

L'examen clinique

Signes, mécanismes, recommandations

Dr François Houyengah

Septembre 2026

Table des matières

1	Avant-propos	2
2	Partie I — L'interrogatoire	2
2.1	Identité et identitovigilance	2
2.2	Profession et expositions	2
2.3	Le monologue du malade	3
2.4	Le dialogue : caractériser le symptôme	3
2.5	Orientation par appareil	3
2.6	Poids, sommeil, altération de l'état général	4
2.7	Mode de vie et contexte	4
2.8	Antécédents, explorations, vaccinations, traitements	4
2.9	Récapitulatif : les dix temps de l'interrogatoire	5
3	Partie II — L'examen physique	5
3.1	Conditions de l'examen et consentement	5
3.2	L'inspection : le regard comme premier instrument	6
3.3	Principe général : l'examen est complet	6
3.4	Le thorax	6
3.5	L'abdomen	8
3.6	Organes génitaux et toucher rectal	10
3.7	Les membres inférieurs	11
3.8	Les membres supérieurs	13
3.9	Le cou	13
3.10	La tête	14
3.11	Les situations où l'examen bascule dans l'urgence	16
4	Partie III — La rédaction de l'observation	16
4.1	Principes et en-tête	16
4.2	L'histoire de la maladie	16
4.3	Antécédents et examen	17
4.4	La paraclinique	17
4.5	Le suivi quotidien	17
4.6	Le résumé et la lettre de liaison	17
5	Conclusion	18
6	Annexe A — Du signe au mécanisme	18

7 Annexe B — Repères chiffrés	19
8 Annexe C — Sources et points à valider avant diffusion	19
Index des mots-clés	21

1 Avant-propos

L'examen clinique se fait en trois temps : l'interrogatoire, l'examen physique, la rédaction de l'observation. Sans rédaction d'observation, pas de mémoire, pas de trace : tout disparaît.

Cette fiche reprend ce plan, mais elle y ajoute systématiquement deux choses. D'abord le mécanisme : pourquoi tel signe existe, ce qu'il traduit sur le plan physiologique ou physiopathologique. Un signe dont on connaît le mécanisme est un signe que l'on cherche mieux, que l'on interprète mieux, et dont on connaît les pièges. Ensuite le cadre réglementaire et les recommandations de la Haute Autorité de santé, lorsqu'elles fixent un seuil, une conduite ou une obligation.

Trois types d'encadrés jalonnent le texte : *Mécanisme* pour la physiologie et la physiopathologie, *Recommandation* pour les références HAS et réglementaires, *Alerte* pour les situations où l'examen bascule dans l'urgence.

2 Partie I — L'interrogatoire

2.1 Identité et identitovigilance

Trois questions ouvrent l'entretien. La première porte sur l'état civil : nom de naissance, prénom, date de naissance. Chez la femme mariée, insister sur le nom de naissance. Aller jusqu'au lieu de naissance et à l'adresse.

Identifier son malade est le premier acte médical. Lorsque le patient arrive dans un état qui ne permet pas cet échange — démence, troubles de la conscience — il faut se rapprocher des accompagnants et rechercher sur lui des pièces d'identité.

Recommandation — identitovigilance

Le référentiel national d'identitovigilance (RNIV) définit les traits stricts de l'identité numérique en santé : nom de naissance, premier prénom de naissance, date de naissance, sexe, lieu de naissance codé INSEE. Ces traits sont ceux de l'identité nationale de santé (INS), qualifiée à partir d'un dispositif d'identité à haut niveau de confiance. Le nom d'usage n'est jamais un trait strict : il se renseigne à côté, jamais à la place.

Un patient mal identifié, c'est un dossier qui se dédouble, des résultats qui s'égarent, un antécédent que l'on ne retrouve pas, et un séjour dont l'information médicale est inexploitable.

2.2 Profession et expositions

Quelle est la profession en cours ? Quelles étaient les professions antérieures ? La question n'est pas administrative. Elle ouvre le chapitre des expositions — amiante, poussières, solvants, bruit, port de charges — dont la latence peut atteindre plusieurs décennies. Une profession oubliée à l'interrogatoire est un diagnostic étiologique perdu, et parfois une reconnaissance en maladie professionnelle perdue pour le patient.

2.3 Le monologue du malade

Quels sont les symptômes qui amènent le patient à consulter ? Parmi eux, quel est le plus important ? De quoi se plaint-il exactement ?

Nous sommes ici dans une situation stable : le patient n'est ni choqué, ni dans le coma. Il faut le laisser parler. C'est le monologue du malade. Il décrit ses troubles, et il est préférable de l'écouter sans l'interrompre. De temps en temps seulement, on place quelques mots pour préciser : quand les symptômes sont-ils apparus ? Sont-ils permanents ? Majorés par tel effort, calmés par telle attitude ?

Dans le même temps, observer le faciès et le timbre de la voix. Le monologue oriente déjà vers le diagnostic, ou vers les diagnostics.

2.4 Le dialogue : caractériser le symptôme

Le récit permet parfois à lui seul de porter le diagnostic. Le plus souvent, il n'a qu'une valeur d'orientation ; les questions suivantes apportent la précision. Ce qu'il faut faire préciser, c'est la nature exacte du symptôme, car le malade ignore la signification des termes médicaux.

Dans l'asthme : comment décrire la dyspnée ? C'est une difficulté respiratoire de type expiratoire, le patient est bloqué, il n'arrive pas à faire sortir l'air de ses poumons. Devant des diarrhées, faire préciser le type de selles, la fréquence, la date de début. Devant une douleur, le côté, la date d'apparition, la durée, la majoration à l'effort.

À rechercher systématiquement :

- les circonstances d'apparition ;
- l'horaire ;
- la durée ;
- le siège ;
- une irradiation éventuelle ;
- le type : pesanteur, torsion, brûlure ;
- ce qui exagère la symptomatologie ;
- ce qui la calme : repos, attitude particulière, décubitus ;
- le lien avec l'alimentation ou les médicaments pour une douleur abdominale.

Mécanisme — l'irradiation et la douleur projetée

Les afférences viscérales et les afférences somatiques d'un même métamère convergent sur les mêmes neurones de la corne postérieure de la moelle. Le cortex, incapable de distinguer l'origine du message, l'attribue au territoire cutané qu'il connaît le mieux. C'est pourquoi la douleur coronarienne (T1 à T4) se projette au bras gauche, à la mâchoire et à l'épigastre, et pourquoi une irritation diaphragmatique se projette à l'épaule par le nerf phrénique (C3 à C5) : c'est le signe de Kehr. L'irradiation n'est donc pas un détail de description : elle désigne un métamère, donc un organe.

On va ensuite chercher la localisation exacte et les symptômes rattachés aux organes. Est-ce abdominal ? Urinaire ? Le patient a-t-il une dysurie, une difficulté pour uriner ? A-t-il mal en urinant ? On se fixe ainsi sur le point d'appel : le signe fonctionnel d'appel.

2.5 Orientation par appareil

En fonction de la symptomatologie, on s'oriente vers l'appareil respiratoire, circulatoire, neurologique ou digestif. Chez la femme, on se rattache également au cycle menstruel : date des dernières

règles, régularité, contraception, grossesse possible. Devant toute douleur abdominale chez une femme en âge de procréer, la grossesse extra-utérine reste le diagnostic à éliminer en premier.

2.6 Poids, sommeil, altération de l'état général

Ne jamais oublier de peser le patient et d'évaluer le sommeil.

L'altération de l'état général revient constamment dans les lettres d'adressage. Mais qu'est-ce que l'altération de l'état général ? Pour faire simple, c'est l'association de trois signes : asthénie, anorexie, amaigrissement. Devant ces trois signes, on peut parler d'altération de l'état général — et il faut aller chercher de la fièvre derrière.

Mécanisme — les trois A

Les cytokines pro-inflammatoires libérées au cours d'un processus tumoral ou infectieux chronique (TNF-alpha, IL-1, IL-6) agissent à trois niveaux : au niveau hypothalamique, elles dépriment les centres de la faim, d'où l'anorexie ; au niveau musculaire, elles activent la protéolyse et inhibent la synthèse protéique, d'où la fonte musculaire ; au niveau central, elles participent à l'asthénie. Le catabolisme est entretenu même si les apports sont maintenus : c'est pourquoi l'amaigrissement d'une AEG néoplasique ou infectieuse ne se corrige pas par la seule augmentation des apports.

Recommandation — diagnostic de dénutrition (HAS-FFN 2019 et 2021)

Le diagnostic est exclusivement clinique et repose sur l'association d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique.

Critères phénotypiques : perte de poids d'au moins 5 % en un mois ou 10 % en six mois ou 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ; IMC inférieur à 22 kg/m² après 70 ans, inférieur à 18,5 kg/m² avant 70 ans ; réduction quantifiée de la masse et de la fonction musculaires (sarcopénie confirmée après 70 ans).

Critères étiologiques : réduction de la prise alimentaire d'au moins 50 % pendant plus d'une semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de deux semaines ; malabsorption ou maldigestion ; pathologie aiguë, chronique évolutive, ou agression.

L'albuminémie n'est plus un critère diagnostique : c'est un critère de sévérité. Après 70 ans, la dénutrition est sévère si l'IMC est inférieur à 20 kg/m², ou si la perte de poids atteint 10 % en un mois ou 15 % en six mois, ou si l'albuminémie est inférieure à 30 g/L. Un IMC normal ou élevé n'exclut pas la dénutrition : obésité et dénutrition coexistent.

Le poids doit être mesuré à chaque consultation et à chaque hospitalisation, et noté dans le dossier. C'est aussi le seul moyen de coder correctement la dénutrition : sans poids tracé, sans critère écrit, le diagnostic n'existe pas, ni pour le patient ni pour le dossier.

2.7 Mode de vie et contexte

Une fois le symptôme exploré, il faut aller plus loin : habitudes alimentaires, genre de vie, soucis professionnels, surmenage intellectuel, soucis familiaux. Il faut essayer de définir le cadre. Le tabac, l'alcool et les autres consommations se quantifient ici, sans jugement, en paquets-années et en verres standards.

2.8 Antécédents, explorations, vaccinations, traitements

Antécédents personnels : traitements en cours, interventions chirurgicales, accidents. Antécédents familiaux : accident vasculaire cérébral, infarctus, cancers, maladies génétiques.

Explorations : quels examens ont déjà été réalisés ? Est-ce la première fois que le patient manifeste ces symptômes ?

Vaccinations : faire le point sur le statut vaccinal. C'est très important.

Traitements : ceux qui ont été donnés, et ceux qui sont en cours. La liste des médicaments est aussi une liste de diagnostics — et une liste de causes possibles au tableau observé. Devant toute symptomatologie nouvelle chez un polymédiqué, la iatrogénie est une hypothèse de première ligne, non un diagnostic d'élimination.

2.9 Récapitulatif : les dix temps de l'interrogatoire

1. Identitovigilance : date de naissance, nom de naissance, nom usuel à côté, lieu de naissance, adresse.
2. Le métier, et les métiers antérieurs.
3. La symptomatologie qui amène à consulter : laisser parler, c'est le monologue.
4. Faire préciser : type de douleur, rythmicité, circonstances d'apparition, irradiations.
5. Focaliser sur l'appareil qui parle : pulmonaire, cardiaque, digestif, neurologique, gynécologique, urologique.
6. Le poids, le sommeil, les habitudes alimentaires, le genre de vie.
7. Les antécédents personnels et familiaux.
8. Tout ce qui a déjà été fait : récupérer les courriers et les explorations.
9. Le statut vaccinal.
10. Les traitements.

L'interrogatoire est alors terminé.

3 Partie II — L'examen physique

3.1 Conditions de l'examen et consentement

Avant de commencer, mettre le patient en confiance. S'il est inquiet, contracté — cela se voit à son visage — il faut le détendre. Autrement l'examen ne peut pas se faire correctement : la contraction volontaire de la paroi abdominale rend toute palpation ininterprétable.

Le malade doit être examiné dans de bonnes conditions matérielles. Beaucoup d'erreurs viennent de là. Ausculter par-dessus les vêtements ne passe pas. Examiner un patient assis tout habillé sur une chaise ne passe pas. Un examen réellement conduit se fait sur un patient dénudé, dans le respect de son intimité, mais examiné dans sa totalité. Les conditions déterminent la qualité.

On ne peut pas examiner quelqu'un habillé, en pull, en hiver, debout, dans un couloir. Sauf urgence : devant une douleur thoracique typique, on appelle le 15 sans attendre et on met le patient en sécurité. En dehors de l'urgence, il faut prendre le temps. L'examen doit se faire dans le silence, avec la place nécessaire pour éviter les attitudes inconfortables.

La relation patient-médecin est une relation de confiance. Il faut annoncer au patient qu'on va l'examiner complètement et recueillir son accord. S'il n'est pas d'accord, c'est que la confiance manque ; il vaut mieux s'arrêter et l'orienter vers la personne de son choix.

Alerte — ce que l'on manque sur un patient habillé

Un cancer du sein, dont la lésion n'est pas vue. Les hématomes d'une personne battue, qui ne les montrera pas spontanément. Le purpura débutant d'un enfant fébrile : quelques éléments qui ne s'effacent pas à la vitropression, non vus, et l'enfant revient quelques heures plus

tard dans le coma. Devant toute fièvre de l'enfant, l'examen se fait entièrement déshabillé, purpura recherché sur tout le tégument. Devant un purpura fébrile extensif ou nécrotique, l'antibiothérapie parentérale est administrée immédiatement, sur place, avant le transfert.

3.2 L'inspection : le regard comme premier instrument

L'inspection est le premier examen physique : c'est l'utilisation du regard. Elle donne à elle seule des renseignements précieux.

- Le faciès : on voit tout de suite le parkinsonien, son amimie, son clignement rare.
- La marche : on repère immédiatement une coxarthrose, une claudication, un fauchage d'hémiplégie.
- Le visage : asymétrie ? dentition ?
- Le cou : goitre ?
- Les yeux : exophtalmie ? Patient chaud, de type hyperthyroïdien ? Infiltré, myxoédémateux, évoquant une hypothyroïdie ?

Le cirrhotique oriente déjà par la forme de son ventre, un teint ictérique et cireux, des télangiectasies. L'insuffisant cardiaque couché oriente par le nombre d'oreillers qu'il utilise. L'arthritique dort avec les jambes pendantes hors du lit. Le pleurétique est couché sur le côté malade.

Mécanisme — les positions antalgiques et l'orthopnée

Chaque position est un traitement que le patient s'est prescrit lui-même. En décubitus, 300 à 500 mL de sang quittent le territoire splanchnique et les membres inférieurs pour le compartiment thoracique : la précharge du ventricule droit augmente, la pression capillaire pulmonaire monte, le liquide passe dans l'interstitium, la compliance pulmonaire chute et la dyspnée apparaît. Le patient se redresse, empile les oreillers : c'est l'orthopnée, et le nombre d'oreillers en est la quantification. L'arthritique laisse pendre ses jambes parce que la position déclive diminue la pression intra-articulaire. Le pleurétique se couche sur le côté malade pour immobiliser la plèvre douloureuse et laisser ventiler le poumon sain.

3.3 Principe général : l'examen est complet

Quel que soit le trouble qui amène le malade, l'examen doit être complet. Tous les organes sont examinés successivement, et pour chaque organe on recherche avec soin tous les signes qui peuvent traduire sa souffrance.

Un signe physique n'est reconnu que s'il est cherché avec soin et dans de bonnes conditions.

On commence par l'appareil que désignent les symptômes, puis on examine successivement tous les autres, fussent-ils en apparence indemnes.

3.4 Le thorax

3.4.1 Inspection

Le patient est torse nu. Quelle est la forme du thorax ? Y a-t-il des tatouages, une circulation collatérale ? Une cyphose ? Une scoliose — qui, si elle est importante, fait le lit d'une insuffisance respiratoire restrictive ?

On observe ensuite la respiration : fréquence, amplitude, symétrie. Une fréquence respiratoire supérieure à 22 par minute est l'un des signes les plus précocement anormaux et les plus systématiquement négligés. Rechercher un tirage, la mise en jeu des muscles accessoires — scalènes, sterno-cléido-mastoïdiens — une respiration abdominale paradoxale, une cyanose.

Mécanisme — la cyanose

La cyanose apparaît lorsque la concentration d'hémoglobine réduite dépasse environ 5 g/dL de sang capillaire. C'est une valeur absolue, non un pourcentage : l'anémique profond peut être gravement hypoxémique sans jamais devenir cyanosé, faute d'hémoglobine disponible, tandis que le polyglobulique se cyanose pour une désaturation modeste. La cyanose est donc un signe tardif et trompeur ; la SpO_2 et la fréquence respiratoire la précèdent toujours.

3.4.2 Auscultation cardiaque

C'est l'auscultation du cœur aux différents foyers. Il faut savoir décrire les bruits du cœur et, éventuellement, les souffles : temps, siège, irradiation, intensité, timbre. B1 correspond à la fermeture des valves auriculo-ventriculaires, B2 à la fermeture des valves sigmoïdes ; un éclat de B2 au foyer pulmonaire traduit une élévation de la pression artérielle pulmonaire.

3.4.3 Auscultation et percussion pulmonaires

Rechercher le murmure vésiculaire, qui peut être diminué chez l'obèse, en cas de pneumothorax, en cas de pleurésie. Percuter également, à la recherche d'une matité ou d'un tympanisme — le tympanisme signant le pneumothorax.

Mécanisme — ce que la percussion et l'auscultation mesurent

Le murmure vésiculaire est la transmission, à travers le parenchyme aéré et la paroi, des turbulences nées dans les voies aériennes proximales. Toute interposition rompt cette chaîne de transmission : de l'air sous pression (pneumothorax), du liquide (pleurésie), ou simplement une épaisseur de tissu adipeux. La percussion, elle, explore l'impédance acoustique du contenu : l'air résonne (tympanisme), le liquide et le tissu dense amortissent (matité). Un hémithorax silencieux et tympanique est un pneumothorax jusqu'à preuve du contraire ; silencieux et mat, un épanchement liquidien.

3.4.4 Les creux sus-claviculaires

On les oublie trop souvent. Ils permettent de rechercher des adénopathies, notamment l'adénopathie sus-claviculaire gauche — le ganglion de Troisier, qui draine par le canal thoracique l'ensemble du territoire sous-diaphragmatique et signe donc une néoplasie digestive, pancréatique, rénale ou pelvienne.

Dans le cadre du cancer du poumon, le syndrome de Pancoast-Tobias associe des douleurs de type névralgique lorsque l'apex du poumon est envahi : l'atteinte concerne les racines C8 et T1 du plexus brachial, la première côte, et la chaîne sympathique cervicale.

3.4.5 Les seins

Chez la femme, ne pas omettre d'examiner les seins à la recherche d'une masse, d'une rétraction cutanée, d'un écoulement, d'une adénopathie axillaire. Demander s'il existe un suivi mammographique, et s'il y a des antécédents de cancer du sein dans la famille — notamment chez les sœurs.

Recommandation — dépistage du cancer du sein

Le programme national de dépistage organisé propose une mammographie avec double lecture tous les deux ans aux femmes de 50 à 74 ans à risque moyen. L'examen clinique des seins reste recommandé annuellement à partir de 25 ans. Un antécédent familial au premier degré, a

fortiori précoce ou bilatéral, justifie une évaluation du niveau de risque et éventuellement une consultation d'oncogénétique, avec un suivi spécifique distinct du dépistage organisé.

3.5 L'abdomen

3.5.1 Installation

Pour que l'examen de l'abdomen soit valable, le patient doit être couché sur le dos, en décubitus dorsal, avec résolution musculaire complète : tête sur le plan du lit, membres inférieurs en demi-flexion. Cela donne un ventre souple. On n'a pas ce réflexe, mais il faut que le malade plie les jambes pour qu'on puisse palper correctement. Il est plus commode de s'asseoir à droite du lit. On prend le temps.

Mécanisme — pourquoi plier les jambes

La flexion des hanches détend les insertions du psoas et rapproche les insertions des muscles grands droits : la paroi perd sa tension passive. Sans cette détente, la contracture volontaire ou réflexe de la paroi masque toute défense authentique, et l'on palpe le muscle au lieu du viscère. Une contracture qui disparaît quand on plie les jambes et que l'on distrait le patient est volontaire ; une contracture qui persiste est pathologique.

3.5.2 Inspection

- Quel est le volume de l'abdomen ?
- Y a-t-il des circulations collatérales, c'est-à-dire des dilatations veineuses ?
- Quel est l'état de l'ombilic ? Une hernie ? L'ombilic est-il déplié ou reste-t-il rentré ?
- Quel est l'état de la peau ? Éruptions ? Vergetures ?
- Rechercher une voussure au niveau de l'hypocondre.
- Regarder le creux épigastrique et l'hypogastre.

Mécanisme — la circulation collatérale abdominale

Lorsque la pression portale s'élève, le sang cherche un retour vers le système cave par des anastomoses porto-caves préexistantes mais normalement fonctionnellement closes. La réouverture des veines péri-ombilicales, par la veine paraombilicale de Sappey, dessine la tête de méduse rayonnant depuis l'ombilic. Une circulation collatérale sus-ombilicale à flux ascendant oriente au contraire vers un obstacle cave inférieur. Le sens du flux, que l'on détermine en chassant le sang entre deux doigts, sépare donc les deux mécanismes.

3.5.3 Palpation

Les mains sont réchauffées. C'est très important — une main froide déclenche une contraction réflexe de la paroi. Elles sont posées bien à plat. On commence par le talon de la main, que l'on applique comme un chat qui malaxe, puis on va vers les doigts. Si le malade souffre, on essaie de localiser la région.

La palpation se fait avec les deux mains. Elle est superficielle, puis profonde. Lors d'une palpation profonde, on peut relâcher brutalement la pression et lever les mains : si le malade présente une douleur vive à la décompression, on parle d'irritation péritonéale.

La palpation profonde recherche des points douloureux viscéraux et l'augmentation de volume d'un viscère. Un foie qui déborde l'hypocondre droit n'est pas normal : le foie normalement ne déborde pas.

On recherche une défense — contracture localisée de la paroi, qui cède à la pression douce et prolongée — et parfois une contracture généralisée, permanente, invincible, le ventre de bois des péritonites perforées. C'est une urgence chirurgicale.

Mécanisme — défense, contracture et migration de la douleur

Le péritoine viscéral n'a qu'une innervation végétative : sa stimulation donne une douleur sourde, mal localisée, rapportée à la ligne médiane selon l'origine embryologique de l'organe — épigastre pour l'intestin antérieur, région péri-ombilicale pour l'intestin moyen, hypogastre pour l'intestin postérieur. Le péritoine pariétal, lui, reçoit une innervation somatique par les nerfs intercostaux : dès qu'il est atteint, la douleur devient vive, précise, et déclenche un réflexe viscéro-moteur de contraction des muscles de la paroi en regard. C'est ce passage qui explique la migration classique de la douleur appendiculaire, péri-ombilicale au début puis fixée en fosse iliaque droite avec défense. La défense est une contracture réflexe encore réductible ; la contracture généralisée traduit une irritation péritonéale diffuse et ne se réduit pas.

Une irritation péritonéale impose un examen d'imagerie en urgence — scanner thoraco-abdomino-pelvien — et un avis chirurgical.

3.5.4 La manœuvre respiratoire

On demande au malade de respirer profondément, bouche ouverte. La main reste absolument immobile pendant au moins deux ou trois mouvements respiratoires. S'il existe une tumeur abdominale, ou un viscère augmenté de volume, on sent sous la main cette tuméfaction qui s'abaisse à chaque inspiration profonde.

Le principe est simple : la descente du diaphragme refoule les organes solidaires de l'étage sus-mésocolique — foie, rate, rein droit — vers la main de l'examineur. Une masse qui ne descend pas à l'inspiration n'est pas solidaire du diaphragme : elle est rétropéritonéale ou pelvienne.

3.5.5 Signe du flot et percussion

On termine la palpation par la recherche du signe du flot : d'un côté, on donne un petit coup en latéral avec le plat de la main, et l'onde est transmise de l'autre côté. Cette onde signe la présence de liquide.

En cas d'ascite, on retrouve une matité déclive. En décubitus dorsal, on commence par le haut et on descend en latéral : au début c'est tympanique, puis vers le bas il y a matité.

Mécanisme — pourquoi la matité est déclive et mobile

Le liquide d'ascite est libre dans la cavité péritonéale : il obéit à la pesanteur et gagne les parties déclives, tandis que les anses intestinales, remplies de gaz, flottent au sommet. D'où la matité des flancs et le tympanisme péri-ombilical en décubitus dorsal. Le caractère décisif est la mobilité : en faisant tourner le patient en décubitus latéral, la limite entre matité et tympanisme se déplace. Une matité qui ne se déplace pas n'est pas du liquide libre — c'est un globe vésical, un kyste, une masse.

3.5.6 Auscultation

Un ventre s'ausculte. On recherche les borborygmes, bruits normaux du péristaltisme intestinal. Quand il y a silence abdominal, c'est-à-dire arrêt du péristaltisme, on parle d'iléus paralytique. C'est un très mauvais signe.

Mécanisme — iléus paralytique et occlusion mécanique

Toute agression péritonéale, toute douleur intense, toute hypokaliémie déclenche une inhibition réflexe à médiation sympathique du plexus myentérique : le péristaltisme s'arrête, l'abdomen devient silencieux. À l'inverse, une occlusion mécanique commence par une phase de lutte, avec des bruits hydro-aériques augmentés, métalliques, contemporains des crises douloureuses ; ce n'est qu'après épuisement de la musculature lisse que le silence s'installe. Le silence n'est donc pas un stade initial : c'est un stade avancé, et c'est ce qui en fait sa gravité.

Il faut alors une prise en charge urgente, avec un scanner thoraco-abdomino-pelvien. J'insiste : toujours thoraco-abdomino-pelvien. Les pathologies abdominales, thoraciques et pelviennes sont fortement liées. Pourquoi se focaliser sur un abdomen alors que le patient qui est en radiologie peut être exploré entièrement, du thorax jusqu'au pelvis ?

3.5.7 Les fosses lombaires

L'examen abdominal doit inclure l'examen des fosses lombaires. Le patient alité présente souvent des œdèmes déclives, avec un signe du godet.

Devant un patient fébrile, en altération de l'état général, qui a mal dans le dos, on donne un petit coup — c'est l'ébranlement — et le patient a mal. On le retrouve dans les pyélonéphrites et les phlegmons périnéphrétiques. Ce sont des douleurs lombaires hautes : les reins sont placés juste en dessous de la limite du thorax. Il ne faut pas aller chercher les douleurs trop bas.

Mécanisme — le signe du godet et l'équilibre de Starling

Les échanges capillaires sont gouvernés par la différence entre la pression hydrostatique, qui pousse l'eau hors du capillaire, et la pression oncotique des protéines, qui la retient. L'œdème apparaît quand la première augmente (insuffisance cardiaque droite, stase veineuse, compression) ou quand la seconde s'effondre (syndrome néphrotique, insuffisance hépatocellulaire, dénutrition). Cet œdème est pauvre en protéines, donc mou : le doigt chasse l'eau libre et laisse une dépression, le godet. Un œdème dur, ne prenant pas le godet, ne relève pas de ce mécanisme : il est riche en protéines et fibrosé, c'est le lymphœdème, ou infiltré comme dans le myxœdème.

3.6 Organes génitaux et toucher rectal

L'examen de l'abdomen doit inclure celui des organes génitaux, avec le toucher rectal. À une époque il était systématique. Aujourd'hui il n'est plus fait, pour des raisons que je dirais culturelles, et peut-être par paresse intellectuelle.

Au toucher rectal, on recherche :

- une anomalie prostatique : volume, consistance, régularité, présence de nodules durs ;
- un fécalome, chez la personne âgée — c'est l'occasion de l'évacuer, dans un environnement qui le permette, souvent au lit du malade ;
- des hémorroïdes, fissures, fistules, condylomes ;
- du sang, du méléna, une masse rectale.

Recommandation — toucher rectal : examen d'orientation, non de dépistage

La HAS ne recommande pas de dépistage systématique du cancer de la prostate dans la population générale, ni par dosage du PSA ni par toucher rectal : la performance diagnostique du toucher rectal isolé est faible et la balance bénéfice-risque du dépistage de masse reste défavorable, du fait du surdiagnostic et du surtraitement. Cela ne retire rien à l'intérêt du

toucher rectal comme examen d'orientation devant des symptômes : troubles mictionnels, douleurs pelviennes ou périnéales, constipation, rectorragies, altération de l'état général, ou avant tout traitement d'une constipation chez la personne âgée. La démarche chez un homme demandeur d'un dépistage individuel est une décision partagée, après information sur les bénéfices et les risques.

Ne pas oublier d'examiner la pilosité : sa raréfaction se voit dans les affections endocriniennes, notamment par carence androgénique, et dans l'insuffisance hépatocellulaire.

Chez la femme, l'examen gynécologique permet de penser au cancer du col et au cancer du corps de l'utérus. C'est un examen plus difficile, qui exige des conditions et du matériel adéquats ; il ne s'improvise pas au cabinet sans formation. Le dépistage du cancer du col repose sur le test HPV-HR tous les cinq ans de 30 à 65 ans, après examen cytologique à 25 et 29 ans.

Chez l'homme : inspection de la verge, inspection des bourses, recherche de plaques de vitiligo, recherche de fistules, palpation des testicules, de l'épididyme, du cordon. On examine également les régions inguinales et inguino-crurales, à la recherche d'une hernie.

3.7 Les membres inférieurs

3.7.1 Inspection

- La peau présente-t-elle une dermite, des varices, une dermite ocre — signant une insuffisance veineuse chronique ou un antécédent d'ulcère ?
- Y a-t-il un œdème qui s'efface lorsqu'on appuie ? C'est le signe du godet.
- Y a-t-il des déformations osseuses, des déformations articulaires ?
- Y a-t-il une atrophie d'un groupe musculaire — quadriceps, jumeaux ?

La dermite ocre est la trace indélébile de l'hypertension veineuse : les hématies extravasées libèrent du fer, transformé en hémosidérine, que les macrophages ne peuvent évacuer. La pigmentation brune de la cheville est donc un marqueur d'ancienneté, pas d'activité.

3.7.2 Palpation et examen articulaire

Le signe du godet. Au niveau du genou : y a-t-il un choc rotulien, en lien avec un épanchement ? La rotule, refoulée par le liquide au-dessus du plan fémoral, vient buter contre la trochlée quand on l'enfonce : le choc perçu signe un épanchement d'au moins une vingtaine de millilitres.

3.7.3 Examen vasculaire et indice de pression systolique

Y a-t-il des signes d'artérite ? La peau est alors dépilée, luisante, froide, les ongles épaissis, du fait de l'ischémie chronique des annexes cutanées. Sent-on les pouls pédieux ? Les pouls tibiaux postérieurs ? C'est très important.

À ce stade, ne pas négliger le calcul de l'indice de pression systolique (IPS), recommandé par la HAS depuis 2006. L'IPS est le rapport de la pression systolique mesurée à la cheville sur la pression systolique humérale.

Mesure : patient en décubitus après quelques minutes de repos, sonde Doppler de poche. On prend la pression aux deux bras et on retient la plus élevée comme référence ; puis, à chaque cheville, sur la pédieuse et la tibiale postérieure, en retenant la plus élevée. On obtient ainsi un IPS par jambe.

Mécanisme — ce que mesure l'IPS

En l'absence de sténose, la pression systolique à la cheville est normalement égale ou légèrement supérieure à la pression humérale, du fait de la réflexion des ondes de pression en périphérie. Une sténose hémodynamiquement significative dissipe de l'énergie et fait chuter la pression d'aval : le rapport diminue, proportionnellement à la sévérité de l'obstacle. Le piège est inverse lorsque la média artérielle est calcifiée : le brassard ne comprime plus l'artère, la pression mesurée est artificiellement élevée, et l'IPS devient ininterprétable. C'est la médiacalcosse, fréquente chez le diabétique ancien, l'insuffisant rénal et le sujet très âgé — c'est-à-dire précisément chez les patients les plus artéritiques.

Valeur de l'IPS	Interprétation
0,90 à 1,30	Normal
0,41 à 0,90	AOMI, en général au stade de claudication
Inférieur à 0,41	Artériopathie sévère, en général ischémie critique
Supérieur à 1,30	Artères incompressibles : médiacalcosse, IPS ininterprétable

TABLE 1 – Interprétation de l'indice de pression systolique

Exemple. Monsieur UNTEL, 68 ans, diabétique, claudication du mollet droit à 200 mètres. Bras : 145 et 138 mmHg, donc référence à 145. Cheville droite : 102 mmHg retenus, soit un IPS à 0,70. Cheville gauche : 140 mmHg retenus, soit un IPS à 0,97. Conclusion : gauche normal, droite en AOMI, cohérent avec la claudication.

Recommandation — l'AOMI est un marqueur de risque général

Une AOMI, même asymptomatique, témoigne d'un athérome diffus. Sa constatation impose la recherche d'une atteinte coronarienne et carotidienne, et la mise en route d'un traitement de prévention secondaire : contrôle des facteurs de risque, sevrage tabagique, statine, antiagrégant plaquettaire, marche régulière. Lorsqu'aucune pression n'est mesurable aux membres inférieurs, on est sûr de l'ischémie : c'est une urgence de revascularisation.

3.7.4 Examen neurologique

L'examen neurologique comprend la sensibilité au chaud et au froid, la sensibilité vibratoire au diapason, la recherche des réflexes.

On tente de déterminer s'il y a une polynévrite, une multinévrite, une paralysie. Y a-t-il un signe de Lasègue ? Une sciatique ?

La polynévrite est symétrique, distale, longueur-dépendante : les fibres les plus longues souffrent en premier, d'où le début par les orteils et la progression en chaussettes. La multinévrite est asymétrique et atteint des troncs nerveux individualisés, ce qui oriente vers un mécanisme vasculaire ou inflammatoire. La sensibilité vibratoire, portée par les grosses fibres myélinisées, est souvent la première altérée dans la neuropathie diabétique, avant même l'abolition du réflexe achilléen.

3.7.5 Synthèse aux membres inférieurs

Quand on descend sur les membres inférieurs, on regarde les téguments, les formes, les articulations, les vaisseaux, les nerfs. On peut déjà conclure : y a-t-il un pied diabétique ? Une insuffisance veineuse ? Des signes d'insuffisance cardiaque ? Un érysipèle ?

Le pied diabétique se construit sur trois mécanismes conjoints : la neuropathie sensitive supprime l'alarme douloureuse, la neuropathie motrice déforme le pied et déplace les appuis, l'artériopathie

compromet la cicatrisation. D'où la règle : chez tout diabétique, les chaussures se retirent à chaque consultation, et la gradation du risque podologique conditionne le rythme de suivi.

3.8 Les membres supérieurs

- Les doigts : traces de tabac ? arthrite ?
- Y a-t-il un hippocratisme digital ?
- Y a-t-il une atrophie de l'éminence thénar ou hypothénar, signant une neuropathie ?
- Y a-t-il une rétraction de l'aponévrose palmaire, dite maladie de Dupuytren ?
- Mains tendues, doigts écartés, yeux fermés : recherche d'un astérisis, témoin d'une encéphalopathie hépatique ou d'une hypercapnie.

Réflexes brachiaux et tricipitaux, étude de la force motrice, recherche d'une paralysie ou d'une amyotrophie. Recherche du pouls radial et mesure de la tension artérielle au brassard huméral. On termine par la recherche d'adénopathies épitrochléennes — derrière le coude — et axillaires.

Mécanisme — l'hippocratisme digital

Normalement, les mégacaryocytes issus de la moelle sont fragmentés en plaquettes lors de leur passage dans le lit capillaire pulmonaire. En cas de shunt droite-gauche ou d'atteinte du lit vasculaire pulmonaire, des mégacaryocytes entiers atteignent la circulation systémique et s'impactent dans les capillaires distaux du lit unguéal, où ils libèrent du PDGF et du VEGF : il en résulte une prolifération du tissu conjonctif et une néovascularisation, donc le bombement de l'ongle et la disparition de l'angle unguéal. D'où la valeur d'alarme du signe : cardiopathie cyanogène, cancer bronchique, suppuration pulmonaire chronique, fibrose, cirrhose.

3.9 Le cou

Inspection : le cou a-t-il augmenté de volume ? Adénopathies cervicales ? Turgescence jugulaire ? On cherche des tuméfactions, des malformations, le battement des carotides, la distension des jugulaires. On regarde la façon dont le patient déglutit, de profil : la pomme d'Adam et la trachée remontent-elles correctement ? On examine la nuque : éruptions, furoncles.

Mécanisme — la turgescence jugulaire

Il n'existe pas de valve entre la veine jugulaire interne et l'oreillette droite : la colonne de sang jugulaire est donc un manomètre direct de la pression auriculaire droite. Chez un sujet normal en décubitus dorsal à 45 degrés, le sommet de la colonne ne dépasse pas quelques centimètres au-dessus de l'angle sternal. Sa distension traduit une élévation des pressions de remplissage droites : insuffisance cardiaque droite, cœur pulmonaire aigu ou chronique, tamponnade, épanchement péricardique compressif. Le reflux hépato-jugulaire, recherché par une pression douce et soutenue sur l'hypocondre droit, démasque l'incapacité du ventricule droit à absorber une augmentation du retour veineux.

Palpation : la thyroïde est-elle palpable ? On se place derrière le patient, mains réchauffées, et on palpe le corps thyroïdien, attaché au larynx — au larynx exactement, et non à la trachée. Y a-t-il des nodules ? C'est la pratique qui permet de palper correctement. Cette solidarité avec le larynx, par le ligament de Berry, explique l'ascension de la thyroïde à la déglutition : c'est le signe qui distingue une masse thyroïdienne d'une autre masse cervicale.

On recherche ensuite les ganglions de la chaîne jugulaire, en demandant au patient d'incliner la tête du côté examiné pour détendre le sterno-cléido-mastoïdien.

Auscultation : un souffle systolique cervical traduit un écoulement turbulent en regard d'une sténose carotidienne, et peut expliquer une hémiplégie. Le corps thyroïdien s'ausculte également :

un souffle systolique thyroïdien témoigne de l'hypervascularisation d'une hyperthyroïdie.

Statique cervicale : mouvements de rotation, d'extension, de flexion. Ces mouvements entraînent-ils des cervicalgies ?

3.10 La tête

3.10.1 Inspection de la face

- Y a-t-il un myxœdème ?
- Des varicosités des pommettes ?
- Quel est le teint ? Le patient est-il anémique, ictérique ? Hypercoloré, comme les polyglobuliques et les insuffisants respiratoires ?
- Y a-t-il un herpès labial ou périnariaire ? On le retrouve dans les syndromes de grande faiblesse, avec pneumonie à pneumocoque, infection méningococcique, ou dans la grippe — la réactivation virale traduit ici la dépression transitoire de l'immunité cellulaire.
- Quel est l'aspect des phanères : le poil, les cheveux, la queue du sourcil ?

L'ictère se recherche en lumière du jour, d'abord aux conjonctives : la bilirubine a une affinité particulière pour les tissus riches en élastine, et le subictère conjonctival précède de loin l'ictère cutané.

3.10.2 Les paires crâniennes

L'examen des douze paires crâniennes est à lui seul un chapitre. En pratique courante : le patient arrive-t-il à bouger les yeux dans toutes les directions ? A-t-il une diplopie ? Quelle est la motilité oculaire, l'ouverture de la bouche ? Y a-t-il une paralysie faciale ? La déglutition et la phonation sont-elles normales ?

3.10.3 Paralysie faciale : centrale ou périphérique

Devant une asymétrie de la face, la première question est le caractère central ou périphérique de l'atteinte. Elle se tranche en regardant le territoire supérieur : le front et l'occlusion palpébrale.

Paralysie faciale périphérique — atteinte du nerf facial (VII). Toute l'hémiface est touchée : le patient ne plisse pas le front et ne ferme pas l'œil. C'est là qu'intervient le signe de Charles Bell, recherché à la tentative d'occlusion palpébrale : l'œil ne se ferme pas et le globe oculaire se porte en haut et en dehors. Pas de dissociation automatico-volontaire.

Paralysie faciale centrale — atteinte du faisceau cortico-nucléaire. Le territoire supérieur est respecté : le patient ferme l'œil et plisse le front, seule la partie basse du visage est déficitaire. L'asymétrie s'atténue souvent lors d'un rire spontané : c'est la dissociation automatico-volontaire.

Mécanisme — pourquoi le front distingue les deux

Le noyau du facial comporte deux contingents. Le contingent supérieur, qui innerve le frontal et l'orbiculaire des paupières, reçoit une projection cortico-nucléaire bilatérale ; le contingent inférieur ne reçoit qu'une projection contralatérale. Une lésion d'un hémisphère prive donc le facial inférieur de sa commande, mais le facial supérieur reste innervé par l'hémisphère sain : le front est respecté. Une lésion du nerf lui-même, en aval du noyau, prive indifféremment les deux contingents : toute l'hémiface est atteinte. Quant au signe de Charles Bell, ce n'est pas un signe pathologique en soi : la rotation du globe vers le haut et le dehors à l'occlusion est un phénomène physiologique de protection, qui devient simplement visible lorsque la paupière ne se ferme plus. La dissociation automatico-volontaire s'explique par l'existence d'une voie extrapyramidale distincte pour la mimique émotionnelle, épargnée par la lésion corticale.

Alerte — une paralysie faciale centrale est un AVC jusqu'à preuve du contraire

Toute suspicion d'AVC est une urgence absolue : appel immédiat du 15, sans examen complémentaire préalable, avec orientation vers une unité neurovasculaire. La HAS a actualisé en octobre 2025 ses recommandations sur la prise en charge précoce — alerte, phase pré-hospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse intraveineuse et de la thrombectomie mécanique — en précisant notamment les critères d'éligibilité à la thrombolyse en cas d'AVC du réveil ou d'heure de début inconnue. Un déficit régressif ne rassure pas : l'accident ischémique transitoire est une alerte annonçant l'infarctus constitué.

À ne pas confondre : le syndrome de Claude Bernard-Horner, qui n'est pas une atteinte du VII mais de la voie sympathique oculo-sympathique. Il associe ptosis, myosis et énophtalmie apparente, et le patient ferme normalement les yeux. Le deuxième neurone de cette voie chemine au contact de l'apex pulmonaire : un Horner fait donc partie du syndrome de Pancoast-Tobias. Devant un Horner, examiner le creux sus-claviculaire et penser au cancer du poumon.

3.10.4 Les yeux

L'exophtalmie : le globe oculaire sort. Cela se voit dans la maladie de Basedow, où les auto-anticorps dirigés contre le récepteur de la TSH stimulent également les fibroblastes orbitaires, entraînant une infiltration de la graisse rétro-orbitaire par des glycosaminoglycanes hydrophiles.

Le gérontoxon, ou arc sénile, est un cercle blanchâtre à la périphérie de l'iris, fait de dépôts lipidiques cornéens. Banal après 60 ans, il doit faire rechercher une hypercholestérolémie familiale lorsqu'il apparaît avant 45 ans.

L'examen des conjonctives permet d'étudier la pâleur de l'anémique ou le subictère en cas de rétention biliaire.

3.10.5 La cavité buccale

Étude de la langue :

- Est-elle blanche, saburrale ? Cela se voit dans les infections.
- Est-elle sèche, rôtie ? Cela se voit chez le patient déshydraté.
- Est-elle lisse, décapillée, luisante, évoquant une carence martiale ou vitaminique ?
- Est-elle trémulante, comme chez l'éthylique ?

Mécanisme — les deux déshydratations

La perte d'eau pure élève l'osmolalité plasmatique ; l'eau quitte alors les cellules, qui se déshydratent. Les osmorécepteurs hypothalamiques déclenchent la soif et la sécrétion d'ADH : soif intense, muqueuses sèches, langue rôtie, troubles de la conscience. C'est la déshydratation intracellulaire, qui associe classiquement soif, fièvre et confusion chez le patient infecté. La perte d'eau et de sodium en proportions isotoniques vide au contraire le secteur extracellulaire : pli cutané persistant, hypotension, tachycardie, veines plates, oligurie. Les deux coexistent souvent chez le sujet âgé, mais leur correction diffère — eau libre d'un côté, soluté salé de l'autre — d'où l'intérêt de les distinguer au lit du malade.

Étude des dents : caries, chutes de dents, mastication possible ? Pas de dents, pas d'alimentation correcte. Chez la personne âgée, c'est la source d'une dénutrition, puis d'une dépression, d'une mauvaise image de soi et d'un laisser-aller avec syndrome de glissement. L'état bucco-dentaire est un déterminant nutritionnel de premier plan, et il se regarde.

Étude de la muqueuse : regarder l'intérieur des joues. Dans la rougeole, on recherchait le signe

de Köplik, semis de taches blanchâtres en regard des canaux salivaires, sur la face interne de la joue. Rechercher des plaques blanches : lichen ou leucoplasie, cette dernière étant une lésion précancéreuse chez le fumeur.

Étude du pharynx : faire ouvrir largement la bouche pour regarder le fond, le pharynx. Est-il rouge ? Y a-t-il des lésions érythémateuses ? Est-on face à une angine ? Regarder également le voile du palais et la luette, et étudier le comportement du palais. L'étude de la bouche fait partie de l'examen clinique.

3.11 Les situations où l'examen bascule dans l'urgence

Certains signes, recueillis à l'inspection ou aux constantes, imposent d'interrompre le déroulé méthodique et de déclencher une prise en charge immédiate.

Alerte — repérer le sepsis

Le sepsis est défini comme une dysfonction d'organe secondaire à une réponse inappropriée de l'hôte envers une infection. Le score qSOFA sert au repérage au lit du malade : fréquence respiratoire supérieure ou égale à 22 par minute, pression artérielle systolique inférieure ou égale à 100 mmHg, score de Glasgow inférieur ou égal à 13. Deux critères sur trois justifient une surveillance rapprochée et un avis spécialisé. Les signes d'hypoperfusion sont à chercher systématiquement : marbrures des genoux, temps de recoloration cutanée supérieur à trois secondes, extrémités froides et cyanosées, oligurie. Une pression artérielle normale n'exclut pas le sepsis à la phase initiale. En ville, la conduite est d'appeler le 15 sans délai ; ni AINS ni corticoïdes.

Les autres situations sont connues : la contracture généralisée d'une péritonite, qui impose l'imagerie et l'avis chirurgical ; l'absence de pouls distaux avec pied froid et douleur de décubitus, qui signe l'ischémie critique ; le déficit neurologique brutal, qui est un AVC ; le purpura fébrile extensif, qui est une urgence antibiotique avant même le transfert ; la douleur thoracique typique, pour laquelle on appelle le 15 avant d'aller plus loin.

4 Partie III — La rédaction de l'observation

4.1 Principes et en-tête

L'observation doit être rédigée en termes clairs, simples et précis, et suivre un ordre rigoureux.

En-tête :

- l'état civil — ne pas se tromper de patient, identitovigilance ;
- le lieu de l'examen : la salle, c'est-à-dire l'unité fonctionnelle, ce qui permet de redéfinir le contexte ;
- la date ;
- le nom de l'examineur et des personnes présentes.

4.2 L'histoire de la maladie

On commence par l'histoire de la maladie. Quels sont les symptômes majeurs qui ont amené le patient à consulter — la douleur, la dyspnée, l'hémoptysie ? On précise l'évolution et les variations dans le temps. L'observation doit minutieusement préciser la chronologie des différents signes pathologiques.

Le malade a souvent de la peine à se rappeler, mais il faut être précis sur les dates : apparition des premiers symptômes, et façon dont cela évolue. Il faut parler du contexte familial ou professionnel,

et noter les résultats des examens ou des traitements pris avant l'arrivée.

4.3 Antécédents et examen

On rédige ensuite les antécédents personnels et familiaux, et les différents accidents. Puis on décrit, de façon synthétique, les appareils étudiés, dans l'ordre de l'examen : thorax, abdomen, région pelvienne et organes génitaux, membres inférieurs, membres supérieurs, cou, tête. Il faut vraiment être synthétique.

Chez certains malades, le diagnostic peut être porté dès le premier examen — c'est le cas d'une pneumonie franche lobaire aiguë, d'une cystite aiguë simple, d'un érysipèle, d'un zona. Chez d'autres, le diagnostic est impossible à ce stade : il faut recourir à la paraclinique.

4.4 La paraclinique

Les examens paracliniques sont notés secondairement. La paraclinique n'arrive pas tout de suite : elle prend place une fois que les résultats arrivent — laboratoire, biologie, imagerie, avis de spécialistes. On commence d'abord l'observation ; une fois celle-ci faite, et si l'on a besoin de paraclinique, un chapitre lui est consacré.

4.5 Le suivi quotidien

Le patient est arrivé, il a été examiné, mais l'histoire continue. L'observation doit être suivie quotidiennement en cas de maladie aiguë, ou tous les deux ou trois jours en cas de maladie chronique. Il faut noter soigneusement, en horodaté et signé :

- comment évoluent les symptômes : se majorent-ils, diminuent-ils ?
- l'apparition éventuelle de nouveaux symptômes ou signes ;
- l'aggravation éventuelle ;
- les résultats des examens, au fur et à mesure de leur arrivée ;
- l'effet des thérapeutiques : tel traitement a-t-il réduit la fièvre, la douleur ?

4.6 Le résumé et la lettre de liaison

Une fois les choses stabilisées et le patient sortant, on rédige un résumé de l'observation. Ce résumé doit être une synthèse : il donne le diagnostic, les symptômes remarquables dans leurs grandes lignes, et le traitement que doit suivre le patient, y compris les examens et rendez-vous qui permettront le suivi en dehors de l'établissement.

Nous sommes là sur la lettre de liaison. Elle se fait à la fin du séjour et permet aux soignants qui poursuivront la prise en charge de savoir exactement ce qui a été fait.

Recommandation — la lettre de liaison est une obligation

Depuis le décret du 20 juillet 2016, une lettre de liaison est remise au patient et adressée au médecin traitant le jour même de la sortie. Son contenu minimal est fixé réglementairement : motif d'hospitalisation, synthèse médicale du séjour, traitements prescrits à la sortie et traitements arrêtés avec le motif, suites à donner, examens réalisés et résultats en attente, coordonnées du service. La qualité de cette lettre fait l'objet d'un indicateur national de qualité et de sécurité des soins recueilli par la HAS. La lettre de liaison doit aussi être expliquée au patient au moment de sa sortie.

Ce qui se passe malheureusement aujourd'hui, c'est que la lettre de liaison est parfois un copier-coller des différents chapitres de l'observation médicale. Il n'y a pas de synthèse. En lisant ce copier-coller, on ne comprend pas pourquoi le malade est entré. C'est vraiment dommage.

L'observation finale, c'est-à-dire la synthèse que l'on doit retrouver dans la lettre de liaison, est un acte médical.

Enfin, le mode de terminaison : soit le patient guérit, soit il doit revenir, soit il décède. Dans certains cas, face à une mort suspecte, il faut préciser pourquoi.

5 Conclusion

Ce plan général permet d'aborder la sémiologie. L'examen clinique, c'est aller étudier et faire préciser les symptômes pour aboutir à un diagnostic. C'est la pratique d'un art sur un malade, et c'est ce qui fait la beauté de la médecine.

Faire du patient un objet qui traverse différents appareils est devenu une habitude. Ce qu'il faut changer, c'est remettre de l'humain dans la relation soignant-patient. L'examen clinique, c'est ce contrat de confiance, qu'il faut certifier à travers une pratique rigoureuse.

Cela garantit au médecin de ne pas faire n'importe quoi, de ne pas se tromper, de ne pas prendre les choses à la légère. Et cela permet de sauver des vies. Nous ne pouvons pas faire abstraction de la clinique en nous cachant derrière des examens paracliniques réalisés en vrac. On connaît son malade quand on l'a examiné.

6 Annexe A — Du signe au mécanisme

Signe	Mécanisme	Orientation
Turgescence jugulaire	Colonne veineuse sans valve entre jugulaire interne et oreillette droite : manomètre de la pression auriculaire droite	Insuffisance cardiaque droite, cœur pulmonaire, tamponnade
Orthopnée	Le décubitus redistribue le sang vers le thorax : élévation de la pression capillaire pulmonaire, œdème interstitiel, chute de compliance	Insuffisance ventriculaire gauche
Signe du godet	Excès d'eau interstitielle pauvre en protéines (déséquilibre de Starling)	Insuffisance cardiaque droite, hypoalbuminémie, stase veineuse
Œdème dur sans godet	Œdème riche en protéines, fibrose	Lymphœdème, myxoœdème
Matité déclive mobile	Le liquide libre suit la pesanteur, les anses gazeuses flottent	Ascite
Silence abdominal	Inhibition sympathique réflexe du plexus myentérique	Iléus paralytique, péritonite, stade avancé d'occlusion
Défense, contracture	Réflexe viscéro-moteur par irritation du péritoine pariétal, d'innervation somatique	Péritonite : urgence chirurgicale
Douleur projetée à l'épaule	Convergence viscéro-somatique, nerf phrénique C3-C5	Irritation diaphragmatique (signe de Kehr)
Hippocratisme digital	Mégacaryocytes non fragmentés atteignant le lit unguéal, libération de PDGF et VEGF	Cancer bronchique, cardiopathie cyanogène, suppuration chronique, cirrhose
Cyanose	Hémoglobine réduite au-delà de 5 g/dL de sang capillaire	Hypoxémie ; masquée par l'anémie, majorée par la polyglobulie
Marbrures, recoloration retardée	Vasoconstriction cutanée de redistribution vers les organes nobles	Sepsis, état de choc
Murmure vésiculaire aboli	Interposition d'air ou de liquide rompant la transmission des vibrations	Pneumothorax, pleurésie, obésité

Signe	Mécanisme	Orientation
Tympanisme et matité	Différence d'impédance acoustique entre air et liquide	Pneumothorax et épanchement
Circulation collatérale péri-ombilicale	Réouverture des anastomoses porto-caves	Hypertension portale
IPS supérieur à 1,30	Média calcifiée, artère incompressible sous le brassard	Faux rassurant : diabète ancien, insuffisance rénale, grand âge
Signe de Charles Bell	Rotation physiologique du globe démasquée par l'absence d'occlusion	Paralysie faciale périphérique
Front respecté	Innervation cortico-nucléaire bilatérale du facial supérieur	Paralysie faciale centrale : AVC
Langue rôtie, soif	Hyperosmolalité plasmatique, stimulation des osmorécepteurs	Déshydratation intracellulaire
Pli cutané, hypotension	Contraction du secteur extracellulaire	Déshydratation extracellulaire
Souffle carotidien	Écoulement turbulent en regard d'une sténose	Sténose carotidienne
Ascension à la déglutition	Thyroïde solidaire du larynx par le ligament de Berry	Masse d'origine thyroïdienne
Ébranlement lombaire douloureux	Distension de la capsule rénale, inflammation périnéphrétique	Pyélonéphrite, phlegmon périnéphrétique
Dermite ocre	Hémosidérine issue des hématies extravasées	Insuffisance veineuse chronique ancienne

7 Annexe B — Repères chiffrés

- **IPS** : normal de 0,90 à 1,30 ; AOMI de 0,41 à 0,90 ; artériopathie sévère au-dessous de 0,41 ; médiacalcose au-dessus de 1,30.
- **qSOFA** : fréquence respiratoire ≥ 22 /min, pression artérielle systolique ≤ 100 mmHg, Glasgow ≤ 13 . Deux critères sur trois justifient un avis.
- **Dénutrition** : un critère phénotypique et un critère étiologique. IMC < 22 kg/m² après 70 ans, $< 18,5$ kg/m² avant. Perte de poids ≥ 5 % en un mois ou ≥ 10 % en six mois. Sévérité : albuminémie < 30 g/L, IMC < 20 kg/m² après 70 ans.
- **Cyanose** : visible au-delà de 5 g/dL d'hémoglobine réduite.
- **Temps de recoloration cutanée** : pathologique au-delà de 3 secondes.
- **Épanchement du genou** : le choc rotulien devient perceptible à partir d'une vingtaine de millilitres.
- **Dépistage organisé du cancer du sein** : mammographie tous les deux ans de 50 à 74 ans ; examen clinique annuel dès 25 ans.

8 Annexe C — Sources et points à valider avant diffusion

Cette fiche est issue d'un enseignement dicté, réordonné et enrichi. Les éléments physiopathologiques relèvent de la séméiologie classique. Les références normatives citées sont, dans l'ordre d'apparition : le référentiel national d'identitovigilance et le référentiel INS ; les recommandations HAS-FFN sur le diagnostic de la dénutrition, de novembre 2019 pour l'enfant et l'adulte de moins de 70 ans et de novembre 2021 pour la personne de 70 ans et plus ; les recommandations HAS de 2006 sur l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, pour l'IPS ; les recommandations HAS d'octobre 2025 sur l'AVC, prise en charge précoce et traitements de la phase aiguë ; le décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison.

Points à vérifier personnellement avant toute diffusion : les seuils du dépistage organisé et du

dépistage du cancer du col, susceptibles d'évolution ; la formulation retenue sur le dépistage du cancer de la prostate ; l'intitulé exact des indicateurs qualité relatifs à la lettre de liaison pour la campagne en cours.

Index des mots-clés

- Adénopathie, 7
- Adénopathie cervicale, 13
- Albuminémie, 4
- Altération de l'état général, 4
- Amaigrissement, 4
- Amyotrophie, 11
- Anémie, 15
- Angine, 15
- Anorexie, 4
- Antécédents, 4
- AOMI, 11
- Artérite, 11
- Ascite, 9
- Astérisis, 13
- Asthénie, 4
- Auscultation cardiaque, 7
- AVC, 14

- B2 (éclat), 7
- Basedow (maladie de), 15
- Borborygmes, 9

- Cancer du sein, 7
- Cervicalgie, 13
- Charles Bell (signe de), 14
- Choc rotulien, 11
- Chronologie, 16
- Circulation collatérale, 6
- Claude Bernard-Horner (syndrome de), 14
- Claudication intermittente, 11
- Col de l'utérus, 10
- Conditions d'examen, 5
- Conjonctives, 15
- Consentement, 5
- Continuité des soins, 17
- Contracture, 8
- Creux sus-claviculaires, 7
- Cyanose, 6
- Cycle menstruel, 3
- Cyphose, 6

- Décubitus dorsal, 8
- Défense, 8
- Dents et dénutrition, 15
- Dénutrition, 4
- Dermite ocre, 11
- Déshydratation extracellulaire, 15
- Déshydratation intracellulaire, 15
- Diapason (sensibilité au), 12

- Diaphragme, 9
- Diplopie, 14
- Dissociation automatico-volontaire, 14
- Douleur (caractérisation), 3
- Dupuytren (maladie de), 13
- Dyspnée, 3
- Dysurie, 3

- Ébranlement lombaire, 10
- Épanchement articulaire, 11
- Épitrochlée, 13
- Érysipèle, 12
- État de choc, 16
- Examen complet (principe), 6
- Exophtalmie, 6
- Exposition professionnelle, 2

- Faciès, 3
- Faciès parkinsonien, 6
- Fécalome, 10
- Fosses lombaires, 10
- Foyers d'auscultation, 7

- Gérontoxon, 15
- Godet (signe du), 10
- Goitre, 6

- Habitudes alimentaires, 4
- Hémoptysie, 16
- Hémorroïdes, 10
- Hépatomégalie, 8
- Hernie, 8
- Herpès labial, 14
- Hippocratisme digital, 13
- Histoire de la maladie, 16
- Horodatage, 17
- Hypertension portale, 8

- Iatrogénie, 4
- Ictère, 14
- Identitovigilance, 2
- Iléus paralytique, 9
- INS (identité nationale de santé), 2
- Inspection, 6
- Insuffisance veineuse, 11
- Interrogatoire, 5
- IPS (indice de pression systolique), 11
- Irradiation, 3
- Irritation péritonéale, 8
- Ischémie critique, 11

- Köplik (signe de), 15
- Langue, 15
- Lasègue (signe de), 12
- Lettre de liaison, 17
- Leucoplasie, 15
- Mammographie, 7
- Manceuvre respiratoire, 9
- Marbrures, 16
- Matité, 7
- Matité déclive, 9
- Médiacalcosse, 11
- Mode de vie, 4
- Monologue du malade, 3
- Motif de consultation, 3
- Multinévrite, 12
- Murmure vésiculaire, 7
- Myxœdème, 14
- Nodule thyroïdien, 13
- Observation médicale, 16
- Occlusion intestinale, 9
- Œdèmes déclives, 10
- Ombilic, 8
- Orientation par appareil, 3
- Orthopnée, 6
- Paires crâniennes, 14
- Palpation abdominale, 8
- Pancoast-Tobias (syndrome de), 7
- Paraclinique, 17
- Paralysie faciale, 14
- Patient dénudé, 5
- Péristaltisme, 9
- Péritonite, 8
- Phanères, 14
- Pied diabétique, 12
- Pilosité, 10
- Pleurésie, 7
- Pneumothorax, 7
- Poids, 4
- Polyglobulie, 14
- Polynévrite, 12
- Pouls pédieux, 11
- Pouls radial, 13
- Pouls tibial postérieur, 11
- Profession (interrogatoire), 2
- Prostate, 10
- Ptosis, 14
- Purpura fulminans, 16
- Pyélonéphrite, 10
- qSOFA, 16
- Réflexes ostéotendineux, 12
- Repères chiffrés, 19
- Résolution musculaire, 8
- Résumé de l'observation, 17
- RNIV, 2
- Sarcopénie, 4
- Sciatique, 12
- Scoliose, 6
- Seins (examen des), 7
- Sepsis, 16
- Signe du flot, 9
- Signe fonctionnel d'appel, 3
- Souffle, 7
- Souffle carotidien, 13
- Subictère, 14
- Suivi quotidien, 17
- Surmenage, 4
- Synthèse de l'examen, 17
- Télangiectasies, 6
- Temps de recoloration cutanée, 16
- Tension artérielle, 13
- Thénar (atrophie), 13
- Thorax (inspection), 6
- Thyroïde, 13
- Tirage, 6
- Toucher rectal, 10
- Traçabilité, 16
- Traitements, 4
- Traits stricts d'identité, 2
- Troisier (ganglion de), 7
- Turgescence jugulaire, 13
- Tympanisme, 7
- Unité fonctionnelle, 16
- Vaccination, 4
- Varices, 11
- Vergetures, 8
- Voissure, 8