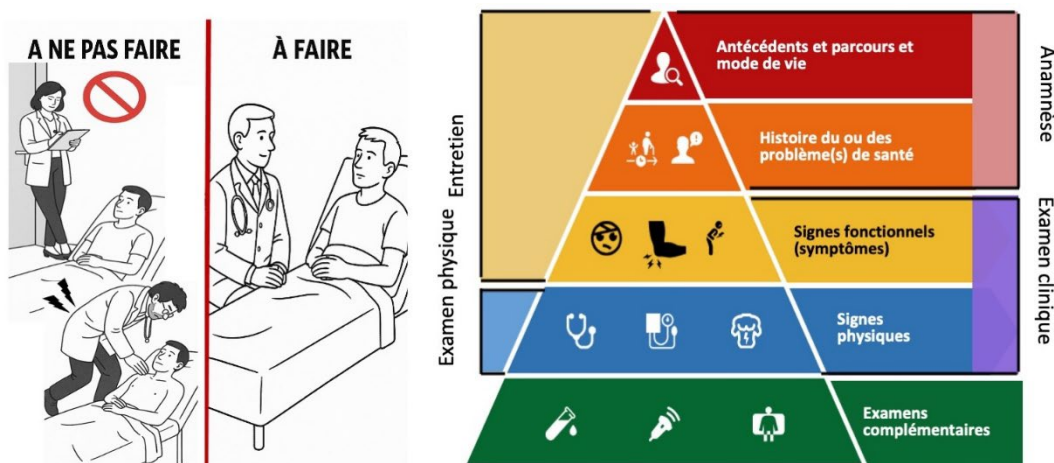


CHAPITRE 1 : MENER L'ENTRETIEN/RÉDIGER L'OBSERVATION

- **Entretien** : Base essentielle du diagnostic, indispensable pour établir la relation de confiance.
- Permet de relever l'**anamnèse** et les **signes fonctionnels** du patient.
- Complété par l'**examen physique** et les **examens complémentaires**.
- L'ensemble est consigné dans l'**observation médicale** avec une interprétation diagnostique et une proposition de prise en charge.



ENTRETIEN AVEC LE PATIENT	Approche personnalisée	- Traduire en langage biomédical les problèmes rapportés (décalage réalité/interprétation patient). - Intégration dans le contexte global du patient : • Perspective patient (préférences et comportements de santé). • Ressources patient (moyens pour faire face).	
	Principaux facteurs contextuels	Perspective patient	Ressource patient
		Conceptions culturelles/spirituelles	Ressources financières/couverture maladie
		État de santé ressenti	Logement/transport
		Relation avec les soignants	Ressource cognitive
		Attitude envers la maladie et les soins	Langue/capacité de communication
		Obligations concurrentes	Ressources émotionnelles
		Priorité de santé	Soutien socio-familial
		...	...
	Flexibilité et attention distribuée	- Premier temps : Présentation puis question ouverte (ex. : Que puis-je pour vous ?) - Second temps : Entretien dirigé (≠ liste de questions formatée et inflexible), flexible et attentif aux indices pouvant conduire à réorienter l'entretien. Ne pas rompre la continuité de l'écoute. - Jongler entre la traduction biomédicale du problème exprimé et la perspective du patient. - Prise de note indispensable.	
	Conditions du dialogue	- Environnement calme et confidentiel. - Parler suffisamment fort, articuler. - Tenue et attitude adaptée. - Se positionner au même niveau que le patient, posture ouverte et confiante. - Après présentation et explication sur le but de l'entretien, débiter en laissant le patient s'exprimer sans l'interrompre. - Poursuivre selon le plan suivant : Motif de consult/mode de vie/ATCD/Anamnèse. - Laisser le patient s'exprimer puis préciser avec des questions fermées si nécessaire. - Attention au comportement non-verbal. - Questions sensibles (sexualité/addictions...) : pas de jugement ni de formulation négative.	
	Boîte à outils	- La prise d'infos s'appuie sur des questions : • Ouvertes → réponse élaborée. • Fermées → nombre limité de réponses possibles. - Attention à ne pas mitrailler le patient de questions pour ne pas donner le sentiment d'un interrogatoire policier. - L'écoute active favorise l'expression spontanée du patient. (ex. : indicateurs non verbaux, verbaux, témoignages d'empathie, reprise de phrase, relances explicites). - Reformuler en cas de doute sur la compréhension. - Récapituler en fin d'explication → s'assurer la bonne compréhension et montrer son écoute. - Questions filets : aides le patient à explorer ses souvenirs (ex. : avez-vous déjà été hospitalisé ?)	

ENTRETIEN AVEC LE PATIENT	Boîte à outils	- Possibilité de s'appuyer sur une liste de questions génériques fermées par appareil avec pour chacun les maladies les plus fréquentes. - En cas d'entretien non contributif → diversifier les sources : proches, soignants habituels, témoins, documents.
	Clôture	- S'assurer de l'absence de questions supplémentaires du patient. - Poursuivre par l'examen physique. - Si nécessaire finir la consultation par récapitulation/information. - Bien s'assurer de la compréhension du patient.
OBSERVATION MÉDICALE	Fonctions	- Propre à un patient et un lieu de soins. - À l'hôpital : observation initiale + mots d'évolutions. - Contenu : Données patients/Décision et justifications/Prise en charge et résultat/Information délivrée. - Sa qualité témoigne du respect accordé au patient et du goût du travail bien fait.
	Contenu	- Défini par le CSP (R1112-2), doit comporter : • Date et heure. • Nom, fonction et signature du rédacteur. • Observation médicale initiale : ○ Recueil systématisé d'infos. ○ Problèmes de santé. ○ Hypothèses diagnostiques. ○ Stratégies diagnostiques et thérapeutiques. • Mots d'évolutions : ○ Soins reçus. ○ Évolution clinique. ○ Examens complémentaires. ○ Évolution diagnostique. ○ Modification de PEC. - Si stagiaire → Validation par médecin habilité. - Autres obligations réglementaires : • Traçabilité d'une réflexion bénéfique/risque avant tout acte (diag ou thérapeutique). • Traçabilité de l'info au patient, montre le consentement éclairé du patient Article L1111-4 « toute personne prend, [...], les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informé des conséquences de ses choix » (sdd 329).
	Rédaction	- Lisible = pas d'abréviations personnelles ou de langage SMS. - Bien structurée → facilite la recherche d'infos. - Préférer la réécriture au copier-coller → diminue le risque de recopier des erreurs. - D'autant plus important si informatisée → réduit le travail à l'édition du CRH. - Précise : stade de maladie, équilibre sous TTT, atteintes d'organes...
	Organisation	Motif d'hospit/de consult : - Symptôme/syndrome/maladie identifié par le patient comme nécessitant une solution. Même si d'autres pb sont identifiés lors de la consult. - Motif = plainte du patient ≠ Diagnostic (qui est établi à la fin de la démarche médicale). - Motif d'hospit et de consult pour un même séjour peuvent être différents (ex. : consult pour dyspnée, hospit pour anémie). - Rester critique sur les diagnostics établis. Mode de vie +/- détaillé selon contexte (++) en gériatrie). - Statut familial/origine/profession/logement/autonomie/entourage/aides/mesures de protections/couverture sociale (sdd 347)/consommation/voyages/expositions/habitudes alimentaires/orientation sexuelle. - Chercher à savoir qui est le patient, participe également à établir la relation de confiance. ATCD et correspondants : - ATCD perso : médicaux/chir/gynéco-obs/psy/trauma/allergiques. - ATCD familiaux. - TTT en cours (et automédication, phytothérapie, Etc.) avec poso et horaires de prise. S'aider des ordonnances. - Médecins généralistes et spécialistes, avec coordonnées Histoire des pb de santé : - Chronologie du pb identifié comme motif d'hospit ou consult. +/- histoire des pb de santé parallèles. - S'aider des documents médicaux existants +++ - Précis +++ (durée des symptômes, évolution, intensité, retentissement, facteurs aggravants ou améliorants, manifestations associées). Examen clinique : +/- détaillé selon contexte. - Signes vitaux, état général puis examen par appareil, dans l'ordre de pertinence. - Signes fonctionnels en premier. - Idéalement approche syndromique (regroupement des signes par syndrome).

OBSERVATION MÉDICALE	Organisation	6. Examen complémentaire : - Pas en systématique. - Prescription raisonnée et interprétation selon évaluation clinique (sdd 178). - Ne remplace pas les données cliniques mais les enrichies. 7. Conclusion : - Liste les pb identifiés (motif de consult + pb parallèles). - Du + grave/important au – grave/important. - Pour chaque pb : niveau de gravité/urgence, hypothèses diag/prise en charge diagnostique et thérapeutique, surveillance. Rq : L'ensemble doit être systématique en début d'apprentissage puis de + en + ciblé avec l'acquisition d'expérience.
	Mot d'évolution	- Reprennent chaque pb de la conclusion initiale avec : • Soins reçus. • Évolution clinique. • Résultats d'examens complémentaires. • Progrès diagnostiques. • Modifications de prise en charge. - Ne pas forcément mentionner les pb déjà résolus mais identifier les nouveaux pb et les analyser selon le masque de la conclusion initiale.