

# Grille d'évaluation ECOS - USMLE-20 - Toux - Homme de 26 ans

 Cabinet médical

 Éric Glenn, 26 ans, se présente au cabinet en se plaignant de toux

TA  
120/80 mmHg

FC  
75 bpm

FR  
15/min

T°  
37.7°C

## Anamnèse (25%)

Score : 0/39

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [Toux]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation de la toux				0
Début [Il y a une semaine]	<input type="checkbox"/>			
Symptômes précédents [J'avais le nez qui coule, de la fièvre et un mal de gorge il y a deux semaines pendant une semaine, mais tout est mieux maintenant]	<input type="checkbox"/>			
Fièvre actuelle [Je pense que j'avais une légère fièvre, mais je n'ai pas pris ma température ; pas de frissons]	<input type="checkbox"/>			
Production d'expectorations [Petites quantités de mucus blanc]	<input type="checkbox"/>			
Hémoptysie [Non]	<input type="checkbox"/>			
3. Douleur thoracique				0
Présence [Oui, je ressens une douleur aiguë lorsque je tousse ou prends une profonde inspiration]	<input type="checkbox"/>			
Localisation [Poitrine droite]	<input type="checkbox"/>			
Qualité [Ça ressemble à un couteau. Je ne peux pas prendre de grande inspiration]	<input type="checkbox"/>			
Intensité [8/10]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs modulateurs [Cela augmente lorsque je prends une profonde inspiration et lorsque je tousse. Je me sens mieux lorsque je dors sur mon côté droit]	<input type="checkbox"/>			
Irradiation [Non]	<input type="checkbox"/>			
4. Symptômes associés				0
Sueurs nocturnes [Non]	<input type="checkbox"/>			
Dyspnée [Non]	<input type="checkbox"/>			
Sibilances [Non]	<input type="checkbox"/>			
Symptômes digestifs [Non, pas de douleurs abdominales, nausées/vomissements, diarrhée/constipation]	<input type="checkbox"/>			
Changements poids/appétit [Non]	<input type="checkbox"/>			
5. Expositions et risques				0
Exposition tuberculose [Aucune]	<input type="checkbox"/>			
Animaux domestiques [Aucune]	<input type="checkbox"/>			
Voyages récents [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
Dernier test Mantoux [Jamais fait]	<input type="checkbox"/>			
6. Antécédents médicaux [J'ai eu la gonorrhée il y a 2 ans et j'ai été traité avec des antibiotiques]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
7. Antécédents chirurgicaux [Aucun]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
8. Médicaments actuels [Paracétamol]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
9. Antécédents familiaux [Mon père et ma mère sont en bonne santé]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0

## 10. Mode de vie et habitudes

0

Profession [Livreur de pizzas]

☐

Tabagisme [Oui, je fume un paquet par jour. J'ai commencé à l'âge de 15 ans]

☐

Alcool [Je bois beaucoup le week-end. Je ne compte jamais]

☐

CAGE [Non (à toutes les 4 questions)]

☐

Drogues illicites [Jamais]

☐

## 11. Histoire sexuelle

0

Activité sexuelle [Eh bien, j'ai eu beaucoup de petites amies. Chaque samedi soir, je trouve une nouvelle fille en boîte de nuit]

☐

Protection [Non, je n'aime pas ça avec un préservatif]

☐

## 12. Allergies médicamenteuses [Non]

☐☐

0

## Examen clinique (25%)

Score : 0/14

Critères	Oui	±	Non	Points
1. État général [Le patient ne semble pas en détresse aiguë]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Examen ORL				0
Nez [Normal]	<input type="checkbox"/>			
Bouche [Normal]	<input type="checkbox"/>			
Pharynx [Normal]	<input type="checkbox"/>			
3. Examen du cou				0
Turgescence jugulaire [Pas de TJ]	<input type="checkbox"/>			
Ganglions lymphatiques [Pas d'adénopathie]	<input type="checkbox"/>			
4. Examen pulmonaire				0
Auscultation [Diminution des bruits respiratoires du côté droit. Pas de ronchi, crépitants ou sibilances]	<input type="checkbox"/>			
Palpation [Frémits augmenté côté droit]	<input type="checkbox"/>			
Percussion [À évaluer]	<input type="checkbox"/>			
5. Examen cardiovasculaire				0
Inspection [Impulsion apicale non déplacée]	<input type="checkbox"/>			
Auscultation [RR et FC normaux, B1/B2 normaux, pas de souffles, frottements, ou galops]	<input type="checkbox"/>			
6. Examen des extrémités	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
Inspection [Pas de cyanose ou d'œdème]				

## Management (25%)

Score : 0/28

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Hypothèses diagnostiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
2 points si au moins 2 diagnostics pertinents mentionnés, 1 point si 1 diagnostic				

## Diagnostics différentiels à considérer

Infections respiratoires basses

• **Pneumonie communautaire** → *Radiographie thoracique, NFS*

**Arguments POUR:**

- ☐ Toux productive persistante
- ☐ Fièvre (37.7°C)
- ☐ Douleur pleurétique typique
- ☐ Frémits augmenté côté droit
- ☐ Diminution MV côté droit
- ☐ Post-IVRS (surinfection)

**Arguments CONTRE:**

- ☐ Pas de dyspnée
- ☐ Pas de crépitants

• **Pleurésie para-pneumonique** → *Radiographie thoracique, US thoracique si doute*

**Arguments POUR:**

- ☐ Douleur pleurétique intense (8/10)
- ☐ Aggravée inspiration/toux
- ☐ Position antalgique (décubitus droit)
- ☐ Contexte infectieux

**Mécanisme:**

- ☐ Inflammation plèvre viscérale

**Infections respiratoires hautes/Complications**

• **Bronchite aiguë post-virale** → *Clinique, radiographie si doute*

**Arguments POUR:**

- ☐ IVRS récente (il y a 2 semaines)
- ☐ Toux persistante post-infectieuse
- ☐ Expectations muqueuses blanches
- ☐ Pas de signes consolidation franche
- ☐ Évolution typique

**Arguments CONTRE:**

- ☐ Douleur pleurétique importante

• **Toux post-infectieuse/Syndrome post-viral** → *Évolution clinique*

**Arguments POUR:**

- ☐ Suite IVRS résolutive
- ☐ Toux résiduelle fréquente
- ☐ Durée 1-8 semaines possible
- ☐ Hyperréactivité bronchique

**Arguments CONTRE:**

- ☐ Fièvre persistante
- ☐ Douleur thoracique

**Causes à risque chez ce patient**

• **Tuberculose pulmonaire** → *Test Mantoux/IGRA, radiographie*

**Arguments POUR:**

- ☐ Toux > 1 semaine
- ☐ Fièvre
- ☐ Tabagisme (facteur risque)
- ☐ Comportement à risque

**Arguments CONTRE:**

- ☐ Pas d'exposition connue
- ☐ Pas de sueurs nocturnes
- ☐ Pas de perte de poids
- ☐ Pas d'hémoptysie

• **Pneumonie opportuniste (PCP) si VIH** → *Test VIH, CD4 si positif*

**Arguments POUR:**

- ☐ Comportement sexuel à risque
- ☐ ATCD IST (gonorrhée)
- ☐ Partenaires multiples sans protection

**Arguments CONTRE:**

- ☐ Toux productive (PCP = sèche)
- ☐ Pas de dyspnée majeure
- ☐ Pas de signes immunosuppression

**Autres causes**

• **Fracture de côte sur toux** → *Radiographie thoracique*

**Arguments POUR:**

- ☐ Douleur intense localisée
- ☐ Aggravée mouvements respiratoires
- ☐ Toux sévère répétée

**Arguments CONTRE:**

- ☐ Jeune âge
- ☐ Pas de traumatisme
- ☐ Modifications auscultatoires

• **Reflux gastro-œsophagien** → *IPP test thérapeutique*

**Arguments POUR:**

- ☐ Toux chronique possible
- ☐ Alcool (facteur favorisant)

**Arguments CONTRE:**

- ☐ Pas de pyrosis
- ☐ Timing avec IVRS
- ☐ Douleur pleurétique

## 2. Examens complémentaires urgents

0

- |                                       |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Radiographie thoracique face + profil | <input type="checkbox"/> |
| NFS avec formule leucocytaire         | <input type="checkbox"/> |
| CRP, VS                               | <input type="checkbox"/> |
| Saturation O2 en air ambiant          | <input type="checkbox"/> |

## 3. Examens selon orientation

0

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Examen cytbactériologique des crachats si productif  | <input type="checkbox"/> |
| Hémocultures si fièvre > 38.5°C                      | <input type="checkbox"/> |
| Test VIH avec counseling (comportement à risque)     | <input type="checkbox"/> |
| Sérologies IST complètes                             | <input type="checkbox"/> |
| Test Mantoux ou IGRA si toux persistante             | <input type="checkbox"/> |
| Antigènes urinaires pneumocoque/légionelle si sévère | <input type="checkbox"/> |

## 4. Prise en charge immédiate



0

### Traitement symptomatique

- Paracétamol 1g x 3-4/jour
- Codéine 30mg x 3/jour si toux invalidante
- Hydratation adéquate
- Repos
- Éviter irritants (arrêt tabac ++)
- Position semi-assise si dyspnée

### Antibiothérapie probabiliste si pneumonie

- Amoxicilline 1g x 3/jour x 7 jours
- Si allergie : macrolide (azithromycine)
- Si atypique suspectée : macrolide d'emblée
- Réévaluation à 48-72h
- Adapter selon antibiogramme

### Critères d'hospitalisation

- Score CURB-65  $\geq 2$
- Saturation < 92% AA
- Comorbidités décompensées
- Impossibilité traitement oral
- Contexte social défavorable
- Suspicion complication

## 5. Prévention et conseils

0

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| ARRÊT TABAC impératif (consultation tabacologie) | <input type="checkbox"/> |
| Vaccination antigrippale annuelle                | <input type="checkbox"/> |
| Vaccination antipneumococcique si indiquée       | <input type="checkbox"/> |
| Réduction consommation alcool                    | <input type="checkbox"/> |
| Pratiques sexuelles protégées (préservatifs)     | <input type="checkbox"/> |
| Dépistage IST régulier                           | <input type="checkbox"/> |

## 6. Suivi

0

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Consultation contrôle à 48-72h si pneumonie    | <input type="checkbox"/> |
| Radiographie contrôle à 6 semaines si > 40 ans | <input type="checkbox"/> |
| Test VIH dans 3 mois si négatif (fenêtre)      | <input type="checkbox"/> |
| Résultats sérologies IST                       | <input type="checkbox"/> |
| Spirométrie si toux chronique                  | <input type="checkbox"/> |
| Support sevrage tabagique                      | <input type="checkbox"/> |

**⚠ Red Flags - Complications respiratoires**

1. **Détresse respiratoire aiguë**  
→ Dyspnée repos, cyanose = Urgence, hospitalisation
2. **Hémoptysie franche**  
→ Tuberculose, cancer, EP = Investigations urgentes
3. **Douleur thoracique brutale**  
→ Pneumothorax, EP = Radio/angio-CT urgent
4. **Confusion, somnolence**  
→ Hypoxie, sepsis = Gaz du sang, hospitalisation
5. **Fièvre > 40°C ou hypothermie**  
→ Sepsis grave = Réanimation

**Clôture de consultation****Clôture type**

*Monsieur Glenn, votre toux est très probablement due à une infection qui peut être soit bactérienne soit virale. La douleur thoracique que vous ressentez est probablement due à une irritation des membranes de vos poumons causée par une infection. Certaines de ces infections peuvent être plus fréquentes chez les personnes atteintes du VIH, et étant donné votre histoire sexuelle, je recommande que nous effectuions un test pour cela. Une autre raison possible de votre toux pourrait être le reflux acide, plus communément appelé brûlures d'estomac. Nous allons analyser votre sang et vos expectorations, et nous allons faire une radiographie thoracique pour nous aider à poser un diagnostic définitif. Nous pourrions également avoir besoin de faire un test de Mantoux pour vérifier la tuberculose si votre toux persiste. En attendant, je vous recommande fortement d'utiliser des préservatifs lors de vos rapports sexuels pour prévenir les infections sexuellement transmissibles comme le VIH ainsi que pour prévenir les grossesses non désirées. Avez-vous des questions pour moi ?*

**Questions difficiles à poser**

*[Est-ce que j'ai besoin d'antibiotiques pour guérir ?]*

**Réponse type du candidat**

*Peut-être. Les antibiotiques n'aident pas pour la bronchite car cette affection est principalement causée par des virus qui ne sont pas sensibles aux antibiotiques. Cependant, si je découvre que vous avez une pneumonie bactérienne, des antibiotiques seront nécessaires.*

## Communication (25%)

Score : 0/20

### Critères

#### 1. Réponse aux sentiments et besoins du patient

Empathie, écoute active, validation des émotions  
Explique le déroulement de la consultation et vérifie les préoccupations du patient, commence l'anamnèse par une question ouverte ; reconnaît, verbalise et légitime les émotions, fournit du soutien

#### 2. Structure de l'entretien

Organisation logique, transitions fluides, gestion du temps  
Se présente par son nom et sa fonction, les étapes de l'entretien sont identifiables et s'enchaînent de manière logique, gestion du temps, adaptation à la situation

#### 3. Expression verbale

Clarté, vocabulaire adapté, vérification de la compréhension  
Langage adapté au niveau du patient, pas de jargon, explications compréhensibles, reformulations quand nécessaire, répétitions des points clés, fait une synthèse de la consultation, bonne articulation, ton et volume adéquats

#### 4. Expression non verbale

Contact visuel, posture, gestuelle appropriée  
Distance interpersonnelle adéquate, posture adéquate, gestes adéquats, contact visuel et expression faciale adéquats, pauses quand nécessaire

#### 5. Évaluation générale de la communication

Qualité globale de l'interaction médecin-patient

A

B

C

D

E

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

### Score Global

0%

### % par Section

Anamnèse

0%

Examen clinique

0%

Management

0%

Communication

0%

### Note Globale

A-E

### Échelle de notation

A

≥90%

B

80-89%

C

70-79%

D

60-69%

E

<60%



## Scénario pour le patient standardisé

**Nom :** Éric Glenn | **Âge :** 26 ans

**Contexte :** Homme jeune, livreur de pizzas, comportement à risque

### Motif de consultation

**Plainte principale :** «Toux.»

**Si on demande s'il y a autre chose :** «J'ai mal quand je tousse ou respire profondément.»

### Consignes

- Tousser lorsque le candidat entre dans la pièce.
- Continuer à tousser toutes les 3-4 minutes pendant l'entretien.
- Lors de l'auscultation droite, faire semblant d'inspirer en levant les épaules sans vraiment respirer.
- À la palpation thoracique droite + '33', tourner la tête à droite et parler d'une voix rauque.
- Si on demande 'expectorations', demander ce que cela signifie.
- Faire une forte quinte de toux pendant l'entretien.

### Histoire actuelle

**Toux :**

- Depuis 1 semaine
- Productive, mucus blanc
- Suite à IVRS il y a 2 semaines
- Fièvre légère actuelle

**Douleur :**

- Thoracique droite
- Aiguë, comme un couteau
- 8/10
- Pire inspiration/toux
- Mieux couché côté droit

**Symptômes négatifs :**

- Pas d'hémoptysie
- Pas de sueurs nocturnes
- Pas de perte de poids
- Pas de dyspnée

### Habitudes

- **Tabac :** 1 paquet/jour depuis 15 ans
- **Alcool :** Beaucoup le weekend, ne compte pas
- **Sexualité :** Partenaires multiples, Nouvelle partenaire chaque samedi, Pas de préservatif
- **Travail :** Livreur de pizzas

### Antécédents

**Antécédents médicaux :**

- Gonorrhée il y a 2 ans
- Traitée par antibiotiques

**expositions :**

- Pas de voyage
- Pas de TB connue
- Pas d'animaux



## Simulation

### Durant l'entretien :

- Toux régulière mais pas constante
- Attitude décontractée sur sexualité
- Minimiser consommation alcool
- Se tenir le côté droit en toussant

### Durant le status :

- Coopératif pour examen
- Légère douleur palpation droite
- Respiration superficielle
- Pas de détresse évidente

## Informations de l'expert

### Dossier médical de l'entretien

Homme de 26 ans avec pneumonie communautaire droite probable sur surinfection post-IVRS. Comportement sexuel à très haut risque nécessitant dépistage VIH/IST. Tabagisme important. Douleur pleurétique typique.

### Rôles et interventions de l'expert·e

L'expert·e intervient si l'étudiant·e demande :

- Radio thorax : infiltrat lobaire inférieur droit
- NFS : GB 14000, PNN 80%
- CRP : 120 mg/L
- Test VIH rapide : négatif (à confirmer)
- Saturation : 95% AA

### Points clés

- Pneumonie communautaire probable
- Antibiothérapie empirique justifiée
- Dépistage VIH/IST impératif
- Conseil préservatifs crucial
- Arrêt tabac prioritaire

### Pièges

- Ne pas dépister VIH
- Oublier conseil prévention
- Traiter comme simple bronchite
- Ne pas faire radio thorax
- Minimiser comportement à risque

### **Diagnostic**

Pneumonie communautaire lobaire inférieure droite post-virale chez un adulte jeune avec multiples facteurs de risque (tabac, alcool, comportement sexuel à risque)

### **Épidémiologie pneumonie communautaire**

Infection respiratoire basse fréquente :

- Incidence : 5-10/1000 habitants/an
- Mortalité : 1-5% ambulatoire, 20% hospitalisés
- Pic hivernal (virus facilitateurs)
- Pneumocoque : 30-50% cas
- Atypiques : 20-30% (Mycoplasma chez jeunes)
- Post-virale : 10-20% cas

### **Physiopathologie post-IVRS**

Mécanismes de surinfection :

- Altération clairance mucociliaire
- Lésions épithélium respiratoire
- Modification flore bactérienne
- Immunosuppression transitoire post-virale
- Augmentation adhérence bactérienne
- Inflammation persistante voies aériennes

### **Présentation clinique typique**

Symptômes et signes :

- Toux (90%) : productive > sèche
- Fièvre (80%) : variable
- Douleur pleurétique (50%)
- Dyspnée (variable selon étendue)
- Signes consolidation : matité, crépitations
- Parfois présentation frustrée jeune adulte

### **Douleur pleurétique**

Caractéristiques spécifiques :

- Inflammation plèvre viscérale
- Aggravée inspiration profonde
- Aggravée toux, éternuement
- Position antalgique : décubitus côté atteint
- Peut précéder signes radiologiques
- DD : EP, pneumothorax, péricardite

### **Critères diagnostiques**

Éléments nécessaires :

- Symptômes respiratoires aigus
- ± Signes focaux à l'examen
- Infiltrat radiologique nouveau
- Exclusion autres causes
- Biomarqueurs inflammatoires élevés
- Amélioration sous antibiotiques

### **Scores de gravité**

CURB-65 et PSI :

- C : Confusion
- U : Urée > 7 mmol/L
- R : FR  $\geq$  30/min
- B : TA < 90/60 mmHg
- 65 : Âge  $\geq$  65 ans
- Score 0-1 : ambulatoire,  $\geq$  2 : hospitalisation

## Agents pathogènes selon contexte

Orientation étiologique :

- Post-IVRS : Pneumocoque, H. influenzae
- Jeune adulte : Mycoplasma, Chlamydia
- Alcoolisme : Klebsiella, anaérobies
- Tabagisme : Pneumocoque, Legionella
- VIH : Pneumocystis, pneumocoque
- Grippe : S. aureus, pneumocoque

## Antibiothérapie empirique

Recommandations actuelles :

- Ambulatoire sain : amoxicilline 1g x3/j
- Si allergie : macrolide ou doxycycline
- Comorbidités : amox-clav ou C2G + macrolide
- Hospitalisation : C3G + macrolide
- Durée : 5-7j si évolution favorable
- Réévaluation 48-72h obligatoire

## VIH et pneumonie

Particularités importantes :

- Risque pneumocoque x 100
- Présentations atypiques fréquentes
- PCP si CD4 < 200/mm<sup>3</sup>
- Tuberculose plus fréquente
- Évolution plus sévère
- Prophylaxies si immunodépression

## Prévention

Mesures efficaces :

- Vaccination antigrippale annuelle
- Vaccin pneumocoque si indiqué
- Arrêt tabac (↓ risque 50%)
- Réduction alcool
- Traitement VIH si positif
- Hygiène mains période épidémique

## Messages clés

- Pneumonie post-IVRS fréquente
- Radio thorax systématique si suspicion
- Antibiothérapie précoce si pneumonie
- Réévaluation 48-72h cruciale
- Dépistage VIH si facteurs risque
- Prévention IST/grossesse non désirée
- Arrêt tabac améliore pronostic
- Vaccination préventive efficace

### Rappels thérapeutiques

- Amoxicilline 1g x 3/j x 7 jours
- Si allergie : azithromycine 500mg/j x 3j
- Paracétamol 1g x 3-4/j
- Codéine 30mg x 3/j si toux invalidante
- IPP si suspicion RGO associé

### Examens complémentaires

- Radio thorax face + profil obligatoire
- NFS, CRP
- Test VIH après counseling
- ECBC si expectorations purulentes
- Antigénurie si hospitalisation