



Tutorat 2024-2025



FORMATION EN SOINS
INFIRMIERS
PREFMS CHU DE TOULOUSE
Rédaction 2023-2024

Semestre 2

UEC 26
Sémiologie

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé et de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne subsiste pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

L'examen clinique général

I. DEFINITIONS	3
II. LES GRANDS PRINCIPES DU RAISONNEMENT CLINIQUE	3
1. UN RAISONNEMENT EN DEUX TEMPS.....	3
2. LE DEROULE DE L'ENQUETE.....	4
III. L'EXAMEN CLINIQUE GENERAL.....	4
1. LE TERRAIN ET LE CONTEXTE.....	4
2. L'ANAMNESE, L'HISTOIRE DE LA MALADIE	4
3. LES SIGNES GENERAUX.....	4
4. LES SIGNES FONCTIONNELS	4
5. L'INTERROGATOIRE	5
6. L'EXAMEN PHYSIQUE	5
IV. L'OBSERVATION.....	5
1. DOCUMENT MEDICO-LEGAL.....	5
V. HIERARCHISATION DES HYPOTHESES	5
1. LE RASOIR D'OCKHAM PLUTOT QUE LA SYPHILIS ET LE BAR TABAC	6
2. LE SIGNE PATHOGNOMONIQUE	6
3. LA METHODE PROBABILISTE	6

I. Définitions

La **santé**, selon l'OMS est un état de bien être total physique, social et mental de la personne. Ce n'est pas la simple absence de maladie ou d'infirmité.

La **maladie** (lat. *male habitus*) est une altération d'une fonction ou de la santé d'un être vivant. Elle se manifeste par des signes.

Un **signe** est la manifestation d'une maladie constatée par un médecin, il y a des signes généraux, des signes fonctionnels et des signes physiques.

Un **symptôme** (gr. *sun piptein*) est un signe, *stricto sensu*, un signe fonctionnel, ressenti par le patient.

Un **syndrome** (gr. *sundromê*) est une réunion d'un groupe de signes qui se produisent en même temps dans un certain nombre de maladies.

La **sémiologie** (gr. *sêmeion logos*) est l'étude des signes des maladies.

La **nosologie** (gr. *nosos logos*) est l'étude des caractéristiques des maladies qui permettent de les différencier et de les classer.

L'**étiologie** (gr. *aïtia logos*) est l'étude des causes des maladies.

Le **raisonnement clinique** est une réflexion lors de la rencontre avec un patient qui aboutit à une ou des décision(s).

La **décision** engage la responsabilité du praticien et répond aux trois questions du patient : diagnostic, pronostic, traitement (surveillance et traitement médicamenteux ou non).

II. Les grands principes du raisonnement clinique

Le raisonnement clinique de base ou le **modèle hypothético-déductif** est basé sur les principes de logique aristotélicienne (inférence par déduction) appliqués au champ de la médecine au XIX^{ème} siècle avec la méthode anatomo-clinique empreinte du déterminisme expérimental.

« *Tous les hommes sont mortels. Socrate est un homme. Donc Socrate est mortel.* »

1. Un raisonnement en deux temps

Il y a d'abord l'analyse :

- **Se faire raconter la scène** du crime : présentation et personnalité du patient, plaintes du patient, histoire de la maladie (anamnèse)
- Rechercher des **indices supplémentaires** (signes ou symptômes) : interrogatoire (permet le diagnostic dans 70-80 % des cas), l'examen physique et les examens complémentaires

Puis il y a la **synthèse** :

- Regroupement des signes/symptômes en syndromes

- Génération d'hypothèses concernant le ou les coupables (maladies)
- Classement des hypothèses de la plus probable à la moins probable
- Conclusion : identification du coupable (diagnostic), jugement (pronostic), condamnation (décision thérapeutique)

2. Le déroulé de l'enquête

Le déroulé de l'enquête commence par une **problématique** (motif de consultation), puis il y a l'**examen clinique** :

- terrain et contexte
 - anamnèse
 - signes généraux
 - signes fonctionnels
 - signes physiques
- } Interrogatoire : apporte la solution dans 70-80 % des cas

Et enfin, il y a les **examens paracliniques** pour aboutir au **diagnostic**.

III. L'examen clinique général

1. Le terrain et le contexte

- Âge, genre, profession, mode de vie (sujet âgé +++)
- Contage infectieux, voyages
- Habitus : intoxications (alcool, tabac, drogues), alimentaires, sexuels, animaux et loisirs
- Antécédents : familiaux, personnels (médicaux, chirurgicaux, obstétricaux, allergies)
- Exposition médicamenteuses (dont automédication) +++

2. L'anamnèse, l'histoire de la maladie

- **Aspect chronologique** très important
- Ce que raconte le patient
- Ce qui est écrit
- Aspect très technique : prendre l'utile, prendre le vrai, orienté par les premières hypothèses diagnostiques
- A prendre avec précaution dans les cas complexes +++

3. Les signes généraux

- Asthénie
- Amaigrissement
- Anorexie

S'il y a au moins 2 de ces signes : **altération de l'état général**

- Syndrome fébrile

4. Les signes fonctionnels

- Ce sont les **plaintes** ressenties par le patient
- **Appareil par appareil** : cardiovasculaire, respiratoire, digestif, neurologique, rhumatologique, gynécologique, urologique, dermatologique, ORL, ophtalmologique
- Chaque plainte doit être précisée selon ses caractéristiques propres
- Il faut commencer par le ou les organe(s) en souffrance
- Plainte la plus fréquente : **douleur**

5. L'interrogatoire

« Écoutez votre patient, il détient le diagnostic »

Lors de l'interrogatoire, il y a des **contraintes** : le patient n'est pas personnel de santé et des contraintes de temps.

Il y a aussi un **dialogue**, il faut poser des questions compréhensibles ouvertes ou fermées pour infirmer ou confirmer clairement les hypothèses et reformuler les réponses pour vérifier les informations.

Et il faut **aller à l'essentiel** mais ne pas méconnaître des signes clés, il faut s'en tenir aux faits et vérifier les informations tout au long de l'examen.

6. L'examen physique

L'examen physique est ce que l'on mesure **objectivement**.

Il y a la prise des **constantes** : poids et taille, tension artérielle systolique et diastolique, pouls, température et \pm saturation en O₂ et diurèse.

Il y a **4 temps** dans l'examen physique : inspection, palpation, percussion, auscultation et il se fait appareil par appareil.

IV. L'observation

1. Document médico-légal

L'observation fait partie du dossier médical : « mémoire écrite des informations cliniques, diagnostiques et thérapeutiques d'un malade, constamment mis à jour » et doit être **consultable par le patient**.

Article R.1112-3 du CSP : « Chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du patient avec son nom, son prénom, sa date de naissance ou son numéro d'identification, ainsi que l'identité du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations. »

Tout commence par l'**identité du patient** (étiquette/nom, prénom, date de naissance), l'**identité du rédacteur** (nom, prénom, fonction, date, heure, signature) et le **motif** de consultation/hospitalisation.

Une observation est **nominative**, datée et signée et est le reflet du raisonnement médical. Elle se termine par l'émissions d'hypothèses et leur hiérarchisation puis par l'**évolution chaque jour**.

V. Hiérarchisation des hypothèses

Les **trois principes fondamentaux** sont : le principe du rasoir d'Ockham, la recherche de signe pathognomonique et les probabilités conditionnelles.

1. Le rasoir d'Ockham plutôt que la syphilis et le bar tabac

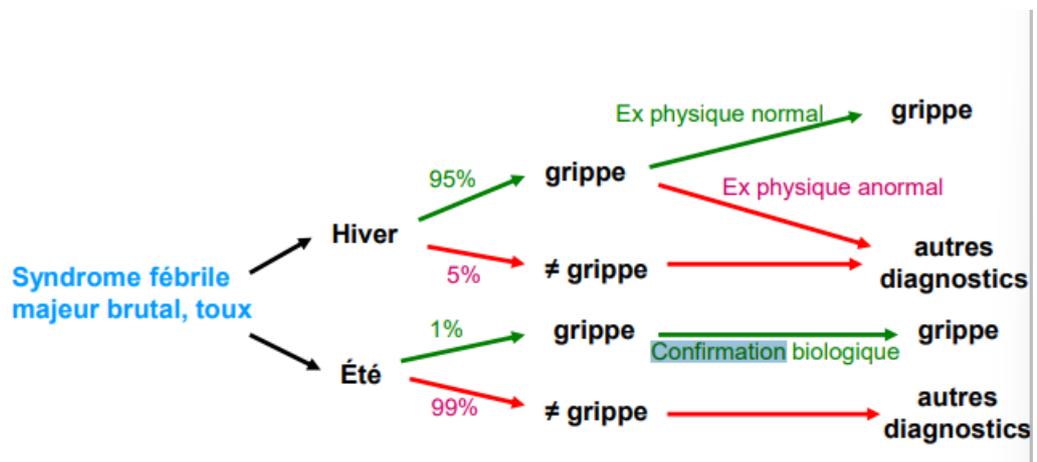
Guillaume d'Ockham est un logicien et théologien franciscain qui a introduit le principe de **parcimonie**.

2. Le signe pathognomonique

- Un signe qui « signe » la maladie
- **Syllogisme causal déductif** par excellence :
 - Seule cette maladie peut donner tel signe
 - Mon malade présente ce signe
 - Donc mon malade a cette maladie

3. La méthode probabiliste

- Se fait intuitivement dans l'esprit du médecin
- Dépend :
 - Du **contexte**
 - De la **fréquence** de la maladie +++
 - De la **présence** de tel ou tel **signe-clé** (voire pathognomonique)
 - De l'absence de tel ou tel signe-clé des autres hypothèses (diagnostics différentiels)
- Probabilités conditionnelles (Bayes)



- Logiciels d'aide à la décision médicale, qui en aucun cas ne peuvent substituer à l'intelligence du clinicien