

# Grille d'évaluation ECOS - USMLE-24 - Douleur talon - Homme de 31 ans

Cabinet médical

Will Foreman, 31 ans, consulte son médecin traitant en se plaignant de douleurs au talon

TA  
125/80 mmHg

FC  
69 bpm

FR  
14/min

T°  
37.2°C

## Anamnèse (25%)

Score : 0/43

| Critères   | Oui                      | ± | Non                   | Points |
|--|--------------------------|---|-----------------------|--------|
| 1. Motif principal [Douleur au talon droit]  | <input type="radio"/>    |   | <input type="radio"/> | 0      |
| 2. Caractérisation de la douleur   |                          |   |                       | 0      |
| Localisation [La douleur est plus intense au niveau du talon]  | <input type="checkbox"/> |   |                       |        |
| Début [Elle est apparue progressivement au cours des deux dernières semaines]                        | <input type="checkbox"/> |   |                       |        |
| Événements précipitants [Pas vraiment, mais je m'entraîne pour un marathon]                          | <input type="checkbox"/> |   |                       |        |
| Caractère [Intermittente]  | <input type="checkbox"/> |   |                       |        |
| Fréquence [Elle me fait généralement mal tous les jours. Cela semble être pire le matin]             | <input type="checkbox"/> |   |                       |        |
| Timing matinal [Cela fait le plus mal lors des premiers pas que je fais après m'être levé du lit]    | <input type="checkbox"/> |   |                       |        |
| Progression [Cela n'a pas vraiment changé]   | <input type="checkbox"/> |   |                       |        |
| Intensité [Lorsque ça fait mal, cela peut atteindre un 7/10]   | <input type="checkbox"/> |   |                       |        |
| Irradiation [Parfois, la douleur irradie dans la voûte plantaire]                                    | <input type="checkbox"/> |   |                       |        |
| Irradiation proximale [Non, pas dans la jambe ou venant du dos]                                      | <input type="checkbox"/> |   |                       |        |
| Qualité [Douleur de type étirement/déchirement]  | <input type="checkbox"/> |   |                       |        |
| 3. Symptômes neurologiques   |                          |   |                       | 0      |
| Brûlure [Non]  | <input type="checkbox"/> |   |                       |        |
| Picotements [Non]  | <input type="checkbox"/> |   |                       |        |
| Engourdissements [Non]   | <input type="checkbox"/> |   |                       |        |
| 4. Facteurs modulateurs  |                          |   |                       | 0      |
| Facteurs soulageants [Masser la voûte plantaire et appliquer de la glace]                            | <input type="checkbox"/> |   |                       |        |
| Facteurs aggravants [Marcher pieds nus ou marcher après être resté assis pendant une longue période] | <input type="checkbox"/> |   |                       |        |
| 5. Antécédents de douleurs   |                          |   |                       | 0      |
| Douleurs articulaires ailleurs [Non]   | <input type="checkbox"/> |   |                       |        |
| Épisodes similaires antérieurs [Non]   | <input type="checkbox"/> |   |                       |        |
| Blessures pieds/chevilles [Non]  | <input type="checkbox"/> |   |                       |        |
| 6. Symptômes généraux  |                          |   |                       | 0      |
| Nausées/vomissements [Non]   | <input type="checkbox"/> |   |                       |        |
| Changements de poids/appétit [Non]   | <input type="checkbox"/> |   |                       |        |
| Fièvre/frissons [Non]  | <input type="checkbox"/> |   |                       |        |
| Diarrhée/constipation [Non]  | <input type="checkbox"/> |   |                       |        |
| Fatigue [Non]  | <input type="checkbox"/> |   |                       |        |
| 7. Antécédents médicaux [Non]  | <input type="radio"/>    |   | <input type="radio"/> | 0      |
| 8. Antécédents chirurgicaux [Aucun]  | <input type="radio"/>    |   | <input type="radio"/> | 0      |

|  |                          |                       |   |
|--|--------------------------|-----------------------|---|
| 9. Médicaments actuels [Je prends parfois de l'ibuprofène pour la douleur]     | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | 0 |
| 10. Antécédents familiaux [Mon père a de l'arthrose]                           | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | 0 |
| 11. Mode de vie et habitudes   |                          |                       | 0 |
| Profession [Je travaille comme comptable]                                      | <input type="checkbox"/> |                       |   |
| Loisirs [Coureur]  | <input type="checkbox"/> |                       |   |
| Tabagisme [Non]  | <input type="checkbox"/> |                       |   |
| Alcool [Je bois environ 1 à 2 bières par semaine]                              | <input type="checkbox"/> |                       |   |
| Drogues illicites [Non]  | <input type="checkbox"/> |                       |   |
| 12. Histoire sexuelle [Je suis sexuellement actif avec ma femme depuis 10 ans] | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | 0 |
| 13. Allergies médicamenteuses [Aucune allergie médicamenteuse connue]          | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | 0 |

|   |                          |                       |                       |        |
|---|--------------------------|-----------------------|-----------------------|--------|
| Examen clinique (25%)   |                          |                       | Score : 0/23          |        |
| Critères  | Oui                      | ±                     | Non                   | Points |
| 1. État général [Le patient est agréable et ne semble pas en détresse aiguë]  | <input type="radio"/>    |                       | <input type="radio"/> | 0      |
| 2. Examen cardiovasculaire  |                          |                       |                       | 0      |
| Auscultation [RR et FC normaux ; B1/B2 normaux ; pas de souffles, frottements ou galops]  | <input type="checkbox"/> |                       |                       |        |
| Pouls distaux [Pouls tibial postérieur et pédieux 2+ bilatéralement]  | <input type="checkbox"/> |                       |                       |        |
| Temps de remplissage capillaire [Normal]  | <input type="checkbox"/> |                       |                       |        |
| 3. Examen pulmonaire  | <input type="radio"/>    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 0      |
| Auscultation [Clair à l'auscultation bilatéralement]  |                          |                       |                       |        |
| 4. Examen abdominal   |                          |                       |                       | 0      |
| Auscultation [Bruits intestinaux normaux en quantité et qualité]  | <input type="checkbox"/> |                       |                       |        |
| Palpation [Détendu, souple et indolore]   | <input type="checkbox"/> |                       |                       |        |
| 5. Examen musculosquelettique - Pied et cheville  |                          |                       |                       | 0      |
| Inspection bilatérale [Légère pronation arrière/médio-pied bilatéralement]  | <input type="checkbox"/> |                       |                       |        |
| Palpation talon [Sensibilité sur la tubérosité calcanéenne médiale]   | <input type="checkbox"/> |                       |                       |        |
| Palpation fascia plantaire [Sensibilité marquée]  | <input type="checkbox"/> |                       |                       |        |
| Palpation tendon d'Achille [À évaluer]  | <input type="checkbox"/> |                       |                       |        |
| Palpation bourses rétrocalcaneennes [À évaluer]   | <input type="checkbox"/> |                       |                       |        |
| Amplitude de mouvement [Normale à la hanche, genou, cheville et pied]   | <input type="checkbox"/> |                       |                       |        |
| Test de dorsiflexion et extension des orteils [Douleur à la plante du talon et de la voûte plantaire avec dorsiflexion des orteils] | <input type="checkbox"/> |                       |                       |        |
| Force [5/5 en flexion dorsale et plantaire de la cheville]  | <input type="checkbox"/> |                       |                       |        |
| 6. Examen neurologique  |                          |                       |                       | 0      |
| Sensibilité au toucher léger [Intacte dans les distributions L4-S1]   | <input type="checkbox"/> |                       |                       |        |
| Réflexe achilléen [1+ bilatéralement]   | <input type="checkbox"/> |                       |                       |        |
| Force musculaire [5/5 à la hanche, genou, cheville et pied]   | <input type="checkbox"/> |                       |                       |        |

## 7. Évaluation de la marche

0

Observation [Démarche non antalgique]

☐

Test en charge [À évaluer]

☐

Test après position assise [Douleur lors des premiers pas]

☐

## Management (25%)

Score : 0/25

| 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

#### Pathologies du fascia plantaire

- **Fasciite plantaire** → Rx pied (épine calcanéenne), échographie

##### Arguments POUR:

- ☐ Coureur (marathon)
- ☐ Douleur progressive sur 2 semaines
- ☐ Douleur maximale premiers pas du matin
- ☐ Douleur après position assise prolongée
- ☐ Localisation plante du talon
- ☐ Sensibilité tubérosité calcanéenne médiale
- ☐ Douleur à la dorsiflexion des orteils

##### Arguments CONTRE:

- ☐ Début récent (2 semaines)

#### Fractures de fatigue

- **Fracture de stress du calcanéum** → Rx initial, scintigraphie osseuse ou IRM si forte suspicion

##### Arguments POUR:

- ☐ Entraînement marathon (surcharge)
- ☐ Douleur au talon
- ☐ Intensité importante (7/10)

##### Arguments CONTRE:

- ☐ Pas de douleur diffuse
- ☐ Pas de compression latérale douloureuse
- ☐ Amélioration avec repos

#### Pathologies du tendon d'Achille

- **Tendinite achilléenne** → Échographie, IRM si doute

##### Arguments POUR:

- ☐ Coureur (surmenage)
- ☐ Douleur avec dorsiflexion

##### Arguments CONTRE:

- ☐ Douleur plantaire (vs postérieure)
- ☐ Pas de sensibilité du tendon décrite
- ☐ Pas de nodules palpables

- **Bursite rétrocalcanéenne** → Échographie, Rx (déformation de Haglund)

##### Arguments POUR:

- ☐ Activité sportive intense
- ☐ Possible irritation chronique

##### Arguments CONTRE:

- ☐ Douleur plantaire (vs postérieure)
- ☐ Pas de gonflement postérieur
- ☐ Pas de problème de chaussures mentionné

#### Neuropathies compressives

- **Syndrome du tunnel tarsien** → EMG/VCN, test de Tinel

##### Arguments POUR:

- ☐ Irradiation voûte plantaire
- ☐ Position debout prolongée (comptable)

##### Arguments CONTRE:

- ☐ Pas de brûlures/picotements
- ☐ Pas d'engourdissements
- ☐ Sensibilité normale à l'examen
- ☐ Caractère mécanique prédominant

#### Autres causes

- **Corps étranger plantaire** → Rx pied, échographie si doute

##### Arguments POUR:

- ☐ Douleur localisée
- ☐ Coureur (exposition)

##### Arguments CONTRE:

- ☐ Pas de plaie visible
- ☐ Pas d'érythème/chaaleur locale

- ☐ Évolution progressive
- ☐ Pattern typique fasciite

• **Entorse de cheville** → *Rx cheville si trauma*

**Arguments POUR:**

- ☐ Activité sportive

**Arguments CONTRE:**

- ☐ Pas de traumatisme
- ☐ Localisation talon (vs cheville)
- ☐ Pas d'œdème/ecchymose
- ☐ Stabilité ligamentaire normale

2. Examens complémentaires immédiats

0

Rx pied droit face et profil (épine calcanéenne, fracture) ☐

Rx cheville droite si douleur remonte ☐

3. Examens selon évolution

0

Échographie fascia plantaire et tendon d'Achille ☐

IRM pied/cheville si échec traitement conservateur ☐

Scintigraphie osseuse si suspicion fracture de stress à 6-8 semaines ☐

EMG/VCN si symptômes neurologiques apparaissent ☐

4. Prise en charge conservatrice



0

**Repos et modification d'activité**

- ARRÊT course temporaire (4-6 semaines)
- Activités alternatives : natation, vélo
- Éviter marche pieds nus sur surfaces dures
- Chaussures avec bon support de voûte
- Talonnettes en gel si soulagement
- Reprise progressive après résolution

**Traitement anti-inflammatoire**

- AINS : ibuprofène 600mg x 3/j x 2 semaines
- Glace 15-20 min x 3-4/j
- Massage transverse profond fascia
- Éviter infiltrations corticoïdes phase aiguë
- Paracétamol 1g x 4/j si AINS contre-indiqués

**Kinésithérapie et étirements**

- Étirements fascia plantaire 3x/jour
- Étirements mollet et tendon d'Achille
- Exercice avec balle tennis sous pied
- Renforcement muscles intrinsèques pied
- Attelle nocturne en dorsiflexion
- Taping ou strapping si soulagement

5. Prévention des récides

0

Analyse biomécanique de course ☐

Correction troubles statiques (semelles) ☐

Chaussures adaptées avec amorti ☐

Échauffement systématique avant course ☐

Augmentation progressive des distances ☐

Surfaces souples préférentiellement ☐

Maintien souplesse mollet/fascia ☐

6. Indications traitement avancé

0

Échec traitement conservateur > 2-3 mois ☐

Infiltration corticoïdes guidée échographie ☐

Ondes de choc extracorporelles ☐

Plasma riche en plaquettes (PRP) ☐

Chirurgie exceptionnelle (fasciotomie) ☐

Avis spécialisé médecine du sport ☐

**⚠ Red Flags - Complications podologiques**

1. **Rupture fascia plantaire**  
→ Pop audible + ecchymose plantaire = Immobilisation + IRM
2. **Fracture de stress évolutive**  
→ Douleur croissante malgré repos = Scintigraphie/IRM urgente
3. **Syndrome compartimental**  
→ Douleur + tension extrême = Urgence chirurgicale
4. **Infection tissu mou**  
→ Fièvre + rougeur + chaleur = ATB urgents
5. **Neuropathie évolutive**  
→ Déficit sensitif/moteur = EMG + avis neuro

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

*Monsieur Foreman, la cause la plus probable de votre douleur au talon est une fasciite plantaire, qui est la cause la plus fréquente de douleur à la plante du talon. Elle se résout généralement en quelques mois avec un traitement conservateur comprenant des étirements, des massages, des AINS et l'évitement des activités douloureuses. Je vous recommande fortement de réduire votre course à pied et d'éviter de marcher pieds nus sur des surfaces dures jusqu'à ce que cela s'améliore. Nous allons faire une radiographie aujourd'hui pour vérifier qu'il n'y a pas de fracture ou de corps étranger évident et pour rechercher d'éventuelles épines calcanéennes. Si vous le souhaitez, je peux vous envoyer en kinésithérapie pour vous aider à démarrer ces exercices. Si vos symptômes ne répondent pas à ce traitement au cours des 2 prochains mois, nous pourrions envisager une scintigraphie osseuse pour exclure une fracture de stress. Avez-vous des questions pour moi ?*

**Questions difficiles à poser**

*[Docteur, pouvez-vous me prescrire des antidouleurs puissants pour que je puisse continuer à courir ? Je m'entraîne pour un marathon.]*

**Réponse type du candidat**

*Nous devons d'abord faire une évaluation complète pour déterminer la cause de votre douleur. Ensuite, nous pourrions discuter de la nature de votre traitement.*

## 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 :** Will Foreman | **Âge :** 31 ans

**Contexte :** Homme actif, comptable et coureur de marathon

### Motif de consultation

**Plainte principale :** «Douleur au talon droit.»

**Si on demande s'il y a autre chose :** «C'est pire le matin et j'ai un marathon dans 2 mois.»

### Consignes

- Faites semblant d'avoir mal à la plante du talon droit et dans la voûte plantaire droite lorsque l'examineur étend vos orteils (les soulève vers le haut).
- Montrez des signes de douleur lorsque l'examineur palpe la voûte plantaire droite et la plante de votre talon droit.
- Montrez des signes de douleur lors des premiers pas après avoir été assis.
- Marchez normalement mais mentionnez la douleur matinale.
- Insistez sur votre désir de continuer l'entraînement.
- Demandez des antidouleurs puissants pour pouvoir courir.

### Histoire actuelle

#### Douleur :

- Talon droit principalement
- Graduelle sur 2 semaines
- Pire le matin au lever
- Premiers pas très douloureux
- Après position assise prolongée
- Type étirement/déchirement
- Intensité 7/10 au maximum
- Irradie parfois voûte plantaire

#### Facteurs déclenchants :

- Entraînement marathon
- Augmentation kilométrage récent
- Marche pieds nus aggrave
- Activité prolongée

#### Traitements :

- Glace soulage un peu
- Massage voûte aide
- Ibuprofène occasionnel
- Effet limité

### Habitudes

- Profession :** Comptable (assis ++)
- Sport :** Course à pied régulière
- objectif :** Marathon dans 2 mois
- Alcool :** 1-2 bières/semaine
- Tabac :** Non
- Drogues illicites :** Non

### Antécédents

#### Antécédents médicaux :

- Aucun
- Pas de diabète
- Pas de rhumatisme

#### Antécédents chirurgicaux :

- Aucun

#### Antécédents familiaux :

- Père avec arthrose

#### Antécédents traumatiques :

- Pas de blessure pied/cheville
- Pas de trauma récent



## Simulation

### Durant l'entretien :

- Position assise confortable
- Pas de boiterie visible
- Inquiétude sur marathon
- Motivation pour continuer sport
- Demande solutions rapides

### Durant l'examen :

- Douleur palpation talon plantaire
- Douleur extension orteils
- Douleur voûte plantaire
- Pas de douleur tendon Achille
- Force normale
- Sensibilité normale
- Marche normale mais mention douleur

## Informations de l'expert

### Dossier médical de l'entretien

Homme de 31 ans coureur avec fasciite plantaire typique. Présentation classique avec douleur matinale caractéristique et facteur déclenchant évident (entraînement marathon). Pronostic excellent avec traitement conservateur si observance du repos sportif.

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

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

- Rx pied : épine calcanéenne présente, pas de fracture
- Test compression calcanéum : négatif
- Test windlass (dorsiflexion gros orteil) : positif
- Échographie : épaissement fascia > 4mm
- Signe de la corde d'arc : fascia tendu palpable

### Points clés

- Diagnostic clinique évident
- Repos sportif OBLIGATOIRE
- Traitement conservateur efficace 90%
- Éviter infiltrations précoces
- Éducation patient sur durée guérison (2-3 mois)

### Pièges

- Céder à demande antalgiques puissants
- Autoriser poursuite course
- Ne pas examiner biomécanique
- Oublier étirements quotidiens
- Promettre guérison rapide

### **Diagnostic**

Fasciite plantaire typique chez un coureur de fond avec surcharge mécanique progressive

### **Anatomie et biomécanique**

Fascia plantaire = aponévrose fibreuse :

- Origine : tubérosité médiale calcanéum
- Insertion : bases phalanges proximales
- Fonction : maintien voûte plantaire
- Mécanisme windlass : tension en dorsiflexion
- Charges : 2-3x poids corps en course
- Microtraumatismes répétés → dégénérescence

### **Épidémiologie fasciite plantaire**

Pathologie podologique la plus fréquente :

- Prévalence : 10% population générale
- Pic : 40-60 ans
- Coureurs : 10% incidence annuelle
- Bilatéral : 30% des cas
- Facteurs risque : surpoids, pied plat/creux
- Professions debout : risque augmenté

### **Présentation clinique typique**

Triade diagnostique :

- Douleur talon plantaire médial
- Pire premiers pas matin (post-static dyskinesia)
- Amélioration avec activité puis récursive
- Start-up pain caractéristique
- Sensibilité tubérosité calcanéenne
- Test windlass positif (pathognomonique)

### **Examens complémentaires**

Rarement nécessaires si typique :

- Rx : épine calcanéenne 50% (non corrélée)
- Échographie : épaissement > 4mm
- IRM : œdème médullaire si stress fracture
- Scintigraphie : hyperfixation focale
- EMG : si neuropathie suspectée
- Biologie : inutile sauf si systémique

### **Traitement conservateur - Phase aiguë**

Succès 90% à 6 mois :

- Repos relatif 4-6 semaines minimum
- AINS 10-14 jours
- Glace 3-4x/jour
- Étirements fascia et mollet 3x/jour
- Massage balle tennis
- Taping low-dye si soulagement

### **Kinésithérapie spécifique**

Programme structuré :

- Étirement fascia : towel stretch
- Étirement gastrocnémien/soléaire

- Renforcement intrinsèques : towel curl
- Proprioception sur plan instable
- Mobilisations articulaires médio-pied
- Correction chaîne postérieure

## Orthèses et chaussage

Support biomécanique :

- Talonnettes gel phase aiguë
- Semelles sur mesure si trouble statique
- Attelle nocturne dorsiflexion 90°
- Chaussures : drop 10-12mm idéal
- Éviter minimalistes phase aiguë
- Rotation 2-3 paires pour coureurs

## Traitements de seconde ligne

Si échec > 3 mois :

- Infiltration corticoïdes : max 2-3/an
- Ondes de choc : 3-5 séances
- PRP : résultats variables
- Prolothérapie : peu d'évidence
- Botox : études en cours
- Radiofréquence : cas réfractaires

## Indications chirurgicales

Exceptionnelles < 5% :

- Échec conservateur > 12 mois
- Fasciotomie partielle endoscopique
- Libération nerf Baxter si compression
- Récupération 3-6 mois
- Risque rupture fascia, pied plat
- Résultats imprévisibles

## Retour au sport

Progressif et surveillé :

- Indolence complète au repos
- Marche sans douleur 30 min
- Programme retour course sur 6-8 sem
- Augmentation 10% distance/semaine
- Surfaces souples initialement
- Maintien étirements à vie

## Messages clés

- Diagnostic clinique dans 95% cas
- Repos sportif non négociable
- Traitement conservateur = gold standard
- Étirements quotidiens obligatoires
- Guérison 3-6 mois moyenne
- Récidive 30% si facteurs non corrigés
- Chirurgie = dernier recours
- Prévention > traitement pour coureurs

### Rappels thérapeutiques

- Ibuprofène 600mg tid x 10-14j + IPP
- Paracétamol 1g qid si AINS CI
- Glace 15-20 min tid-qid
- Étirements fascia 30 sec x 10 rép tid
- Attelle nocturne si douleur matinale ++

### Examens complémentaires

- Rx pied F+P (épine calcanéenne)
- Échographie si doute diagnostique
- IRM si suspicion rupture/fracture stress
- Pas de biologie sauf si suspicion systémique