DEMARCHE MEDICALE ET PLAN D'OBSERVATION MEDICALE

PLAN

Interne Emile S. FALOLA

Introduction (définition et intérêt)

- 1/ Démarche médicale
- 2/ Particularités de la démarche médicale en pédiatrie
- 3/ Plan de l'observation médicale

Conclusion

Introduction

La Démarche Médicale: processus dynamique basé sur des éléments anamnestiques, cliniques et paracliniques et qui permet au médecin d'accomplir au mieux sa fonction qui est la PEC du patient.

Une observation médicale : traduction en langage médical des informations recueillies au cours de la démarche médicale (aboutissement de la démarche médicale) ; dossier écrit au sujet d'un malade et qui renseigne sur l'état de santé de ce dernier depuis son entrée dans la formation sanitaire jusqu'à l'aboutissement de sa PEC

Sujet d'intérêt majeur puisque

- -didactique : exercice fondamental pour la formation de l'étudiant en médecine d'où l'intérêt pour lui d'apprendre et de maitriser la prise d'une observation
- -Recours quotidien à la démarche médicale par le médecin
- -Médico-légal : car l'observation médicale permet d'avoir une traçabilité du parcours du patient depuis son admission jusqu'à sa sortie de l'hôpital
- -Diagnostique : une mauvaise démarche médicale conduit à un diagnostic erroné ce qui entraine des désagréments aussi bien pour le patient, la famille que le médecin
- -Thérapeutique : permet la poursuite de la PEC du patient en s'aidant des informations recueillies par les équipes précédentes
- -scientifique évident : utile pour les publications, les mémoires, les thèses...

1/ DEMARCHE MEDICALE

1.1 ACCUEIL

C'est le premier contact au décours duquel s'établit une relation triangulaire Parent-Enfant-Médecin basée sur la confiance qui conditionne la suite de l'entretien. Ce contact doit être chaleureux et rassurant (cadre, le médecin).

1.2 RECHERCHE DES SIGNES DE DANGER

Par la **méthode TETU** (Triage - Evaluation – Traitement - Urgence)

- Nécessité de reconnaître un patient en détresse vitale
 - Evaluation systématique
 - A Airways ou évaluer la liberté des voies aériennes
 - B → Breathing ou évaluer la ventilation
 - C → Circulation ou évaluer l'hémodynamique

- D Disability ou évaluer l'état neurologique et les urgences relatives (douleur)
- Pour assurer la survie d'un patient en détresse vitale
 - Traitement systématique
 - A → Airways ou assurer la liberté des voies aériennes
 - B → Breathing ou assurer une ventilation optimale
 - C → Circulation ou assurer une hémodynamique adéquate
 - D → Disability ou protéger le patient comateux

Il faut donc

- Aspirer si encombrement
- Transfuser si anémie décompensée
- Bolus de sérum salé 0.9% si état de choc
- Etc

1.3 RECUEIL DES DONNEES ET DIAGNOSTIC

☐ Recueil sémiologique

Recherche par une discussion bien dirigée et un examen le plus complet possible les différents signes qui chez le patient permettront d'évoquer des pathologies. Les signes recueillis par l'interrogatoire et l'examen du patient seront complétés par des examens complémentaires.

☐ Pose du diagnostic

Résulte de l'analyse objective des informations fournies par le recueil sémiologique. Ces informations doivent être comparées avec les données de la littérature tout en tenant compte des spécificités du patient pour aboutir à un diagnostic qui se doit d'être juste et le plus complet possible car de lui dépend la poursuite de la PEC du patient. Un bon diagnostic permet de proposer aux patients les meilleures alternatives thérapeutiques.

1.4 LA MISE EN ROUTE DU TRAITEMENT

Ici, il s'agit de procurer au patient les soins pour guérir sa pathologie ou à défaut le soulager. Pour décider de la démarche thérapeutique à adopter on doit tenir compte du diagnostic, des recommandations en vigueur, de la disponibilité du plateau technique et des moyens financiers du patient. Ainsi le traitement doit s'efforcer de fournir au patient les soins les plus adaptés à sa situation clinique et socio-économique afin de faciliter l'observance.

1.5 LA RETROINFORMATION

Consiste en un Feed Back aux parents

- Dire ce à quoi on pense
- Expliquer le traitement instauré, faire part au patient des conseils hygiéno-diététiques, les éléments entrant dans la prévention contre la pathologie et les complications éventuelles
- L'évolution sous traitement
- Les effets possibles du traitement
- Féliciter les parents sur ce qu'ils font de bien, conseiller et corriger les erreurs.

2/ PARTICULARITES DE LA DEMARCHE MEDICALE EN PEDIATRIE

- Accueil ++
- O Hétéro anamnèse de l'entourage immédiat (mère++)
- Antécédents physiologiques

- o Examen parfois difficile donc nécessité d'avoir le sens de l'opportunité++
- Examen ORL++ à la fin
- Maitrise de mise des : Pathologies de l'enfant, Normes des examens complémentaires de l'enfant,
 Posologies des médicaments et la rédaction de l'ordonnance médicale+++

3/ PLAN DE L'OBSERVATION MEDICALE

1. Interrogatoire

> Renseignements généraux

- •Nom et prénoms de l'enfant, sexe, âge ou date de naissance
- •Noms et prénoms des parents, leurs professions, âge, numéro de téléphone, ethnie
- •Adresse des parents : ville, quartier, carré, maison

➤ Motif de consultation ou d'hospitalisation

Un seul motif ou parfois deux. Demander ce qui a le plus inquiété les parents

Selon les circonstances, on peut parler de :

- motif d'admission: souvent adapté pour des patients qui sont déjà passé dans une structure sanitaire ou dans un autre service. Il correspond selon le cas au motif de référence ou de transfert du patient.
- motif d'hospitalisation: terme adapté pour parler des patients qui ont été vus en consultation ou aux urgences par des membres du service avec pose d'un diagnostic nécessitant une hospitalisation.

Anamnèse

Il intègre dans un récit concis et cohérent : le **début** de la maladie à travers le **premier signe** par lequel la maladie a commencé, les **signes associés** selon **l'ordre** d'apparition, les **signes négatifs**, le **traitement antérieur** (automédication, hospitalier), l'**évolution** sous ce traitement et les **bilans** avant l'entrée.

> Antécédents

Antécédents personnels de l'enfant

- Antécédents physiologiques
- Déroulement de la grossesse, les incidents, les CPN, les pathologies (diabète, HTA, infections), les Bilans (sérologie HIV, toxoplasmose, rubéole, syphilis, AgHBs)
- Déroulement de l'accouchement : voie, présentation, déroulement du travail (durée, difficultés, manœuvre obstétricales)
- Etat de l'enfant à la naissance et au cours de la période néonatale : Poids à la naissance, taille, PC, APGAR, notion de réanimation
- Bilan de la croissance somatique de l'enfant (poids, taille, périmètre crânien, état des fontanelles, dentition)
- Bilan du développement psychomoteur (**sourire** intentionnel, **tenue** de la tête, position **assise**, marche à 4 **pattes**, **marche** débout), affectif et cognitif
- Alimentation de l'enfant : Allaitement maternel exclusif, allaitement artificiel exclusif ou allaitement mixte, sa durée, alimentation complémentaire et sevrage ; plat familial.
- Etat vaccinal de l'enfant : vaccin PEV et vaccin hors PEV
- PAPMI
- Déparasitage tous les 3 mois à partir de 9 mois
- Supplémentation
 - Fer foldine tous les 6 mois pdt 2 mois à partir de 6 mois d'âge jusqu'à l'âge de 2 ans

- **Vitamine A** tous les 6 mois à partir de 6 mois jusqu'à 5 ans (100 mille UI jusqu'à 12 mois et 200 mille UI de 12 mois à 5 ans)

Antécédents pathologiques

•Médicaux : Drépanocytose, terrain atopique (sinusite, éternuement), Asthme, rhinites à répétition, maladies infectieuses ou autres maladies ORL, ophtalmologiques, cardiopathies congénitales ou autres malformations.

•Chirurgicales et autres

Antécédents familiaux :

- •Ascendants : Antécédents pathologiques du père, de la mère surtout en cas de suspicion d'affection héréditaire et transmissible
- •Collatéraux : Rang dans la fratrie, nombre d'enfants, cas de décès ou de porteur d'une même pathologie.

> Enquête sociale

- •Famille d'accueil de l'enfant, enfant à la crèche ou chez une nourrice, notion de promiscuité, notion de comptage, environnement et mode de vie.
- •Tabagisme passif
- •Prise en charge administrative

2. Examen physique

<u>Conditions de réalisation</u>: Demander la permission aux parents avant de toucher l'enfant, l'examen se fait sur un enfant dévêtu avec douceur, calme et à distance des repas, le mettre en confiance. L'examen doit être opportuniste et toujours se terminer par l'examen ORL.

> Examen de l'état général

- Impression générale, état des muqueuses et des téguments
- Constantes : Température, fréquence respiratoire, fréquence cardiaque, TA
- Mensurations : Poids, taille, Périmètre crânien, Périmètre thoracique.
- Etat d'hydratation, Asthénie, OMI

Examen de l'abdomen

- •Inspection : volume de l'abdomen normal ou ballonné, ondulations péristaltiques, circulation veineuse collatérale, respiration abdominale, cicatrice, voussure
- •Palpation : douce, après s'être réchauffé les mains, les jambes de l'enfant demi-fléchies. On apprécie la **souplesse** de la paroi, la **sensibilité** tout en commençant par la zone la moins douloureuse en cas de douleurs abdominales, une **défense**, une **contracture**, la présence d'une **masse** abdominale (tumeur, ganglion profond), l'absence d'un **gros rein** (contact lombaire avec ballotement rénal), le foie et la rate.
- •Percussion : On recherche un tympanisme diffus ou une matité déclive.
- •Auscultation : précise l'existence et la topographie des bruits hydroaériques ou de signe de lutte localisée en faveur d'un obstacle.

•Le toucher rectal fait avec précaution et douceur recherche une douleur et permet d'apprécier l'aspect des matières.

> Examen cardio-vasculaire

- •Inspection puis palpation du choc de pointe, mesure du temps de recoloration (N < 3 secondes),
- •Pouls: 80 à 120 battements/min, la régularité, palpation des pouls fémoraux, pédieux ou radiaux; TA
- Auscultation : bruits B1 et B2, recherche de bruits surajoutés, de souffle

> Examen pleuropulmonaire

- •Inspection : Symétrie thoracique, ampliation thoracique, FR ; Existence d'une **détresse respiratoire** appréciée par l'indice de SILVERMAN avec présence de signes de lutte : Tirage intercostal ou sus-sternal, battement des ailes du nez, entonnoir xiphoïdien, balancement thoraco-abdominal, geignement, cornage, sifflement ;
- •Palpation : Apprécier les transmissions vocales
- •Percussion: sonorité
- •Auscultation : Apprécier le murmure vésiculaire, rechercher des râles crépitants, des râles d'encombrement bronchique, des râles sibilants.

> Examen neurologique

- •Conscience : score de BLANTYRE ou de GLASGOW
- Motricité
- •Sensibilité
- •Tonicité
- •Réflexes ostéotendineux, cutanéo-plantaires, archaïques
- •Paires crâniennes
 - Examen génito-urinaire, ORL, ostéo-articulaire, cutanéo-plantaire

3. Regroupement syndromique

C'est la hiérarchisation des différents signes retrouvés à l'interrogatoire et à l'examen physique du patient. On procède à une synthèse des anomalies cliniques observées en les regroupant en syndrome. On retient un problème qui paraît dominant ou suffisamment important pour servir de fil conducteur à la formulation des hypothèses diagnostiques.

4. Hypothèses diagnostiques

C'est l'énumération des différents diagnostics (3 ou 4 au plus) possibles devant la symptomatologie clinique du patient en tenant compte du problème posé à l'issue du résumé syndromique, et ceci de la plus probable à la moins probable.

5. Examens complémentaires

Ici sont présentés les différents examens para cliniques à savoir biologique radiologique et anatomo-pathologique qui ont été demandé au patient ainsi que leurs résultats. Ces examens sont ordonnés à visée diagnostique, de retentissement, pré-thérapeutique...

6. Discussion diagnostique

C'est un exercice intellectuel de comparaison et d'élimination permettant au médecin de retenir le ou les diagnostics les plus probables. Elle se fait de l'hypothèse la moins probable à la plus probable.

7. Diagnostic retenu

8. Conduite tenue

C'est le rapport des différentes thérapeutiques reçu par le patient.

9. Surveillance

Elle est clinique, radiologique, biologique, ... Il faut donner la fréquence de leur réalisation.

10. Evolution

Résultat de la surveillance et peut être bonne ou mauvaise auquel cas il faut se poser la question de savoir si c'est le diagnostic qui est inexact ou si c'est le traitement qui est inadéquat.

11. Pronostic

Estimation de la répercussion de la pathologie du traitement sur le patient sa qualité de vie et survie. Il se décline classiquement en deux rubriques le pronostic fonctionnel et le pronostic vitale qui peuvent chacun être évalué à court, moyen et long terme. Il se base sur les données épidémiologiques disponibles dans la littérature et en rapport avec la pathologie du patient.

12. Prévention

- primaire:

- secondaire : prise en charge

- tertiaire : gérer les complications

- conseils : (Automédication, moustiquaire imprégnée, vaccinations)

13. Intérêt

L'intérêt est ce qui dans l'observation du patient fait qu'elle est importante scientifiquement. Il précise la leçon à tirer du cas clinique. L'intérêt peut être épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et pronostic.

14. Conclusion

C'est un résumé de l'observation médicale du patient. Il contient l'identité les antécédents, le diagnostic retenu, le traitement instauré et l'évolution sous ce traitement.

CONCLUSION

La démarche médicale et l'observation médicale doivent être bien maitrisées par l'étudiant en médecine car une bonne observation médicale permet de poser un bon diagnostic et un bon diagnostic permet la mise en route d'un bon traitement ce qui va dans l'intérêt de l'enfant et de sa famille