui peuvent sous-tendre l'existence de facteurs favorisants tels que des troubles cognitifs, une limitation de la motricité, une dépendance à l'alcool ou aux drogues) ou une tenue inappropriée ? Par exemple, un patient se présentant pour une hyperthyroïdie pourrait porter des vêtements d'été malgré la saison hivernale du fait d'une sensation de chaleur importante.

Certains accessoires du patient (par exemple un patient diabétique porteur d'une pompe à insuline, un patient insuffisant respiratoire chronique avec une bouteille d'oxygène) ou sur le côté du lit (prothèses auditives sur la table de nuit, débitmètre de pointe ou inhalateurs), vous renseigneront sur sa situation médicale. Notez les aides à la marche, une chaise percée ou un fauteuil roulant qui vous indiquent ses capacités fonctionnelles. Notez également tous les tatouages ou piercings. Ceux-ci sont parfois associés à une exposition ancienne à un risque infectieux, mais peuvent aussi renseigner sur les antécédents du patient (fig. 3.2). Assurez-vous de repérer les marques d'injections intraveineuses (consommateurs de drogues intraveineuses) ou les cicatrices linéaires (généralement transverses) récentes ou antérieures liées à une automutilation (fig. 3.3 et 3.4).

### A. Démarche et posture

Si le patient peut se déplacer, observez comment il se lève de sa chaise et marche vers vous. Utilise-t-il des aides à la marche ?

Sa démarche est-elle normale ou présente-t-il des signes de douleur, de limitation de la motricité ou de faiblesse ? Des anomalies de la marche sont parfois des signes pathognomoniques de maladies neurologiques ou neuromusculaires, comme une marche « fauchante » qui peut faire évoquer un accident vasculaire cérébral, une marche pseudo-ébrioise lors d'une atteinte cérébelleuse, ou la marche dans les syndromes parkinsoniens (voir fig. 7.17D). Relevez tout mouvement anormal comme un tremblement (par exemple dans le sevrage alcoolique), une dystonie (pouvant être un effet secondaire potentiel des neuroleptiques), ou une chorée (mouvements saccadés et involontaires, caractéristiques de la maladie de Huntington).



Fig. 3.2 Les tatouages peuvent être révélateurs.



Fig. 3.3 Marques linéaires d'injections intraveineuses au pli du coude droit.



Fig. 3.4 Cicatrices d'automutilation (coupures).

**Encadré 3.3 Expressions faciales guidant le diagnostic**

Signes cliniques	Diagnostic
Expressions pauvres	Syndrome parkinsonien
Expression d'effroi	Hyperthyroïdie
Apathie, pauvreté des expressions et limitation des contacts visuels	Dépression
Apathie, avec peau pâle et bouffie	Hypothyroïdie
Expression agitée	Anxiété, hyperthyroïdie, hypomanie

Des postures ou mouvements anormaux peuvent aussi être un indicateur de l'état général du patient ou révéler des signes de douleur, faiblesse, désordre psychique ou émotionnel.

**B. Expression faciale et discours**

Comme la démarche et la posture, les expressions du visage et la façon dont le patient interagit avec vous peuvent être un indicateur du bien-être physique et psychique de ce dernier (encadré 3.3). Une réticence à s'engager dans la consultation peut indiquer une dépression, une anxiété, une peur, une colère ou une peine sous-jacente. Il est important d'identifier ces émotions afin de s'assurer que les besoins physiques et psychiques du patient seront traités efficacement. Une bonne humeur excessive peut aussi cacher une dépression ou une anxiété sous-jacente. La pathologie en elle-même peut affecter le comportement du patient : une atteinte du lobe frontal ou un trouble bipolaire peuvent induire une désinhibition, alors que des expressions pauvres du visage orienteront vers une dépression ou une maladie de Parkinson. Les signes physiques pouvant être observés sur le visage au cours de maladies sont indiqués ci-dessous (voir encadré 3.9).

Soyez attentif aux anomalies de la parole, comme une dysarthrie (peut être due à l'alcool ou une maladie du motoneurone), une voix enrouée (peut être constatée dans les atteintes du nerf récurrent) ou des anomalies de la fluence verbale (débit élevé dans l'hyperthyroïdie, lent dans l'hypothyroïdie).

**5. Mains**

Débuter votre entretien en serrant la main du patient est un geste élémentaire de courtoisie, mais peut aussi être révélateur de signes intéressants (voir encadré 3.1). La dystrophie myotonique de Steinert, qui est une maladie rare, entraîne une difficulté à relâcher la poignée de main (due à un retard à la relaxation musculaire). Un patient présentant une maladie neurologique peut être incapable de vous serrer la main, ou avoir des signes d'atrophie musculaire ou un tremblement. L'examen détaillé des mains est décrit au chapitre 13 (« Main et poignet »); cependant, une inspection et une palpation brèves peuvent être très révélatrices.

**Déformation**

Une déformation peut indiquer une paralysie neurologique ou une pathologie articulaire (comme une déviation ulnaire des articulations métacarpophalangiennes au cours d'une polyarthrite rhumatoïde ancienne; voir fig. 13.22). Les polyarthrites impliquent souvent les petites articulations des mains. La polyarthrite rhumatoïde touchera typiquement les métacar-



Fig. 3.5 Maladie de Dupuytren.



Fig. 3.6 Paumes normales. Africain (à gauche) et Européen (à droite).

pophalangiennes ou les interphalangiennes proximales (voir fig. 13.22), alors que l'arthrose et le rhumatisme psoriasique affecteront les interphalangiennes distales (voir fig. 13.8). Une atrophie des petits muscles de la main est classique dans la polyarthrite rhumatoïde, entraînant un aspect « en gouttière » de la face dorsale de la main, et s'observe également dans le cas d'une cervicarthrose responsable d'un conflit radiculaire. Dans le syndrome du canal carpien, la compression du nerf médian induit une atrophie de l'éminence thénar, qui peut aussi être observée en cas d'atteinte de la racine T1 (voir fig. 13.23).

La maladie de Dupuytren est liée à un épaississement de l'aponévrose palmaire superficielle responsable de déformations fixées en flexion, affectant généralement le 4<sup>e</sup> et le 5<sup>e</sup> doigt (fig. 3.5). L'arachnodactylie (doigts longs et fins) est typique du syndrome de Marfan (voir fig. 3.21B). Les traumatismes sont la cause la plus fréquente de déformation des mains.

**Couleur**

Les modifications de la couleur des mains peuvent aussi être révélatrices : recherchez une cyanose périphérique du lit de l'ongle ou des taches de tabac sur les doigts (voir fig. 5.8). Examinez la pigmentation des plis cutanés, bien qu'une pigmentation soit normale chez de nombreux patients non caucasiens (fig. 3.6).

**Température**

La température de la main du patient est un bon indicateur de la perfusion périphérique. Au cours d'une bronchopneumopathie chronique obstructive, les mains peuvent être cyanosées, du fait d'une diminution de la saturation artérielle en oxygène, et

chaudes en raison de la vasodilatation liée à la concentration artérielle élevée en dioxyde de carbone. Lors d'une défaillance cardiaque, les mains sont souvent froides et cyanosées du fait de la vasoconstriction périphérique en réponse à la diminution du débit cardiaque. En cas d'insuffisance cardiaque à débit élevé, comme dans une hyperthyroïdie, les mains peuvent également être chaudes.

## Peau

Les modifications de la peau peuvent vous indiquer une maladie systémique. Par exemple, une acromégalie peut se manifester par une peau épaissie et des mains larges (voir [fig. 10.9](#)), et une sclérodémie systémique par une peau fine et tendue associée à des dépôts calciques (calcinose sous-cutanée) (voir [fig. 3.30C](#) et [13.6](#)). Les mains peuvent aussi vous donner des indices sur le mode de vie du patient : les travailleurs manuels peuvent présenter des callosités spécifiques en raison de la pression sur des points caractéristiques, tandis que des mains peu utilisées seront douces et lisses.

## Ongles

Les ongles peuvent être affectés dans de multiples maladies systémiques. L'[encadré 3.4](#) et la [figure 3.7](#) résument les modifications des ongles observables lors de l'examen clinique et les maladies systémiques à suspecter.

L'hippocratisme digital est un gonflement non douloureux des tissus mous des phalanges terminales associé à une augmentation de la convexité des ongles ([fig. 3.8](#)). L'hippocratisme est généralement symétrique, peut toucher les orteils et être unilatéral dans le cas d'une atteinte vasculaire proximale,

comme un shunt artérioveineux chez un patient dialysé. Il est parfois d'origine congénitale; cependant, dans 90 % des cas, il révèle une maladie sous-jacente sévère ([encadré 3.5](#)). L'hippocratisme peut régresser avec l'amélioration de la pathologie sous-jacente.

## Étapes de l'examen

- Examinez le pourtour du lit de l'ongle sur le côté de chaque doigt. Observez la phalange distale, l'ongle et son lit :
  - estimez l'épaisseur du doigt au niveau de l'articulation interphalangienne distale (celle-ci correspond à l'épaisseur antéropostérieure plutôt que la largeur du doigt). Répétez cela au niveau du lit de l'ongle;
  - évaluez l'angle du lit de l'ongle ([fig. 3.9A](#)).
- Demandez au patient de placer les ongles correspondants de chaque doigts (annulaires) dos à dos et observez entre les lits des ongles l'espace normal en forme de « diamant » (signe de la fenêtre de Schamroth; [fig. 3.9B](#)).
- Placez vos pouces sous la pulpe de la phalange distale et utilisez alternativement vos index pour rechercher des mouvements des ongles sur le lit de l'ongle ([fig. 3.9C](#)).

Un hippocratisme digital est probable si :

- le rapport d'épaisseur interphalangien est  $> 1$  (c'est-à-dire que le doigt est plus épais au niveau du lit de l'ongle qu'au niveau de l'articulation interphalangienne distale; [fig. 3.9A](#));
- l'angle du lit de l'ongle est  $> 190^\circ$  ([fig. 3.9A](#));
- le signe de la fenêtre de Schamroth est absent ([fig. 3.9B](#)).

### Encadré 3.4 Les ongles au cours des maladies systémiques

Modification de l'ongle	Description de l'ongle	Hypothèses diagnostiques
Lignes de Beau	Sillons transverses (voir <a href="#">fig. 3.7B</a> )	Après toute pathologie sévère systémique ayant affecté la croissance de l'ongle
Hippocratisme digital	Disparition de l'angle entre le plat de l'ongle et ses rebords (voir <a href="#">fig. 3.8</a> )	Atteinte cardiaque, respiratoire ou hépatique sévère (voir <a href="#">encadré 3.5</a> )
Leuconychie	Points, stries ou décoloration blanche complète (voir <a href="#">fig. 3.7C</a> )	Traumatisme, infection, intoxication, chimiothérapie, carence vitaminique
Ongles de Lindsay ou équisegmentés hyperazotémiques	Ongles mi-blanc/mi-brun (« half and half nails ») (voir <a href="#">fig. 12.7</a> )	Insuffisance rénale chronique
Koïlonychie	Déformation en cuillère du plat de l'ongle (voir <a href="#">fig. 3.7D</a> )	Carence en fer, lichen plan, exposition répétée aux détergents
Lignes de Muehrcke	Lignes blanches transverses et étroites (voir <a href="#">fig. 12.6</a> )	Perte ou diminution de la synthèse protéique
Télangiectasies de la base de l'ongle (mégacapillaires)	Dilatation capillaire et érythème de la base de l'ongle (voir <a href="#">fig. 14.13B</a> )	Connectivites dont sclérodémie systémique, dermatomyosite, lupus érythémateux systémique
Onycholyse	Ongle séparé du lit de l'ongle (voir <a href="#">fig. 3.7A</a> )	Psoriasis, infection fongique, traumatisme, thyroïdite, tétracyclines (photo-onycholyse)
Onychomycose	Épaississement blanc, jaune ou brun du plat de l'ongle	Infection fongique
Ponctuations	Ongles ponctués de façon fine ou grossière (voir <a href="#">fig. 3.7A</a> )	Psoriasis (pouvant être associé à une onycholyse, un épaississement et des stries), eczéma, lichen plan et pelade
Hémorragies en flammèche	Petites stries rouges longitudinales du plat de l'ongle (voir <a href="#">fig. 4.5B</a> )	Traumatisme, endocardite infectieuse
Ongles jaunes	Décoloration et épaississement jaune (voir <a href="#">fig. 14.13C</a> )	Syndrome des ongles jaunes