

# Anamnèse et compétences psycho-sociales

2014

N. Blondel, C. Salathé

## Introduction

La qualité de la relation entre le patient et son médecin est un des déterminants majeurs de son succès et conditionne la réussite du traitement médical. La médecine est, par essence, un métier relationnel où toute erreur relationnelle mène à l'insatisfaction du patient et de son médecin. Plus grave, une mauvaise relation initiale peut conduire à une prise en charge inadéquate du patient susceptible de nuire à ce dernier. On a par exemple estimé que 70-80% des plaintes et des poursuites en matière judiciaire médicale avait pour origine un problème de communication. Le taux de non observance d'une prescription médicamenteuse par le patient varie entre 30 et 70% et est clairement influencée par le style de communication du médecin. Les résultats d'une méta-analyse de 24 études montre que la qualité de la communication a une influence non seulement sur la satisfaction du patient, mais aussi sur sa santé dans 16 études sur 24 (*Stewart M.A, effective physician-patient communication and health outcome a review, CMAJ 1995 ; 152 : 1423-1433*). Le but de ce module est de vous fournir des compétences cliniques pour vous permettre de mener à bien un entretien médical.

## Bases de la relation médecin-patient

### **Aptitudes professionnelles « *professionalism* »**

La tâche essentielle du médecin est de soigner son patient et de l'accompagner, avec une attention soutenue au respect de la dignité humaine de celui qui se confie à lui. Cela nécessite un ensemble de règles et de lignes de conduite (principes éthiques, guidelines, etc.), tant en ce qui concerne l'acte médical proprement dit, qu'en ce qui concerne les choix professionnels et politiques du médecin (*professionalism* en anglais).

Le médecin doit être digne de confiance, ce qui nécessite d'une part des **compétences relationnelles relevant du « *savoir faire* »** (communications skills) et des **compétences médicales « *savoir proprement dit* »** et, d'autre part du « ***savoir être* »** (principes éthiques, réflexion sur le sens de sa profession, sens de sa propre vie et valeurs personnelles, etc.).

## Dimension humaine de la relation

Le propre d'une relation médecin-patient est qu'elle implique une rencontre entre deux êtres humains. Sans rencontre, le risque est que le médecin tende à imposer son savoir sans tenir compte du point de vue du patient. Le partage doit permettre au médecin de s'engager dans une authentique relation de personne à personne. Cela permettra au patient de se sentir à l'aise malgré l'asymétrie des savoirs (en règle générale le médecin a de meilleures connaissances médicales) et des vécus (il est fréquent dans les maladies chroniques, que les patients aient un vécu beaucoup plus important que le médecin).

Si les préoccupations du patient sont au centre de la relation (se sentir compris, pouvoir exprimer ses problèmes, etc.), celle-ci sera plus productive que si les préoccupations du médecin (trouver un diagnostic, gérer le temps, etc.) la guident.

La relation doit donc être **centrée sur le patient** et non sur les besoins du médecin et donner plus d'importance au point de vue du patient qu'à celui du médecin.

L'asymétrie de cette relation ne comprend pas seulement la différence des savoirs mais se manifeste dans tous les aspects de cette relation, ce qui la distingue fondamentalement de toute autre relation (amicale, professionnelle). Elle comporte les points suivants :

- Différence des compétences médicales.
- Différences des expériences vécues.
- Situation de rencontre habituelle pour le médecin, exceptionnelle (et souvent anxiogène) pour le patient.
- Le médecin connaît l'histoire du patient, le patient ne sait rien de l'histoire du médecin.
- Le patient paye, le médecin est payé.
- Le médecin doit informer le patient sur les résultats de ses investigations concernant l'état de santé du patient, le patient doit raconter son histoire.
- Le patient se comporte comme il le veut et comme il peut, **le médecin doit s'adapter à cet état de fait.**
- Le patient investit « l'espace relationnel » et peut y exprimer ses sentiments, ses envies relationnelles, sa colère, ses angoisses. Le médecin doit lui laisser investir cet espace. En conséquence, le vécu du médecin, ses souhaits relationnels, ses envies, et ses propres angoisses n'ont pas de place dans la relation ; le médecin devant les gérer en dehors de la relation thérapeutique et peut seulement essayer de les utiliser pour mieux comprendre le patient. Toute relation médecin-patient génère des phénomènes complexes de transfert et de contre-transfert.
- Le médecin examine son patient (avec sa permission qui devrait être toujours demandée) et découvre à cette occasion des zones très intimes. Ceci a des implications importantes pour la relation (ces implications sont déjà présentes dans l'entretien, mais beaucoup plus accentuées lors de l'examen corporel). Ces éléments sont des aspects d'une alliance « professionnelle », mais aussi d'une relation de dépendance et d'une relation de transfert (*Adle R et al, Anamnese und Körperuntersuchung, G. Fischer, Stuttgart, Jena, New York, 1992 : 59-63*).

Pour aboutir à une prise en charge adéquate du patient il est indispensable que se forme entre le patient et son médecin une **alliance thérapeutique**.

Cette dernière peut être définie comme la « **disposition du médecin et de son patient à travailler ensemble sur un projet pour arriver à des buts communs** » (Vanotti M. *le métier de médecin entre utopie et désenchantement, Médecine et Hygiène, Chêne-Bourg 2006, p. 120*).

La relation médecin-patient se caractérise en résumé par une double caractéristique :

- Elle est inégalitaire fondée sur l'asymétrie des savoirs et des souffrances (pouvoir de l'expert, différences des perceptions et des vécus, etc.)
- Mais elle nécessite une égalité dans la coopération (**partenariat fondé sur la confiance mutuelle**), dans laquelle la gestion des émotions et la pratique de l'empathie occupent une place centrale.

### Structure d'un entretien médical

**L'entretien médical doit être adapté aux besoins du patient.** Il suit donc **l'agenda du patient**. Ainsi un patient qui s'est coupé le doigt s'attend à voir son problème immédiatement résolu (antalgie, anamnèse\* ciblée, suture, etc.) Un entretien médical détaillé plus étendu est certainement inadéquat dans ce cas. Un patient se présentant au service des urgences avec un état de choc anaphylactique doit bénéficier d'une réanimation urgente - le problème vital étant clairement prioritaire sur *l'agenda du patient* - l'entretien et l'anamnèse détaillée pourront suivre plus tard. Par contre, lorsque le patient présente des problèmes chroniques ou moins urgents, il est indispensable de ne pas se centrer uniquement sur la plainte principale du patient, mais aussi d'explorer les répercussions de son problème sur sa vie relationnelle, son travail, son interprétation de ses plaintes, etc.

L'entretien médical **structuré** est fondamental pour gagner la confiance du patient et pour recueillir toutes les informations nécessaires pour la prise en charge ultérieure.

Il faut tout au cours de l'entretien veiller à la **confidentialité** de ce dernier. Si le patient capable de discernement est accompagné par ses proches, il peut être judicieux de demander au patient de faire sortir de la pièce les proches durant une partie de l'entretien, par exemple pour l'examen physique. Ceci est très important en particulier pour les adolescents, les patients fragiles ou dans toute situation avec suspicion de violence intrafamiliale (dépendance psychologique incluse).

Il faut éviter dans toute la mesure du possible de faire attendre le patient ; cela augmente l'anxiété de ce dernier, peut provoquer sa colère et générer des sentiments d'abandon, de dépendance, d'humiliation ou de révolte.

\* le mot anamnèse vient du grec αναμνησις « littéralement se souvenir d'avant » ; on peut le définir comme l'ensemble des renseignements ayant trait à l'histoire du patient fournis par ce dernier ou des tiers

## PLAN DE L'ENTRETIEN

### 1) DEBUTER L'ENTRETIEN

- **préparation** (relire le dossier, environnement, bien-être du médecin)
- **débuter la relation** (se présenter, mettre le patient à l'aise, expliquer le déroulement de l'entretien, obtenir le consentement si nécessaire, **définir le temps à disposition**)
- **identifier le(s) motif(s) de la consultation** en laissant le patient parler librement (écoute active et reformulation/résumé), négocier un agenda

### 2) APPROFONDIR LES INFORMATIONS

- Anamnèse complémentaire :
  - perspective biomédicale : maladie (« disease »)
    - a) **anamnèse actuelle**  
(analyse détaillée des symptômes ; cf. page 10 fig. 3 A)
  - autres informations :
    - b) **antécédents personnels**
    - c) **anamnèse systématique**
    - d) **médicaments/allergies/intolérances**
    - e) **anamnèse familiale**
    - f) **anamnèse sociale et personnelle, habitudes/dépendances**
  - perspective du patient (perspective bio-psycho-sociale, « illness ») :
    - g) **idées et croyances concernant la maladie**
    - h) **attentes et préoccupations**
    - i) **conséquences pour la vie du patient et ressenti**
- **résumé des problèmes avec le patient**

### 3) EXAMEN CLINIQUE (STATUS) : protéger au maximum l'intimité du patient

### 4) EXPLICATIONS, DECISIONS PARTAGEES ET AGENDA SUR LA BASE DE : LISTES DES PROBLEMES, DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL ET HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES, PLAN D'INVESTIGATION ET DE TRAITEMENT

- **information du patient**
- **s'assurer de la compréhension de l'information**
- **s'assurer d'une compréhension partagée (incorporer la perspective du patient de sa maladie)**
- **décisions partagées (information et négociation d'un plan d'action et de traitement)**

## 5) TERMINER L'ENTRETIEN

- suite de la prise en charge
- éléments de sécurité (« revenez si... plan alternatif, etc.)
- résumé de l'entretien et agenda caché : **Y a-t-il encore quelque chose que vous souhaiteriez me dire ?**
- prendre congé

Adapté du modèle Calgary-Cambridge in Silvermann J. et al, skills for communicating with patients, 2<sup>nd</sup> ed. Radcliffe Publ. Abingdon 2005, pp 22-26

### 1) Débuter l'entretien

La manière de débiter l'entretien médical est un élément vital de son succès.

La préparation de l'entretien est importante :

- 1) environnement agréable : température de la pièce agréable, disposition des chaises ou de la chaise et du lit, distance médecin-patient adéquate (1-1.5 m), éviter un obstacle entre le patient et le médecin (table par exemple), posture adéquate du médecin (penchée vers le patient, pas d'attitude décontractée).
- 2) préparation du médecin : tenue, hygiène corporelle et apparence adéquate, lecture des anciens dossiers, éviter dans la mesure du possible les interruptions (terminer sa dernière tâche, dévier le téléphone, etc.) et assurer son propre confort (vider sa vessie, boire et manger un sandwich, etc.).

Il appartient tout d'abord de saluer le patient par son nom et de se présenter en mentionnant sa fonction puis de se soucier de savoir s'il est bien installé. Le côté non verbal est important : sourire, serrer la main, regarder le patient dans les yeux et se mettre à sa hauteur (s'asseoir). Le fait de se soucier du bien être du patient est fondamental. Il est nécessaire de s'assurer que la communication est possible : langue commune ? Appareils auditifs ? Lunettes ? Ensuite il faut brièvement décrire le déroulement de l'entretien.

*« Madame Jeanne Dupont ? ... Bonjour Madame, je suis le Dr House, chef de Clinique en rhumatologie. Préférez-vous vous asseoir ou rester couchée sur ce lit ? ... J'ai bien reçu le mot de votre médecin traitant le Dr Clooney et je vous propose que nous passions 30 minutes ensemble pour discuter de vos problèmes et vous examiner ».*

*« Monsieur Jean Desmeules ? ... Bonjour je m'appelle Esther Magnin et je suis étudiante en 5<sup>ème</sup> année de médecine. Je suis en train d'apprendre à conduire un entretien médical et à examiner un patient. Seriez-vous d'accord de m'accorder pour cela environ 30 minutes, après quoi je reviendrai avec le chef de clinique qui me supervise, le Dr Jean, pour discuter avec vous de ce qui vous amène à l'hôpital? »*

**L'usage du jargon médical et l'emploi de termes compliqués est à proscrire !**

L'identification de la(les) plainte(s)/demande(s) principale(s) du patient (motif de consultation) est essentielle et la clé pour une prise en charge correcte de ce dernier.

Cette plainte/demande est souvent multiple (1.2-3.9 plaintes/demandes par consultation en médecine ambulatoire). Il arrive souvent que la vraie raison de la consultation ne sorte qu'en fin de consultation ou jamais (on appelle cela l'**agenda caché du patient**). Dans une étude menée à l'Université de Bâle où 335 patients pouvaient parler librement dans une consultation de médecine sans être interrompus par le médecin, ils s'arrêtaient de parler en moyenne après 92 secondes et 78% des patients s'arrêtaient après 2 minutes (Langewitz W. et al, BMJ 2002 ; 325. 682-683). Contrairement à une idée répandue, laisser le patient parler librement en début d'entretien ne fait pas perdre du temps, car cela permet dans la majorité des cas de cerner correctement la demande principale du patient.

Dans une étude parue en 1983, la plainte principale du patient était identifiée de manière correcte dans 76% des problèmes somatiques et seulement 6% des problèmes psychosociaux (*Buracck RC et al, the predictive value of the presenting complaint, J Fam Pract 1983, 16 : 749-754*). Cela n'est guère étonnant si l'on sait que dans une autre étude, le patient discutant de sa plainte principale était interrompu par le médecin après seulement 18 secondes en moyenne (*Beckmann HB et al, the effect of physician behaviour on the collection of data, Ann Intern Med 1984 ; 101. 692.696*). Dans une autre étude américaine étudiant 300 consultations chez 29 médecins de famille en 1995-96, les médecins interrompaient leurs patients en moyenne après 23.1 secondes de discours libre (*Marvel M.K. et al, JAMA 1999 ; 281, 283-287*). Les compétences cliniques pour débiter l'entretien sont résumées dans l'encadré ci-dessous.

**Compétences cliniques requises pour débiter l'entretien****Préparation :**

- terminer sa dernière tâche
- préparer l'environnement (température, disposition espace, confidentialité, si possible se débarrasser du bip, etc.)
- se soucier de son propre confort
- lire les éventuels documents concernant le patient

**Etablir le premier contact :**

- saluer le patient par son nom
- prendre une posture adéquate (penchée en avant non décontractée) à 1-1.5 mètre du patient
- se présenter, clarifier sa fonction et décrire les modalités de l'entretien (but, durée)
- démontrer de l'intérêt pour le patient et son confort
- informer le patient, quel document a déjà été lu (ou pas lu et pourquoi)

**Identifier les raisons de la consultation par une question ouverte :**

« Pourriez-vous m'expliquer ce qui vous amène à consulter ? » ou « Comment vous sentez-vous ? », « Comment allez-vous ? », « Je vous écoute... »

Les techniques suivantes doivent être privilégiées :

- écoute active
- reformulation et résumé des plaintes
- négocier un agenda si nécessaire

*Figure 1. Démarche diagnostique traditionnelle (approche biomédicale)*

Pour que le patient puisse se sentir à l'aise, le praticien doit développer une écoute active (encadré ci-dessous).

### **Composante essentielle de l'écoute active :**

- Passer du temps : *laisser le patient parler et l'interrompre le moins possible, s'asseoir et ne pas rester debout, ne pas regarder sa montre, etc.*
  - Utiliser des techniques spécifiques afin de permettre le discours libre du patient :
    - Attendre sans parler
    - Encourager le patient à raconter son histoire, à être narratif : « *Racontez-moi...* »
    - Facilitation : appuyer les propos du patient par des propos neutres :
      - oui..., je vois, .... , paraphraser ce que dit le patient, répéter le(s) dernier(s) mot(s)
    - Moyens non verbaux (voir ci-dessous)
  - Prendre note et donner de la valeur aux sentiments montrés ou ressentis
    - nommer les sentiments « *Vous me paraissez désespéré, triste, fâché, etc.* »,
    - par des moyens non verbaux : usage approprié de la communication non verbale : hocher la tête, tendre un mouchoir si le patient pleure, etc.
  - ne pas quitter le patient des yeux** (éviter de prendre des notes en particulier durant la partie initiale de l'entretien)
  - prendre la main, sourire, etc.
  - opiner de la tête, etc.
  - Relever les messages verbaux et non verbaux émis par le patient :
    - « *Ces maux de tête ont l'air de vous inquiéter... Est-ce que vous pensez à quelque chose en particulier ?* »
  - Utilisation appropriée du type de questions requis : **questions en entonnoir (ouvertes au début puis fermées à la fin pour préciser les détails)**
- Questions ouvertes au début de l'anamnèse**, permettant au patient d'exposer son histoire (exemple : « *Comment vous sentez-vous ?* »).
- Les questions ouvertes ouvrent un discours libre du patient. Elles vous donnent le plus d'informations sur « l'agenda caché » du patient, sur son vécu, son histoire, ses sentiments, souhaits et espoirs.
- Questions ciblées pour compléter les informations** (exemple : « *Vous m'avez parlé du cancer de votre mère, comment vivez-vous cette situation ?* »)
- Les questions ciblées vous permettent de compléter et de clarifier l'anamnèse. Vous en apprenez moins sur l'histoire et les sentiments du patient.

**-Questions fermées**, pour assurer ou infirmer des hypothèses (exemple : « *Est-ce que vous avez des brûlures en urinant ?* ») en particulier lors de l'anamnèse par système. Les questions fermées vous donneront uniquement des réponses de type « oui » ou « non ». Vous n'apprenez rien de l'histoire et des sentiments du patient, et surtout rien, que vous n'avez déjà envisagé. Des questions fermées transforment l'entretien en interrogatoire. Leur utilisation trop fréquente ou trop précoce (au début de l'anamnèse) détruit le discours normal.

**-Les questions suggestives et les questions doubles sont à éviter.**

Les questions suggestives (exemple : « *Ca va mieux n'est-ce pas?* ») vous donneront facilement des fausses informations (le patient peut, par exemple, répondre oui, pour faire plaisir au médecin). Les questions doubles (exemple : « *Est-ce que vous avez eu des vertiges ou envie de vomir ?* ») vous fournissent en général des réponses uniquement à la deuxième partie de votre question.

## 2) Approfondir les informations

Une anamnèse exacte et en accord avec les plaintes du patient permet d'identifier correctement plus de la moitié des problèmes et diagnostics.

La démarche diagnostique traditionnelle (fig. 1.) ne se centre que sur la maladie et si elle est utile pour établir un diagnostic de manière systématique (point de vue du médecin), elle occulte partiellement la manière dont le problème est vécu par le patient. Parfois, il est indispensable de s'aider des proches ou de l'entourage (soignants en particulier) pour préciser l'anamnèse. Dans ce cas, l'accord du patient est requis, sauf s'il est incapable de discernement, et le secret médical doit être préservé envers les tiers.

### **Anamnèse (analyse des symptômes subjectifs) :**

- anamnèse actuelle
- antécédents personnels
- anamnèse systématique
- médicaments, allergies/intolérances
- habitudes et dépendances
- anamnèse sociale et personnelle



### **Examen clinique (recueil des signes objectifs)**



### **Liste des problèmes, hypothèses diagnostiques (diagnostics différentiels)**



### **Plan d'investigation et de traitement**

Il faut donc intégrer également le point de vue du patient (approche psychosociale) sur sa maladie (points en rouge sur la figure 2).

## **PLAN DE L'ENTRETIEN**



## 1) DEBUTER L'ENTRETIEN

- **préparation** (relire le dossier, environnement, bien-être du médecin)
- **débuter la relation** (se présenter, mettre le patient à l'aise, expliquer le déroulement de l'entretien, obtenir le consentement si nécessaire, **définir le temps à disposition**)
- **identifier le(s) motif(s) de la consultation** en laissant le patient parler librement (écoute active et reformulation/résumé), négocier un agenda

## 2) APPROFONDIR LES INFORMATIONS

- Anamnèse complémentaire :
  - perspective biomédicale : maladie
  - a) **anamnèse actuelle**  
(analyse détaillée des symptômes, décours temporel, etc.)
    - autres informations :
      - b) **antécédents personnels**
      - c) *anamnèse systématique*
      - d) **médicaments/allergies/intolérances**
      - e) **anamnèse familiale**
      - f) **anamnèse sociale et personnelle, habitudes/dépendances**
    - perspectives du patient (perspective bio-psycho-sociale) :
      - g) **idées et croyances concernant la maladie**
      - h) **attentes et préoccupations**
      - i) **conséquences pour la vie du patient et ressenti**

### ● RESUME DES PROBLEMES AVEC LE PATIENT

## 3) EXAMEN CLINIQUE (STATUS) : protéger au maximum l'intimité du patient

## 4) EXPLICATIONS, DECISIONS PARTAGEES ET AGENDA SUR LA BASE DE :

- LISTES DES PROBLEMES
- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL ET HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES
- PLAN D'INVESTIGATION ET DE TRAITEMENT

- *information du patient*
- *s'assurer de la compréhension de l'information*
- *s'assurer d'une compréhension partagée (incorporer la perspective du patient de sa maladie)*
- *décisions partagées (information et négociation d'un plan d'action et de traitement)*

## 5) TERMINER L'ENTRETIEN

- *suite de la prise en charge*
- *éléments de sécurité (« revenez si... plan alternatif, etc.)*
- **résumé de l'entretien et agenda caché : Y a-t-il encore quelque chose que vous souhaiteriez me dire ?**
- **prendre congé**

Adapté du modèle Calgary-Cambridge in Silvermann J. et al, skills for communicating with patients, 2<sup>nd</sup> ed. Radcliffe Publ. Abingdon 2005, pp 22-26

Figure 2

## Anamnèse actuelle

Son but est de préciser le ou les motifs de consultation. Si le patient a pu s'exprimer librement durant la première partie de l'entretien, il est possible d'utiliser des questions plus fermées à la fin de l'anamnèse actuelle afin d'effectuer une anamnèse systématique centrée sur la plainte principale du patient.

L'analyse du symptôme principal doit être systématique (fig. 3).

### Fig. 3.a Analyse systématique d'un symptôme

- 1) Localisation
- 2) Irradiation
- 3) Caractère
- 4) Intensité (quantifier !)
- 5) Durée
- 6) Fréquence et périodicité
- 7) Circonstances d'apparition
- 8) Facteurs aggravants
- 9) Facteurs calmants
- 10) Phénomènes associés
- 11) Point de vue du patient

Cela peut être résumé par l'acronyme anglais **WWQAA plus B**

- 1) **WHERE** (localisation et irradiation)
- 2) **WHEN** (chronologie, circonstance d'apparition, fréquence et périodicité)
- 3) **QUALITY** (caractère et intensité)
- 4) **QUANTITY** (intensité)
- 5) **AGGRAVATING and ALLEVIATING SYMPTOMS**
- 6) **ASSOCIATED MANIFESTATIONS**
- 7) **BELIEFS** (point de vue du patient)

Si l'on prend l'exemple d'une fatigue cela peut donner dans le compte rendu du médecin le texte suivant :

*« La patiente présente depuis 2 mois une fatigue qu'elle décrit comme un épuisement physique. Cette dernière est survenue progressivement environ 2 semaines après un séjour au Vietnam d'un mois en zone rurale (trekking). Elle a l'impression que la moindre activité physique l'épuise et elle a dû cesser de travailler depuis 7 jours tellement la fatigue était importante (10/10 sur une échelle de 0-10). Cette fatigue est améliorée par le repos et aggravée par l'effort. Elle est accompagnée par des pics de fièvre apparus il y a 6 semaines (température mesurée à 40° deux à trois fois par jour avec sueurs profuses). Elle a aussi noté des diarrhées et des douleurs abdominales juste après le retour du voyage.*

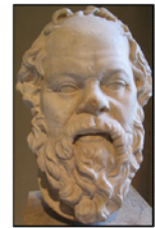
*Durant le voyage, il n'y a pas eu de relations sexuelles non protégées, de contact avec des animaux, de baignades en eau douces. La patiente a essayé de boire de l'eau minérale ou bouillie, mais a mangé de la nourriture locale. Elle n'a pas fait de vaccins avant le voyage et n'a pas ris de prophylaxie antimalarique.*

**Fig. 3.b Analyse systématique d'un symptôme : la DOULEUR**

- 1) Localisation
- 2) Irradiation
- 3) Caractère
- 4) Intensité (quantifier !)
- 5) Durée
- 6) Fréquence et périodicité
- 7) Circonstances d'apparition
- 8) Facteurs aggravants
- 9) Facteurs calmants
- 10) Phénomènes associés
- 11) Point de vue du patient

Cela peut être résumé par l'acronyme anglais **SOCRATE'S BELIEFS**

SOCRATE'S BELIEFS	
SITE	localisation (précise ou vague)
ONSET	circonstance et caractéristiques lors de l'apparition
CHARACTER	caractéristiques : type de douleurs (laisser le patient décrire)
RADIATION	irradiation (douleurs référée ? dermatomes ?)
ASSOCIATED symptoms	paresthésies, troubles moteurs, diaphorèse et symptômes vagues, fièvre, etc.
TIMING	durée, évolution au cours du temps (continu, cyclique, pics, etc.)
EXACERBATING/RELIEVING factors	déglutition, repas, mouvements, etc.
SEVERITY	intensité (0-10)
BELIEFS	hypothèse(s) du patient sur ses douleurs



« Le patient présente depuis environ deux mois des douleurs progressives des membres inférieurs au dessous des genoux décrites comme des brûlures constantes d'intensité 5/10 avec de temps à autre une sensation de décharge électrique durant quelques secondes d'intensité 9/10 le réveillant la nuit. Ces douleurs sont exacerbées la nuit ou par le frottement du drap et diminuées légèrement par la prise de Dafalgan® (paracétamol).

Le patient a également remarqué un engourdissement des pieds. Ses douleurs l'inquiètent beaucoup et il se sent déprimé, car il a l'impression que ses proches ne le prennent pas au sérieux. Il se demande si ces douleurs ne sont pas le signe d'un cancer ».

### **Antécédents personnels**

Un des moyens pour obtenir les antécédents importants est de poser les questions suivantes :

- « *Est-ce que vous avez déjà été en traitement pour une maladie ?* »
- « *Est-ce que vous avez-déjà été hospitalisé ?* »

### **Anamnèse systématique**

L'anamnèse systématique reprend un à un tous les systèmes. Nous proposons d'effectuer la partie concernant la plainte principale dans l'anamnèse actuelle pour éviter au patient des allers et retours lui donnant une impression de désordre.

L'anamnèse systématique doit évidemment être adaptée à la consultation et à la spécialité. Il est inutile de faire une anamnèse systématique exhaustive si le patient vient pour un corps étranger dans l'œil. A titre indicatif, nous donnons un exemple d'anamnèse systématique en médecine interne qui sera précisée dans les différents séminaires (figure 4). Les questions dans cette partie de l'anamnèse sont en général de type « questions fermées ».

**Figure 4.** Exemple d'**anamnèse systématique** en médecine interne dans le cas d'un check-up: il est important de faire préciser au patient les symptômes en cas de doute(s). L'anamnèse doit toujours être en **adéquation** avec les plaintes du patient, la situation et le temps à disposition. En **gras**, sont notés les points les plus importants de l'anamnèse systématique.

#### **Général**

- « ***Est-ce que vous avez bon appétit ?*** »
- « ***Est-ce que votre poids est stable ?*** » (si le patient ne se pèse pas on peut essayer de trouver des indices indirects : changement de la taille des vêtements, etc.).
- « ***Est-ce que vous avez des problèmes pour dormir ?*** »
- « *Est-ce que vous vous endormez involontairement durant la journée ?* »
- « *Est-ce que vous avez des accès de transpirations ?* »
- « ***Est-ce que vous avez de la fièvre ?*** » (préciser si mesure objective en notant la température et le lieu de mesure ou non).
- « *Est-ce que vous avez des frissons ?* » (lorsque le patient décrit des frissons de tout le corps qu'il ne peut pas contrôler, on parle de frissons solennels. Ces derniers sont en général le signe d'une bactériémie)

#### **ORL et système visuel**

« **Est-ce que vous avez des troubles de la vue ou une maladie des yeux ?** »

« Est-ce que vous portez des lunettes ? »

« **Est-ce que vous avez des problèmes pour entendre ?** »

« Est-ce que vous utilisez un appareil pour mieux entendre? »

« Est-ce que vous avez des bourdonnements d'oreille ? »

« Est-ce que vous avez de la peine à avaler ? » (dysphagie).

« Est-ce que vous avez des problèmes avec les dents ? »

« Est-ce que vous avez mal au cou ? »

« Est-ce que vous avez le nez bouché ? »

« Est-ce que vous ronflez? »

### **Système lymphatique et glandes endocrines**

« Est-ce que vous avez remarqué l'apparition d'une grosseur ou de ganglions ? »

« Est-ce que vous avez des problèmes de thyroïde ou de diabète ? »

« Est-ce que vous ne supportez pas le froid ou le chaud ? »

« Est-ce que vous avez toujours soif ? »

### **Système respiratoire**

« **Est-ce que vous avez de la difficulté à respirer ?** » (= dyspnée : faire préciser s'il s'agit d'une dyspnée d'effort ou de repos, s'il s'agit d'une gêne respiratoire ou d'une vraie dyspnée contraignant le patient à diminuer son effort).

« Est-ce que vous arrivez à monter plusieurs étages à pied ? » (un patient qui n'arrive pas à monter 2 étages à pied sans s'arrêter pour reprendre son souffle a une dyspnée d'effort significative).

« Est-ce que vous vous réveillez la nuit parce que vous avez de la peine à souffler ? ». (Une dyspnée paroxystique nocturne traduit le plus souvent une décompensation cardiaque gauche ou un asthme).

« Est-ce que vous devez surélever la tête la nuit pour bien respirer ? » (l'orthopnée traduit généralement une décompensation cardiaque gauche).

« **Est-ce que vous toussiez ?** »

« est-ce que vous crachez ? » (faire préciser la fréquence, la consistance et la teinte des expectorations : sang= hémoptysie ?).

### **Système cardiovasculaire**

« **Est-ce que vous ressentez des douleurs ou une oppression sur la poitrine ?** »

(faire préciser le type et les circonstances de survenue : une douleur décrite comme une oppression, en particulier à l'effort, évoque une angine de poitrine).

### **Système cardiovasculaire (suite)**

- « *Est-ce que vous avez parfois l'impression que le cœur bat trop vite, trop lentement ou irrégulièrement ?* (palpitations).
- « ***Est-ce que vous avez déjà perdu connaissance ?*** » (syncope : faire préciser les circonstances).
- « *Est-ce que vous ressentez des douleurs dans les jambes ?* » (faire préciser les circonstances de survenue : à l'effort ou au repos).
- « *Est-ce que vos chevilles gonflent en fin de journée ?* » (détection des œdèmes).

### **Système digestif**

- « ***Est-ce que vous avez des douleurs dans le ventre ?*** »
- « ***Est-ce que vous avez des brûlures d'estomac ?*** »
- « *Est-ce que vous avez eu envie de vomir ou des vomissements ?* »
- « ***Est-ce que vous avez des selles régulièrement ?*** »
- « *Est-ce que la fréquence des selles a changé ?* »  
(fréquence des selles normale : 3x/jour à 3x/semaine).
- « *Est-ce que vous avez vu du sang frais dans les selles ?* »
- « *Est-ce que vous avez eu des selles noires qui sentaient très mauvais ?* » (méléna : sang digéré dans les selles).
- « *Est-ce que les selles sont très dures ou trop liquides ?* »

### **Système urinaire et reins**

- « *Est-ce que vous avez des maladies des reins ?* » (attention à bien faire préciser : en français courant, les reins = le bas du dos).
- « ***Est-ce que vous avez de la peine à uriner ?*** »
- « *Est-ce que vous avez des douleurs en urinant ?* »
- « *Est-ce que parfois vous urinez sans le vouloir ?* » (incontinence).
- « *Est-ce que vous avez parfois des urines rouges ou du sang dans les urines ?* » (hématurie macroscopique).

### **Système génital masculin**

- « *Est-ce que la force du jet urinaire a diminué ?* (prostatisme, question à poser si > 50 ans)
- « *Est-ce que vous avez des troubles de l'érection ou des troubles sexuels ?* »
- « ***Est-ce que vous avez des relations sexuelles ?*** » (protégées ou non, partenaires multiples ou uniques, etc.)
- « *Est-ce que vous avez déjà eu des maladies sexuellement transmissibles ?* »
- « *Est-ce que vous vous protégez durant les rapports sexuels ?* » (Comment ?)

### **Système génital féminin**



- Pour les femmes pré- et post-ménopausées :
  - « **Est-ce que vous avez des relations sexuelles ?** » (protégées ou non, partenaires multiples ou uniques, etc.)
  - « **Êtes-vous suivie par un gynécologue ?** » (dernier contrôle ?)
  - « Est-ce que vous avez déjà été enceinte ? »
  - « Est-ce que vous contrôlez régulièrement vos seins ? » (mammographie, gynécologue, etc.).
- Pour les femmes pré-ménopausées :
  - « Est-ce que vos règles sont régulières et de quand datent vos dernières règles ? »
  - « **Utilisez-vous un moyen de contraception ?** »
  - « **Est-ce que vous pourriez être enceinte ?** »
- Pour les femmes post-ménopausées :
  - « Est-ce que vous souffrez d'incontinence ? »
  - « Est-ce que vous avez des saignements vaginaux ? »

### **Système locomoteur**

- « **Est-ce que vous avez des douleurs dans le dos ou les articulations ?** »
- « Est-ce que vos articulations sont parfois raides ou gonflées ? »
- « Est-ce que vous avez des douleurs ou des faiblesses dans les muscles ? »

### **Système neurologique**

- « **Est-ce que vous avez mal à la tête ?** »
- « **Est-ce que vous avez des vertiges ?** » (faire préciser au patient s'il s'agit d'une sensation vertigineuse, par exemple de type orthostatique, ou d'un vertige vrai : l'environnement tourne comme dans un carrousel).
- « Est-ce que vous avez déjà fait des convulsions ou une crise d'épilepsie ? »
- « Est-ce que vous avez eu un manque de force ou une sensation anormale dans un ou plusieurs membres ? »
- « Est-ce que vous avez déjà eu des troubles du langage ? »

### **Psychisme**

- « **Est-ce que durant le dernier mois vous vous êtes senti souvent triste, déprimé ou désespéré ?** »
- « **Est-ce que durant le dernier mois, avez-vous ressenti un manque d'intérêt et de plaisir dans la plupart des activités que d'habitude vous appréciez ?** »  
Si le patient répond positivement à au moins une de ces deux questions, la probabilité qu'il souffre de dépression majeure est de 90%. Whooley Ma et al. J Gen Intern med 1997 ; 12 : 439-445 ; validé en Suisse Romande par : Lombado P. et al, BMC Medicine 2011 ; 9 : 114
- « Est-ce que vous avez été soigné pour des problèmes psychiques ? »

**Il est évident que l'anamnèse doit être **ciblée** en fonction des plaintes et qu'il n'est pas de poser toutes ces questions à chaque patient.**

Les questions en **gras** sont une sélection arbitraire de question de base.

### **Médicaments, allergies et intolérances**

**« Est-ce que vous prenez des médicaments ? Des gouttes pour les yeux ? Une contraception orale ? Des remèdes naturels (plantes, etc.) ? »**

L'anamnèse concernant la prise de médicaments est très importante. Il ne faut pas oublier les médicaments qui ne sont pas considérés comme tels par le patient : gouttes oculaires, contraception médicamenteuse, phytothérapie, médecine parallèle, oxygène, etc. **L'anamnèse médicamenteuse permet souvent de détecter des problèmes de santé dont le patient a oublié de parler !** (diabète, hypertension artérielle, dyslipidémie, état dépressif, etc.).

**Un téléphone à la pharmacie du patient, à son médecin traitant, ou à l'infirmière à domicile après accord du patient peut être très utile.**

**« Est-ce que vous avez des allergies ou des intolérances ? »**

Il faut clairement distinguer les **allergies vraies** (par exemple : choc anaphylactique sur pénicilline, œdème de Quincke sur aspirine) des intolérances (diarrhées sur antibiotiques p.ex.). Dans la mesure du possible **il faut détailler le type de réaction.**

### **Figure 5 : médicaments et allergies/intolérances**

**« Est-ce que vous prenez des médicaments ? »**

*Détailler le nom, le dosage, la posologie et la raison de la prise (sans oublier, gouttes oculaires, contraception, etc.)*

**« Est-ce que vous prenez des remèdes naturels ? »**

**« Est-ce que vous avez des allergies aux médicaments ? »**

*Détailler la date, la substance incriminée, le type de réaction.*

**« Est-ce que vous avez d'autres allergies ou intolérances ? »**

*Détailler la date, la substance incriminée (animaux, latex, aliments, etc.), le type de réaction.*

Les questions en **gras** sont une sélection arbitraire de question de base.

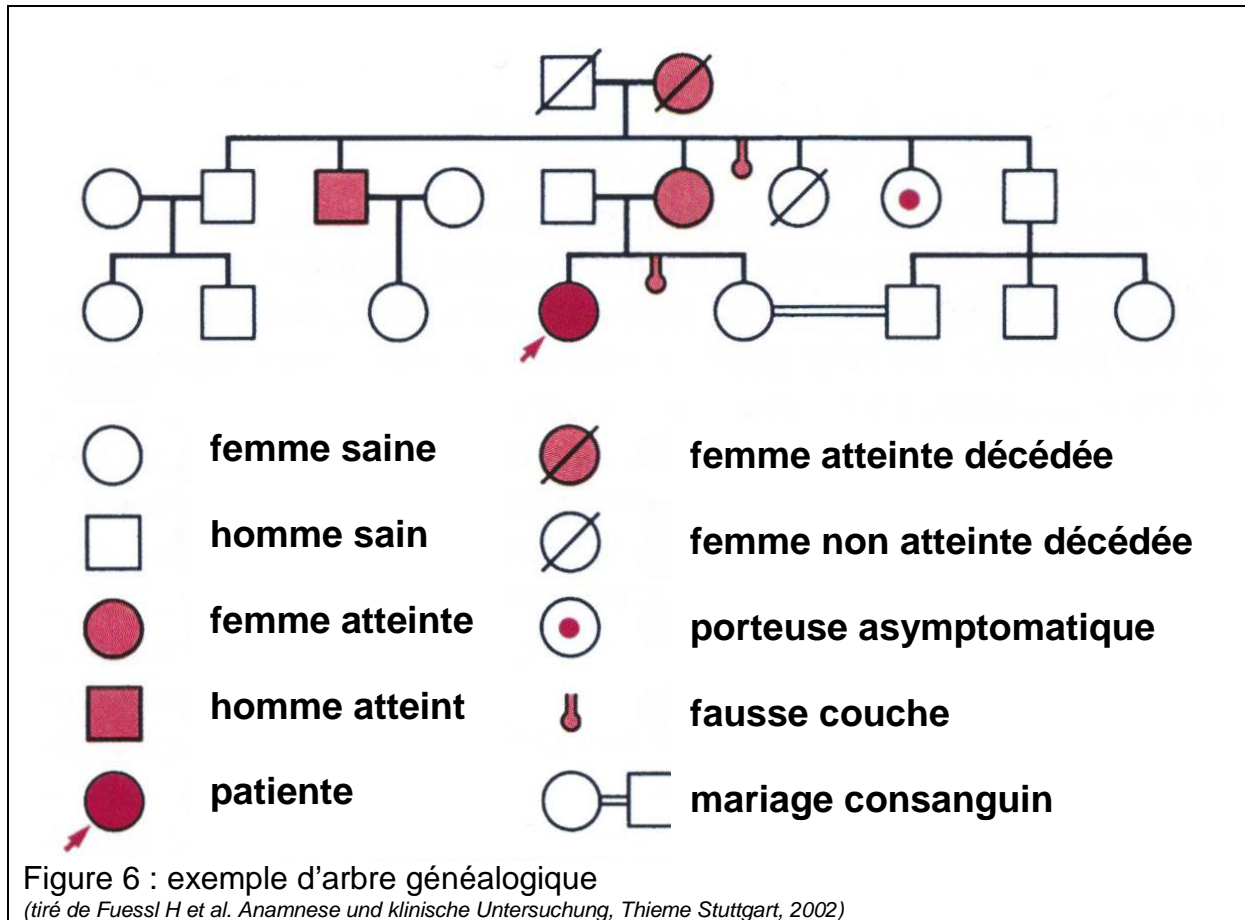
### **Anamnèse familiale**

L'anamnèse familiale comporte deux volets :

Le premier est centré sur l'aspect héréditaire des maladies (antécédents familiaux).



En cas de maladies héréditaires on peut utiliser un arbre généalogique (fig. 6).



Exemples de questions :

- « Est-ce que vos parents sont encore en vie ? »
- « De quoi est décédé votre père ? (...) A quel âge ? »
- « Est-ce qu'il y a des maladies particulières dans votre famille comme des cancers ou des maladies du cœur ? »
- « Est-ce que vous avez des enfants ? »

Le second volet de l'anamnèse familiale se centre sur la structure familiale, le vécu du patient par rapport à sa famille, la qualité de ses relations et ses éventuelles préoccupations par rapport à sa famille (volet psycho-social).

- « Est-ce que vous avez des préoccupations en rapport avec votre famille ? »
- « Comment votre famille vit votre maladie ? », etc.

### Anamnèse sociale et personnelle, habitudes/dépendances

L'anamnèse sociale et personnelle s'intéresse à tout ce qui concerne la vie sociale du patient :

- sa formation, son parcours professionnel et sa situation professionnelle actuelle
- comment le patient se sent dans sa vie professionnelle actuelle
- comment le patient vit cette période de chômage, d'incapacité de travail, etc.
- ses loisirs (hobbies), son réseau social (solitude, amis, famille) et son style de vie
- son lieu de vie
- ses ressources financières et ses soucis d'argent
- les pays où il a séjourné (par exemple en cas de fièvre d'origine indéterminée)
- ses croyances et son attitude face à la mort (directives anticipées. etc.)
- parfois il est utile de pousser cette anamnèse encore beaucoup plus loin : dans quel milieu social ce patient est-il né ? Que faisaient ses parents ? Comment était leur éducation ? Comment le patient s'intégrait-il à l'école ? A-t-il été un bon élève ? Comment s'est passé son développement moteur et cognitif ? Comment étaient ses rapports relationnels et intimes ? Etc.

Exemple de questions :

- « *Est-ce que vous pourriez me raconter comment se passe votre travail ?* »
- « *Est-ce que vous avez des soucis financiers ?* »
- « *Comment envisagez-vous l'avenir ?* »

#### **Fig.7 Anamnèse sociale, personnelle et familiale/habitudes et dépendances :**

- 1) histoire de vie : naissance, famille, difficultés lors de l'enfance** (abus physiques ou psychiques, échecs, etc.)
- 2) Education et cursus professionnel**
- 3) Profession/occupations/hobbies/loisirs (sport, etc.)**
- 4) Famille (structure, relations, enfants, etc.)**
- 5) Habitat**
- 6) Relations sociales (amis, entourage, travail, etc.)**
- 7) Maladies familiales**
- 8) finances et soucis d'argent** (dettes, etc.)
- 9) Conduite à risque** (sexualité non protégée, drogues et alcoolisation, bagarres et condamnations pénales, etc.)
- 10) Habitudes et dépendances** (tabac, alcool, drogues, jeux d'argent, etc.)

#### **Dépendances :**

Il est important de quantifier les dépendances (alcool, tabagisme, drogue, médicaments, jeux d'argent, etc.), leur aspect occasionnel ou non et leurs conséquences sociales (financières, judiciaires, etc.).

#### **Consommation de tabac**

« *Est-ce que vous fumez du tabac ou est-ce que vous avez fumé du tabac ?* »

La quantification se fait en Unité Paquet Année (**UPA**) :

**UPA = nombre d'années de tabagisme x nombre de paquet par jour** ; 2 UPA correspondent par exemple à la consommation de 1 paquet par jour durant 2 ans ou de ½ paquet par jour durant 4 ans.

Les motivations pour arrêter de fumer sont à explorer par une question neutre avec l'accord du patient : « *Est-ce que vous seriez d'accord de consacrer quelques minutes à discuter de vos habitudes de fumeur ?* »

La durée du temps consacrée par le médecin à parler de sa consommation tabac est proportionnelle au taux de succès de l'arrêt du tabagisme !

### Consommation d'alcool

« *Est-ce que vous buvez de l'alcool ?* »

« *Combien de jours buvez-vous de l'alcool par semaine ?* »

« *Combien de fois buvez-vous de l'alcool par jour ?* »

« *Est-ce que vous seriez d'accord de consacrer quelques minutes à discuter de votre consommation d'alcool ?* » (si l'on suspecte un comportement à risque).

La quantification se base sur la notion de **boisson alcoolisée standard (BAS)** :

-2.5 cl de liqueur/whisky à 45°	}	1 boisson alcoolisée standard
-1 alcopop		
-10 cl de champagne		
-10 cl de vin rouge ou blanc à 12°		
-25 cl de bière à 5°		

**On définit une consommation d'alcool à risque si :**

Pour un homme de < 65 ans : > 14 BAS/semaine ou > 4 BAS/occasion

Pour un homme > 65 ans ou une femme : > 7 BAS/semaine ou > 3 BAS/occasion

Un bon screening pour détecter une consommation à risque consiste en la question suivante :

« **Quand avez-vous pour la dernière fois consommé plus de 5 (4 pour les femmes) boissons alcoolisées en ?** » : une réponse positive dans les 3 dernier mois a une sensibilité et une spécificité de 86% pour un problème d'alcool : consommation à risque, abus ou dépendance (*Williams R. et al, validation of a single screening question for problem drinking, J Fam Pract 2001 ; 50 : 307-312*).

**L'abus d'alcool** se définit par un usage inadapté de l'alcool caractérisé par au moins une des manifestations suivantes (DSM IV) :

- Utilisation répétée d'alcool conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison
- Utilisation répétée d'alcool dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
- Problèmes judiciaires répétés liés à l'alcool

- Consommation d'alcool malgré des problèmes relationnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool

**La dépendance à l'alcool** est définie par la survenue simultanée d'au moins trois parmi les sept critères suivants (DSM IV) :

- Tolérance augmentée : « tient mieux l'alcool »
- Symptômes de sevrage (tremblements, sudations, épilepsie à l'arrêt de l'alcool)
- Difficultés à contrôler la quantité d'alcool ingérée
- Préoccupations liées à l'approvisionnement
- Désir persistant et infructueux de diminuer ou d'interrompre la consommation
- Répercussions négatives de la consommation sur les loisirs et la vie sociale
- Consommation persistante malgré des problèmes de santé physique ou psychique

Il existe des questionnaires plus détaillés pour détecter les problèmes liés à l'alcool (CAGE, AUDIT, dont nous ne parlerons pas ici).

En cas de nécessité on peut encore demander si le patient présente des **facteurs de risque** : par exemple cardio-vasculaires ou thromboemboliques (figure 8 et 9).

#### **Fig. 8 : facteurs de risque thromboemboliques**

(triade de Virchow : stase veineuse, lésion de paroi, état procoagulant)

- **immobilisation (lit > 4 jours),**
- voyages prolongés ( $\geq 5$  heures)
- **grossesse et post-partum**
- **post-opératoire\*** (par ex. chirurgie du genou ou du bassin) et après traumatismes majeurs\* immobilisant le malade ( \* < 4 semaines)
- **antécédents personnels** de thrombose veineuse profonde (TVP) ou d'embolie pulmonaire (EP)
- **cancer actif**
- **hormonothérapie à base d'oestrogènes** (contraception orale par ex.)
- paralysie des membres inférieurs (par exemple après accident vasculaire cérébral)
- maladie inflammatoire (par ex. du tube digestif : Crohn, RCUH)
- varices et insuffisance veineuse chronique
- anamnèse familiale de TVP ou d'EP chez des parents du premier degré
- obésité morbide
- syndrome néphrotique majeur (oedème généralisé, taux de fibrinogène bas)
- insuffisance cardiaque
- thrombophilie acquise ou héréditaire
- maladie de Behçet,

#### **Fig. 9 : facteurs de risque cardio-vasculaires :**

- **antécédents personnels de maladies cardiovasculaires** (artériopathie périphérique, infarctus du myocarde et angine de poitrine, accident vasculaire cérébral, etc.)
- **diabète**
- **tabagisme**

- **hypertension artérielle**
- **obésité morbide**
- **dyslipidémie**
- **anamnèse familiale** : maladie cardiovasculaire chez un parent du premier degré (père, mère, frères et sœurs) âgé de < 55 ans (hommes) ou < 65 ans (femmes).
- **syndrome métabolique** (obésité, intolérance au glucose, dyslipidémie)
- **âge > 70 ans**
- **insuffisance rénale chronique**

### ***Perspective du patient : sens, préoccupation, attentes***

L'exploration de la perspective du patient permet de mieux comprendre ses craintes, ses désirs et la signification qu'il attache au vécu de son problème. Il est très important que le médecin utilise des questions ouvertes ou semi ouvertes et soit très attentif à relever les indices verbaux et non verbaux donnés par le patient (cf. encadré ci-dessous).

La perspective du patient apparaît en principe dès son premier mot (ou même avant, dès le début du contact). L'idée du patient sur son problème n'est jamais identique à l'idée du médecin sur la même situation. Le patient donne du sens à sa maladie, **sens qui dépendra** de sa **formation**, de sa **culture**, de son **appareil psychique** et de ses **expériences antérieures**. L'anamnèse est le seul moyen d'en savoir plus sur la perspective du patient. Cette perspective est absolument indispensable pour l'avenir de la relation médecin-patient et pour le succès d'un éventuel traitement.

#### *Exemple de perspectives patient/médecin:*

*Le médecin pense : « Ce patient a bénéficié d'une prothèse de la hanche et l'opération s'est déroulée de manière parfaite, il devrait participer plus activement à la rééducation de la marche ».*

*Le patient pense : « Je suis faible et dépendant, je n'ai jamais pu gérer mes problèmes moi-même, j'attends la solution de ma faiblesse des jambes par l'opération effectuée par ce chirurgien connu et compétent ».*

*Dans ce cas, le risque d'échec de la rééducation et de déception du patient **et** du médecin est majeur car leurs perspectives sont différentes.*

*Il est donc du devoir du médecin de comprendre pourquoi le patient reste passif et participe peu à sa rééducation. Ceci lui permettra de planifier le soutien adapté et nécessaire.*

Exemples de questions :

*« Est-ce que vous avez une idée personnelle sur ce qui pourrait causer ces douleurs ? »*

*« Comment vivez-vous cette période ? »*

« Ces maux de tête ont l'air de vous inquiéter, est-ce que vous pensez à quelque chose de particulier ? »

« De quelle manière pourrions-nous vous aider au mieux ? »

« Quel serait, selon vous, la meilleure manière de prendre en charge ce problème ? »

### **Relever les indices verbaux et non verbaux émis par le patient**

#### **Répéter un indice verbal**

Patient : « Ces maux de tête constants, je n'en peux plus... »

Médecin : « ... » (silence) : « Vous n'en pouvez plus ? »

#### **Relever et vérifier le sens d'un indice verbal**

Patient : « Ces douleurs à la poitrine, les médecins me disent que ce n'est pas grave... mon père il avait aussi des douleurs... »

Médecin : .... (silence) « Il est arrivé quelque chose à votre père ? »

Patient : « Oui, il est mort à 45 ans d'un infarctus et son médecin n'a rien vu venir »

#### **Relever et vérifier le sens d'un indice non verbal**

Médecin : « Quand j'ai parlé de chimiothérapie, vous m'avez paru mal à l'aise. Seriez-vous d'accord de m'en dire un peu plus ? »

### **Résumé des problèmes avec le patient**

Le résumé des problèmes du patient permet de vérifier que patient et médecin se sont bien compris et de donner une occasion au patient de compléter/corriger ce qu'a compris le médecin.

Exemple résumé pour le patient : « Si vous me le permettez, je vais essayer de résumer ce que vous m'avez dit. N'hésitez pas à m'interrompre si vous voulez ajouter ou corriger quelque chose. Vous présentez depuis environ deux mois des douleurs progressives des jambes au dessous des genoux.

Ces fortes douleurs sont comme des brûlures avec parfois comme des décharges électriques atroces vous réveillant la nuit. Ces douleurs sont exacerbées la nuit ou par le frottement du drap et diminuent légèrement par la prise de Dafalgan®. Vos pieds sont comme endormis. Vous vous sentez triste et déprimé et avez l'impression que votre femme ne vous prend pas au sérieux. Cela vous inquiète et vous vous posez la question s'il pourrait s'agir d'un cancer »

### **3) Examen clinique**

L'examen clinique doit respecter au maximum la sphère intime du patient et son confort. Les parties non examinées doivent être, dans la mesure du possible, recouvertes. **Le médecin doit expliquer au fur à mesure ce qu'il va faire et**



**demander la permission d'effectuer les gestes touchant à l'intimité du patient (organes génitaux, toucher rectal, etc.). Les gestes invasifs (toucher rectal ou vaginal, etc.) doivent être expliqués au patient avant qu'il n'y consente.**

L'examen clinique a des implications relationnelles importantes. La perspective purement biologique du patient-malade a tendance de réduire cet examen à une rencontre entre un patient malade et un spécialiste de la réparation - une machine abîmée et un mécanicien qui sait la réparer.

Dans cette optique il serait tentant de ne pas tenir compte des aspects relationnels. Bien évidemment, la relation entre patient et médecin joue toujours un rôle, que le médecin en ait conscience ou non.

L'examen clinique est un moment où l'asymétrie relationnelle est maximale. Le patient est déshabillé, souvent couché. Le médecin porte un uniforme (blouse blanche), est debout et peut accéder aux régions corporelles les plus intimes (inclus les orifices du corps) moyennant la permission du malade et la légitimation donnée par son statut professionnel. Cette constellation a une forte tendance à renforcer la régression du patient, donc à le faire vivre une situation similaire aux situations du vécu de son enfance. Le patient comme enfant (ou même bébé) dépendant, le médecin comme parent puissant, qui le soigne. Ceci le rend particulièrement susceptible aux mécanismes du transfert (cf. littérature psychanalytique) et demande d'autant plus de respect, d'empathie et une attitude professionnelle du médecin (consentement éclairé, distance relationnelle et physique adéquate). (*adapté de R. Adler, W. Hemmeler, Anamnese und Körperuntersuchung, G. Fischer, Stuttgart, Jena, New York, 1992 pp 59-63*).

**Le transfert** est un mécanisme où des souhaits inconscients sont actualisés dans une relation nouvelle. En général il s'agit de la répétition des souhaits infantiles dans la relation thérapeutique qui sont vécus avec le sentiment d'actualité. (par exemple, un patient ayant vécu l'affection de ses parents comme une soumission totale à ceux-ci, se soumet totalement au médecin en souhaitant par là gagner l'affection du médecin). Ce mécanisme a été découvert par S. Freud et il représente le milieu dans lequel se déroule toute psychothérapie psychanalytique, mais ce mécanisme est bien sûr présent dans toute relation thérapeutique. **Le contre-transfert** est la réaction inconsciente du médecin sur son patient, surtout sur son transfert (voir aussi : J. Laplanche et al, Vocabulaire de la psychanalyse, Presses Universitaires de France, Paris 1967)

L'examen clinique permet souvent de compléter ou de vérifier l'anamnèse (par exemple si on découvre des cicatrices : « *Cette cicatrice là, c'est l'opération pour la hernie dont vous m'avez parlé?* ». Le patient donne souvent des indices verbaux ou non verbaux durant l'examen.

#### **4) Explications, décisions partagées et agenda sur la base de :**

- Liste des problèmes**
- Diagnostics différentiels et hypothèses diagnostiques**
- Plan d'investigations**
- Plan de traitement**
- Information et négociation d'un plan d'action**

La quantité d'informations fournie au patient par le médecin est souvent minimale, alors que l'information du patient est un des devoirs principaux du médecin. Dans une étude parue en 1984, dans un groupe d'internistes américains, le temps dévolu à l'information était d'à peine une minute sur un temps moyen de consultation de 30 minutes : Par ailleurs, les médecins surestimaient par un facteur neuf (!) le temps passé à informer les patients (*Waitzkin H, information giving in medical care, J Health Soc Behav 1985 ; 26 : 81-101*).

Le fait d'informer le patient en vérifiant sa compréhension de l'information et en intégrant son point de vue diminue le risque de malentendus.

Le fait de partager les décisions et de négocier un plan d'action (investigations, échéances) et de traitement permet d'augmenter l'adhérence thérapeutique.

### **Contenu de l'information au patient et négociation mutuelle d'un plan d'action:**

#### **Listes des problèmes, diagnostics différentiels et hypothèses**

(vision du médecin et vision du patient, s'assurer de la compréhension mutuelle)

#### **Plan d'action du médecin :**

- investigations
- traitement
- alternatives
- éléments de sécurité (consignes, explications des risques)
- s'assurer de la compréhension mutuelle

#### **Négociation d'un plan d'action mutuel**

#### **Compétences requises pour informer et négocier avec son patient :**

##### **INFORMER CORRECTEMENT**

- **partir de ce que le patient sait déjà** : « *Est-ce que vous pourriez m'expliquer ce que l'on vous a déjà communiqué sur votre tumeur aux poumons ?* »
- **délivrer l'information par petits morceaux (« point par point »)**
- **vérifier sa compréhension au fur et à mesure**
- **se laisser guider par les réponses du patient**
- **donner l'information au moment approprié** : ne pas rassurer le patient prématurément, éviter les jugements hâtifs, etc.
- ne pas annoncer un diagnostic sans l'avoir vérifié et sans proposition de prise en charge ou organisation par la suite de soutien (par. ex. le vendredi soir à 19h30...)
- si l'information est très abondante : la délivrer par morceaux et si possible en plusieurs fois

##### **AMELIORER LA COMPREHENSION**

- **délivrer l'information de manière logique (organisée)**  
« il y a trois problèmes qui me semblent prioritaires, premièrement... »
- **répétitions et résumés** des informations (par le patient si possible)



- **utiliser des phrases courtes et un langage simple** (pas de jargon médical)
- si nécessaire utiliser des aides visuelles (schémas) ou écrites (consignes) qui ne doivent pas remplacer l'information orale
- **contrôler que le patient a compris l'information**

#### INCLURE LA PERSPECTIVE DU PATIENT

- **relier les informations aux attentes du patient**
- **encourager le patient à s'exprimer**
- **relever les indices verbaux et non verbaux**
- **explorer les perspectives du patient : représentation de la maladie, sentiments, croyances, attentes, etc.,** (respecter les sentiments du patient est paradoxalement souvent soulageant pour ce dernier, par exemple : « *Oui, c'est une triste nouvelle* » est préférable à une consolation inadaptée ou de faire preuve d'un faux optimisme : « *Votre cancer n'est pas si grave, on va régler ça, etc..* »).

#### NEGOCIATION D'UN PLAN D'ACTION ET DECISION MUTUELLE

- **expliquer le but visé (rationalité)**
- **expliquer les différentes alternatives et leurs avantages/risques, effets secondaires, conséquences à court et à moyen terme**
- **explorer les perspectives du patient** (but du médecin partagé par le patient ?)
- **obtenir le consentement du patient**

#### EN CAS D'EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- **but**
- **déroutement**
- **risques et bénéfices, fiabilité**
- **comment le patient sera informé du résultat et quand**
- **explorer les perspectives du patient (anxiété face à l'examen)**
- **éléments de sécurité** : « *Il y a une faible chance que cet examen ne soit pas suffisant pour poser le diagnostic..* »

#### EN CAS DE PRESCRIPTIONS DE MEDICAMENTS

- **effets attendus**
- **principaux effets indésirables**
- **alternatives et éléments de sécurité** (« *Si vous ne le supportez pas...* »)
- **explorer les perspectives du patient (qu'en pense-t-il ?)**

### 5) Terminer l'entretien

Cette dernière étape permet de :

- décrire au patient la **suite de la prise en charge** (rendez-vous, etc.) ou de clore la relation si le problème est résolu
- Donnez des **éléments de sécurité** :

« Si les douleurs du dos venaient à s'aggraver brutalement, ou si vous présentiez une diminution de la force du pied gauche, téléphonez-moi immédiatement et si je ne suis pas disponible rendez vous aux urgences de l'Hôpital cantonal. »

« Il se peut exceptionnellement que nous n'ayons pas de résultat après la biopsie dans ce cas, il faudra en refaire une. »

-résumer une dernière fois la situation si cela est nécessaire et découvrir un éventuel **agenda caché** du patient :

« Y a-t-il encore quelque chose que vous souhaiteriez me dire ? »

-**prendre congé** en raccompagnant le patient à la porte et en lui serrant la main.

**Exemple:**

Monsieur Bon 63 ans, céphalées nouvelles sans caractère de gravité, examen clinique normal

Liste des problèmes

A : Céphalées d'apparition récente

B : Etat anxieux

C : Dépendance au tabac

D : Situation sociale difficile (isolement social, perte de son emploi, dettes)

E : Status post lobectomie supérieure gauche pour adénocarcinome bien différencié du poumon T1N0M0 en 1989

Diagnostic différentiel (DD) et hypothèses diagnostiques :

Ad A :

Céphalées de tension : probabilité clinique forte

Céphalées sur abus de médicament : probabilité moyenne

Maladie de Horton : probabilité clinique faible

Métastase cérébrale (atcd. E) : probabilité clinique très faible

Ad B/D

Stresseurs psycho-sociaux, crainte du cancer

**Plan d'investigation :**

Ad A :

-screening état dépressif

-arrêt du Brufen® (anti-inflammatoire non stéroïdien)

-VS

-imagerie cérébrale si : non amélioration, apparition de signes focaux ou aggravation

Ad B

-organiser rencontre avec assistante sociale

-consultation de psychiatrie selon screening état dépressif

-prescription d'un anxiolytique à discuter

Ad C

-investiguer les motivations pour arrêter de fumer, information du patient

**Information du patient et négociation d'un plan d'action :**

Médecin : « Pour ces maux de tête, qui vous angoissent beaucoup, je suis plutôt rassuré par mon examen, même si vous avez raison de vous poser des questions avec votre histoire de cancer du poumon. Qu'en pensez-vous ? »

Patient : « Oui j'ai peur que la tumeur récidive au cerveau. »

Médecin : « *Je comprends votre crainte. Ne penseriez-vous pas que le stress puisse jouer un rôle en rapport avec ces maux de tête ?* »

Patient : « *Oui mais, il n'y a pas que cela !* » (NB : le **oui mais** est généralement un indice que le patient n'est pas d'accord avec ce que vous dites)

Médecin : « *Vous pensez que j'accorde trop de place au stress comme facteur aggravant vos maux de tête et pour vous c'est important d'exclure une tumeur ?* »

Patient : « *Oui, c'est cela.* »

Médecin : « *Je vous propose deux options. Soit nous essayons un traitement contre le stress et on revoit la situation dans 10 jours. Si cela ne s'est pas amélioré à ce moment ou si cela s'aggrave, je vous propose de pratiquer un scanner du cerveau. Soit je vous organise un scanner d'emblée avec l'inconvénient d'être irradié et un risque très faible de faire une réaction allergique. Qu'en pensez-vous ?* » (négociation).

Patient : « *Finalement, je préfère la première solution.* »

Médecin : « *De toute façon si cela s'aggrave vous pouvez me recontacter en tout temps* » (élément de sécurité). « *Pour exclure une autre cause de maux de tête, je vais encore vous faire une prise de sang et je me demande si le Brufen que vous prenez n'entretient pas ces maux de tête, combien en prenez vous par semaine ?* »

Patient : « *Je n'en prends plus, cela me fait des brûlures d'estomac.* »

Médecin : « *Ce n'est donc pas cela. Je vous propose de vous prescrire un médicament contre les douleurs, le Dafalgan à une forte dose, trois fois 1 gramme durant 10 jours. (...) Qu'en pensez-vous ?* »

Patient : « *Oui j'ai déjà pris ce médicament et je le supporte bien.* »

Médecin : « *Il me semble également important que vous dormiez cette nuit et je vous propose de prendre un somnifère qui a aussi des actions sur l'anxiété pour cette nuit. Qu'en dites-vous ?* »

Patient : « *Cela me ferait du bien de dormir.* »

Médecin : « *Je vous propose de vous revoir demain. Nous pourrions à cette occasion discuter davantage de ce qui vous préoccupe. Qu'en pensez-vous ?* »

Patient : « *Cela me va bien.* »

Médecin : « *Est-ce que vous souhaiteriez encore me dire quelque chose ?* » (Recherche de **l'agenda caché du patient**).

Patient : « *Non.* »

Médecin : « *Et bien au revoir Monsieur Bon, à demain, je vous laisse prendre un rendez-vous chez ma secrétaire.* » (le médecin raccompagne le patient à la porte, puis lui serre la main).

## 6) Transmission de l'information à un collègue ou à un autre soignant

Comme étudiant d'abord puis comme médecin, il est fondamental de pouvoir faire la synthèse d'un cas après un entretien médical afin de pouvoir transmettre les informations obtenues à un collègue ou à un autre soignant (médecin superviseur, infirmière, assistante sociale, etc.).

Les points clés de l'entretien et de l'examen clinique doivent être mentionnés et la transmission dirigée en fonction de l'interlocuteur.

Données importantes lors d'une transmission d'information à un superviseur

Nom, prénom et âge du patient, date d'entrée ou de début du traitement

Problème principal

Antécédents notables

Points importants de l'anamnèse et de l'examen clinique  
Perspectives du patient (propre, sociale, famille)  
Résultats des examens complémentaires  
Informations données  
Demande(s) à l'interlocuteur  
Points particuliers

Exemple de transmission à un médecin superviseur.

« J'ai fait l'entrée de Monsieur Jules Pasquier, un patient de 61 ans qui consulte aujourd'hui les urgences pour une dyspnée de repos. Il s'agit d'un patient connu pour une obésité morbide et un diabète de type 2 traité par insuline depuis 12 ans. Il est également connu pour une hypertension artérielle, une dyslipidémie traitée et il a fait en janvier 2007 un infarctus antérieur, pour lequel on lui a posé un stent sur l'interventriculaire antérieure proximale. Au cours de l'hospitalisation de janvier 2007 la fraction d'éjection du ventricule gauche était de 40% dix jours après l'infarctus.

Il présente depuis 15 jours une dyspnée progressive, initialement à l'effort, actuellement au repos avec depuis 72h une dyspnée paroxystique nocturne qui l'oblige à rester assis au bord du lit en fin de nuit. Il s'est présenté de lui-même aux urgences car son médecin traitant le Dr Clooney est en vacances.

A l'anamnèse on note encore des œdèmes des membres inférieurs depuis 15 jours, pas de douleurs rétrosternales et une crise de goutte de l'hallux gauche il y a 10 jours.

Il est traité par Metfin 3 x 500 mg /jour (metformine, antidiabétique oral), Coversum® 4 mg par jour (inhibiteur de l'enzyme de conversion), Aspirine cardio 100 mg 1 cp par jour et des injections d'insuline mais il ne sait pas la dose et il a oublié les seringues à la maison.

Au status, il sature à 84% à l'air ambiant, la TA est à 170/90 mmHg, le pouls est irrégulier à 110/min, le reste des paramètres vitaux est dans la norme. J'ai un souffle holosystolique 3/6 au foyer mitral, un probable B3 à vérifier, des râles de stase aux tiers inférieurs des plèges pulmonaires et des œdèmes des membres inférieurs prenant le godet jusqu'aux genoux. Je n'arrive pas à palper les artères des pieds. Le BMI est à 35, estimé avant la prise pondérale de 8 kg en 15 jours.

Le patient est veuf et vit seul à domicile dans un deux pièces au deuxième étage d'un immeuble sans ascenseur. Il veut rentrer à la maison pour s'occuper de son chien. Il a gardé un mauvais souvenir de la dernière hospitalisation où il a fait un gros hématome du pli inguinal droit après la coronarographie qui l'a beaucoup fait souffrir.

Aux examens complémentaires, l'ECG montre une fibrillation auriculaire à 90/minute, la radiographie du thorax une redistribution vasculaire avec deux petits épanchements pleuraux aux bases, le laboratoire montre une insuffisance rénale modérée et une glycémie à 22 mmol/l.

Aux urgences le patient a reçu 60 mg de Lasix® i.v. (furosémide : diurétique) auquel il a répondu par 500 ml de diurèse et 0.5 mg de digoxine i.v.. J'aimerais bien revoir l'auscultation cardiaque avec vous et refaire l'examen des artères des membres inférieurs (...)

Par la suite le médecin superviseur peut compléter l'anamnèse et revoir le patient avec l'étudiant, puis discuter de la liste des problèmes et du plan de traitement et d'investigations avec l'étudiant, puis le patient.

Exemple de transmission à l'assistante sociale :

« Monsieur Jules Pasquier, un patient diabétique de 61 ans est arrivé hier pour une décompensation cardiaque importante. Il est veuf depuis un an et vit seul au troisième étage d'un immeuble sans ascenseur et a peu de réseau social. Je vous appelle pour deux raisons :

La première est que ce patient a un chien nourri par la voisine qui part en vacances demain et qu'il veut quitter l'hôpital pour s'en occuper. Voyez-vous une solution ?

*La deuxième est qu'il s'agirait de mettre en route assez tôt un processus de soutien à domicile au minimum télé-alarme et infirmière à domicile. Le patient est d'accord et prêt à vous rencontrer pour en discuter. Quand pouvez-vous le rencontrer ? »*

Exemple de transmission à l'infirmière en charge du patient :

*« J'ai été voir Monsieur Pasquier de la chambre 626.1 qui est arrivé aujourd'hui par les urgences. Il présente une décompensation cardiaque gauche probablement sur une fibrillation auriculaire rapide avec une cardiopathie ischémique, même s'il n'y a pas d'évidence pour une ischémie aiguë actuellement. Il a également un diabète de type 2 décompensé et une discrète insuffisance rénale probablement prérénale. Il est également connu pour une dyslipidémie et des antécédents d'infarctus antérieur en 2007 pour lequel on lui a posé un stent sur l'IVA. Il a bien répondu à un traitement de Lasix®, mais il persiste des râles de stase et il a besoin d'oxygène à 4 l/min pour saturer à 95%. Voilà pour les problèmes médicaux. Est-ce que tu as des questions ? (...)*

*Par ailleurs il est très en soucis pour la garde de son chien et j'ai contacté l'assistante sociale à ce sujet et en prévision d'un encadrement pour le retour à domicile. Je ne sais pas si tu pourrais voir une solution avec lui pour le chien avec l'assistante sociale, car la voisine qui le garde part demain. Qu'en penses-tu ? (...)*

*Du point de vue des surveillances, cela sera important de contrôler aux 4 heures, le pouls central qui devrait rester en dessous de 100/minutes sous Digoxine®, la TA et la saturation et de faire un profil glycémique.*

*Je vais maintenant t'expliquer le traitement et les investigations que nous allons faire... »*

Exemple de transmission ciblée téléphonique au médecin cadre des soins intensifs à 3h00 du matin, le patient faisant un œdème aigu du poumon massif

*« ...Monsieur Jules Pasquier, un patient diabétique de 61 ans est arrivé hier pour une est arrivé hier pour une décompensation cardiaque gauche importante et une FA tachycarde à 110. Dans ses antécédents, on note en 2007 une angioplastie et pose de stent sur l'IVA proximale pour un infarctus antérieur avec à l'époque une fraction d'éjection à 40%. Hier l'évolution a été rapidement favorable sous Lasix®, il a présenté cette nuit à 2h30 une sensation d'oppression thoracique 5/10 avec une dyspnée intense. A ce moment le patient était conscient, diaphorétique (=sueurs profuses), saturait à 90% sous 4 litres d'oxygène, était hypertendu à 190/100 mmHg et présentait à l'auscultation des râles grossiers sur les deux plages pulmonaires. L'ECG montre une fibrillation auriculaire à 120/minute avec des sous-décalages nouveaux en inférieur. Le patient a reçu 60 mg de Lasix® il y a 20 minutes sans effet, a été mis sous nitroglycérine i.v. en continu et a reçu 3 mg de morphine i.v. L'oxygène a été augmenté à 15 litres/minute sous masque à réservoir. L'évolution clinique n'est pas favorable et je demande une évaluation urgente en vue d'un transfert aux soins intensifs ».*

L'entretien médical (anamnèse et examen clinique) est un art difficile qui comporte des aspects humains et scientifiques. Cela nécessite des compétences relationnelles, éthiques et médicales.

Les compétences relationnelles du médecin et son attention à l'autre sont fondamentales pour mener à bien un projet thérapeutique partagé avec le patient.

Une partie de cette matière sera exercée par petits groupes au lit du patient, mais l'apprentissage de l'entretien médical s'acquiert surtout par l'expérience et la répétition, pour autant que l'on soit attentif au feedback de ses patients.

L'entretien médical est un outil complexe mais essentiel pour exercer la profession de médecin, profession où l'humanité et l'humilité face à son patient sont des vertus cardinales.



Merci de nous avoir lu ! En cas de proposition d'amélioration ou de suggestions concernant ce polycopié ; merci de vous adresser directement à : [Nicolas.Blondel@h-fr.ch](mailto:Nicolas.Blondel@h-fr.ch)

## **BIBLIOGRAPHIE NON EXHAUSTIVE**

### **Un des livres suivants est à acheter :**

**1) Douglas G et al, ed. Macleod's Clinical Examination, Elsevier, 12th ed. 2009, un livre de choix en anglais concis et bien écrit avec DVD**

**ou**

*2) Füessler h. et al, Anamnese und klinische Untersuchung, Georg Thieme Verlag, 4. Auflage, Stuttgart 2010 (pour les germanophones ne parlant pas l'anglais)*

**ou**

**3) Epstein O. et al, examen clinique, examen de sémiologie médicale, De Boeck Université, Bruxelles 2012, traduction 4<sup>ème</sup> ed anglaise ; pour les francophones ne parlant pas l'anglais**

Silvermann J. et al, skill for communicating with patients, 2<sup>nd</sup> edition, Radcliffe Publ. Abingdon, 2002. *Une bible concernant la communication médicale, mais assez épaisse. Traduit en français : outils et stratégie pour communiquer avec le patient, Médecine&hygiène ed. Chêne-Bourg 2010.*

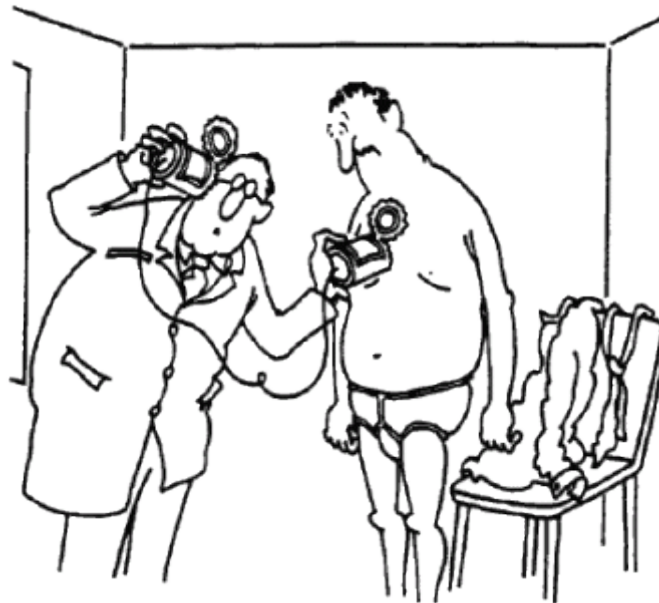
Kurtz S et al, teaching and learning communication skills in medicine, 2<sup>nd</sup> ed. Radcliffe ed. Oxford 2005. *Le manuel de référence pour l'enseignant.*

Vanotti M, le métier de médecin : entre utopie et désenchantement ; Médecine et Hygiène ed. Chêne-Bourg, 2006 *Intéressant pour les futurs médecins de premier recours.*

Rollnick S et al, motivational interviewing in health care, Guilford Press, New-York 2010. *La bible de l'entretien motivationnel dans le domaine de la santé. Une lecture extrêmement profitable à ceux qui se destinent à la médecine de premier recours ou à la prise en charge des malades chroniques. Existe également en traduction française : pratique de l'entretien motivationnel : communiquer avec le patient en consultations, Interéditions 2010.*

Bickley L et al, Bate's guide to physical examination and history taking, 10th ed, Wolters kluwers/ Lipincott Williams& Wilkins, Philadelphia 2009, *un livre exhaustif avec DVD, pour apprendre l'anamnèse et l'examen physique avec DVD également traduit en français.*

Schwartz M. textbook of physical diagnosis, Saunders-Elsevier, Philadelphia, 6th ed. 2009 ; *un livre exhaustif avec DVD, pour apprendre l'anamnèse et l'examen physique avec DVD également traduit en français.*



Communiquer avec son patient : utilisez les bons outils !

## EN RESUME

### 1) DEBUTER L'ENTRETIEN

- **préparation** (relire le dossier, environnement, bien-être du médecin)

- **débuter la relation** (se présenter, mettre le patient à l'aise, expliquer le déroulement de l'entretien, obtenir le consentement si nécessaire, **définir le temps à disposition**)
- **identifier le(s) motif(s) de la consultation** en laissant le patient parler librement (écoute active et reformulation/résumé), négocier un agenda

## 2) APPROFONDIR LES INFORMATIONS

- Anamnèse complémentaire :
  - perspective biomédicale : maladie (« *disease* »)
    - a) **anamnèse actuelle**
    - b) **antécédents personnels**
    - c) **anamnèse systématique**
    - d) **médicaments/allergies/intolérances**
    - e) **anamnèse familiale**
    - f) **anamnèse sociale et personnelle, habitudes/dépendances**
  - perspective du patient (perspective bio-psycho-sociale, « *illness* ») :
    - g) **idées et croyances concernant la maladie**
    - h) **attentes et préoccupations**
    - i) **conséquences pour la vie du patient et ressenti**
- **résumé des problèmes avec le patient**

## 3) EXAMEN CLINIQUE (STATUS) : protéger au maximum l'intimité du patient

## 4) EXPLICATIONS, DECISIONS PARTAGEES ET AGENDA SUR LA BASE DE : LISTES DES PROBLEMES, DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL ET HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES, PLAN D'INVESTIGATION ET DE TRAITEMENT

- **information du patient**
- **s'assurer de la compréhension de l'information**
- **s'assurer d'une compréhension partagée (incorporer la perspective du patient de sa maladie)**
- **décisions partagées (*information et négociation d'un plan d'action et de traitement*)**

## 5) TERMINER L'ENTRETIEN

- **suite de la prise en charge**
- **éléments de sécurité (« revenez si... plan alternatif, etc.)**
- **résumé de l'entretien et agenda caché : **Y a-t-il encore quelque chose que vous souhaiteriez me dire ?****
- **prendre congé**